UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALINE FURTADO CARLOS DE OLIVEIRA

**Fatores de risco e Hipertensão Arterial: estudo entre os profissionais de
enfermagem de uma Instituição Filantrópica.**

Ribeirão Preto - SP

2008

ALINE FURTADO CARLOS DE OLIVEIRA

**Fatores de risco e Hipertensão Arterial: estudo entre os profissionais de enfermagem
de uma Instituição Filantrópica.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: “Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas”

Orientadora: **Profª Drª. Maria Suely Nogueira**

Ribeirão Preto - SP

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Aline Furtado Carlos de

Fatores de risco e Hipertensão Arterial: estudo entre os profissionais de enfermagem de uma Instituição Filantrópica./ Aline Furtado Carlos de Oliveira; Orientadora: Maria Suely Nogueira

Ribeirão Preto, 2008

121 p.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

1. Hipertensão 2. Fatores de risco 3. Profissionais de enfermagem

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aline Furtado Carlos de Oliveira

Fatores de risco e Hipertensão Arterial: estudo entre os profissionais de enfermagem de uma Instituição Filantrópica.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: “Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas”

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIAS

*Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida, pois sem elas certamente não seria nada do que sou hoje: Meus pais **Rita e Aires**.*

*Aos meus irmãos, **Rafael e Arthur**, que se tornaram meus grandes amigos e me ajudaram com palavras de incentivo e coragem no momento que eu mais precisei.*

*Às minhas amigas **Lidiane e Elaine**, que estiveram ao meu lado nos momentos de alegria e tristeza, sempre me apoiando e ajudando.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pelo milagre da vida, por todos os dons e graças que recebo todos os dias. Obrigada senhor pelo amor, bênçãos, saúde, amizade, proteção e pela fé que existe em mim.

À Dra. Prof.^a Maria Suefy Nogueira, que, com seu conhecimento e sabedoria acreditou em mim e contribuiu para o meu crescimento científico, profissional e pessoal.

Aos professores Dr. Evandro José Cesarino e Dra. Leila Maria Marchi Alves pelas sugestões no Exame de Qualificação, melhorando assim o conteúdo da minha tese.

Aos amigos e familiares que aceitaram e entenderam minha distância enquanto me dedicava especialmente à realização deste sonho.

A todos que participaram deste estudo, de forma direta ou indireta, apoiando e incentivando-me através de gestos, palavras ou com o próprio silêncio.

À administração da Instituição que aprovou o projeto e permitiu a realização desta pesquisa em suas dependências.

*À bibliotecária **Maria Bernadete Maferbo** pelas orientações à internet, aos livros e simpatia de sempre.*

*À minha querida amiga e professora de inglês **Vanessa Pires**, que me socorreu nos momentos de dificuldade, muito obrigada.*

RESUMO

OLIVEIRA, A. F. C. de *Fatores de risco e Hipertensão Arterial: estudo entre os profissionais de enfermagem de uma Instituição Filantrópica*. 2008. 121p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

Diante da magnitude da hipertensão arterial enquanto doença crônica não transmissível, com etiologia multifatorial e por constituir-se em um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, responsáveis pelos elevados índices de mortalidade, desenvolveu-se o presente estudo tendo por objetivos identificar, entre os profissionais de enfermagem de uma instituição de saúde filantrópica, níveis de pressão arterial, tendo em vista a detecção precoce de possíveis hipertensos e analisar a exposição destes profissionais aos principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença hipertensiva. A população estudada constituiu-se de 147 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem), com idade entre 20 e 70 anos, que desenvolviam atividades no período da coleta de dados. Os dados foram obtidos através de entrevista estruturada, individual, realizada pelo pesquisador no local de trabalho desses profissionais. Primeiramente realizou-se a entrevista para identificar os fatores de risco para a doença hipertensiva, em seguida foi determinado os valores da pressão arterial pelo método indireto, utilizando aparelho oscilométrico (modo automático) da marca Dixtal 1710; posteriormente obteve-se os dados antropométricos que constituiu da medida do peso, altura, circunferência da cintura e circunferência do quadril. Os níveis tensionais foram obtidos através de duas medidas, com intervalo de 120 segundos cada, utilizando bolsa de borracha com largura compatível à circunferência do braço do profissional, sendo obtidos todos os valores no membro superior direito com o indivíduo sentado e tendo o braço apoiado e ao nível do coração, seguindo as recomendações das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002) e Mion Jr; Pierin (2000). Para fins deste estudo considerou-se os valores da pressão arterial, a média entre os valores obtidos nas duas medidas. Quanto aos resultados, no que se refere à biologia humana, detectou-se que 91,8% eram do sexo feminino; 34,7% estavam com idade entre 20 e 29 anos e 29,2% possuíam idade superior a 40 anos; 12,2% apresentaram obesidade de grau I e II, respectivamente; 2,1% dos homens apresentaram $RCQ \geq 1,0$ e 38,7% mulheres apresentaram $RCQ \geq 0,85$; 11,6% apresentaram valores de $PAS \geq 140$ mmHg e 6,8% $PAD \geq 90$ mmHg; 72,8% referiram história familiar positiva para doença hipertensiva,

48,0% de DM e 34,6% de AVC. Quanto ao meio ambiente, 41,5% possuíam o 2º grau completo; 43,5% eram casados e 53,7% possuíam um único emprego. Em relação ao estilo de vida, 27,9% referiram realizar algum tipo de atividade física; 16,4% eram fumantes; 36,7% referiram consumir bebida alcoólica; 26,6% sentiam-se estressados devido a problemas familiares e 26,5% indicaram preferência por alimentos com alto teor de sódio. Quanto ao atendimento de saúde, 84,4% possuíam convênio médico pela empresa e 63,3% indicaram procurar o serviço de saúde apenas para tratamento médico específico. Estes achados indicam a necessidade de implementação de programas educativos voltados para esta população específica, com vistas a prevenção e controle da doença hipertensiva, como também a conscientização destes sobre os fatores de risco a que estão expostos e que se constituem em elementos nocivos à sua saúde em geral.

Palavras chave: Hipertensão, Fatores de Risco, Profissionais de Enfermagem

ABSTRACT

OLIVEIRA, A.F.C. A. *Risk factors hypertension among nursing professionals of a national philanthropy Health Institution*. 2008, 121p. Dissertation (Master) – Ribeirão Preto, College of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2008.

Over the prevalence of hypertension as a non-chronic disease, with multifactor etiology and mainly associated with high mortality rates for heart diseases, the purpose of the present study was to detect among nursing professionals of a national philanthropy Health Institution, high blood pressure, focusing the primary detection of possible hypertension patients. A hundred and forty-seven professionals on both sexes, with ages ranging from 20 to 70 years, participated in the study. Data analysis was carried out through the application of structured and individual questionnaires and interviews by the researcher, in the subjects place of working. First, an objective interview was done by the subjects to identify the presenting risk factors of hypertension disease and after that, a high blood pressure test was carried out using a oscillometric device (automatic mode) manufactured by Dixtal 1710; second, the anthropometry assessment data which constitutes body mass (Kg), height (cm), circumference (cm) of thigh and hips, was measured. The tensional levels were obtained and analysed through two measured instructions, with and interval of 120 seconds each, using a “rubler bag” widely in proportion to the circumference of forearm; these values were obtained from upper extremities where subjects were sitted and holding their right forearm over the heart, following and validing the IV Brazilian Laws Recommendations of Hypertension (2002) and Mion Jr; Pierin (2000). For a reliable result in tests, they have considered the high blood pressure data found in both measured ways. As a result, they have detected 91,8% of risk factors were women; 34,7% ranging from 20 to 29 years, and 29,2% with ages over 40 years; 12,2% presented obesity levels I and II and 2,1% of the men presented $RCQ \geq 1,0$ and 38,7% of women presented $RCQ \geq 0,85$; 11,6% presented values $PAS \geq 140$ mmHg and 6,8% values $PAD \geq 90$ mmHg; 72,8% were likely and genetically positively to present hypertension disease, 48,0% diabetes mellitus and 34,6% cerebral vascular accidents. According to the behaviorial way of living, 41,5% of the subjects had high school degree; 43,5% were married and 53,7% held only one job. Related to life style, 27,9% of them adopted particularly levels of physical activity; 16,4% had smoking habits; 36,7% used to drink some alcoholic drinks; 26,6% were under housing stressed and 26,5% have preferred high levels of sodium food.

Due to health care, 84,4% held a health care insurance subsidized and 63,3%. Information on this matter, particularly with referral to the health professionals, could serve as a basis for the design of intervention programs aiming at improving work and health conditions within this population segment.

