



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CAMPUS DE CAJAZEIRAS
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DAS CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**NÍVEIS PRESSÓRICOS E FATORES DE RISCO PARA A HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA ENTRE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL DO ALTO
SERTÃO PARAIBANO**

SARITA DE SOUSA MEDEIROS



**CAJAZEIRAS
2010**

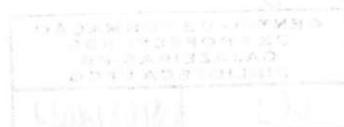
SARITA DE SOUSA MEDEIROS

**NÍVEIS PRESSÓRICOS E FATORES DE RISCO PARA A HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA ENTRE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL DO ALTO
SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Esp. MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO
CO-ORIENTADORA: Esp. PASCALLE DE SOUSA ROCHA

CAJAZEIRAS
2010





Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

M488n MEDEIROS, Sarita de Sousa
Níveis pressóricos e fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica entre os enfermeiros de um hospital do alto sertão paraibano./ Sarita de Sousa Medeiros. Cajazeiras, 2010.
70f.

Orientadora: Maria Mônica Paulino do Nascimento.
Co-Orientador: Pascalle de Sousa Rocha.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCC

1. Hipertensão arterial – fatores de risco. I. Título.

UFCC/CFP/BS

CDU-616.12-008.331.1

SARITA DE SOUSA MEDEIROS

**NÍVEIS PRESSÓRICOS E FATORES DE RISCO PARA A HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA ENTRE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL DO ALTO
SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 12/07/2010.

Prof.^a Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
Orientadora

Prof.^a Esp. Pascalle de Sousa Rocha
Faculdade Integrada de Patos – FIP/ IFPB
Co-orientadora

Prof. Geofábio Sucupira Casimiro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
Membro

*À Deus, pelo dom da vida e bênçãos espirituais
e aos meu pais, Francisco e Francisca,
que sempre acreditaram em mim e no meu potencial,
até quando eu mesma desacreditava.*

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo quem Ele tem feito por mim, pelos consolos nos momentos mais difíceis, quando não tinha ânimo Ele me erguia:

“Eu posso todas as coisas Naquele que me fortalece” (Fl 4:13)

... quando tinha medo de seguir em frente, Ele me dizia:

“Não temas, porque sou contigo; não te assombres, porque sou o teu Deus; eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça” (Is 41:10)

... quando as coisas davam errado, Ele me afirmava:

“Eu irei adiante de ti, e endireitarei os caminhos tortos” (Is 45:2)

Eu te agradeço Senhor, pela acolhida em todos os momentos!

Aos meus pais pelo incentivo na busca incessante pelo conhecimento, pelo amor e carinho ofertados a mim, por me ensinar os valores morais, que não se vão com o tempo, por suas palavras de incentivo a cada passo que dava! MUITO OBRIGADO! AMO MUITO VOCÊS!

Aos meus irmãos Salomão, Sócrates, Sidney e Emmanuela por torcerem por mim, e por sempre estarem por perto para me aconselhar.

Aos meus sobrinhos Igor e Isabelly pelos sorrisos e brincadeiras que serviram muito na minha trajetória. Com vocês percebi o quão é bom ser criança!

Ao meu noivo, Edson, por ter partilhado momentos de felicidade, angústias, vitórias e derrotas no decorrer desses 4 anos de curso e de namoro e por suas palavras de incentivo que me impulsionavam para o meu objetivo.

*Aos meus professores da graduação. Vocês me guiaram pelos caminhos do saber e fizeram brotar em mim a consciência crítica, como profissional, como cidadão, como pes
Dentro desse trabalho, existe um pouquinho de todos vocês!*

Aos meus colegas de graduação, pela amizade, companheirismo e colaboração durante todo o curso e principalmente pelo apoio psicológico no decorrer deste trabalho, em

especial a Anacélia, a Ariane Rocha, a Diógenes (doctor), a Marcelo, a Rogéria, a Thaliny, a Thaylles, a Thaisy. Obrigado por terem torcido por mim!!!

Aos funcionários da UFCG – CFP pelo apoio e pelos serviços prestados que contribuíram para que minha caminhada fosse mais fácil.

Aos enfermeiros do HUAC que me acolheram e tiveram a disposição de transmitirem seus conhecimentos para mim. Com vocês aprendi muito mais do que ser uma profissional, aprendi a ser amiga, aprendi a ser humana.

À Dra. Lúcia , coordenadora de enfermagem do HUAC, que nos acolheu nos nossos estágios curriculares, e mais do que amiga, foi uma mãe para todos da turma 2006.1.

À todos os funcionários da ESF Vila Nova, Cajazeiras-PB, que me mostraram além de conhecimentos profissionais o que é trabalhar em equipe e fazer dessa equipe uma família.

À Eduardo Gomes Campos, pela amizade e pelas brilhantes dicas metodológicas.

À Maria Mônica Paulino do Nascimento pela orientação na época da monitoria e agora com o trabalho de conclusão de curso. Obrigada por ter acreditado em mim e pelas palavras de apoio e incentivo e pelas sugestões e correções.

À Pascalle de Sousa Rocha por ser parte da minha vida, da minha família e por ser minha co-orientadora. Suas opiniões, correções, incentivos e apoio foram muito importantes.

À minha tia Rosa Maria pelas palavras de apoio, sempre enfatizando que ia dar tudo certo, e finalmente deu certo! Obrigada tia!

Agradeço a todos que atuaram direta e indiretamente para a conclusão desse sonho.

MEU MUITO OBRIGADA!!!

*Não apresses a chuva, ela tem seu
tempo de cair e saciar a sede da terra.
Não apresses a tua alegria, ela tem o seu
tempo para aprender com a tua tristeza.
Não apresses o teu amor, ele tem o seu tempo de
semear mesmo nos solos mais áridos do teu coração.
Não apresses a tua raiva, ela tem o seu tempo para
diluir-se nas águas mansas da tua consciência.
Não apresses a ti mesmo, pois, precisas de
tempo para sentir tua própria evolução.
(Autor Desconhecido)*

RESUMO

MEDEIROS, Sarita de Sousa. **Níveis Pressóricos e Fatores de Risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica entre Enfermeiros de um Hospital do Alto Sertão Paraibano.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2010. 70fls.

As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se a hipertensão arterial, cuja prevalência estimada na população brasileira adulta é de 15 a 20%. Entre os hipertensos, cerca de 30% desconhecem serem portadores da doença, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho. Acomete as diferentes idades e classes sociais e é favorecida pelo estresse, inclusive o vivenciado no trabalho. Este estudo teve como objetivo investigar os níveis pressóricos e fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica entre enfermeiros de um hospital do Alto Sertão Paraibano. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva e de campo, com abordagem quantitativa desenvolvida com 40 enfermeiros, de ambos os sexos, de um hospital do Alto Sertão. Foi aplicado um questionário estruturado, para avaliação das características socioeconômicas e demográficas, laborais e hábitos de vida; realizadas medidas antropométricas e verificada a pressão arterial dos participantes. Foram adotados critérios de classificação das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Foi realizada uma análise descritiva dos resultados, através de frequências. Os resultados revelam que 80% da amostra era do sexo feminino, a faixa etária mais prevalente foi a de 25 a 30 anos, 55% dos profissionais eram do sexo feminino e 12,5% masculino. Em ambos o sexos houve predomínio da raça branca. Verificou-se que a maioria dos profissionais têm até 5 anos de formado e possuem pós-graduação do tipo *lato sensu*, 57,5% afirma ter apenas um vínculo empregatício e 32,5% apresentam 2 vínculos. Relacionado a carga horária semanal dedicada ao trabalho em enfermagem, houve predomínio de 60 horas. Com relação ao estado nutricional, 60% dos participantes encontram-se eutrófico. Contudo, 40% (n=16) encontram-se acima do peso e 12,5% obesos. Na pressão arterial, houve algumas divergências entre os valores relatados e os observados, sendo que apenas uma pessoa declarou possuir HAS. Com relação aos hábitos de vida avaliados, 20% fazem uso de dieta hiperlipídica e 22,5% das mulheres fazem uso de contraceptivos orais; o fumo foi relatado por 2,5% dos entrevistados. O sedentarismo foi observado para 57,5% dos casos. Os resultados obtidos vêm reforçar a necessidade de um maior conhecimento dos enfermeiros sobre os fatores de risco para a hipertensão existentes no seu âmbito laboral e pessoal, e evitar fatores de risco que possam vir a desenvolver morbidades como a hipertensão e doenças cardiovasculares, melhorando assim sua qualidade de vida e qualidade no trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Fatores de risco. Hipertensão. Trabalho em enfermagem.

ABSTRACT

MEDEIROS, Sarita de Sousa. **Pressure Levels and Risk Factors for the Sistemic Arterial Hypertense Among the Nurses of a Hospital in the Alto Sertão Paraibano.** Final Dissertation of Nursing Bachelor's Degree Course. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2010. 70 pg.

Cardiovascular diseases are the most common causes of morbidity and mortality all over the world. Among the risk factors for cardiovascular disease, one finds arterial hypertension which prevails on estimates about 15 to 20% of the Brazilian people. Among the hypertensive, about 30% are not aware that they have the disease and this has been the cause of 40% of the early retirements and work's absence. Hypertension occurs to different ages and social classes and it is highly favored by stress including those ones linked to the daily work. The present study has intended to investigate the pressure levels and risk factors for the arterial sistemic hypertension among the nursery in a hospital of the Alto Sertão Paraibano region. One is handling with an exploratory and descriptive field research, employing a quantitative approach developed with 40 nurses of both sex in a hospital of the Alto Sertão. It was applied a structured questionnaire in order to evaluate the social, economic, demographic, labor characteristics and lifestyle; it was realized anthropometric measures and the patient blood pressure where also verified. The adopted criteria were taken from the V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. It was done a descriptive analysis of the results by means of the frequencies. The results show that 80% of the sample was female in gender and the prevalent age were about 25 to 30 years old, 55% of the professionals were female and 12.5% were male. On both genres the white people prevails. It was verified that most of the professionals had up to 5 years of graduation and has postgraduated of a *lato sensu* type. 57.5% affirms that has only one and 32.5% has 2 employment links. The major weekly work time of the professionals was 60 hours. Related to the nutrition state, 60% of the sample was found to be eutrophic. Notwithstanding 40% (n=16) was found to be overweight and 12.5% were obese. On the arterial pressure side there were divergences between the related and observed values and only one has declared to have SAH. Related to the evaluated lifestyle 20% adopts a hyperlipidic diet and 22.5% are oral contraceptives users; smoking was related by 2.5% of the interviewed. Sedentarism were observed in 57.5% of the cases. The results obtained stress the need of a better knowledge of the hypertension risk factors on the labor and personal environment and also the avoidance of the risk factors that can develop morbidities like hypertension and cardiovascular diseases, improving then the life and work quality.

PALAVRAS-CHAVE: Risk factors. Hypertension. Nursery job.

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CA - Circunferência Abdominal

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CTI - Centros de Terapia Intensiva

ECA – Enzima Conversora da Angiotensina

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL – High Density Lipoproteins (lipoproteína de alta densidade)

HRS - Hospital Regional de Sousa

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IMC - Índice de Massa Corporal

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

JNC 7 - Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure

LDL – Low Density Lipoproteins (lipoproteína de baixa densidade)

Lista de siglas

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

WHO - World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação do estado de hipertensão em adultos com 18 anos de idade ou mais. Brasil, 2006.	19
Tabela 2 – Classificação da pressão arterial para adultos com 18 anos de idade ou mais. JNC 7, 2003.....	20
Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com variáveis sócio demográficas.....	37
Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com variáveis inerentes à profissão.....	39
Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros, segundo o índice de massa corporal (kg/m^2).....	42
Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros, segundo a circunferência abdominal.....	43
Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo a medida da pressão arterial sistólica (PAS) no momento do questionário e a medida habitual referida pelo entrevistado.....	48
Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros segundo a medida da pressão arterial diastólica (PAD) no momento do questionário e a medida habitual referida pelo entrevistado.....	49
Tabela 9 - Opiniões dos enfermeiros acerca da atividade laboral.....	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema do modelo de demanda-controle de Karasek.....	28
Figura 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo a pós graduação <i>lato sensu</i>	40
Figura 3 - Distribuição dos enfermeiros segundo a carga horária semanal total.....	40
Figura 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo a sua prática de exercício físico (%).....	44
Figura 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo fatores de risco para a HAS, (%).....	46
Figura 6 - Distribuição dos enfermeiros segundo os antecedentes familiares para a HAS.....	47
Figura 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo a classificação da atividade laboral.....	52

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3. REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 A HIPERTENSÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA.....	18
3.1.1 Hipertensão Arterial – A Importância do Problema.....	18
3.1.2 Conceito e Classificação da Hipertensão.....	19
3.1.3 Fatores de Risco para a Hipertensão.....	20
3.1.3.1 Fatores de Risco Não Modificáveis.....	21
3.1.3.2 Fatores de Risco Modificáveis.....	22
3.1.3 Morbidades Associadas e Tratamento.....	24
3.2 ESTRESSE LABORAL.....	26
3.3 TRABALHO EM ENFERMAGEM COMO FATOR DE RISCO PARA HAS.....	29
4 METODOLOGIA	31
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	32
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	32
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	33
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	34
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	35
4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA.	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA	37
5.2 CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL.....	39
5.3 COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E MORBIDADES	41
5.4 CARACTERIZAÇÃO LABORAL.....	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES	62
ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. Representa, também, o principal fator de risco para outras complicações comumente associadas, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), além da doença renal crônica. Nas últimas décadas, tem sido responsável por um grande número de óbitos em todo o país, representando uma das maiores causas de aposentadoria precoce permanente e a terceira causa de invalidez temporária, com conseqüente perda de anos de vida produtiva em adultos jovens (SOUZA; SOUZA e SILVA, 2003).