Key words: Obesity, Hypertension, Risk Factors, Nursing Professionals

RESÚMEN

OLIVEIRA, A.F.C. *Factores de riesgo y Hipertensión Arterial: estudio entre los profesionales de enfermería de una Institución Filantrópica*. 2008, 121p. Disertación (Maestría) – Ribeirão Preto, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2008.

Delante la magnitud de la hipertensión arterial mientras enfermedad crónica no transmisible, con etiología multifactorial y por constituirse en uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, responsables por los elevados índices de mortalidad, se desarrolló el presente estudio teniendo por objetivos identificar, entre los profesionales de enfermería de una institución de salud filantrópica, niveles de presión arterial, teniendo en vista la detección precoz de posibles hipertensos y analizar la exposición de éstos profesionales a los principales factores de riesgo para el desenvolvimiento de la enfermedad hipertensiva. La población estudiada se constituyó de 147 profesionales de enfermería (enfermeros, técnicos de enfermería y auxiliares de enfermería), con edad entre 20 y 70 años, que desarrollaban actividades en el periodo de colecta de datos. Los datos fueron obtenidos a través de entrevista estructurada, individual, realizada por pesquisador en el local de trabajo de éstos profesionales. Primeramente se realizó la entrevista para identificar los factores de riesgo para la enfermedad hipertensiva, en seguida fue determinado los valores de la presión arterial por el método indirecto, utilizando aparatos oscilo métrico, modo automático de la marca DIXTAL 1710; posteriormente se obtuvo los datos antropométricos que constituye la medida del peso, altura, circunferencia de la cintura y circunferencia de la cadera. Los niveles tensionales fueron obtenidos a través de dos medidas, con intermedio de 120 segundos cada, utilizado bolsa de goma con anchura compatible a la circunferencia del brazo del profesional, siendo obtenidos todos los valores en el miembro superior derecho con el individuo sentado y teniendo el brazo apoyado y al nivel del corazón, siguiendo las recomendaciones de las IV Diretrizes Brasileñas de Hipertensão Arterial (2002) y Mion Jr; Pierin (2000). Para Fines de este estudio se considero los valores de la presión arterial, la media entre los valores obtenidos en las dos medidas. Cuanto a los resultados, en lo que se refiere a la biología humana, se detecto que 91,8% eran del sexo femenino; 34,7% estaban con edad entre 20 y 29 años y 29,2% poseían edad superior a 40 años; 12,2% presentaron obesidad de grado I y II, respectivamente; 2,1% de los hombres presentaron RCQ > a 1,0 y 38,7% mujeres presentaron

RCQ > 0,85; 11,6% fueron identificados con valores de PAS > 140 mmHg y 6,8% con PAD > 90 mmHg; 72,8% se refirieron a historia familiar positiva para enfermedad hipertensiva, 48% de DM y 34,6% de AVC. Cuanto al medio ambiente, 41,% poseían el 2º grado completo; 43,5% eran casados y 53,7% poseían un único empleo. En relación al estilo de vida, 27,9% refirieron realizar algún tipo de actividad física; 16,4% eran fumadores; 36,7% refirieron consumir bebida alcohólica; 26,6% se sentían estresados debido a problemas familiares y 26,5% indicaron preferencia por alimentos alto contenido de sodio. Cuanto al atendimento de salud, 84,4% poseían convenio medico por empresa y 63,3% indicaron buscar el servicio de salud apenas para tratamiento medico especifico. Estés encontrados indican la necesidad de implantación de programas educativos envolvimos para esta población especifica, con vistas a la prevención y control de enfermedad hipertensiva, como también la concientización de estés sobre los factores de riesgo a la que están expuestos y que se constituyen en elementos nocivos a la salud en general.

Palabras llaves: Hipertensión, Factores de Riesgo, Profesionales de Enfermería

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a variável idade em anos. Sertãozinho, 2006.....	48
Tabela 2: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a variável IMC. Sertãozinho, 2006.....	49
Tabela 3: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o sexo e faixa etária e a RCQ. Sertãozinho, 2006.....	50
Tabela 4: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a RCQ e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.....	51
Tabela 5: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a RCQ e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.....	52
Tabela 6: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a idade em anos, por faixa etária e o IMC. Sertãozinho, 2006.....	53
Tabela 7: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a idade em anos, por faixa etária e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.....	54
Tabela 8: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a idade em anos, por faixa etária e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.....	55
Tabela 9: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o IMC e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.....	56
Tabela 10: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o IMC e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.....	56
Tabela 11: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a cor da pele e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.....	57
Tabela 12: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a cor da pele e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.....	58
Tabela 13: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o grau de parentesco e antecedentes familiares para HAS. Sertãozinho, 2006.....	59

Tabela 14: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o grau de parentesco indicado para antecedente familiar com DM, Angina, IAM, AVC, IR, MS. Sertãozinho, 2006.....	60
Tabela 15: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a variável escolaridade. Sertãozinho, 2006.....	62
Tabela 16: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a categoria de ocupações desenvolvidas na instituição. Sertãozinho, 2006.....	63
Tabela 17: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o setor de atividades. Sertãozinho, 2006.....	64
Tabela 18: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o setor de atividades ocupado e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.....	65
Tabela 19: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o setor de atividade ocupado e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.....	66
Tabela 20: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a categoria ocupacional e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.....	67
Tabela 21: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a categoria ocupacional e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.....	67
Tabela 22: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a renda familiar em salários mínimos. Sertãozinho, 2006..	69
Tabela 23: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a renda familiar em salários mínimos e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.....	70
Tabela 24: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a renda familiar em salários mínimos e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.....	71
Tabela 25: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tipo de atividade física praticada. Sertãozinho, 2006.....	73

Tabela 26: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a frequência e duração da atividade física praticada. Sertãozinho, 2006.....	74
Tabela 27: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tempo em anos de prática de atividade física. Sertãozinho, 2006.....	75
Tabela 28: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a prática de atividade física e o IMC. Sertãozinho, 2006....	76
Tabela 29: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a prática de atividade física e a RCQ. Sertãozinho, 2006...	77
Tabela 30: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a prática de atividade física e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.....	78
Tabela 31: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a prática de atividade física e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.....	78
Tabela 32: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tipo/quantidade de cigarros que fuma e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.....	79
Tabela 33: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tipo/quantidade de cigarros que fuma e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.....	81
Tabela 34: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tipo de bebida alcoólica consumida. Sertãozinho, 2006..	82
Tabela 35: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tipo de bebida alcoólica consumida e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.....	83
Tabela 36: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tipo de bebida alcoólica consumida e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.....	84
Tabela 37: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a variável situação de estresse. Sertãozinho, 2006.....	84

Tabela 38: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tipo de alimento consumido e a frequência de consumo. Sertãozinho, 2006.....	86
Tabela 39: Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a variável patologia em tratamento. Sertãozinho, 2006.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS

- HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
- PA	Pressão Arterial
- PAS	Pressão Arterial Sistólica
- PAD	Pressão Arterial Diastólica
- PAM	Pressão Arterial Média
- PP	Pressão de Pulso
- SNC	Sistema Nervoso Central
- DM	Diabetes Mellitus
- DAC	Doença Arterial Coronariana
- DAP	Doença Arterial Periférica
- AVC	Acidente Vascular Cerebral
- IVP	Insuficiência Vascular Periférica
- FC	Frequência Cardíaca
- RVP	Resistência Vascular Periférica
- DCV	Doença Cardiovascular
- CC	Circunferência da Cintura
- CQ	Circunferência do Quadril
- CB	Circunferência Braquial
- RCQ	Relação Cintura-Quadril
- IMC	Índice de Massa Corporal
- DC	Débito Cardíaco
- IR	Insuficiência Renal

- IAM Infarto Agudo do Miocárdio
- IC Insuficiência Cardíaca
- DPOC Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- MS Morte Súbita
- CNS Conselho Nacional de Saúde
- SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1- Introdução	21
1.1- Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos gerais.....	22
1.2- Fatores de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica.....	27
1.3- Hipertensão Arterial e trabalho profissional.....	33
2- Objetivos.....	38
3- Material e Método.....	40
3.1. Delineamento do estudo.....	41
3.2. População do estudo.....	41
3.3. Procedimentos para coleta de dados.....	42
3.3.1. Instrumento de coleta de dados.....	42
3.3.2. Operacionalização da coleta de dados.....	44
4- Resultados e discussão.....	47
4.1. Caracterização da população.....	48
4.1.1. Dados relacionados à biologia humana.....	48
4.1.2. Dados relacionados ao meio ambiente.....	62
4.1.3. Dados relacionados ao estilo de vida.....	73
4.1.4. Dados relacionados ao atendimento de saúde.....	91
5- Conclusão.....	94
6- Considerações finais.....	99
7- Referências bibliográficas	102
APÊNDICE	112
ANEXO	122

1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos gerais

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se como um dos fatores de risco de maior magnitude e esta condição responde por grande parte da morbidade e da mortalidade cardiovasculares nos países industrializados, sendo responsável pelo desenvolvimento da doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca (IC), insuficiência renal (IR) e doença arterial periférica (DAP) (BRANDÃO et al., 2003).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial, assintomática, na grande maioria dos casos, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por ele irrigados (AMODEO; LIMA, 1996; III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, 1998; BRASIL, 2002).

A HAS caracteriza-se por uma condição sistêmica que envolve a presença de alterações estruturais das artérias e do miocárdio, associadas à disfunção endotelial, constrição e remodelamento da musculatura lisa vascular (BRANDÃO et al., 2003).

Trata-se de uma doença de evolução insidiosa que progride de forma assintomática na grande maioria dos casos, sendo este o ponto mais relevante no que diz respeito às suas complicações. A HAS é uma doença que lesa, em última instância, o sistema vascular, e, ao longo de sua evolução, as artérias sofrem modificações estruturais, diminuindo o aporte de sangue para os chamados órgãos - alvo da doença hipertensiva como o coração, cérebro, rins e olhos. Conseqüentemente, a redução do aporte de sangue para esses órgãos coincide com o surgimento e quadros mais graves (KOHLMANN Jr; PLAVNIK, 2004).

O diagnóstico de HAS caracteriza-se pelo aumento crônico da Pressão Arterial

Sistólica (PAS) e da Pressão Arterial Diastólica (PAD) e somente pode ser estabelecido quando são realizados no mínimo três medidas, com uma diferença temporal de uma semana entre elas e identificados valores de PAS superiores a 140 mmHg ou de PAD superiores a 90 mmHg. No entanto, comprovar um valor de PAS maior ou igual a 210 mmHg ou mesmo uma PAD maior ou igual a 120 mmHg, não se exige mais de uma medida para instituir o tratamento (LEPORI, 2004).

No Brasil, as Doenças Cardiovasculares (DCV) são responsáveis por cerca de 250.000 óbitos por ano, constituindo-se o primeiro grupo de causa de morte no país. As cardiopatias, particularmente a Doença Arterial Coronariana (DAC), registrou aumento da incidência e mortalidade nas primeiras sete décadas do século passado, nos países industrializados (FONSECA; LAURENTI, 2000).

A HAS é altamente prevalente em praticamente todos os países. O VII Joint National Committee on Detection, Evolution and Treatment of High Blood Pressure (2003) destaca que um dos maiores desafios deste milênio será o de modificar essa realidade. Calcula-se que pelo menos 50 milhões de norte – americanos são hipertensos e estudos brasileiros têm mostrado prevalência entre 12% e 35% em diferentes regiões (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Dados da Organização Pan-Americana de saúde indicam que cerca de 80% dos óbitos por DCV ocorram nos países de baixa e média renda, e até 2010 será a principal causa de morte nos países em desenvolvimento (OPAS, 2003).

A HAS é um dos principais problemas de saúde pública em razão de sua alta prevalência na população adulta e produtiva (CARVALHO; ALMEIDA, 2001; BERWANGER; AVEZUM, 2004). Segundo esses autores, em levantamento recente feito nos EUA, estimou-se que aproximadamente 50 milhões de indivíduos (¼ da população adulta) eram portadores de HAS, e a porcentagem de indivíduos hipertensos tratados e controlados

aumentou de 16% no início da década de 70 para 65% entre 1988 e 1994, representando um custo assistencial de 37,2 bilhões de dólares ao ano. Trata-se de uma doença de alta prevalência no mundo, estimando-se que existam cerca de 691 milhões de pessoas hipertensas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO, 2005).

A HAS representa grave problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência, cerca de 20% da população adulta, como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento (SILVA; SOUZA, 2004).

É importante ressaltar que a HAS está presente em mais de 60% dos idosos e encontra-se freqüentemente associada a outras doenças também altamente prevalentes nessa faixa etária, como a aterosclerose, cardiopatia isquêmica, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Diabetes Mellitus (DM), conferindo a essa população, alto risco para a morbidade e mortalidade cardiovasculares, e, portanto, exigindo correta identificação do problema e abordagem terapêutica apropriada (ROSAS PERALTA et al., 2005; RUBIOR GUERRA, 2005).

A HAS também pode lesar os rins causando Insuficiência Renal (IR) e obstruir as artérias dos membros inferiores causando a Insuficiência Vascular Periférica (IVP). Essas complicações geralmente levam a invalidez parcial ou total, sendo na sua totalidade permanente, provocando a morte em um número significativo de casos e acometendo as pessoas a partir de 40 anos de idade (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006; MARRONI, 2005).

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das DCV, explicando 40% das mortes por AVC e 25% daquelas por DAC, englobando também as IVP e IR. A HAS e suas complicações são também responsáveis por alta frequência de internações (BRASIL, 2002).

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ocorre frequentemente devido ao aparecimento de placas ateromatosas nas artérias coronárias dos pacientes hipertensos. Essas lesões favorecem a formação de trombos oclusivos. A ateromatose acelerada e a demanda aumentada de oxigênio (pela hipertrofia miocárdica) provocam a angina de peito (dor isquêmica funcional). Se a obstrução for completa e não existir circulação colateral suficiente, pode haver o infarto (necrose) do miocárdio. A isquemia modifica as propriedades elétricas das células cardíacas provocando arritmias agudas. Grande parte das mortes súbitas em pacientes com HAS é devida ao IAM (LEPORI, 2004).

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), a HAS caracteriza-se quando os valores de PAS encontram-se em níveis iguais ou superiores a 140 mmHg e/ou quando a PAD é igual ou superior a 90 mmHg em duas ou mais ocasiões, na ausência de uso de medicação anti-hipertensiva. A Pressão Arterial (PA) normal é caracterizada com valores inferiores a 130-85 mmHg; a PA limítrofe é aquela cujo valor da PAS varia de 130-139 mmHg e a de PAD entre 85-89 mmHg e a PA ótima quando os valores forem iguais ou inferiores a 120-80 mmHg. É considerado HAS estágio 1 valores de PAS entre 140-159 mmHg e de PAD entre 90-99 mmHg; HAS estágio 2 valores de PAS entre 160-179 mmHg e de PAD entre 100-109 mmHg e HAS estágio 3 valores de PAS >180 mmHg e de PAD >110 mmHg. Importante ressaltar ainda que a hipertensão sistólica isolada caracteriza-se por valores da PAS > 140 mmHg e valores da PAD < 90 mmHg.

O aumento de 20 mmHg na PAS ou de 10 mmHg na PAD, em indivíduos entre 40 a 70 anos de idade, dobra o risco para ocorrência de DCV (LEWINGTON et al., 2002).

Considerando sua etiologia, a HAS pode ser classificada como: essencial, primária ou idiopática, quando não apresenta nenhuma causa aparente, ou secundária, quando sua origem provém de uma alteração orgânica conhecida, por exemplo, alterações renais ou endócrinas (LEPORI, 2004).

A HAS primária é aquela sem uma única causa definida, com múltiplos fatores envolvidos e importante fator genético. O seu aparecimento é favorecido pelo excesso de peso, sedentarismo, elevada ingestão de sal, baixa ingestão de potássio e consumo excessivo de álcool. No grupo de indivíduos com pressão limítrofe também contribuem para o aumento do risco cardiovascular as dislipidemias, intolerância a glicose e DM, tabagismo, menopausa e estresse emocional. Já a HAS secundária caracteriza-se pela elevação pressórica ocorrendo como manifestação de uma doença conhecida ou do uso de medicamentos com marcada ação hipertensiva. Abrangendo aproximadamente 10% dos hipertensos, a HAS secundária é, muitas vezes, curável, o que pode beneficiar os pacientes, desonerando o sistema de saúde (NOBRE; LIMA, 2000).

A prevenção primária da HAS é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade por DCV. Tem como objetivo a redução ou modificação dos fatores de risco para doença hipertensiva através da implementação de políticas apropriadas e programas educativos, que busquem evitar ou retardar o desenvolvimento da doença. As mudanças de comportamento da população podem produzir benefícios ao indivíduo e contribuir como um todo para o controle da PA entre a população (LEMOGOUM et al., 2003).