No Brasil, dados de 2006 apontam que cerca de 17 milhões de pessoas são portadoras de hipertensão arterial, sendo que 35% destas correspondem a adultos de 40 anos e mais. E esse número é crescente. A doença surge de forma cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A morbimortalidade devida à hipertensão e suas co-morbidades é bastante elevada e, dessa forma, ela é considerada, na atualidade, um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006a).

Por ser assintomática na maior parte do seu curso, o diagnóstico e tratamento são freqüentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do portador, aos tratamentos geralmente prescritos. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação inadequada, sobretudo quanto ao consumo de sal; excesso de peso; sedentarismo; estresse; tabagismo; consumo excessivo de álcool e uso de contraceptivos orais representam os principais fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo diante de terapia medicamentosa, torna-se difícil – senão impossível – o controle da doença (BRASIL, 2006a).

O enfermeiro desponta nesta categoria sob dois aspectos relevantes: como cuidador, desempenha um papel fundamental no controle da HAS, abrangendo ações em vários níveis de complexidade. Por outro lado, representa sujeito da mesma forma exposto aos diferentes fatores de risco causadores da hipertensão, acrescidos da exposição ao estresse diário presente na sua rotina profissional.

O estresse no trabalho resultante de relações entre demanda psicológica e controle, associado ao processo laboral, vem sendo investigado em relação a desfechos de saúde desde o início da década de 1980. Segundo o modelo teórico proposto por Karasek e Theorell, as atividades laborais podem ser classificadas em quatro categorias (ou quadrantes), de acordo com a combinação entre os níveis de demanda psicológica e do controle do processo de

trabalho: *baixa exigência* (menor demanda e maior controle); *ativo* (maior demanda e maior controle); *passivo* (menor demanda e menor controle) e *alta exigência* (maior demanda e menor controle). Sugere-se que processos de trabalho de alta exigência estejam associados a repercussões negativas sobre a saúde (ALVES et al., 2009).

A hipertensão arterial tem sido um desses desfechos estudados, embora apresentem resultados controversos, parte dos estudos na área demonstrou associação direta entre estresse no trabalho e níveis alterados de pressão arterial sistólica e/ou diastólica (ALVES et al., 2009). Considerando-se o crescente incremento da doença entre indivíduos cada vez mais jovens e sua associação com fatores de risco relacionados ao trabalho, é importante o entendimento mais aprofundado do curso da doença dentro das diferentes categorias profissionais. O também crescente acúmulo de trabalho e o ritmo intenso vivenciado nos hospitais pelos profissionais de enfermagem podem representar mais um fator de risco a ser acrescido na lista de exposição à HAS.

No Brasil, grande parte dos enfermeiros está concentrada nos hospitais, respondendo à tendência assistencialista do setor saúde. Entretanto há intensa concentração de profissionais em programas de saúde coletiva, atuantes sob o enfoque preventivo. Os enfermeiros podem ocupar, ainda, cargos administrativos, geralmente em serviços de saúde, de ensino, ou como gerentes dos serviços de enfermagem e, da mesma forma, exercerem atividades de ensino, de nível técnico, universitário ou elementar, acumulando funções e se sobrecarregando de trabalho. Alves et al. (2009) mencionam que pessoas submetidas a processos de trabalhos de alta exigência geralmente apresentam repercussões negativas sobre a saúde.

Nesse contexto surge o questionamento: será que os profissionais de enfermagem conseguem identificar quais são os fatores de risco para a hipertensão que os mesmos estão expostos durante o desempenho de suas atividades laborais e vida cotidiana?

Este trabalho justifica-se tanto para a comunidade acadêmica quanto para a sociedade, uma vez que constitui um estudo sobre a importância da HAS dentre profissionais de enfermagem, ainda não devidamente “explorado”, tomando-se o enfermeiro como o ser cuidado, e não cuidador. O interesse pela temática surgiu em virtude da autora possuir um elevado número de parentes com essa entidade mórbida e por querer investigar se seu grupo profissional possui fatores que possam adicionar riscos de adquirir a HAS, inclusive os existentes no trabalho. Este estudo mostra-se relevante visto que, contribuirá com os trabalhadores de enfermagem para uma discussão sobre suas atividades laborais e cotidianas, as quais nem sempre são saudáveis, o que pode favorecer a uma maior exposição a fatores de risco para a HAS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar os níveis pressóricos e fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica entre enfermeiros de um hospital do Alto Sertão Paraibano.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar os fatores de risco para HAS e os níveis pressóricos dos enfermeiros;
- Identificar as características relacionadas ao trabalho como possíveis fatores de risco para HAS;
- Descrever as características socioeconômicas e demográficas dos profissionais estudados.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A HIPERTENSÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA

3.1.1 Hipertensão Arterial – A Importância do Problema

Trata-se de uma entidade clínica multifatorial, sendo conceituada como uma síndrome, caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular). A prevalência da hipertensão arterial é elevada, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. Embora ainda seja predominante nesta população, sua prevalência em crianças e adolescentes não é desprezível e torna-se cada vez mais crescente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 1999).

Considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho. Devido à magnitude do problema, tem sido constante a preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar os métodos para diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial.

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção (LOTUFO, 2005).

Apesar de se verificar uma tendência constante – embora lenta – de redução das taxas de mortalidade cardiovascular, a mortalidade no Brasil ainda é elevada, comparada a outros países, tanto para doença cerebrovascular como para doenças do coração. Entre os fatores de risco para mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg (BRASIL, 2006b).

Além das doenças e morbidade frequentemente associadas à alteração dos níveis pressóricos, é importante se considerar as altas taxas de hospitalizações relativas à doença. Insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais freqüente que as internações por acidente vascular cerebral. Em 2005, ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,283 (BRASIL, 2006b).

3.1.2 Conceito e Classificação da Hipertensão

A hipertensão, conhecida como pressão arterial alta, pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, de uma modificação na resistência vascular periférica ou de ambas. A HAS é classificada, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, para indivíduos adultos maiores de 18 anos, como pressão arterial sistólica (PAS) superior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) superior ou igual a 90 mmHg (BRASIL, 2006b).

Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os valores que permitem classificar os indivíduos adultos acima de 18 anos, de acordo com os níveis tensionais expressos na tabela 1.

Tabela 1 - Classificação do estado de hipertensão em adultos com 18 anos de idade ou mais. Brasil, 2006.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão Estágio 1 (Leve)	140 - 159	90 - 99
Hipertensão Estágio 2 (Moderada)	160 - 179	100 - 109
Hipertensão Estágio 3 (Grave)	≥ 180	≥ 100
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	> 90

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial , BRASIL(2006. P.08).

Smeltzer *et al* (2009) menciona que hipertensão definida pelo Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) como pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica superior a 90 mmHg na média de duas ou mais medições exatas da pressão arterial (PA) obtidas durante dois ou mais contatos com um profissional de saúde.

A Tabela 2 mostra a classificação da pressão arterial estabelecida pelo JNC 7 em 2003, classificando os níveis pressóricos em normal, pré-hipertensão, hipertensão em estágio 1 e estágio 2. As categorias de pressão arterial (PA), desde a normal até a hipertensão em

estágio 2, enfatizam a relação direta entre o risco de morbidade e mortalidade decorrentes dos níveis crescentes da PA (SMELTZER *et al*, 2009).

Tabela 2 – Classificação da pressão arterial para adultos com 18 anos de idade ou mais. JNC 7, 2003.

Classificação da PA	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120 – 139	80 – 89
Hipertensão em estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão em estágio 2	≥ 160	≥ 100

Fonte: Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (2003) *apud* SMELTZER *et al*, 2009.

A prevalência da hipertensão arterial é elevada, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. Cerca de 90% dos pacientes, não se estabelece a etiologia da hipertensão arterial, denominando-a de hipertensão essencial, primária ou idiopática. A hipertensão secundária, possui causas identificadas, sendo a causa conhecida, podendo ser de origem renal, vascular, endócrina e neurogênica. Na hipertensão secundária, destaca-se a hipertensão arterial renal (5%), renovascular (4%), restando 1% para todas as outras causas (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

A questão da hipertensão no país é preocupante. Em 1987, o índice de 21,4% assegurou sua classificação como a segunda maior causa de hospitalização por doença circulatória no Brasil, sendo responsável, também, entre 1980 e 1986, por 63,0% das aposentadorias concedidas por invalidez e 44,5% dos auxílios-doença, segundo dados do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), fornecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1993).

3.1.3 Fatores de Risco para a Hipertensão

Na hipertensão primária, desconhece-se a causa da HAS. Entretanto, os cientistas já asseguram que existem vários fatores que podem estar associados à elevação dos níveis pressóricos. Dentre os principais, podem-se citar: a pré-disposição genética, etnia, idade, sexo,

excesso de massa corpórea, sedentarismo, ingestão elevada de sódio, álcool, uso de anticoncepcionais, fumo, estresse emocional, envelhecimento e dieta rica em gorduras. O estilo de vida e a classe socioeconômica do indivíduo também têm relação com o aumento da pressão (MOLINA; CUNHA; MILL, 2003).

Dentre os fatores de risco para a HAS, encontramos aqueles que não são modificáveis e que contribuem para o surgimento da hipertensão, sem possibilidades de serem reduzidos (sexo, idade e raça). Contudo os fatores de risco modificáveis reduzem os valores pressóricos da PA mediante ações de autocuidado e com emprego de mudanças de estilo de vida.

O Ministério da Saúde cita como fatores de risco para a HAS a idade, a etnia, o uso abusivo de sódio, obesidade, álcool, sedentarismo, hiperglicemia, dislipidemia, além da predisposição genética e do estresse (BRASIL, 2006b). Dessa forma, o estilo de vida inadequado é um indicativo relevante para o desenvolvimento e agravamento da hipertensão. A adoção de hábitos de vida saudáveis constitui fator fundamental para a prevenção da doença e o manejo daqueles que já possuem essa entidade mórbida.

3.1.3.1 *Fatores de Risco Não Modificáveis*

Os fatores de risco não modificáveis são inerentes a carga genética e constituição do indivíduo, portanto não pode ser modificados. São eles: a idade, o sexo e a etnia.

- Idade

Tratando-se da variável idade, vários trabalhos a consideram como um fator de risco importante que contribui para o aparecimento da hipertensão arterial, devido à alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, como consequência do processo de envelhecimento (PRESSUTO; CARVALHO, 1998).

A pressão sistólica tende a aumentar com a idade, e a diastólica eleva-se até os 50 anos em homens e 60 anos em mulheres, tendendo a declinar após essa faixa etária. Mais da metade da população idosa no Brasil é portadora de hipertensão arterial, sendo predominantemente sistólica, o que dificulta o controle da doença (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

- Etnia e Sexo

Os níveis de pressão arterial tendem a ser mais elevados em negros. Além disso, nesse grupo, o desenvolvimento de hipertensão arterial ocorre de forma mais precoce e grave em comparação ao restante da população. (Frasier, 2000; Davidson et al., 2000 *apud* Mello, 2004)

Hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas (BRASIL, 2006b).

3.1.3.2 Fatores de Risco Modificáveis

Os fatores de risco modificáveis são inerentes ao estilo de vida e hábitos alimentares. São eles: uso abusivo de sódio, obesidade, álcool, sedentarismo, tabagismo, dislipidemia.

- Uso abusivo de sal

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (1999), com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, o sal, comumente conhecido como cloreto de sódio (NaCl) há muito tempo vem sendo considerado importante fator no desenvolvimento e intensidade da hipertensão arterial. A literatura mundial é praticamente unânime em considerar a forte correlação entre a ingestão excessiva de sal e a elevação da pressão arterial.

As V Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial mencionam que povos que consomem dieta com reduzido conteúdo de sódio têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade (BRASIL, 2006b).

- Obesidade

Valores pressóricos mais altos estão cada vez mais associados à obesidade. De acordo com estudos epidemiológicos, obesidade e pressão arterial apresentam estreita relação (SABRY; SAMPAIO; SILVA, 2002). Tanto a PAS quanto a PAD aumentam proporcionalmente ao índice de massa corporal (IMC), de modo que indivíduos obesos estão mais expostos à hipertensão do que aqueles com peso normal, probabilidade que cresce com a duração da obesidade (CORONELLI; MOURA, 2003).

Ayres, em 1991, analisando a hipertensão no município de Piracicaba-SP, através de um estudo caso-controle, verificou que 38% dos indivíduos hipertensos eram também obesos. No estudo de Sabry; Sampaio; Silva, realizado em 2002 com um grupo populacional do

Nordeste do Brasil, o achado foi de excesso de peso na maioria dos indivíduos hipertensos pesquisados, sendo que destes 46,9% apresentavam sobrepeso e 38,3%, obesidade.

- Álcool

O álcool é outro fator de risco para a HAS comentado na literatura, que contribui para o agravamento da patologia. “O aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mm Hg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente, sendo que quando suspenso, as cifras revertem. Outro dado interessante é que quando há redução no consumo de álcool, ocorre também redução no abandono do tratamento farmacológico” (PRESSUTO; CARVALHO, 1998).

- Sedentarismo

Sedentário é o indivíduo que realiza poucas atividades físicas, que está frequentemente inativo, quer seja sentado ou deitado.