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), existem dados relevantes que devem ser incluídos na história clínica com vista a identificar precocemente indivíduos hipertensos, quais sejam:

- Sexo, idade, raça e condição socioeconômica; duração conhecida de HAS e níveis de PA, adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; sintomas de DAC; sinais e sintomas sugestivos de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); AVC; insuficiência vascular de extremidades; doença renal; DM; indícios de HAS secundária; investigação sobre fatores de risco como dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda

de peso, característico do sono, função sexual, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); história atual ou pregressa sobre gota, DAC, ICC; história familiar de AVC, DAC prematura (homens < 55 anos, mulheres < 65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos; perfil psico-social relacionado a fatores ambientais e psico-sociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade; avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína; consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento; atividade física.

O indivíduo deve conhecer o valor de sua PA e também que a HAS é um importante fator de risco cardiovascular (LEPORI, 2004). Além de identificar que a HAS raramente apresenta sintomas, e, quando estes aparecem, podem estar relacionados a uma complicação. A dieta deve ser controlada, bem como a utilização dos medicamentos nas doses indicadas.

1.2 Fatores de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica

Os fatores de risco podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os não modificáveis compreendem a idade, o sexo, a raça e a história familiar e os modificáveis, a ingestão excessiva de sal, gordura, uso de bebida alcoólica, tabagismo e sedentarismo (BRASIL, 2002).

A PA aumenta linearmente com a idade. Nos indivíduos jovens a HAS decorre apenas da elevação da pressão arterial diastólica (PAD), já a partir da sexta década, é a

pressão arterial sistólica (PAS) que eleva (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Em relação à raça, o impacto da HAS não é uniforme. Os afrodescendentes estão mais suscetíveis a desenvolver HAS que os brancos, com excesso de risco de até 130% (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

O baixo nível sócio-econômico também tem sido indicado como um fator predisponente para HAS, possivelmente devido à educação, renda, ambiente, acesso a serviços de saúde, estresse psicossocial, aspectos culturais relacionados à dieta, atividade física, entre outros (AFONSO; SICHIERI, 2002).

O estresse é um importante fator de risco para a HAS pois é sabido que indivíduos que são submetidos a emoções constantes como preocupação, raiva, tristeza, ansiedade ou insônia, podem apresentar aumento nos níveis tensionais (BARROS et al., 2005).

O estresse emocional pode aumentar a PA, mas não está comprovado o seu papel na gênese da HAS. Não obstante, técnicas de relaxamento e de aconselhamento pessoal podem ser úteis para o seu controle. O controle do estresse emocional é necessário na prevenção primária da HAS, sendo recomendado não só para hipertensos como também para aqueles com fatores de risco para a HAS. (AFONSO; SICHIERI, 2002; V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Junto com a HAS, as dislipidemias e o DM são considerados as principais entidades mórbidas com implicações nos altos índices de morbidade e mortalidade cardiovascular. Isso ocorre em função dos fatores de risco, presentes isoladamente ou associados, determinarem um acelerado processo de envelhecimento dos vasos, fazendo com que mais precocemente ocorra uma resposta endotelial alterada, predispondo o vaso a todas as condições que acarretam esta disfunção (SIMÃO, 2001).

O tabagismo é um importante fator de risco para HAS porque se associa a maior

incidência de mortalidade por doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência vascular periférica (IVP), favorecendo o aumento da PA (AFONSO; SICHIERI, 2002).

Os efeitos do tabagismo são maléficos em curto ou longo prazo para saúde. O fator vasoconstrição é o mais relevante por acelerar o processo de aterosclerose. Além disso, o cigarro apresenta elementos tóxicos que comprometem o aparelho circulatório, levando ao desenvolvimento de doenças respiratórias, cardiovasculares e neoplásicas (SILVA; SOUZA, 2004).

A nicotina é prejudicial ao organismo, pois promove a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca (FC), a PA e a resistência vascular periférica (RVP). Aumenta também a capacidade orgânica na formação de coágulos e diminui a função de destruí-los. Contribui para a redução de oxigênio nos glóbulos vermelhos em cerca de 15 a 20%, pois o monóxido de carbono que resulta da queima do fumo e do papel, se liga à hemoglobina lesando a parede interna dos vasos e propiciando a deposição de gorduras (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

Em relação ao risco relacionado ao consumo de bebida alcoólica, sabe-se que o álcool em excesso, além de comprometer o sistema cardiovascular, pode causar outras doenças como a cirrose hepática, pancreatite, gastrite, úlceras gástricas, neurites, entre outras; porém a causa de morte mais comum ainda é de origem cardiovascular. Com a redução do consumo de bebida alcoólica pode ocorrer uma redução média de 3,3 mmHg na PAS e 2,0 mmHg na PAD; a bebida alcoólica fora das refeições aumenta o risco de HAS, independentemente da quantidade de álcool ingerida (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Para os consumidores de álcool, a ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a 30 g de etanol/dia, o que equivale a uma garrafa de cerveja (5% de etanol, 600 ml), igual a 2

taças de vinho (12% de etanol, 250 ml) igual a uma dose (42% de etanol, 60 ml) de destilados (uísque, vodca, aguardente). Esse limite deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso e mulheres, indivíduos com sobrepeso e/ou triglicérides elevados. O consumo diário maior que as quantidades descritas e/ou grande quantidade de bebida alcoólica em um único dia associam-se a risco cardiovascular elevado (AFONSO; SICHIERI, 2002).

As medidas das circunferências corporais da cintura (CC) e do quadril (CQ) são as usualmente adotadas para caracterizar o acúmulo de gordura, através da CC e da relação cintura-quadril (RCQ). A RCQ obtém-se pela relação CC sobre CQ. A CC deve ser medida no ponto médio localizado entre a crista ilíaca e o rebordo da última costela e a circunferência do quadril, medida na altura dos trocanteres femorais. São considerados alterados valores de RCQ acima de 0,85 para mulheres e acima de 1,0 para os homens (BARCELLOS et al. 2006; MANCINI, 2007).

Independentemente do grau de sobrepeso, o excesso de gordura abdominal pode ser avaliado através da RCQ, sendo um importante fator de risco para várias doenças crônicas não-transmissíveis (AFONSO; SICHIERI, 2002). O IMC em conjunto com a idade e o sexo são considerados as variáveis que mais influenciam na distribuição de gordura corporal.

A ingestão excessiva de sal é um fator ambiental que desencadeia a HAS, tanto que se os alimentos não fossem conservados em sais de sódio e caso não se adicionasse cloreto de sódio no seu preparo, a PA possivelmente não se elevaria no decorrer da vida (FUCHS, 2001; BARROS, et al., 2005; V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

A redução da ingestão de sal é uma das medidas de maior impacto na prevenção da HAS, pois se associa à menor elevação da PA e promove queda pressórica proporcional à diminuição do teor de sódio. A dieta habitual do brasileiro contém entre 10 e 12 g de sal / dia. É saudável ingerir até 6 g/dia de sal, o que equivale a 2 colheres de café rasas de sal/dia;

acrescidos ainda de 2 g de sal presente nos alimentos naturalmente. A redução do sal nos alimentos pode ser evitado com a abolição do saleiro à mesa e o uso de alimentos industrializados. A dieta rica em vegetais e frutas deve ser incentivada pois contém 2 a 4 g de potássio e pode ser útil na redução da PA e na prevenção da HAS. Os substitutos do sal que contém maior proporção de cloreto de potássio e menor de cloreto de sódio (30% a 50%) são úteis para reduzir a ingestão de sódio e aumentar o consumo de potássio (AFONSO; SICHIERI, 2002; AQUINO; SILVA, 2005).

Com relação à ingestão de gordura, esta deve ser de no máximo 30% do valor calórico total da dieta, sendo a saturada até 10% e o colesterol até 300 mg/dia. Deve-se evitar a gordura vegetal hidrogenada (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

O exercício físico regular pode reduzir e até mesmo abolir a necessidade do uso de medicamentos anti-hipertensivos, evitando, assim, os efeitos adversos do tratamento farmacológico e reduzindo o custo do tratamento para o paciente e para o sistema de saúde (ARAÚJO, 2006).

Todo adulto deve realizar pelo menos de 30 a 45 minutos de atividade física leve a moderada, durante dois ou três dias na semana, com pequenas mudanças no cotidiano, tais como: utilizar escadas ao invés de elevador, andar ao invés de usar o carro e praticar atividades de lazer, como dançar (DELBIN; ZANESCO, 2005; ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Evidências científicas sólidas indicam que as complicações cardiovasculares da HAS podem ser prevenidas por meio de mudanças no estilo de vida, como aumento da atividade física, controle do peso, interrupção do tabagismo, restrição sódica, redução da ingestão de álcool e aumento na ingestão de potássio, além de tratamento farmacológico adequado (RASSI, 2002).

Quanto mais precocemente a HAS for detectada, maiores as chances e

oportunidades de se educar o indivíduo, estabelecendo assim um estilo de vida pertinente às suas condições (ALMEIDA et al., 2002; REZENDE et al., 2003).

Sabe-se que uma importante porcentagem da população hipertensa desconhece o diagnóstico, e os já diagnosticados, frequentemente não realizam o tratamento adequadamente, sem falar das dificuldades encontradas pelos indivíduos hipertensos em realizar o tratamento, ou pela condição de saúde, dificuldade de acesso aos serviços de saúde para realização do tratamento anti-hipertensivo e a falta de orientação adequada para a conscientização de que o tratamento deva ser por toda a vida (MARRONI, 2005; GONZÁLEZ, 2006; REZA, 2007).

A mudança do estilo de vida é uma atitude que deve ser estimulada em todos os indivíduos hipertensos, durante toda a vida, independente dos níveis de PA.

O sedentarismo é um fator de risco modificável, pois com exercício físico correto e bem orientado, o indivíduo pode ter sua PA controlada. Indivíduos sedentários apresentam percentual de gordura corporal maior do que aqueles que se exercitam frequentemente (PORTES et al., 2001; YUCHA, 2005; TROMBETTA et al., 2006). A obesidade frequentemente está associada ao sedentarismo, tornando-se assim um importante fator de risco para DCV, entre elas, a HAS.

O aumento do peso corporal, além das necessidades físicas e das limitações ósseas do esqueleto, decorrente do acúmulo excessivo de gordura corporal, associa-se a elevação dos níveis de PA e DAC (BARCELLOS et al., 2006). A deposição de gordura localizada na região abdominal, chamada de obesidade central e associada à gordura visceral, é fator de risco para doença cardiovascular (DCV).

O ganho de peso e o aumento da circunferência da cintura (CC) são índices prognósticos importantes de HAS, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam HAS diretamente atribuível

ao sobrepeso e obesidade (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

O risco de desenvolver doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares, HAS, DM e dislipidemia parece se elevar progressivamente quando o IMC atinge níveis superiores a 25 kg/m^2 , e com medidas de CC acima de 94 cm para homens e superiores a 80 cm para mulheres (GOULART ; BENSEÑOR, 2006; MANCINI, 2007).

Em indivíduos hipertensos é conveniente evitar o estresse emocional, controlar o peso e os distúrbios do metabolismo lipídico, estabelecer um plano de exercícios de três a cinco vezes por semana, suspender o hábito de fumar e adotar uma dieta hipossódica, já que o volume de líquido extracelular depende em grande parte do conteúdo em sódio. Não existe plano alimentar livre de sódio, já que devem ser cobertas no mínimo as perdas extras renais, que são de aproximadamente 200 mg/dia. Normalmente, com uma restrição leve ou moderada de sódio na alimentação, já são conseguidos bons resultados no tratamento da HAS, principalmente se acompanhada de tratamento farmacológico (LEPORI, 2004).

1.3 Hipertensão Arterial e trabalho profissional

Embora estudos indiquem a influencia do trabalho na elevação da pressão arterial, pouco se conhece sobre a hipertensão arterial e suas complicações entre profissionais de enfermagem.

Em estudo realizado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense e no Hospital Universitário em Niterói, R.J., com o objetivo de detectar fatores de risco para a hipertensão arterial entre graduandos de enfermagem e profissionais da saúde (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem), os pesquisadores identificaram entre 213 participantes do estudo que 97,6% apresentaram pelo menos um fator de risco sendo 75,1%

do sexo feminino; 32,4% com idade entre 18 e 23 anos e 23,9% com idade acima de 35 anos; 54,9% brancos; 71,9% das mulheres relataram fazer uso de pílula anticoncepcional; 88,7% apresentam parentes consangüíneos (pai, mãe, irmãos, tios e avós) com um ou mais problemas relacionados à HAS; 31,5% das pessoas tinham o hábito de acrescentar sal à comida; 46,5% estavam acima do peso; 63,0% se consideravam sedentários; 63,8% das pessoas se consideravam estressadas e/ou ansiosas; 15,5% eram fumantes; 34,7% faziam uso de bebida alcoólica e 11,3% desconheciam seus valores de pressão arterial. Foi possível identificar neste estudo que o conjunto de fatores de risco identificados demandam mudanças no estilo de vida que incluem redução do peso, restrição do consumo de álcool, prevenção no consumo de gordura saturada e colesterol na dieta, realização de exercícios físicos regulares e continuação de uma prática anti-tabagista. Assim indicaram a necessidade de uma campanha de prevenção com vistas à conscientização sobre fatores de risco, além da implantação de um programa de verificação e controle da PA nos locais de trabalho (CRUZ; LIMA, 1998).

Outro estudo descrevendo o padrão de ocorrência, diagnóstico e tratamento da HAS, realizado com 494 profissionais de enfermagem do sexo feminino de um hospital de emergência em Salvador, BA, mostrou que 86,2% dos entrevistados tinham em média 37,7 anos, sendo que 43,9% estavam na faixa etária entre 30 e 39 anos; 80,8% eram auxiliares de enfermagem; 54,0% trabalhavam em mais de um emprego na área da saúde; em relação à escolaridade, a prevalência de hipertensão arterial variou de 54,8% entre as menos instruídas; 18,3% desconheciam sua condição de hipertensas; 64,2% admitiram não estar em tratamento regular, e entre as que relatavam estar em tratamento, 69,4% apresentavam a pressão arterial elevada ao exame. Os principais motivos indicados para o não tratamento da hipertensão arterial foram a elevação ocasional (22,2%) e a falta de orientação médica (20,0%). Concluíram ser necessário medidas de controle da hipertensão arterial dirigidas a esse grupo ocupacional, além de que, os enfermeiros e auxiliares de enfermagem tornam-se agentes

privilegiados na disseminação de informações e conhecimentos sobre a HAS (AQUINO et al., 2001).

Matos et al. (2004), em seu estudo, determinaram a prevalência de fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do Centro de Pesquisas da Petrobras. Participaram da pesquisa 970 empregados, sendo a maioria do sexo masculino (75,4%) com idade média de 42,2 anos; 67,3% eram sedentários; a obesidade foi observada em 17% da população, sendo que 42,0% encontravam-se com sobrepeso; a hipertensão arterial esteve presente em 18,2% dos empregados, sendo que apenas 16,0% dos hipertensos encontravam-se controlados; 12,4% eram fumantes e 2,5%, diabéticos; 45,6% deles possuíam antecedentes familiares com história positiva para HAS; 56,6% dos empregados apresentaram níveis de colesterol total acima dos valores normais. Frente a estes achados, os autores concluíram que o desenvolvimento de programas de saúde de caráter preventivo, com enfoque na mudança do estilo de vida, pode constituir-se de meio eficaz para sensibilizar o indivíduo quanto a mudança de hábitos de vida nocivos à saúde.

Estudo semelhante, com o objetivo de determinar a prevalência de fatores de risco cardiovascular em profissionais de saúde no ambiente de trabalho em que foram avaliados 188 profissionais, sendo a maioria (70,0%) do sexo feminino; verificou-se que: 55,3% apresentaram níveis pressóricos elevados, sendo que destes, 32,4% apresentaram níveis de pressão arterial limítrofes, o que exige mudança no estilo de vida; 83,5% negaram a prática de qualquer atividade física; 35,6% eram etilistas; 22,9%, hipertensos; 20,2%, obesos; 19,7%, tabagistas e 10,6% com níveis de colesterol total acima dos valores normais. Concluíram que, além do índice elevado de fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais da saúde ser preocupante, e por constituir de profissional de saúde, deve servir de exemplo para a sociedade, o que torna necessário a promoção da saúde e prevenção dessas doenças (RAMOS et al., 2006).

Estudo realizado por Souza e Silva (2003) descreve a responsabilidade social das empresas frente à HAS, mostrando a importância dos fatores de risco ambientais para elevação da pressão arterial. Os autores identificaram que, nos anos de 1999, 2000 e 2001, o número de aposentadorias por invalidez aumentou significativamente, representando 23,3% do total; 71,0% foram para pacientes com idade entre 30 e 59 anos de idade, ou seja, em plena atividade produtiva; 18,1% tiveram como causa da aposentadoria o diagnóstico de HAS.