O baixo nível de capacitação física está associado ao maior risco de óbito por doenças coronarianas e cardiovasculares em homens saudáveis, independentemente dos fatores de risco convencionais. Com relação à hipertensão arterial, o sedentarismo é um fator de risco ou facilitador da doença, juntamente com outros fatores como obesidade, estresse e distúrbios metabólicos, contribuindo para o aumento da pressão arterial (BASTOS, 2002).

- Tabagismo

O uso prolongado de nicotina não se associa a maior prevalência de hipertensão, ainda que a pressão arterial e a frequência cardíaca se elevem durante o ato de fumar. Além do risco aumentado para a doença coronariana associada ao tabagismo, indivíduos que fumam mais de uma carteira de cigarros ao dia têm risco 5 vezes maior de morte súbita do que indivíduos não-fumantes. Adicionalmente, o tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lipídios séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 1999).

- Dislipidemia

A hipercolesterolemia é um dos maiores fatores de risco cardiovascular. O nível de colesterol total sérico deve ser mantido abaixo de 200mg/dl, com LDL – Colesterol (colesterol de baixa densidade) abaixo de 130mg/dl. O HDL – Colesterol (colesterol de alta densidade) baixo (inferior a 35mg/dl) pode aumentar em resposta à redução do peso, à prática de exercícios físicos e à suspensão do hábito de fumar. A hipertrigliceridemia (triglicérides > 200mg/dl) deve ser tratada com dietas pobres em gorduras saturadas e com atividades físicas, acrescidas da redução da ingestão de carboidratos simples e de bebidas alcoólicas. Quando necessário, recomenda-se o uso de fibratos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 1999).

O controle da hipertensão arterial inicia-se com a detecção e observação contínua, não devendo ser diagnosticada com base em uma única medida da pressão arterial. Após sua confirmação, deve ser classificada como hipertensão primária ou secundária, verificação do prejuízo dos órgãos alvos como coração, cérebro e rins e levantamento de outros fatores de risco cardiovasculares.

3.1.3 Morbidades Associadas e Tratamento

O maior problema da hipertensão é que a doença se manifesta não necessariamente de forma isolada, pelo contrário, costuma trazer outras complicações para o indivíduo. A literatura tem estabelecido a associação de hipertensão arterial com o quadro de resistência à insulina, levando ao desenvolvimento de diabetes, como será mais bem descrito nessa seção.

Outro quadro metabólico observado em hipertensos é o desenvolvimento da hiperuricemia (aumento do teor de ácido úrico), o que pode ser um preditivo de gota (artrite inflamatória ou enfermidade torácica) (PEIXOTO et al., 2001). Outros desfechos associados à hipertensão são as doenças circulatórias, com graves conseqüências para a saúde do indivíduo.

Existe duas possibilidades de tratamento para a HAS. O tratamento farmacológico e o não farmacológico. O tratamento, tanto farmacológico quanto não-farmacológico, tem como finalidade prevenir a morbidade e a mortalidade e, como objetivo, a redução lenta e progressiva da PA para aliviar os sintomas e diminuir as complicações. (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

O tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso objetiva a redução da pressão arterial para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica (BRASIL, 2006b).

Medidas que visam mudar o estilo de vida compõem o tratamento não farmacológico. As modificações que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, modificações da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, abandono do tabagismo, controle da dislipidemias e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial (anticoncepcionais orais, agentes antiinflamatórios, esteróides e não esteróides).

Contudo, o tratamento farmacológico utiliza-se de drogas anti-hipertensivas para controlar ou até mesmo baixar os níveis pressóricos. De acordo com as V Diretrizes Brasileiras da Hipertensão (2006b, p.23), estão disponíveis no mercado farmacêutico seis classes de anti-hipertensivo:

- A. Diuréticos;
 - a. Tiazídicos
 - b. Alça
 - c. Poupadores de potássio
- B. Inibidores adrenérgicos
 - a. De ação central – agonistas alfa-2 centrais
 - b. Betabloqueadores – bloqueadores beta-adrenérgicos
 - c. Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1-adrenérgicos
 - d. Alfabloqueadores e Betabloqueadores
- C. Bloqueadores dos canais de cálcio
- D. Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA).
- E. Bloqueadores do receptor 1 da angiotensina
- F. Vasodilatadores diretos

É importante ressaltar que para todos os pacientes hipertensos preconiza-se mudanças dos hábitos alimentares e do estilo de vida (tratamento não-medicamentoso), independentemente do risco cardiovascular (BRASIL, 2006b).

3.2 ESTRESSE LABORAL

Estresse é um tema de larga abrangência e que ocupa lugar de destaque nos diversos meios de comunicação. E amplamente abordado em temas de discussão popular, assim como na literatura científica. O estresse excessivo tem sido considerado um dos principais problemas do mundo moderno, sendo tema de interesse da Organização Mundial da Saúde. “Pode interferir na qualidade de vida do ser humano, levando-o a uma série de prejuízos: problemas de interação social, familiar, falta de motivação para atividades em geral, doenças físicas e psicológicas, além de problemas no trabalho” (LIPP, 2004a *apud* MALAGRIS; FIORITO, 2006 p. 391).

Os primeiros estudos sobre o estresse na área da saúde foram realizados na década de 1930, por Hans Selye, que definiu a reação do estresse como uma “síndrome geral de adaptação” na qual o organismo visa readquirir a homeostase perdida diante de certos estímulos. (MALAGRIS; FIORITO, 2006).

Martins et al.(1996 *apud* Malagris; Fiorito, 2006, p. 394) enfatizam que o estresse ocupacional se refere a um desconfortável estado emocional decorrente de fatores presentes no trabalho e é caracterizado por sintomas como tensão, ansiedade e sentimentos de frustração, podendo chegar à exaustão emocional. Além desses sintomas, Mello 1992 *apud* Malagris; Fiorito, (2006, p. 394) enfatiza pessimismo, insatisfação crescente, falhas e ineficiência.

O estudo de stress entre enfermeiros teve início por volta dos anos sessenta, quando, na realidade estrangeira, surgiu a preocupação com o profissional irritado, desapontado e culpado por não conseguir lidar com esses sentimentos, descritos por Menzies, (1960 *apud* Bianchi, 2000 p. 390).

Há a concordância entre os autores que ‘ser enfermeiro’ é pertencer a uma profissão estressante (BIANCHI, 2000).

O estresse no trabalho, segundo Karasek e Theorell, é resultante da interação entre muitas demandas psicológicas, menor controle no processo de produção de trabalho e menor apoio social recebido de colaboradores e chefes, no ambiente de trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990 *apud* ALVES, 2004 p. 36).

Dessa configuração, quatro experiências poderiam acontecer no ambiente psicossocial no trabalho, geradas pela simultaneidade de maiores e menores níveis de demandas psicológicas e controle: trabalhos com maior desgaste (combinando maior demanda e menor

controle), trabalhos mais ativos (combinando maior demanda e maior controle), trabalhos de menor desgaste (combinando menor demanda e maior controle) e trabalhos mais passivos (combinando menor demanda e menor controle) (KARASEK; THEORELL, 1990, p.31 *apud* ALVES, 2004 p. 36).

A figura 1, esquematicamente demonstra o modelo proposto por Karasek & Theorell de demanda e controle.

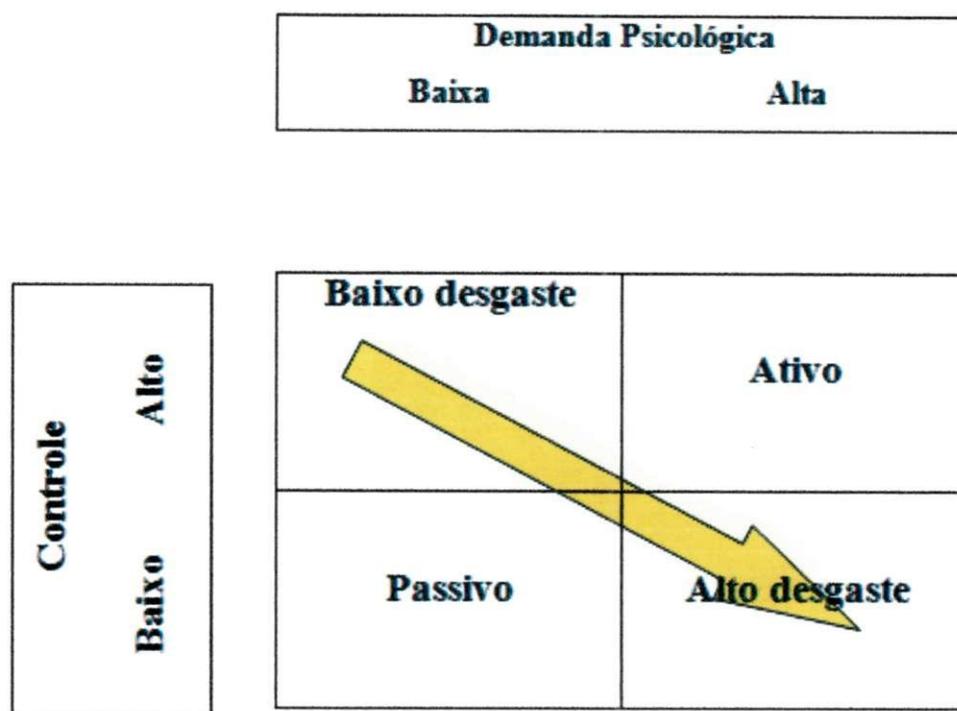


Figura 1 - Esquema do modelo de demanda-controle de Karasek.

Fonte: ALVES, 2004 p. 37, Adaptado de Karasek *et al.* (1981) e Theorell (1996).

Demandas psicológicas referem-se ao ritmo do trabalho, o quanto ele é excessivo e difícil de ser realizado bem como à quantidade de conflito existente nas relações de trabalho (ALVES, 2004).

Controle pode ser definido como a amplitude ou margem de decisão que o trabalhador possui em relação a dois aspectos: a autonomia para tomar decisões sobre seu próprio trabalho, incluindo o ritmo em que esse é executado, e a possibilidade de ser criativo, usar suas habilidades e desenvolvê-las, bem como adquirir novos conhecimentos (Karasek; Theorell, 1990, p. 61; Theorell, 1996 *apud* ALVES, 2004 p. 37).

Segundo Karasek & Theorell (1990), pessoas expostas a trabalhos com alta demanda e baixo controle, considerados de alto desgaste, apresentam as reações mais adversas de desgaste psicológico (tais como fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade física) quando estão expostas de maneira contínua a um estado, que é biologicamente necessário para garantir uma resposta física e psicológica imediata para evitar danos, diante de algo ameaçador, mas que em princípio, deve ser transitório. O desgaste psicológico ocorre quando o indivíduo submetido a um estresse, não se sente em condições de responder ao estímulo adequadamente, por ter pouco controle sobre as circunstâncias ambientais. Se o tempo da exposição é curto, o organismo prontamente se recupera. Se, ao contrário, é longo, o desgaste se acumula (ALVES, 2004 p. 38).

Os trabalhos considerados passivos são aqueles com baixa demanda e baixo controle, e produzem uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades. O trabalhador sente-se num estado de apatia seja pela ausência de desafios significantes e de permissão para atuações com energia, seja pela rejeição sistemática às suas iniciativas de trabalho (ALVES, 2004 p. 38). Os trabalhos repetitivos e mecanizados podem provocar essa sensação, por não instigar o profissional com novos desafios e oportunidades de novas aprendizagens.

Os trabalhos ativos segundo Alves (2004) são:

Aqueles que possuem altas demandas psicológicas, mas que permitem ao trabalhador ter uma ampla possibilidade de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas bem como usar toda a sua potencialidade intelectual para isso. Tais trabalhos conseguiriam predizer um conjunto de desfechos psicológicos benéficos, como aprendizado e crescimento, e conseqüente alta produtividade. O trabalho é encarado como um desafio, e a energia gerada pela presença desses desafios seria traduzida em ação para resolução de problemas. (ALVES, 2004 p. 38 - 39).

Os trabalhos de baixo desgaste, por fim são “aqueles que possuem poucas demandas psicológicas, porém muito controle por quem o executa. Configuraria um estado altamente desejável, ideal, uma situação de relaxamento” (ALVES, 2004 p. 38 - 39).

Posteriormente, Johnson (Johnson & Hall, 1988) incluiu no modelo Karasek, a percepção do apoio social no ambiente de trabalho (sócio-emocional e instrumental), proveniente de colaboradores e chefes, atuando como amortecedor (na maior oferta) ou potencializador (na menor oferta) do efeito da demanda e do controle na saúde (KARASEK; THEORELL, 1990, p. 68 *apud* ALVES, 2004 p. 39).

O apoio sócio-emocional seria medido pelo “grau de integração social e emocional e confiança entre colaboradores, supervisores e outros”. (KARASEK; THEORELL, 1990, p. 71 *apud* ALVES, 2004 p. 39). Portanto, o apoio social no trabalho pode ser avaliado pelos níveis globais de interação social no trabalho tanto com colaboradores, como colegas de trabalho, quanto supervisores.

3.3 Trabalho em Enfermagem como Fator de Risco para HAS

A ocupação desponta com importância não apenas de caráter econômico, mas a atividade laboral do indivíduo tem-se mostrado fortemente associada a níveis de estresse e, por conseguinte, configura um importante fator de risco para alteração dos níveis pressóricos. O estresse é resultante da percepção entre a discordância das exigências de determinada tarefa e os recursos pessoais para cumpri-las. Uma pessoa pode sentir tal discordância como desafio e, em consequência, reagir dedicando-se à tarefa. Ao contrário, se a discordância é percebida como ameaçadora, o trabalhador enfrentará uma situação estressante negativa, que poderá conduzi-lo a evitar a tarefa. Os principais sintomas de estresse, destacados por Candeias, Abujamara, Sabbag (1992) são: suor, calores, dor de cabeça, tensão muscular, alteração no batimento cardíaco, dores de estômago, colite e irritação. O estresse pode também se refletir em de atrasos, insatisfação, sabotagem e baixos níveis de desempenho no trabalho.