A HAS, além de ser a principal causa de aposentadoria precoce por doença e tendo a conseqüente perda de anos de vida produtiva e a terceira causa de invalidez temporária, principalmente quando associada ao DM é também um dos principais motivos de absenteísmo ao trabalho. Por um lado o empregador, muitas vezes, desconhece a importância de um programa de preservação da saúde do empregado, não valorizando o trabalhador e não o auxiliando no controle a doença. Por outro lado, o trabalhador muitas vezes, também desconhece as conseqüências da HAS não tratada e utiliza sua doença para ganhos indiretos. O surgimento de fatores de risco para a HAS pode estar no próprio ambiente de trabalho, porém a solução para o seu controle também. Uma solução poderia ser a implantação de medidas preventivas no ambiente de trabalho, que estivessem voltadas para o controle do tabagismo, realização de exercícios físicos nas dependências da empresa (30 min., três vezes por semana), campanhas internas para o controle de fatores de risco por meio de mudança de hábitos de vida e fornecimento de alimentação saudável. Outro aspecto positivo dessa abordagem seria a possibilidade de monitorização diária e observação da realização adequada do tratamento e das diretrizes estabelecidas.

Frente ao grande número de profissionais de enfermagem e outros profissionais expostos aos diversos fatores de risco para a HAS e a insuficiente produção científica sobre o tema, despertou-nos o interesse em desenvolver o presente estudo, tendo por objetivos identificar entre os profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica aqueles com

níveis tensionais elevados, tendo em vista a detecção de possíveis hipertensos e analisar a exposição destes profissionais aos principais fatores de risco cardiovasculares para o desenvolvimento da doença hipertensiva.

- Identificar entre os profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica níveis de pressão arterial, tendo em vista a detecção de possíveis hipertensos
- Analisar a exposição destes profissionais aos principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença hipertensiva.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado entre profissionais da enfermagem, (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) de uma instituição filantrópica do interior do Estado de São Paulo.

A equipe de enfermagem da instituição é composta por 18 enfermeiros, 30 técnicos de enfermagem e 99 auxiliares de enfermagem. Os enfermeiros estão distribuídos em turnos de trabalho distintos, sendo que oito deles cumprem carga horária semanal de 42 horas, em atividade no horário das 7:00-16:30 horas de segunda a sexta-feira; quatro enfermeiros folguistas, ou seja, não cumprem atividade em horário fixo e apresentam carga horária semanal de 36 horas; quatro enfermeiros desenvolvem atividade trabalhando 12 horas e folgando 36 horas; um enfermeiro gerente operacional e um enfermeiro administrador, ambos com carga horária semanal de 42 horas.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem cumprem carga horária de 36 horas semanais, distribuídos nos turnos da manhã (7:00-13:00 horas), tarde (13:00-19:00 horas) e noite (19:00-7:00 horas).

3.2 População do estudo

A população deste estudo foi constituída de profissionais da enfermagem de ambos os sexos e com idade variando entre 20 e 70 anos, que estavam desenvolvendo atividades diárias e que concordaram em participar do estudo após tomar conhecimento dos objetivos do mesmo e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Inicialmente foi solicitada a Seção de Recursos Humanos da referida instituição a

relação dos profissionais de enfermagem que estavam exercitando regularmente suas atividades. De posse desta lista, foi constatado o total de 157 profissionais de enfermagem sendo eles, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A população do estudo constituiu-se de 147 profissionais de enfermagem, sendo excluídos aqueles que se recusaram a participar ou que se encontravam de férias, licença saúde e licença maternidade na ocasião da coleta de dados, totalizando 10 funcionários.

3.3 Procedimentos para coleta de dados

3.3.1 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram obtidos mediante entrevista estruturada, utilizando o instrumento preconizado por Simão (2001), que contempla dados relacionados ao modelo de Campo de Saúde de Lalonde (1974), servindo de referencial para o estudo e visando estudar o indivíduo no seu meio ambiente. Este modelo é constituído por quatro elementos principais e envolve dados relacionados a Biologia Humana, Meio Ambiente, Estilo de Vida e Organização dos Serviços de Saúde.

“BIOLOGIA HUMANA: compreende aspectos relacionados à saúde física e mental, do indivíduo, fazem parte do corpo humano e da sua constituição orgânica, como herança genética, processo de maturidade e envelhecimento, além dos diferentes sistemas internos do organismo. Diante da complexidade do corpo humano, as repercussões das alterações desse componente são numerosas, variadas e sérias para a saúde do ser humano, podendo desencadear todo o tipo de doença e mortalidade”.

“MEIO AMBIENTE: envolve todos os elementos relacionados à saúde, porém estes são externos ao corpo humano. Comporta tanto o ambiente físico como o social, dos

quais participam os indivíduos e sobre os quais estes têm pouco ou nenhum controle, como por exemplo, o controle da qualidade da água do ar, do ambiente físico e das mudanças aceleradas ocorridas no ambiente social, entre outros”.

“ESTILO DE VIDA: engloba o conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo que pode afetar sua própria saúde e sobre as quais ele possui maior ou menor grau de controle, como decisões e hábitos pessoais. Quando esses riscos resultam em doenças ou mortes pode-se afirmar que o “estilo de vida” do indivíduo contribuiu ou causou a disfunção. As decisões ruins ou incorretas, também denominadas de riscos auto criados, contribuem para aumentar o nível de doenças ou mortes prematuras (Lalonde, 1974). Os riscos relacionam-se às DCV e a outros grupos de enfermidades, bem como os índices de mortalidade, os hábitos destrutivos, como ingestão excessiva de bebidas alcoólicas (levando à cirrose, encefalopatias, acidentes automobilísticos, obesidade e má nutrição), tabagismo (causando bronquite crônica, enfisema e câncer pulmonar e agravando a DAC), super alimentação (levando à obesidade), alta ingestão de gordura (contribuindo para a formação de aterosclerose), falta de exercícios (contribuindo para a DAC e obesidade), falta de recreação e de relaxamento das tensões diárias (associadas com as doenças ligadas ao estresse, tais como HAS, DAC e úlceras pépticas), entre outros”.

“ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE: envolve a qualidade, quantidade, administração, natureza e relações pessoais, bem como os recursos oferecidos para o cuidado à saúde. Inclui diferentes recursos, como médicos, enfermeiros, hospitais, farmácias, serviços de saúde públicos e privados, ambulatorios, serviços odontológicos e outros”.

De acordo com Lalonde (1974), os quatro componentes do Modelo de Campo de Saúde têm a mesma importância e precisam estar em equilíbrio para que a condição de saúde se estabeleça.

No Brasil, o Modelo de Campo de Saúde foi aplicado em estudos realizados por

Colombo (1995); Dantas (1996); Dantas; Colombo; Aguillar (1999); Teixeira (2000); Simão (2001), Reza (2007), entre outros.

Portanto o instrumento de coleta de dados para este estudo consta dos itens relacionados à biologia humana, que compreende dados de identificação, antropométricos (peso, altura, valores de PA) e antecedentes familiares; meio ambiente, compreendendo dados sobre formação, atividade profissional e estrutura familiar do indivíduo; estilo de vida, que compreende os aspectos ligados à prática de atividade física, hábitos alimentares, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, etc; organização dos serviços de saúde, que se refere às informações relacionadas à utilização dos serviços de saúde, tratamento de enfermidades e utilização de medicamentos.

3.3.2 Operacionalização da coleta de dados

Primeiramente o projeto foi encaminhado ao Provedor e ao Administrador da Instituição de Saúde para conhecimento da proposta e apreciação quanto ao interesse no seu desenvolvimento. Após aprovação, o mesmo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para apreciação. A partir da aprovação, iniciou-se a coleta dos dados, que foi realizada na própria instituição, por meio de entrevistas individuais feitas pela pesquisadora, de segunda feira a sábado, em horários nos quais os funcionários da instituição encontravam-se em atividade e com disponibilidade de participar do estudo, sem interferir nas atividades de trabalho e atendendo a liberação do enfermeiro supervisor do horário, possibilitando assim o acesso a todos os funcionários que desenvolviam atividades nos turnos da manhã, tarde ou noite, no período de março a maio de 2006.

Antes do início das entrevistas, o pesquisador expôs os objetivos do estudo e os convidou a comparecer em uma sala privativa, que pertencia à coordenação do Serviço de Enfermagem local, para a coleta dos dados. Em seguida procedia-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), solicitando sua assinatura, caso concordasse em participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas individualmente, e compreendeu a coleta de dados com medidas antropométricas (mensuração do peso, altura, circunferência braquial (CB) do membro superior direito, circunferência da cintura (CC) e circunferência do quadril (CQ)), além de dados referentes aos fatores de risco. Os indivíduos foram pesados em balança antropométrica da marca Filizola, previamente calibrada, utilizando roupas leves e descalços. Os números foram registrados em quilogramas, com aproximação de uma casa decimal. A estatura também foi verificada com o indivíduo descalço, totalmente ereto e com calcanhares unidos. As medidas foram registradas em centímetros com aproximação de uma casa decimal.

A CC foi obtida no ponto médio localizado entre a crista ilíaca e o rebordo da última costela e a CQ, na altura dos trocânteres femorais. Valores de RCQ foram obtidos pela relação entre CC / CQ. Para fins deste estudo, foram considerados alterados valores de RCQ acima de 0,85 para mulheres e acima de 1,0 para os homens (BARCELLOS et al. 2006; MANCINI, 2007).

Os dados foram anotados no próprio roteiro da entrevista, utilizando um para cada sujeito.

A PA foi verificada somente ao final da entrevista, garantindo assim o repouso necessário para iniciar o procedimento, sempre no membro superior direito, com o sujeito sentado tendo o braço apoiado e ao nível do coração, obtendo-se os níveis tensionais por meio de duas medidas consecutivas, com intervalo de 120 segundos entre cada uma, obedecendo

aos critérios preconizados pelo VII JOINT...(2003) e IV DIRETRIZES..., (2002). Assim, consideramos com alteração dos valores de PA, todo indivíduo que apresentasse PAS igual ou superior a 140 mmHg e /ou PAD igual ou superior a 90 mmHg. A identificação dos valores da PA foi feita pelo método indireto, utilizando manguitos com bolsa de borracha, com largura compatível a circunferência braquial do indivíduo (8, 12 e 15 cm de largura), utilizando aparelho oscilométrico, modo automático da marca Dixtal 1710, de acordo com as recomendações das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002) e MION Jr; PIERIN (2000).

Para análise dos dados, considerou-se o valor de PA, obtido da média dos valores das duas medidas.

Os indivíduos identificados com algum fator de risco para doença hipertensiva, foram orientados sobre a prevenção e/ou controle da doença. Os que apresentavam valores de $PA \geq 140 \times 90$ mmHg, foram agendados para que retornassem uma semana após a verificação, para nova avaliação; neste momento, aqueles que mantiveram valores $\geq 140 \times 90$ mmHg, após o retorno, foram orientados a buscar cuidados médicos específicos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da população

4.1.1 Dados relacionados a biologia humana

Fizeram parte do estudo 147 indivíduos, sendo 135 (91,8%) do sexo feminino e 12 (8,2%) do sexo masculino, com idade entre 20 e 70 anos, (média de 34,0 anos); 114 (77,5%) eram brancos e 33 (22,5%) não brancos.

Embora existam divergências entre vários estudos, a elevação da PA é mais freqüente entre os homens do que as mulheres com idade abaixo de 40 anos, tendência que é invertida após os 40 anos (BRASIL, 1993).

A prevalência da HAS é menor em mulheres se comparado aos homens até 55 anos de idade; após esta idade, ocorre um aumento significativo da doença entre as mulheres (RIBEIRO, 1996).

A Tabela 1 mostra a distribuição dos profissionais da saúde segundo a idade, por faixa etária, onde observamos maior freqüência entre o intervalo de 20 a 29 anos (34,7%), seguindo a faixa etária de 40 a 49 anos (29,2%).

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a variável idade em anos. Sertãozinho, 2006.

Idade (anos)	Nº	%
20 – 29	51	34,7
30 – 39	34	23,1
40 – 49	43	29,2
50 – 59	12	8,2
≥ 60	7	4,8
Total	147	100

Além da idade, pode-se identificar o peso corporal da população em estudo, que variou de 45 a 130 Kg, com média de 87,5 Kg. Quanto a altura, esta variou de 156 a 192 cm, com média de 174 cm.

A obtenção dos dados referentes ao peso e altura auxiliou na investigação do IMC, que auxiliou na identificação da obesidade, cuja classificação encontra-se descrita na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a variável Índice de Massa Corporal (IMC). Sertãozinho, 2006.

Índice de massa corporal (Kg/m²)	Nº	%
< 25 (Normal)	86	58,6
25 a 27,4 (Sobrepeso)	22	15,0
27,5 a 29,9 (Obesidade grau I ou leve)	18	12,2
30 a 39,9 (Obesidade grau II ou moderada)	18	12,2
≥ 40 (Obesidade grau III ou grave)	3	2,0
Total	147	100

De acordo com os dados da Tabela 2, pode-se identificar que 86 (58,6%) profissionais apresentaram IMC < 25 Kg/m², 22 (15,0%) estavam na faixa de 25 a 27,4 Kg/m²; 18 (12,2%) apresentaram obesidade de grau I e II respectivamente. Já a obesidade grau III foi identificada em 3 (2,0%) profissionais.

Segundo a classificação da OMS (2000), o IMC de 18,5 kg/ m² é considerado baixo peso; entre 18,5 e 24,9 Kg/m², peso normal; de 25 a 27,4 Kg/m², sobrepeso; de 27,5 a 29,9 Kg/m², obesidade grau I ou leve; de 30 a 39,9 Kg/m², obesidade grau II e ≥ 40 Kg/m² obesidade grau III.

Entre os obesos, a prevalência de HA é maior que entre os não-obesos, consequentemente a diminuição do peso corporal reduz os níveis de PA. Entre os indivíduos obesos normotensos há uma maior probabilidade de ocorrência de complicações hipertensivas

e cardiovasculares do que entre os normotensos com $IMC < 25 \text{ Kg/m}^2$ (ZANELLA, 2000; SIMÃO, 2001). A relação entre HAS e aumento de peso também foi descrita nos estudos de Framingham, indicando que o excesso de peso em 20% acima do ideal aumenta em oito vezes a incidência de HAS (KANNEL; GORDON; OFFUTT, 1969). O tratamento da obesidade deve ter por objetivo a melhoria do bem-estar e da saúde metabólica do indivíduo, com vistas a redução de riscos da doença e de mortalidade precoce (SIMÃO, 2005).

A obesidade é um fator de grande importância para a HAS, pois costuma ser persistente também devido à dificuldade financeira em se cumprir uma dieta assistida por um nutricionista e à resistência das pessoas em mudar seus hábitos alimentares (BRAGA; COVELLO, 1994).

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o sexo e faixa etária e a RCQ. Sertãozinho, 2006.

Idade (anos)	RCQ											
	Mulheres						Homens					
	$\geq 0,85$	%	$< 0,85$	%	Total	%	$\geq 1,0$	%	$< 1,0$	%	Total	%
20 - 29	13	8,9	32	21,7	45	30,6	-	-	6	4,0	6	4,0
30 - 39	11	7,5	21	14,3	32	21,7	-	-	2	1,4	2	1,4
40 - 49	18	12,2	22	15,0	40	27,2	2	1,4	1	0,7	3	2,1
50 - 59	9	6,1	3	2,0	12	8,2	-	-	-	-	-	-
≥ 60	5	3,4	1	0,7	6	4,1	1	0,7	-	-	1	0,7
Total	56	38,1	79	53,8	135	91,8	3	2,1	9	6,1	12	8,2

Na Tabela 3, pode-se identificar que 79 (53,8%) mulheres apresentaram $RCQ < 0,85$ e 56 (38,1%) apresentaram $RCQ \geq 0,85$. É importante destacar que as mulheres na faixa etária de 40 - 49 anos haviam 18 (12,2%) mulheres com $RCQ \geq 0,85$. Já em relação aos homens, 9 (6,1%) apresentaram $RCQ < 1,0$ e 3 (2,1%) apresentaram $RCQ \geq 1,0$. Na faixa etária entre 40 - 49 anos, 2 (1,4%) homens apresentaram $RCQ \geq 1,0$. Fica claro nessa tabela

que o número de mulheres com RCQ elevado é bem maior que o de homens, e portanto, neste estudo, as mulheres estão mais suscetíveis a desenvolver HAS, uma vez que a RCQ tem sido indicada como um importante fator de risco para várias doenças crônicas não-transmissíveis (AFONSO; SICHIERI, 2002; BARCELLOS et al. 2006).

O excesso de gordura corporal detectado na região abdominal, evidenciado na RCQ superior a 0,80 para mulheres e 0,90 para homens, tem maior risco de HAS, dislipidemia, DM e mortalidade por DCV (ROSA; FRANKEN, 2000).

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a RCQ e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.

RCQ	PAS (mmHg)													
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3			
	< 120	%	< 130	%	130-139	%	140-159	%	160-179	%	> 180	%	Total	%
Homens														
≥ 1,0	-	-	1	0,7	1	0,7	-	-	-	-	1	0,7	3	2,1
< 1,0	2	1,4	3	2,0	4	2,7	-	-	-	-	-	-	9	6,1
Mulheres														
≥ 0,85	26	17,7	11	7,5	12	8,2	3	2,0	3	2,0	2	1,4	57	38,7
< 0,85	57	38,7	7	4,8	8	5,4	4	2,7	2	1,4	-	-	78	53,1
Total	85	57,8	22	15,0	26	17,7	7	4,7	5	3,4	3	2,1	147	100

Na Tabela 4, observa-se que 57 (38,7%) mulheres apresentaram RCQ ≥ 0,85, sendo que 8 (5,4%) delas estavam com PAS ≥ 140 mmHg; 3 (2,1%) homens apresentaram RCQ ≥ 1,0 sendo que 1 (0,7%) deles estava com PAS >180 mmHg.