Concernente à enfermagem, o estresse está presente no seu cotidiano desde tempos remotos. Uma das características marcantes da profissão foi a divisão social do trabalho. Na maioria das vezes, o enfermeiro é responsável pelo gerenciamento do cuidado e da unidade e, os técnicos e auxiliares de enfermagem pelo cuidado direto ao cliente, o que pode simbolizar uma “ruptura” entre os momentos de concepção e execução do cuidado. Outros fatores, próprios da tarefa da enfermagem, são considerados fontes de estresse, como as exigências em excesso e as diferentes opiniões entre os colegas de trabalho, a sobrecarga quantitativa (evidenciada pela responsabilidade por mais de um setor hospitalar) e qualitativa (verificada na complexidade das relações humanas). Destaca-se, ainda, a dupla jornada de trabalho, muitas vezes vivenciada por grande parte destes profissionais que, de certa forma, acaba por favorecer a diminuição do tempo dedicado ao auto-cuidado e ao lazer, potencializando o cansaço e, conseqüentemente, gerando o estresse (MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006).

Ademais, cada setor submete o enfermeiro a um grau variado de estresse, como nos Centros de Terapia Intensiva (CTI). As suas características intrínsecas, como a rotina do trabalho mais acelerada, o clima constante de apreensão e a situação de morte iminente, podem exacerbar o estresse. Também há que se mencionar o turno de trabalho. As jornadas noturnas podem levar ao desconforto e mal-estar. O sono diurno posterior ao trabalho noturno sofre perturbações, tanto na sua estrutura interna quanto na sua duração (MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006).

Os fatores intrínsecos da profissão aliados aos institucionais, podem levar a subutilização das capacidades ou desvalorização do trabalhador. Desta forma, o enfermeiro pode vivenciar um quadro de estresse, o que o deixará mais susceptível a apresentar distúrbios relacionados ao seu bem estar e à sua saúde. Assim, é importante a busca por mecanismos que visem minimizar as fontes geradoras de estresse.

Concluimos que através do conhecimento dos principais fatores de risco para o estresse associado ao trabalho, é possível desenvolver atividades coletivas com vistas à redução do estresse, promoção da saúde e melhoria da qualidade de assistência.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Realizou-se um estudo de caráter exploratório-descritivo e de campo, com abordagem quantitativa, no qual conforme Gil (1999) destaca que a pesquisa exploratória é desenvolvida no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Portanto, esse tipo de pesquisa é realizado sobretudo, quando o tema escolhido é pouco explorado. Entretanto para Prestes (2003), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maiores informações a respeito do assunto que será investigado, formulando hipóteses e orientando a fixação de objetivos. Andrade (2002) ressalta algumas finalidades primordiais deste tipo de estudo como: proporcionar maiores informações sobre o assunto que vai se investigar; facilitar delimitação do tema da pesquisa; orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses; ou descobrir um novo tipo de enfoque ao assunto.

Sobre a pesquisa descritiva Gil (1999) relata que tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre as variáveis.

Richardson (1999) conceitua estudos que empregam uma metodologia quantitativa, caracterizado pelo emprego de quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão entre outros.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Distrital Deputado Manuel Gonçalves de Abrantes, conhecido como Hospital Regional de Sousa (HRS), situado na cidade de Sousa na Paraíba.

O município escolhido para a pesquisa está situado no Alto Sertão da Paraíba, a 431 km da capital de João Pessoa, possui área territorial de 842,49 km², e segundo o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2007, o município tinha estimativa populacional de 63.783 habitantes (IBGE, 2007).

O HRS é um hospital geral, de médio porte, com a esfera administrativa estadual e a gestão municipal, possui 84 leitos distribuído entre as seguintes especialidades: clínica médica geral (34 leitos), clínica cirúrgica (21 leitos), psiquiatria (1 leito), unidade de isolamento (2

leitos), unidade intermediária (4 leitos), obstetria clínica (13 leitos) e pediatria clínica (15 leitos). Possui uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 6 leitos, bloco cirúrgico com 5 salas operatórias e uma unidade de Hemocentro (DATASUS).

Dispõe de uma equipe multiprofissional de 380 profissionais entre estatutários e contratados que atende à população de Sousa e das cidades circunvizinhas (DATASUS). O HRS serve de referência para algumas cidades como Lastro, Santa Cruz, São Francisco, Aparecida, São José da Lagoa Tapada, Nazarezinho, entre outras.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Silva (2001) conceitua que população (ou universo da pesquisa) é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo. Amostra é parte da população ou do universo, selecionada de acordo com uma regra ou plano.

A população do estudo foi composta por 66 profissionais que compõem o corpo de enfermeiros do HRS, situado na cidade de Sousa na Paraíba. A amostra constituiu-se de 40 enfermeiros, de ambos os sexos, que aceitaram formalmente participar da pesquisa.

A amostra foi do tipo de conveniência, composta por todos os profissionais enfermeiros, do sexo masculino e feminino, que se dispuseram à participar da pesquisa, firmando sua participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A).

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados estará relacionada com o problema, a hipótese ou os pressupostos da pesquisa e objetiva obter elementos para que os objetivos propostos na pesquisa possam ser alcançados (SILVA, 2001).

Aplicou-se um roteiro de questionário estruturado, que possibilitou a realização de uma investigação ampla sobre informações de identificação do sujeito da pesquisa e sua correlação com a hipertensão e os fatores de risco desencadeantes.

Sobre o questionário Silva (2001) menciona que é uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito pelo informante. O questionário deve ser objetivo,

limitado em extensão e estar acompanhado de instruções. O mesmo deverá ser construído em blocos temáticos obedecendo a uma ordem lógica na elaboração das perguntas.

O roteiro de questionário foi organizado em categorias por conjuntos temáticos, que fizeram a caracterização sócio-demográfica, profissional, comportamentos relacionados à saúde e morbidades e caracterização laboral do sujeito. Utilizou-se também, um formulário com escala de Likert onde as resposta variavam de sempre, geralmente, às vezes, raramente e nunca; que avaliou a atividade laboral mediante os seguintes eixos temáticos: apoio social, demanda psicológica controle do processo laboral e satisfação no trabalho (Apêndice B).

Brandalise (2005) refere que as escalas de Likert, ou escalas Somadas, requerem que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas à atitude que está sendo medida. Atribui-se valores numéricos e/ou sinais às respostas para refletir a força e a direção da reação do entrevistado à declaração. As declarações de concordância devem receber valores positivos ou altos enquanto as declarações das quais discordam devem receber valores negativos ou baixos (BAKER, 2005 *apud*. BRANDALISE, 2005 p. 6)

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre junho de 2010, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).. Para tanto, foi enviado um ofício ao diretor do HRS, solicitando autorização para a realização da pesquisa. Após a autorização, a pesquisadora apresentou-se à coordenação de enfermagem do hospital e relatou que faria uma pesquisa com os enfermeiros no mês supracitado. Obtendo aprovação dirigiu-se aos setores para iniciar a coleta de dados.

A coleta de dados seguiu a seguinte logística:

1. Abordagem do enfermeiro, no setor que encontrava-se trabalhando, para explicar os objetivos da pesquisa, fazer a leitura e oportunizar a assinatura do TCLE;
2. Havendo concordância em participar, o questionário foi aplicado no mesmo momento ou no horário e data previamente agendados. É importante salientar que os procedimentos não foram realizados em horários de pico no trabalho, para assegurar a precisão das medidas, a disponibilidade para aplicação do roteiro de questionário e, em especial, a adequada aferição da PA;

3. Realizou-se as medidas antropométricas (peso, estatura e circunferência abdominal). O peso foi determinado através de balança digital (Tanita[®]), com precisão de 100g. A estatura e circunferência abdominal foram determinadas por uma fita métrica;
4. Realizou-se a aferição da PA. Foram realizadas duas medidas, uma antes e outra após a aplicação do roteiro de entrevista, para respeitar o tempo entre as medidas, com aparelho digital da marca BD[®]. Foi considerada como hipertensão a pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou diastólica igual ou superior a 90 mmHg, nas duas medições.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A codificação e digitação dos dados foram realizadas na medida em que eles foram coletados. Os dados foram organizados, digitados e dispostos em gráficos e tabelas construídos pelo programa Excel 2007, em seguida, de acordo com os objetivos da pesquisa foram analisados à luz da literatura pertinente.

4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de baixo risco, não-invasivo e que atende aos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006). A justificativa e os objetivos do estudo, bem como os procedimentos utilizados, foram explicados através da leitura oral do termo de consentimento, em linguagem compreensível. Foi garantida a liberdade do profissional de recusar participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento do estudo, sem penalidade alguma e sem prejuízo em sua atenção. Foi igualmente garantida a privacidade, a confidencialidade e o anonimato dos envolvidos no estudo. Cada participante confirmou sua participação através da assinatura do TCLE.

Todo material referente à pesquisa ficará arquivado confidencialmente pelos pesquisadores por um período de 5 (cinco) anos, conforme a supracitada Resolução 196/96, sob responsabilidade firmada através do Termo de Compromisso do Pesquisador (Apêndice C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nessa etapa do estudo são abordados os resultados da pesquisa. Após a coleta, os dados foram organizados e agrupados para receber em gráficos e tabelas o enfoque estatístico com uma análise quantitativa, e posteriormente, descreveremos e discutiremos acerca dos resultados obtidos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

O estudo consta de uma população de 66 enfermeiros que trabalham no Hospital Regional de Sousa (HRS), cujos 16 estavam afastados por encontrar-se em recesso por férias trabalhistas. A amostra, portanto, compõe-se de 40 enfermeiros, sendo a grande maioria (80%) do sexo feminino (n=32) e 20% do sexo masculino (n=8), evidenciando que a profissão de enfermagem continua sendo exercida predominantemente por mulheres.

A Tabela 3 mostra a caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo segundo as variáveis idade, etnia e estado civil.

Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com variáveis sócio demográficas.

Variável	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%	n	%
Idade (anos)						
20—25	1	2,5	7	17,5	8	20
25—30	5	12,5	22	55	27	67,5
30—35	2	5	1	2,5	3	7,5
35—40	-	-	1	2,5	1	2,5
40—45	-	-	1	2,5	1	2,5
Etnia						
Amarelo	-	-	2	5	2	5
Branco	5	12,5	17	42,5	22	55
Indígena	-	-	-	-	-	-
Negro	-	-	-	-	-	-
Pardo	3	7,5	13	32,5	16	40
Estado Civil						
Casado	5	12,5	9	22,5	14	35
Divorciado	-	-	-	-	-	-
Solteiro	3	7,5	23	57,5	26	65
União	-	-	-	-	-	-
Estável	-	-	-	-	-	-
Viúvo	-	-	-	-	-	-
Σ	8	20	32	80	40	100

Fonte: Pesquisa direta (2010).

A faixa etária dos participantes variou entre 21 e 45 anos, sendo a faixa etária entre 25 e 30 anos, representando 55,0% dos profissionais do sexo feminino e de 12,5% no masculino. Em ambos os sexos, houve predomínio da raça branca, com 55% (n=22), que foi avaliada por auto-referência. Os dados revelam que a maioria dos profissionais de enfermagem do HRS, são adultos jovens e se referem pertencentes à raça branca, não havendo nenhuma auto-referência de indivíduos pertencentes à raça negra. Conclui-se que a população está pouco exposta a HAS, visto que o risco é aumentado em uma população com idade avançada e de raça negra.

Quando avaliando as condições sócio econômicas e demográficas, em estudo realizado por Lolio *et al* (1993) mostrava que a renda e a escolaridade não se mostravam como fatores de risco para a HAS. Com relação à idade, cor, ocupação e IMC, cada acréscimo de uma unidade representava, independentemente de qualquer uma das outras condições, um acréscimo de probabilidade para hipertensão arterial de, respectivamente, 5%, 20%, 25% e 19%. Quando duas ou mais dessas variáveis comparecerem simultaneamente, seus riscos apresentavam efeito multiplicativo no risco final para o desenvolvimento de hipertensão. Desta forma, indivíduo negro de ocupação manual, um ano mais velho, e com um ponto de IMC a mais que outro indivíduo branco de ocupação não manual tinha 90% a mais de probabilidade de apresentar hipertensão arterial, ou em outras palavras, um risco 1,9 vezes maior de apresentar a doença.

Quanto ao estado civil, houve predominância entre os solteiros com 65% (n=26), onde mulheres obtiveram a representação de 57,5% (n=23), caracterizando que significativa parte dessas profissionais não possuem responsabilidades com a vida matrimonial, podendo dedicar-se às atividades que necessitem de uma maior exigência, principalmente de tempo. Dos 14 enfermeiros que se encontram casados (35%), o sexo masculino obteve porcentagem de 12,5% (n=5) e 22,5% (n=9) do sexo feminino, e 7 afirmaram que possuíam filhos. As respostas variaram entre 1 e 2 filhos, sendo seu maior percentual (12,5%), nos participantes que disseram possuir apenas 1 filho. Isto é um retrato da sociedade moderna, na qual há um controle de natalidade entre as famílias e conseqüentemente uma redução nos membros, minimizando responsabilidades e custos.

5.2 CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

A formação e atuação profissional foram primeiramente avaliadas pelo ano de conclusão do curso, grau de instrução e número de vínculos trabalhistas expressos na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com variáveis inerentes à profissão.

Variável	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%	n	%
Ano de conclusão						
1997 —2001	-	-	3	7,5	3	7,5
2001 —2005	3	7,5	7	17,5	10	25
2005 —2009	5	12,5	22	55	27	67,5
Grau de instrução						
<i>Lato sensu</i>	6	15	23	57,5	29	72,5
<i>Strict sensu</i>	-	-	-	-	-	-
Apenas graduação	2	5	9	22,5	11	27,5
Vínculo profissional						
1 vínculo	3	7,5	14	35	23	57,5
2 vínculos	3	7,5	11	27,5	13	32,5
3 vínculos	2	5	6	15	8	20
4 vínculos	-	-	1	2,5	1	2,5
Σ	8	20	32	80	40	100

Fonte: Pesquisa direta (2010).

É possível observar que a maioria dos profissionais têm até 5 anos de formado e possuem pós-graduação do tipo *lato sensu*. Dentre as mulheres, 35% afirmam ter apenas 1 vínculo empregatício (n=14) e 65% apresentam mais de um vínculo (n=18), além da instituição de pesquisa. Esta variável é bastante relevante, pois percebemos que a maioria dos participantes possui mais de 1 vínculo empregatício, no qual um participante referiu ter 4 vínculos empregatícios. Este dado implica uma maioria significativa dos participantes provavelmente não possui tempo disponível para outra atividade como capacitação profissional, lazer, atividades físicas, possuindo um nível de desgaste físico e mental considerável.

Uma vez que a maioria dos profissionais (72,5%) relatou ter cursado pós-graduação, eles foram questionados sobre a área de formação (Figura 2).

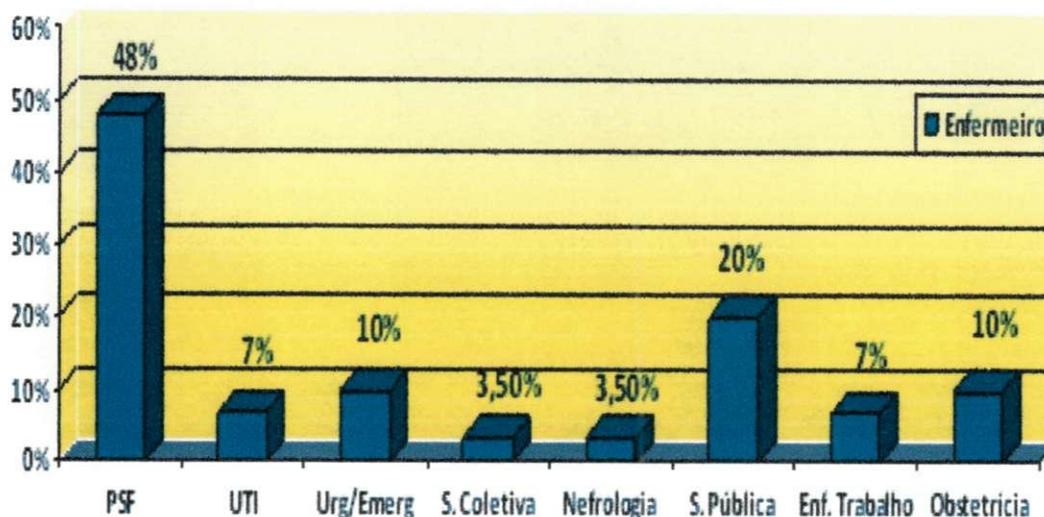


Figura 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo a pós-graduação *lato sensu*.

Fonte: Pesquisa direta (2010).

Os dados mostram que, embora atuando em uma instituição hospitalar, 48,0% dos profissionais têm especialização em Saúde da Família, 20,0% em Saúde Pública e 3,5% em Saúde Coletiva. Esse dado demonstra que devido à ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), muitos enfermeiros têm procurado se capacitar para atuar a nível primário, na ESF, buscando a prevenção e promoção da saúde da população.

A Figura 3 expressa a distribuição da carga horária semanal total dos participantes.

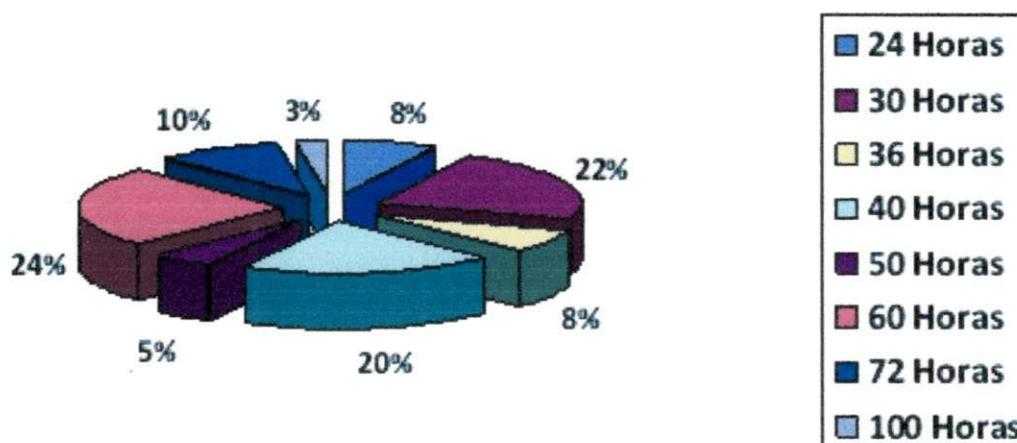


Figura 3 - Distribuição dos enfermeiros segundo a carga horária semanal total.

Fonte: Pesquisa direta (2010).

Quando questionados sobre a carga horária semanal total dedicada ao trabalho em enfermagem, as respostas foram bastante heterogêneas, variando entre um mínimo de 24 e um máximo de 100 horas (Figura 2). A maioria (24,0%) trabalha até 60 horas semanais, o que implica em aproximadamente 8 horas de trabalho diários, se incluídos os finais de semana. Este dado pode ser um indicativo de aparecimento de estresse nos participantes com elevadas cargas horárias de trabalho, por não possuir um tempo razoável para o descanso, lazer, praticas de exercícios físicos e ate capacitação.

Estudos experimentais demonstram elevação transitória de PA em situações de estresse, como o estresse mental. Estudos mais recentes evidenciam o efeito do estresse psicoemocional na reatividade cardiovascular e na PA, podendo contribuir para a HAS sustentada (BRASIL, 2006b).

No que concerne ao tempo que os participantes trabalham no setor, todos estão a menos de 2 anos, não existindo sistema de rodízio no hospital. Isso implica que não há mobilidade nos setores, conseqüentemente os enfermeiros não experimentam novas experiências e não estão a par das rotinas dos outros setores, estando limitado ao local no qual foi designado a atuar.

5.3 COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E MORBIDADES

Os participantes passaram por uma avaliação antropométrica em que foram medidos o peso e a altura, bem como a circunferência abdominal. As duas primeiras medidas foram utilizadas para a construção do índice de massa corporal, para possibilitar a classificação do estado nutricional. Em seguida, foi realizada a aferição da pressão arterial.

A classificação do IMC, pela World Health Organization (WHO), se dá através da seguinte equação:

$$\text{IMC} = \text{Peso kg} / (\text{Altura m})^2$$

A tabela 5 apresenta a distribuição dos profissionais de acordo com o estado nutricional e IMC. De acordo com a WHO, o IMC pode ser classificado em baixo peso, com valores de IMC abaixo de 18,5; normal com valores entre 18,5 e 24,9; pré-obesidade com valores entre 25 e 29,9; obesidade nível I entre 30 e 34,9; obesidade nível II entre 35 e 39,9 e obesidade nível III com valores acima de 40.

Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros, segundo o índice de massa corporal (kg/m²)

Índice de massa corporal (kg/m ²)*	n	%
< 18,5 – baixo peso	-	-
18,5 a 24,9 – normal	24	60
25 a 29,9 – pré-obesidade	11	27,5
30 a 34,9 – obesidade (nível I)	4	10
35 a 39,9 – obesidade (nível II)	-	-
> 40 – obesidade (nível III)	1	2,5
Σ	40	100

Fonte: Pesquisa direta (2010).

*Adaptado da WHO, 1995, WHO, 2000 e WHO 2004.

Os resultados mostram que a maioria dos entrevistados encontra-se eutrófico (60,0%), ou seja, com a distribuição de peso por altura dentro dos padrões de normalidade. É importante salientar que não foram registrados casos de baixo peso, de forma que os 40,0% restantes da população estudada (n=16) encontra-se acima do peso considerado normal, com cinco casos de obesidade. Esta pré-obesidade e obesidade pode remeter a um estilo de vida inadequado que os participante possuem, com dieta inadequada e sedentarismo, devido a rotina exaustiva e a elevada carga horária de trabalho, sendo fator de risco para doenças cardiovasculares e principalmente a hipertensão.

Estes resultados corroboram as tendências epidemiológicas atuais de transição nutricional, em que as mudanças contínuas no estilo de vida favorecem a redução dos casos de desnutrição e o aumento no número de pessoas com sobrepeso e/ou obesidade (MONTEIRO *et al.*, 1995; FRANCISCHI *et al.*, 2000).

É importante estar atento para este fenômeno, especialmente porque a obesidade consiste numa condição que cursa com outras co-morbidades. Alterações dos lipídios (triglicérides e colesterol); intolerância à glicose; desenvolvimento de diabetes *mellitus*; alterações hepáticas (esteatose); colelitíase; hipertensão arterial sistêmica; apnéia do sono; alterações ortopédicas, dermatológicas, respiratórias, entre outras, são apenas alguns dos chamados “riscos orgânicos”, responsáveis pelo comprometimento da saúde física do indivíduo e que mantêm estreita relação com o fenômeno da obesidade (PIRES, 2005).

A obesidade pode ser responsável por cerca de 20% a 30% dos casos de HAS e 75 % dos homens e 65 % das mulheres apresentam HAS diretamente atribuída ao sobrepeso e obesidade. No estudo desenvolvido por Barros e colaboradores, em 2009, 40% dos considerados hipertensos possuíam obesidade grau I, enquanto este número se reduzia para 2% quando o indivíduo não era obeso.

Em um estudo realizado no Ambulatório de Obesidade da UNIFESP, de 1998 a 1999, foi verificada a influência do IMC sobre a prevalência de HAS, sendo observada a relação entre o aumento da incidência de hipertensão e a elevação do IMC, pois eram hipertensos 23% dos pré-obesos; 32,7% com obesidade nível I; 55% com obesidade nível II e 67,1 % com obesidade nível III (CARNEIRO *et al.*, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1990), a ocorrência da obesidade reflete a interação entre fatores dietéticos e ambientais, ainda havendo que se considerar a predisposição genética. Entretanto, existem poucas evidências de que algumas populações sejam mais suscetíveis à obesidade por motivos genéticos, reforçando a idéia de que os fatores alimentares, especialmente dieta e atividade física, são os maiores responsáveis pela diferença na prevalência de obesidade nos diferentes grupos populacionais (FRANCISCHI *et al.*, 2000).

Intervenções relacionadas à promoção da saúde e a prevenção e controle da obesidade e das doenças cardiovasculares como incentivo à prática de atividade física, abandono de tabagismo e educação nutricional da população, tem recebido grande importância por resultarem em alterações desejáveis tais como redução de peso e dos níveis de pressão arterial.

A circunferência abdominal, outra medida antropométrica utilizada como parâmetro para avaliação do estado nutricional e composição corporal, também foi avaliada (tabela 6).

Em relação à circunferência abdominal (CA), utilizamos o ponto de corte preconizado pela WHO (2000) que classifica em aumentada quando o perímetro for maior ou igual a 80 cm para as mulheres e maior ou igual 94 para homens, constituindo um fator de risco para complicações metabólicas e DCV. Considera-se muito aumentada, quando o valor da CA é ≥ 88 cm para mulheres e ≥ 102 cm para homens, sendo o risco é ainda maior. (WHO, 2000).

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros, segundo a circunferência abdominal

Variável	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%	n	%
Circunferência abdominal (cm)						
60 —70	-	-	1	2,5	1	2,5
70 —80	-	-	9	22,5	9	22,5
80 —90	2	5	13	32,5	15	37,5
90 —100	4	10	3	7,5	7	17,5
100 —110	1	2,5	5	12,5	6	15
110 —120	1	2,5	1	2,5	2	5
Σ	8	20	32	80	40	100

Fonte: Pesquisa direta (2010).

Os dados da Tabela 6 mostram que a circunferência abdominal encontra-se alterada na maior parte dos casos, sendo que 40,6% (n=13) das mulheres encontram-se com circunferência abdominal aumentada, fator de risco para DCV, e 28,1% (n=9) encontra-se com a circunferência muito aumentada, o que atesta um maior risco para DCV. No sexo masculino a CA encontra-se alterada em 4 participantes (50%), e muito alterada em 2 participantes(25%). Esses dados revelam que um numero maior de mulheres possuem a CA alterada em comparação com o universo masculino. Esse acúmulo de panículo adiposo na região da cicatriz umbilical é comum em mulheres. Entretanto o homem por possuir uma distribuição adiposa em formato de pêra o panículo adiposo se acumula em toda a região abdominal e não apenas na região da cicatriz umbilical. Todavia esse acúmulo de tecido adiposo é decorrente de estilo de vida inadequado e influencia diretamente a alteração da PA

A localização abdominal de gordura tem grande impacto sobre as doenças cardiovasculares (DCV) por associar-se com grande frequência com dislipidemias, diabetes e HAS. Independentemente do sobrepeso, a gordura abdominal é um importante fator de risco para essas condições. A obesidade central está fortemente relacionada aos níveis de PA, ou seja, indivíduos com nível de pressão arterial ótimo que no decorrer do tempo, apresentam obesidade central têm maior incidência de HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 1999).

No estudo de Barros *et al* (2009) foi observada a associação entre a medida da cintura e a elevação dos níveis tensionais, sendo que 60% dos indivíduos hipertensos e 50% daqueles com pressões limítrofes possuíam aumento da circunferência da cintura em comparação com os 20% sem alteração da PA.

A prática de exercício físico foi relatada em termos de frequência semanal (Figura 4).

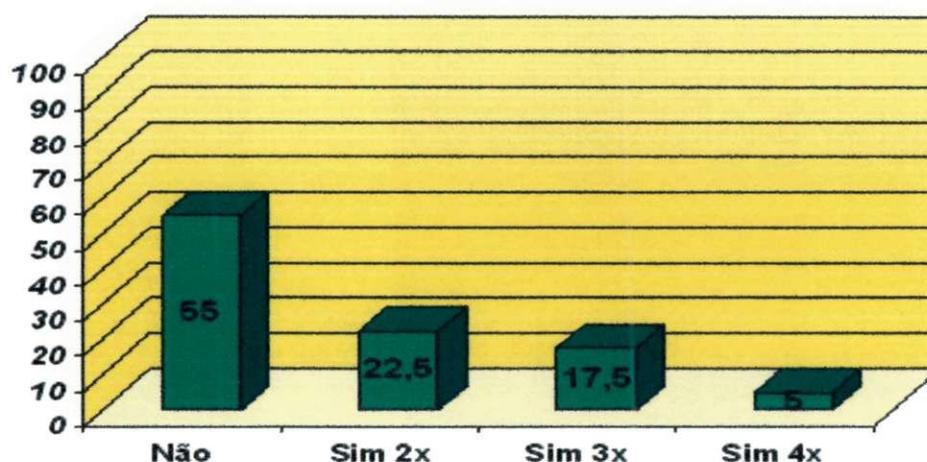


Figura 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo a sua prática de exercício físico (%).

Fonte: Pesquisa direta (2010).

A Figura 4 nos revela que uma parcela significativa dos enfermeiros, 55% , são sedentários. 22,5% mencionaram que praticam atividade física 2 vezes por semana, 17,5% 3 vezes por semana e 5% relataram que praticam atividades físicas 4 vezes por semana. Percebemos que o sedentarismo é um fator de risco para HAS modificável e para DCV, que faz parte da realidade dos participantes. O sedentarismo é prevalente em pessoas que possuem rotinas exaustivas, intensa carga horária de trabalho e estilo de vida inadequado, devido ao tempo escasso para exercitar-se, no qual o tempo livre é dedicado ao descanso.

O IMC e a CA acima dos valores preconizados se potencializam com o sedentarismo, aumentando o risco para a HAS, visto que a atividade física acarreta em queima calórica e redução de medidas corporais.

Sabendo que o sedentarismo aumenta a incidência de HAS, indivíduos sedentários apresentam risco 30% maior de desenvolver HAS que os ativos (BRASIL, 2006b). Assim como os nossos achados, o estudo de Barros também demonstrou um elevado número de alunos sedentários (45,8%). Na literatura, encontraram-se resultados que variam de 13,8% (SIMÃO, 2005) a 74,5% de universitários sedentários em um Departamento de Enfermagem, sendo os participantes em sua maioria constituídos por alunos (ROSA, 2006).

De acordo com as V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, ensaios clínicos demonstram que a prática regular de exercícios aeróbicos reduz a pressão arterial de 2 a 3 mmHg, sendo o efeito hipotensor maior quanto maior for a pressão arterial inicial (BRASIL, 2006b). Concluimos que a atividade física além de ter o efeito hipotensor, ela auxilia no controle de outros fatores de risco como o peso corporal, circunferência abdominal, e dislipidemia, reduzindo conseqüentemente o risco cardiovascular.

No estudo, foram avaliados os hábitos de vida dos participantes expressos na Figura 5. Os enfermeiros foram questionados sobre o hábito de fumar, possuir uma dieta hiperlipídica, hiperssódica e hipossódica, ter alguma forma de lazer semanal e fazer uso de anticoncepcionais orais.

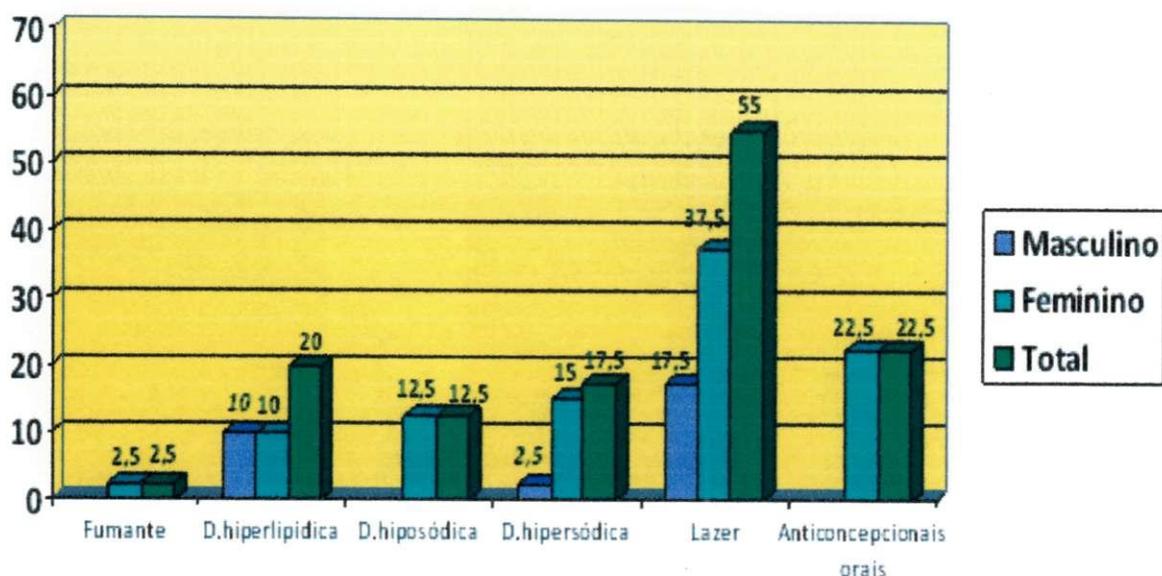


Figura 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo fatores de risco para a HAS, (%).

Fonte: Pesquisa direta (2010).

A Figura 5 expressa que 2,5% dos participantes eram fumantes e do sexo feminino, 20% possuía um dieta hiperlipídica, 12,5% possuía uma dieta hipossódica em contrapartida, 17,5% fazia uso de uma dieta hiperssódica. Um número significativo relatou possuir alguma forma de lazer semanal (55%), e 22,5% das mulheres fazem uso de contraceptivos orais, importantes fatores de risco para a HAS.

Quanto à dieta percebemos que uma elevada percentual dos participantes possui uma dieta rica em gorduras, seguida de um percentual significativo que relatou possuir uma dieta hiperssódica. Esse estilo alimentar inadequado pode potencializar o risco para a HAS e outras morbidades associadas.

Smeltzer *et al* (2009) menciona que a aterosclerose é decorrente de uma acúmulo anormal de substâncias lipídicas e gordurosas nas paredes vasculares arteriais. Essas substâncias criam bloqueios e estreitam os vasos. (SMELTZER *et al*, 2009). O excesso de gordura na corrente sanguínea pode acarretar nesses depósitos de gordura, conhecidos como placas de ateroma, que causam a perda da elasticidade dos vasos. Aterosclerose pode aumentar a pressão arterial por dificultar a passagem de sangue, forçando o coração a aumentar sua contratilidade e vencer a resistência oferecida.

Os achados do estudo de Barros *et al* (2009) mostraram que o padrão alimentar adotado pelos alunos foi favorável à prevenção de HAS, já que evidenciou consumo moderado de frutas, verduras e legumes. A dieta preconizada pelo estudo DASH (*Dietary*

Approachs to Stop Hypertension) mostrou benefícios no controle da PA, inclusive em pacientes fazendo uso de anti-hipertensivos, enfatizando o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol. Apenas o consumo de gorduras no jantar obteve uma associação com a HAS e, portanto, favorável ao aparecimento da mesma. O consumo excessivo de sal pelos alunos foi um dado preocupante, já que a relação entre o aumento da PA e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal (BRASIL, 2006b).

Por possuírem alguma forma de lazer semanal, os participantes diminuem sua carga de estresse mental e físico, e por conseguinte manterão os níveis da PA nos parâmetros aceitáveis.

O fumo possuiu uma fração insignificante no estudo com 2,5% dos participantes (n=1). O uso de anticoncepcionais orais possuiu 22,5% das participantes (n=9). Esses dados nos revela que a enfermeiras estão mais expostas a fatores de risco para HAS como fumo e contraceptivos orais.

A hipertensão e duas a três vezes mais comum em usuárias de anticoncepcionais orais, especialmente entre as que possuem mais de 35 anos e obesas. Em mulheres hipertensas com mais de 35 anos e fumantes, o anticoncepcional oral esta contra-indicado. O aparecimento de hipertensão arterial durante o uso de anticoncepcional oral impõe a interrupção imediata da medicação, o que, em geral, normaliza a PA em alguns meses (BRASIL, 2006b).

Os antecedentes familiares também foram avaliados com fator de risco para a HAS, na Figura 6 temos a distribuição dos antecedentes familiares para a hipertensão.

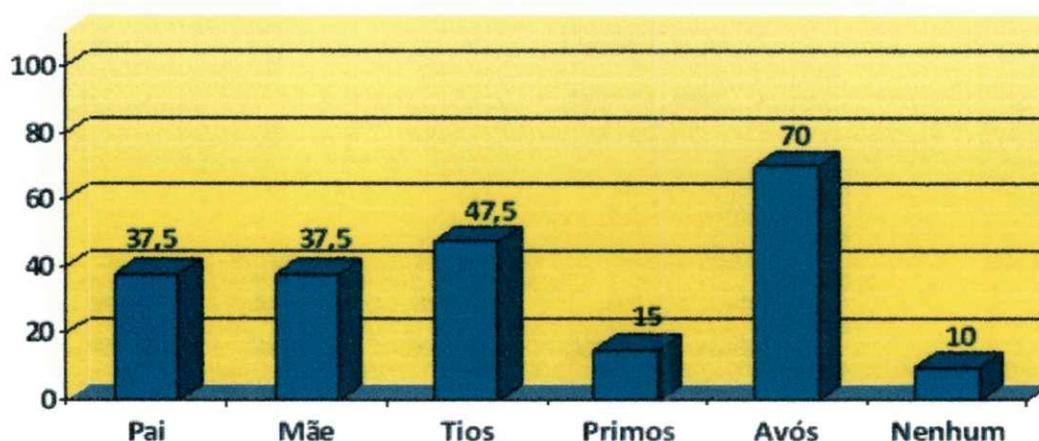


Figura 6 - Distribuição dos enfermeiros segundo os antecedentes familiares para a HAS.

Fonte: Pesquisa direta (2010).

No que se refere a historia familiar de HAS dos participantes do estudo, 37,5% relataram que os pais possuem histórico de hipertensão, 47,5% tios e 70% avós. Apenas 10% relataram que não possuíam parentes com histórico de hipertensão.

Os antecedentes familiares da doença hipertensiva devem ser levados em consideração sobre sua prevalência, pois a HAS é uma doença em que o componente genético hereditário tem grande importância. De acordo com Lopes (2000) os filhos de pais hipertensos são propensos a desenvolver a doença do que aqueles de pais normotensos, porém quando ambos (pai e mãe) são hipertensos a chance do filho desenvolver HAS fica em torno de 50%.

O resultado de antecedentes familiares de HAS encontrado por outros pesquisadores evidenciou o quão prevalente é esta doença na sociedade, mostrando seu real custo financeiro à sociedade com frequentes internações e aposentadorias precoces ou afastamento do trabalho. Em 2005, ocorreram 1.180.184 internações por DCV, custo global de R\$ 1.323.775.008,28 (V DBHA). Estes resultados se assemelham aos encontrados em outros estudos, onde aproximadamente 40% de um dos pais apresentavam HAS (SIMÃO, 2005).

A pressão arterial foi avaliada segundo dois critérios: a auto-referência e a mensuração no ato de aplicação do questionário. Foram considerados hipertensos os indivíduos que apresentassem pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg e diastólica igual ou superior a 90 mmHg.

A tabela 7 apresenta as distribuições da pressão arterial sistólica (PAS) no momento da coleta e o referenciado como habitual pelo participante.

Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo a medida da pressão arterial sistólica (PAS) no momento do questionário e a medida habitual referida pelo entrevistado.

Variável	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Pressão Arterial Sistólica (PAS) habitual referida						
90	-	-	2	5	2	5
100	1	2,5	16	40	17	42,5
110	2	5	6	15	8	20
120	5	12,5	6	15	11	27,5
130	-	-	1	2,5	1	2,5
140	-	-	1	2,5	1	2,5
Σ	8	20	32	80	40	100

Cont. Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo a medida da pressão arterial sistólica (PAS) no momento do questionário e a medida habitual referida pelo entrevistado.

Variável	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%	n	%
Pressão Arterial Sistólica (PAS) no momento da coleta						
70	-	-	1	2,5	1	2,5
80	-	-	-	-	-	-
90	-	-	5	12,5	5	12,5
100	-	-	13	32,5	13	32,5
110	1	2,5	8	20	9	22,5
120	4	10	2	5	6	15
130	1	2,5	3	7,5	4	10
140	2	5	-	-	2	5
Σ	8	20	32	80	40	100

Fonte: Pesquisa direta (2010).

O valor referenciado da PAS encontra-se entre 90 e 140 mmHg, com predominância de 42,5% (n=17) no valor de 100 mmHg. Todavia o valor obtido no momento da coleta está entre 70 e 140 mmHg, porém o valor de 100 mmHg continuou prevalente com a porcentagem de 32,5%, seguido de 22,5% com PAS de 110 mmHg. A variação de indivíduos classificados como hipertensos, segundo a PAS, variou de 2,5% no valor referenciado a 5% no momento da coleta. Constatamos uma disparidade entre o valor referenciado e o valor verificado no momento da coleta de dados, e diferente do que imaginamos, a PAS não se elevou muito no ambiente de trabalho, mantendo a média dentro dos parâmetros

As distribuições da pressão arterial diastólica (PAD), apresentam-se na Tabela 8, com valores obtidos no momento da coleta e os valores de costume dos participantes.

Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros segundo a medida da pressão arterial diastólica (PAD) no momento do questionário e a medida habitual referida pelo entrevistado.

Variável	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%	n	%
Pressão Arterial Diastólica (PAD) habitual referida						
60	1	2,5	11	27,5	12	30
70	2	5	10	25	12	30
80	5	12,5	10	25	15	37,5
90	-	-	1	2,5	1	2,5
Σ	8	20	32	80	40	100

Cont. Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros segundo a medida da pressão arterial diastólica (PAD) no momento do questionário e a medida habitual referida pelo entrevistado.

Variável	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%	n	%
Pressão Arterial Diastólica (PAD)						
no momento da coleta						
50	-	-	3	7,5	3	7,5
60	-	-	4	10	4	10
70	3	7,5	13	32,5	16	40
80	3	7,5	7	17,5	10	25
90	2	5	4	10	6	15
100	-	-	-	-	-	-
110	-	-	1	2,5	1	2,5
Σ	8	20	32	80	40	100

Fonte: Pesquisa direta (2010).

O valor referenciado da PAD encontra-se entre 60 e 90 mmHg, com predominância de 37,5% (n=15) no valor de 80 mmHg. Pode-se perceber uma grande divergência entre os valores relatados e observados que, no momento da coleta, encontram-se no intervalo de 50 a 110 mmHg. Dos valores obtidos, a maioria dos entrevistados, 40%, possui PAD em 70 mmHg (n=16). A classificação de hipertensão segundo a PAD teve valores bastante contrastantes, onde a PAD referida teve um percentual de 2,5%. e a obtida na coleta demonstrou um percentual de 17,5%.

Percebemos que os valores dos níveis da PAD encontram-se em desarmonia, obtendo uma PAD maior que a referida, demonstrando uma maior resistência vascular no relaxamento dos ventrículos. Esse nível tensional elevado deve-se a aumentada carga de trabalho, consumo excessivo de sal, sedentarismo, dieta inadequada.

Corroborando estes achados, Barros *et al* (2009), ao estudarem os níveis pressóricos e fatores de risco de 120 graduandos em enfermagem, verificaram que 9 (7,5%) dos alunos apresentaram alteração do nível pressórico; assim, foi verificada PAS maior ou igual a 140 mmHg e/ou PAD maior ou igual a 90 mmHg em quatro alunos e somente um declarou ser hipertenso, em uso de medicação anti-hipertensiva, portanto 5 (4,2%) dos estudantes apresentaram HA e 4 (3,3%) apresentaram pressão limítrofe. Em relação aos fatores de risco, 16 (13,3%) estudantes apresentavam peso acima do recomendado.

Neste estudo, 1 uma mulher declarou ser hipertensa, entretanto no momento da coleta sua PA encontrava-se em 130 x 90 mmHg. Quando indagada sobre que medidas são realizadas para o controle da HAS, a mesma relatou que faz uso de medicação anti-

hipertensiva quando tem 'crises' hipertensivas e possui uma dieta hipossódica (sem sal de cozinha).

Esse dado nos revela que apesar dos participantes serem considerados adultos jovens e a grande maioria possuir idade entre 25 e 30 anos de idade, ainda houve um relato de casos de HAS nos participantes (2,5%). Neste caso, a PAD dessa participante encontrava-se no limite para a classificação em hipertensão, demonstrando a dificuldade que se tem em manter a PAD nos padrões desejáveis. Constatamos também, que a principal medida de controle da HAS pela participante foi o uso de medicações anti-hipertensivas quando necessário, não existindo o hábito de tomar diariamente medicações, permitindo um menor rigor relacionado à terapêutica medicamentosa, e a adesão à dieta hipossódica sendo uma medida significativa e de fácil utilização para a manutenção da PA em níveis aceitáveis.

Pesquisas demonstram que cerca de 15 a 20% da população adulta brasileira, com idade acima de 20 anos, é portadora de hipertensão arterial, sendo que, aproximadamente, 12 milhões de brasileiros são atingidos (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002)

Heimanin (1999) ressalta que a restrição salina deve fazer parte da terapêutica anti-hipertensiva e ser uma das primeiras recomendações dadas ao paciente hipertenso e sua família com objetivo preventivo. Assim a difusão de informações visando a prevenção e o controle da HAS é de extrema necessidade, visto que vários estudos apontam a redução de ingestão de sal é uma das medidas de maior impacto, por promover menor elevação pressórica e queda da PA proporcional à diminuição do teor de sódio.

O estudo evidencia que os participantes que encontram-se com os níveis da PAS e PAD alterados não possuem diagnóstico clínico de HAS. Contudo por ter ocorrido medições em 1 ocasião, não podemos afirmar a existência de mais hipertensos na amostra, todavia percebemos que no trabalho níveis tensionais podem se alterar, decorrente de estresse laboral, alta carga de trabalho combinada com a extensa jornada de trabalho, má alimentação, sedentarismo. Evidencia-se que cada vez mais pessoas estão submetidas a fatores de risco modificáveis e não modificáveis para a HAS.

5.4 CARACTERIZAÇÃO LABORAL

A atividade laboral foi classificada em: baixa exigência, passivo, ativo e alta exigência, baseado na escala demanda-controle proposto por Karasek & Theorell em 1990. Os resultados encontrados estão ilustrados na Figura 7.

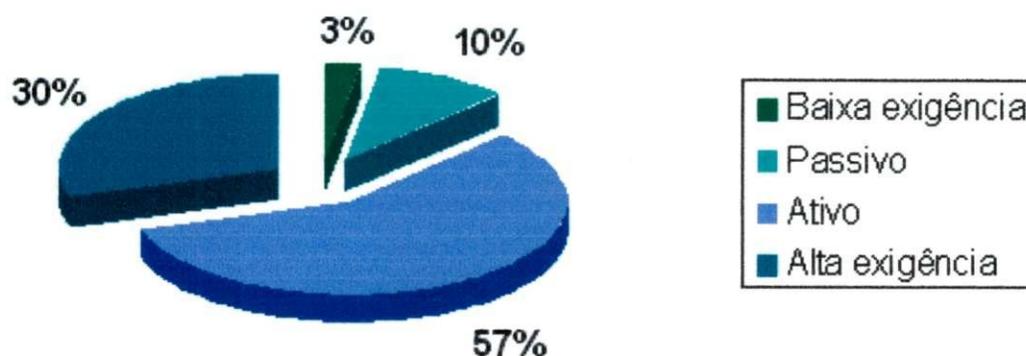


Figura 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo a classificação da atividade laboral.

Fonte: Pesquisa direta (2010).

De acordo com os critérios utilizados, 57,0% são considerados ativos, por possuir maior demanda psicológica e maior controle do processo laboral; 30,0% relatam a atividade laboral como sendo de alta exigência (maior demanda e menor controle); 10% consideram a sua atividade laboral como passivo (menor demanda e menor controle) e 3% relataram ter uma atividade laboral de baixa exigência (menor demanda e maior controle).

Diversos vínculos profissionais, ritmo e excesso de trabalho, dificuldade para realização do trabalho, conflitos existentes nas relações laborais, poder de decisão, autonomia, possibilidade de ser criativo, aquisição de novos conhecimentos, uso de suas habilidades e aperfeiçoamento das mesmas, são fatores que interferem diretamente nessa escala.

A maioria dos participantes do estudo considerou-se ativo. Esse dado demonstra que os enfermeiros crêem possuir uma alta demanda psicológica, devido a vários vínculos profissionais, excessivas cargas horárias de trabalho, atividade de alta exigência; e um maior controle do processo laboral, por possuírem poder de decisão, autonomia e fazerem uso de suas habilidades.

Entretanto 30% da amostra classificou sua atividade laboral como alta exigência, por possuir uma maior demanda psicológica, contudo possuem um menor controle da atividade

laboral, por considerarem não possuir, ou até mesmo possuir um pouco de autonomia, de poder de decisão nas suas atividades. Por conseguinte, quando não tem-se o devido controle da atividade laboral e/ou possui uma alta demanda psicológica, há um alto desgaste, podendo culminar em um alto nível de estresse.

A Tabela 9 traz as opiniões dos enfermeiros sobre sua atividade laboral.

Tabela 9 - Opiniões dos enfermeiros acerca da atividade laboral.

Variável	Sempre (%)	Geralmente (%)	Às vezes (%)	Raramente (%)	Nunca (%)
Apoio social					
Ambiente calmo e agradável	-	20	40	35	5
Bom relacionamento inter-pessoal	27,5	55	17,5	-	-
Bom relacionamento com os chefes	62,5	35	2,5	-	-
Apoio de colegas	20	52,5	27,5	-	-
Demanda psicológica					
Rapidez nas tarefas laborais	20	47,5	32,5	-	-
Muita exigência laboral	47,5	32,5	17,5	-	2,5
Tempo para cumprir suas tarefas laborais	10	60	17,5	10	2,5
Alta concentração nas tarefas laborais	80	17,5	2,5	-	-
Controle					
Repetição das tarefas laborais	47,5	27,5	17,5	7,5	-
Controle e autonomia laboral	27,5	55	10	2,5	5
Satisfação					
Satisfação laboral	32,5	17,5	37,5	7,5	5

Fonte: Pesquisa direta (2010).

Em termos de apoio social, as características relacionadas ao ambiente calmo e agradável foram as que apresentaram maior índice de insatisfação, de modo que 80,0% dos profissionais consideram que o ambiente de trabalho só se apresenta calmo e agradável às vezes, raramente ou nunca. O relacionamento, seja com os colegas ou com os chefes, bem

como o apoio recebido, foi avaliado de forma positiva, sendo considerado sempre ou geralmente bom pela maioria dos entrevistados.

No que concerne a demanda psicológica, chama à atenção o percentual de profissionais que relatam geralmente haver uma rapidez na execução das tarefas e o trabalho possuir sempre muita exigência (47,5%) e também alta concentração nas tarefas (80,0%). O tempo de atuação deve ser criteriosamente observado, tendo em vista que ele reflete não apenas a alta demanda de clientes para cada profissional, como também o tempo de execução dos procedimentos, que podem ser decisivos na linha que separa a vida da morte, a cura e reabilitação da seqüela. A repetição das tarefas no ambiente de trabalho foi referida por 47,5% dos entrevistados e o nível de satisfação laboral foi bastante heterogêneo, possuindo maior percentual os profissionais que relataram que às vezes estão satisfeitos em seu trabalho.

Esse bloco de perguntas nos permite observar que os profissionais, em sua maioria, geralmente, possuem um apoio social devido as relações inter-pessoais construídas no ambiente de trabalho. Possuem também sempre uma grande demanda psicológica e geralmente controle e autonomia. Muitos não se mostraram satisfeitos com seu trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade. Os enfermeiros, profissionais da saúde que lidam com o “cuidar” do próximo, por possuírem uma rotina laboral com uma alta demanda psicológica estão propensos a possuir essa entidade mórbida.

Conforme os resultados da pesquisa, consubstanciada na literatura pesquisada, pode-se perceber que os enfermeiros participantes da pesquisa possuem vários fatores de risco não modificáveis para a hipertensão arterial sistêmica, como histórico familiar, gênero. A idade e a etnia referidas não se enquadram nos parâmetros dos fatores de risco. Entretanto há fatores de risco modificáveis como dieta, sedentarismo, IMC, circunferência abdominal em muitos dos participantes do estudo.

Os níveis pressóricos obtidos demonstraram que a atividade laboral dos participantes, não causou um aumento da pressão arterial. Todavia, constatou-se que os enfermeiros possuem um nível considerável de estresse em seu trabalho quer seja por demanda psicológica no trabalho, pelo controle nas atividades laborais, pelas relações inter-pessoais ou pela insatisfação no trabalho.

Os resultados obtidos vêm reforçar a necessidade de um maior conhecimento dos enfermeiros sobre os fatores de risco para a hipertensão existentes no seu âmbito laboral e pessoal, e evitar fatores de risco que possam vir a desenvolver morbidades como a hipertensão e doenças cardiovasculares, melhorando assim sua qualidade de vida e qualidade no trabalho.

Assim, espera-se que este estudo possa servir de subsídio para que os profissionais da saúde e em particular os enfermeiros, enquanto cuidadores, possam também cuidar da sua própria saúde, melhorar a qualidade de vida e diminuir a exposição a fatores de risco, principalmente os ligados à hipertensão, doenças cardiovasculares e outras morbidades. Nesse propósito, almeja-se promover uma reflexão sobre hábitos de vida, no intuito de amenizar hábitos danosos a saúde e propiciar uma vida mais saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, ANA MARIA CAVALCANTE DE. **Implementação de normas e rotinas de atendimento ao hipertenso em uma Unidade de Saúde da Família do município de João Pessoa: um relato de experiência.** Monografia de Especialização, UFPB, 2005.

ALVES, M. G. de M. **Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde.** 259 p. Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

ALVES, M.G.M.; CHOR, D; FAERSTEIN, E et al. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 893-896, 2009.

ANDRADE, M.M. de . **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas.** 5 ed. São Paulo: atlas, 2002.

ARAUJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. **Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família.** Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health, v. 41, p. 368-374, 2007.

BARROS, ALBL; VIEIRA, FS; ASSIS, CC; ZEITOUN, SS. Alterações do nível pressórico e fatores de risco em graduandos de enfermagem. **Acta Paul Enferm** v. 22, n.6, 773-8, 2009.

BASTOS, D. S. **Cuidando de pessoas portadoras de hipertensão arterial: contribuindo para a superação dos déficits de autocuidado.** 124 p. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro hospitalar e o stress. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n.4, p. 390-4, dez. 2000.

BRANDALISE, T. L. **Modelos de medição de percepção e comportamento – uma revisão.** 2005. Disponível em :< <http://www.lgti.ufsc.br/brandalise.pdf> > Acesso em:21/05/10.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica nº 15 – Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. 2006a.

_____. **V DBHA - V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** São Paulo, 2006b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 1996.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Doenças Cardiovasculares no Brasil – SUS.** Brasília, 1993. 36p.

CANDEIAS, N.M.F; ABUJAMARA, A.M.D; SABBAG, S.N. Stress em atendentes de enfermagem. **Rev Bras Saúde Ocupacional**, v. 75, n.20, 1992.

CARNEIRO G, FARIA AN, RIBEIRO FILHO FF, GUIMARÃES A, LERÁRIO D, FERREIRA SRG, et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista da Associação Médica Brasileira.** v.49, n.3, p.306-11, 2003.

CORONELLI, C.L.S.; MOURA, E.C. Hipercolesterolemia em escolares e seus fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 24-31, 2003.

DATASUS. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2516202504537> Acesso em 28/05/10.

FRANCISCHI, R.P.P. et al. Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p.17-28, jan./dez. 2000.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ed. São Paulo:Atlas, 1999.

HARTMANN, M; DIAS, C; JUVENAL, S. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.8, 2007.

HEIMANN, J.C. Quantidade ideal de consumo de sal por dia como prevenção terapêutica anti-hipertensiva. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v.6, n.3, p.221-222, 1999.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. IBGE Cidades. Gráfico da evolução populacional. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=251620#>. Acessado em 13 de maio de 2010.

KOHLMANN JÚNIOR, O; GUIMARÃES, A.C; CARVALHO, M.H.C. et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.43, n.4, p. 257-86, 1999.

LOLIO, C.A; PEREIRA, J.C.R; LOTUFO, P.A. et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, v.27, n.5, p. 357-362, 1993.

LOPES,H.F. Patogênese da hipertensão em filhos de hipertensos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v.2, n.1, p. 14-28, 2000.

LOTUFO, P.A. Stroke in Brazil: a neglected disease. **São Paulo Medical Journal**, v.123, n.1, p.:3-4, 2005.

MALAGRIS, L. E. N.; FIORITO, A. C. C. Avaliação do nível de *stress* de técnicos da área de saúde. **Estudos de Psicologia**, Campinas, V. 23, N 4, P. 391-398, dezembro 2006.

MOLINA, M.D.C.B; CUNHA, L.F.H; MILL, J.G. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.37, n.6, p.743, 2003.

MONTANHOLI , L.L; TAVARES, D.M.S; OLIVEIRA, G.R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.5, p.661-665. 2006.

MONTEIRO, C.A. et al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil – a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: HUCITEC NUPENS/USP, 1995, p. 247-255.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS)/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE(OPAS)/MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL. **Desenvolvimento de sistemas de serviços de saúde:** Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 215p.

PAIVA, D.C.P; BERSUSA, A.A.S; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.2, p.377-385, 2006.

PEIXOTO, M.R.G. et al. Dieta e medicamentos no tratamento da hiperuricemia em pacientes hipertensos. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 76, n. 6, p. 463-467. 2001.

PIRES, M.M.S. **Obesidade e sobrepeso.** Disponível em: <<http://www.saudetotal.hpg.ig.com.br/artigos/obesidade.htm>>. Acesso em: 21 de abril de 2005.

PRESSUNTO, J. ; CARVALHO, E. C. de Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, janeiro 1998.

PRESTES; M. L. M. **A pesquisa e a construção do conhecimento:** do planejamento aos textos, da escola à academia. 2 ed. São Paulo: Respel, 2003.

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

ROSA SCD. **Medida comparativa da pressão arterial no braço e antebraço [dissertação].** Guarulhos (SP): Universidade de Guarulhos; 2006.

SABRY, M.O.D.; SAMPAIO, H.AC.; SILVA, M.G.C. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. **Rev. Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 139-147. mai/ago, 2002.

SALA, A; NEMES FILHO, A; ELUF-NETTO, J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.30, n.2, 1996.

SILVA, E. L. da ; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 3 ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVEIRA VMF; HORTA BL. Peso ao nascer e síndrome metabólica: meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.1, p.10-8, 2008.

SIMÃO M. **Hipertensão arterial e fatores de risco associados: estudo entre universitários da cidade de Lubango-Angola [tese].** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p. 415-22 maio-junho 2002.

SMELTZER, S. C. *et al.* **Brunner & Suddarth** – Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11 ed. 2v. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **III Consenso brasileiro de hipertensão arterial**. Rev. Bras. Cardiol. 1999; 1:92-133.

SOUZA, N.R.M; SOUZA e SILVA, N.A. Trabalho e hipertensão arterial. A responsabilidade social das empresas: problemas, oportunidades e possíveis estratégias de intervenção. **Revista SOCERJ**, v.6, n.1, p.60-64, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva, 2000 (WHO technical report series 894)

WHO, **Global Database on Body Mass Index - BMI classification**. Disponível em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: 21/06/10.

ZAITUNE, M.P.A; BARROS, M.B.A; CÉSAR, C.L.G. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.2, p.285-94, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu,

em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa "*Níveis Pressóricos e Fatores de Risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica entre Enfermeiros de um Hospital do Alto Sertão Paraibano*".

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho *Níveis Pressóricos e Fatores de Risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica entre Enfermeiros de um Hospital do Alto Sertão Paraibano* terá como objetivo geral *Verificar os níveis pressóricos e fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica entre enfermeiros do Hospital Distrital Deputado Manuel Gonçalves de Abrantes (Hospital Regional de Sousa)*.

Ao voluntário só caberá a autorização para **aplicação do roteiro de entrevista, verificação da pressão arterial e determinação de peso, altura e circunferência abdominal** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

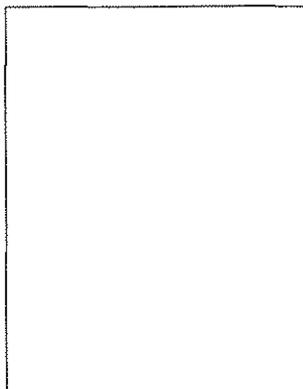
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.
- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 93113927 com Maria Monica Paulino do Nascimento.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa



APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO

CONTROLE DA AMOSTRA	
Identificação: Número _____	
Data: ___ / ___ / _____	Setor: _____
CATEGORIA 1. Caracterização Sócio-demográfica	
1. <u>Idade</u> : _____ anos	
2. <u>Sexo</u> : () <i>feminino</i> () <i>masculino</i>	
3. <u>Raça</u> : () <i>branco</i> () <i>preto</i> () <i>pardo</i> () <i>amarelo</i> () <i>indígena</i>	
4. <u>Estado civil</u> : () <i>solteiro(a)</i> () <i>casado(a)</i> () <i>união estável</i> () <i>divorciado(a)</i> () <i>viúvo(a)</i>	
5. <u>Filhos</u> () <i>sim</i> - <i>Quantidade</i> : _____ <i>Que tipo de escola seu filho frequenta?</i> () <i>pública</i> () <i>particular</i> () <i>não</i>	
CATEGORIA 2. Caracterização profissional	
1. <u>Em que ano você concluiu o seu curso?</u> _____	
2. <u>Qual seu grau máximo de instrução?</u> () <i>pós graduação strict sensu</i> () <i>pós graduação lato sensu</i> () <i>nenhum acima</i> <i>Detalhes:</i> _____	
3. <u>Você possui outro vínculo profissional?</u> () <i>sim</i> - () <i>1 vínculo</i> () <i>2 vínculos</i> () <i>3 vínculos</i> () <i>4 vínculos</i> () <i>não</i>	

4. Qual sua carga horária semanal total? _____ horas.
5. Há quanto tempo trabalha no setor? _____ anos.
6. Há sistema de rodízio no hospital onde você trabalha? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
CATEGORIA 3. Comportamentos relacionados a saúde e morbidades
1. Qual seu peso? _____ kg. 2. Qual sua altura? _____ m 3. Qual sua circunferência abdominal? _____ cm
4. Você pratica algum tipo de exercício físico? Sim () - <i>Quantas vezes por semana?</i> () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes () 4 vezes () 5 vezes () 6 vezes () 7 vezes. Não ()
5. Você se enquadra em alguma dessas situações? <input type="checkbox"/> etilista <input type="checkbox"/> fumante (cigarro, charutos, cachimbo) <input type="checkbox"/> ex-fumante <input type="checkbox"/> tenho alguma forma de lazer semanal <input type="checkbox"/> dieta hipersódica (c/sal de cozinha) <input type="checkbox"/> dieta hiposódica (s/sal de cozinha) <input type="checkbox"/> dieta rica em gorduras <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/> nefropatia <input type="checkbox"/> faz uso de anticoncepcionais orais
6. Você é hipertenso? <input type="checkbox"/> sim <i>O que você faz p controlar a HAS? –</i> <input type="checkbox"/> Dieta sem sal <input type="checkbox"/> Regime para perder/manter peso <input type="checkbox"/> Atividade física <input type="checkbox"/> Medicação de rotina <input type="checkbox"/> Medicação quando tem problema <input type="checkbox"/> Não faz nada <input type="checkbox"/> não
7. Algum antecedente familiar possui algum histórico de hipertensão? <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tios(as) <input type="checkbox"/> Primos(as)

() <i>Nenhum</i> () <i>Avós</i>
8. Qual seu nível pressórico de habitual/costume? _____ x _____ mmHg
9. Nível pressórico no momento da coleta: _____ x _____ mmHg
CATEGORIA 4. Caracterização laboral
1. Como você classifica sua atividade laboral? () <i>baixa exigência - menor demanda / maior controle</i> () <i>passivo - menor demanda / menor controle</i> () <i>ativo - maior demanda / maior controle</i> () <i>alta exigência - maior demanda / menor controle</i>

Agora temos algumas perguntas sobre a característica do seu trabalho no Hospital. Você possui 5 opções de resposta. Escolha a que se adeque em sua realidade laboral.

1	2	3	4	5
<i>Sempre</i>	<i>Geralmente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>

1. Existe um ambiente calmo e agradável onde você trabalha?	1	2	3	4	5
2. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros?	1	2	3	4	5
3. Você pode contar com o apoio dos seus colegas de trabalho?	1	2	3	4	5
4. No trabalho, você se relaciona bem com seus chefes?	1	2	3	4	5
5. Você gosta de trabalhar com seus colegas?	1	2	3	4	5
6. Você tem controle e autonomia no seu trabalho?	1	2	3	4	5
7. Você está satisfeita no seu trabalho?	1	2	3	4	5
8. Seu trabalho exige alta concentração nas tarefas?	1	2	3	4	5
9. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	1	2	3	4	5
10. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	1	2	3	4	5
11. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	1	2	3	4	5
12. Seu trabalho exige demais de você?	1	2	3	4	5

APÊNDICE C**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS
TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS**

Pesquisa: Níveis Pressóricos e Fatores de Risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica entre Enfermeiros de um Hospital do Alto Sertão Paraibano

Eu, Maria Mônica Paulino Do Nascimento, docente da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, portadora do RG: 3608795 e CPF: 677011833-53, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humano

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Orientadora

Cajazeiras, 14 de maio de 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
DE LICENCIATURA
EM ENFERMAGEM PARAÍBA

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS - PARAÍBA

Ofício 057-2010 – Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Cajazeiras, 13 de maio de 2010.

DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
Prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva

Ao: Ilmo. Sr. Dr. Francisco Queiroga de Gadelha
Diretor Geral do Hospital Regional de Sousa

Solicitamos a V. Sa., autorização para a aluna SARITA DE SOUSA MEDEIROS 50612105, coletar dados referente à Monografia de Conclusão do Curso Bacharelado em Enfermagem, intitulada: *Níveis Pressóricos e Fatores de Risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica entre Enfermeiros de um Hospital do Alto Sertão Paraibano*, sob a orientação da professora Maria Mônica Paulino do Nascimento, durante o período letivo 2010.1.

Na certeza do pronto atendimento a este pleito, agradecemos a vossa atenção, e nos despedimos cordialmente com votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Dr. Francisco Queiroga de Gadelha
Diretor Geral