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a RCQ e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.

RCQ	PAD (mmHg)												Total	%
	Ótima < 80	%	Normal < 85	%	Limítrofe 85-89	%	HAS estágio 1 90-99	%	HAS estágio 2 100-109	%	HAS estágio 3 > 110	%		
Homens														
≥ 1,0	-	-	1	0,7	-	-	1	0,7	1	0,7	-	-	3	2,1
< 1,0	5	3,4	4	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-	9	6,1
Mulheres														
≥ 0,85	27	18,4	10	6,8	7	4,8	5	3,4	2	1,4	2	1,4	53	36,0
< 0,85	60	40,8	11	7,5	5	3,4	6	4,0	-	-	-	-	82	55,8
Total	92	62,6	26	17,7	12	8,1	12	8,1	3	2,1	2	1,4	147	100

Verifica-se na Tabela 5 que 53 (36,0%) mulheres apresentaram RCQ $\geq 0,85$, das quais 9 (6,1%) estavam com a PAD ≥ 90 mmHg; 3 (2,1%) homens possuíam RCQ $\geq 1,0$, sendo que 2 (1,4%) estavam com a PAD ≥ 90 mmHg.

As medidas das circunferências corporais da cintura e do quadril são as usualmente adotadas para caracterizar o acúmulo de gordura abdominal, através da CC e da relação cintura-quadril (RCQ).

Independentemente do grau de sobrepeso, o excesso de gordura abdominal pode ser avaliado através da RCQ, sendo um importante fator de risco para várias doenças crônicas não-transmissíveis. O IMC em conjunto com a idade e o sexo são considerados as variáveis que mais influenciam na distribuição de gordura corporal (AFONSO; SICHIERI, 2002).

A razão entre a circunferência da cintura e do quadril tem mostrado correlação com uma série de doenças, especialmente as caracterizadas pela síndrome metabólica (FERREIRA; ZANELLA, 2000).

Tabela 6 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a idade em anos, por faixa etária e o IMC. Sertãozinho, 2006.

Idade (anos)	Índice de Massa Corporal (Kg/m²)										Total	
	< 25	%	25 - 27,4	%	27,5 - 29,9	%	30 a 39,9	%	≥ 40	%		
20 - 29	42	28,6	4	2,7	3	2,0	2	1,4	-	-	51	34,7
30 - 39	21	14,3	3	2,0	4	2,7	5	3,4	1	0,7	34	23,1
40 - 49	16	10,9	11	7,5	8	5,4	6	4,0	2	1,4	43	29,2
50 - 59	6	4,0	3	2,0	-	-	3	2,0	-	-	12	8,2
≥ 60	1	0,7	1	0,7	2	1,4	3	2,0	-	-	7	4,8
Total	86	58,5	22	15,0	17	11,6	19	12,9	3	2,0	147	100

Pelos dados da Tabela 6, pode-se identificar que 86 (58,5%) profissionais apresentaram peso normal, seguidos de 22 (15,0%) com sobrepeso, 17 (11,6%) com obesidade leve, 19 (12,9%) com obesidade moderada e 3 (2,0%) com obesidade grave. A faixa etária entre 40 - 49 anos foi a que se destacou com maior número de profissionais (18,3%) com IMC ≥ 25 Kg/m².

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000), o valor de IMC à partir de 25 Kg/ m² já apresenta risco. Recomenda-se identificar não apenas pacientes obesos (IMC superior a 30 Kg/ m²), mas também indivíduos adultos pré-obesos ou com sobrepeso (25 Kg/ m² e 29,9 Kg/ m²).

A obesidade está comumente associada à resistência a insulina, podendo levar a intolerância a glicose e ao diabetes tipo 2, aumentando consideravelmente o risco de doenças cardiovasculares. A redução do peso com a dieta hipocalórica, associada à prática de exercícios físicos, aumenta a tolerância à glicose e a sensibilidade à insulina (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Estima-se que existam, atualmente, 100 milhões de indivíduos obesos no mundo. A prevalência de obesidade entre indivíduos hipertensos é consideravelmente maior quando comparada aos normotensos. A literatura reporta aumentos de três a oito vezes na HAS entre

os obesos (FERREIRA; ZANELLA, 2000).

Tabela 7 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a idade em anos, por faixa etária e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.

Idade (anos)	PAS (mmHg)												Total	
	Ótima < 120	%	Normal < 130	%	Limítrofe 130-139	%	HAS estágio 1 140-159	%	HAS estágio 2 160-179	%	HAS estágio 3 > 180	%		
20 - 29	40	27,2	6	4,0	4	2,7	1	0,7	-	-	-	-	51	34,7
30 - 39	23	15,6	5	3,4	5	3,4	1	0,7	2	1,4	-	-	36	24,5
40 - 49	10	6,8	8	5,4	10	6,8	2	1,4	4	2,7	2	1,4	36	24,5
50 - 59	7	4,8	2	1,4	2	1,4	1	0,7	2	1,4	-	-	14	9,5
≥ 60	4	2,7	-	-	4	2,7	2	1,4	-	-	-	-	10	6,8
Total	84	57,1	21	14,3	25	17,0	7	4,8	8	5,4	2	1,4	147	100

Os dados da Tabela 7 mostram que 42 (28,6%) profissionais apresentaram valores considerados de risco para a HAS de acordo com a classificação para a pressão arterial em limítrofe, HAS estágio 1, 2 e 3, preconizadas pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006). Na faixa etária de 40-49 anos 8 (5,4%) profissionais apresentaram PAS com valores $\geq$ 140 mmHg, sendo 2 (1,4%) com valores de PAS >180 mmHg.

A prevalência da HAS dobra em adultos jovens (20 a 39 anos) e é pelo menos 50% maior em adultos mais velhos (40 a 64 anos) com excesso de peso, quando comparados com indivíduos de peso normal (SUPLICY, 2000).

Tabela 8 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a idade em anos, por faixa etária e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.

Idade (anos)	PAD (mmHg)													
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3		Total %	
	< 80	%	< 85	%	85-89	%	90-99	%	100-109	%	> 110	%		
20 - 29	39	26,5	12	8,2	-	-	-	-	-	-	-	-	51	34,7
30 - 39	22	15,0	8	5,4	2	1,4	1	0,7	1	0,7	-	-	34	23,1
40 - 49	17	11,6	11	7,5	7	4,8	3	2,0	3	2,0	2	1,4	43	29,2
50 - 59	6	4,0	3	2,0	3	2,0	-	-	-	-	-	-	12	8,2
≥ 60	4	2,7	3	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	7	4,8
Total	88	59,9	37	25,1	12	8,2	4	2,7	4	2,7	2	1,4	147	100

Na Tabela 8, estão apresentados os valores de PAD, onde pode-se verificar que 10 (6,8%) profissionais apresentaram PAD com valores ≥ 90 mmHg, sendo estes valores mais freqüentes entre os 8 (5,4%) profissionais de faixa etária 40 - 49 anos.

O aumento de 20 mmHg na PAS ou de 10 mmHg na PAD, em indivíduos entre 40 a 70 anos de idade, dobra o risco para ocorrência de DCV (LEWINGTON et al., 2002).

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. Dados da Organização das Nações Unidas (2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 para 38,2 anos em 2050, sendo uma das conseqüências desse envelhecimento populacional o aumento da prevalência de doenças crônicas, entre elas, a hipertensão (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Tabela 9 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o IMC e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.

IMC (Kg/ m ²)	PAS (mmHg)													
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3			
	< 120	%	< 130	%	130-139	%	140-159	%	160-179	%	> 180	%	Total	%
< 25	63	42,8	8	5,4	10	6,8	1	0,7	3	2,0	1	0,7	86	58,5
25 - 27,4	7	4,8	9	6,1	3	2,0	2	1,4	-	-	-	-	21	14,4
27,5 - 29,9	10	6,8	3	2,0	4	2,7	1	0,7	1	0,7	-	-	19	12,9
30 - 39,9	5	3,4	2	1,4	5	3,4	2	1,4	3	2,0	1	0,7	18	12,2
≥ 40	-	-	-	-	3	2,0	-	-	-	-	-	-	3	2,0
Total	85	57,8	22	14,9	25	16,9	6	4,2	7	4,8	2	1,4	147	100

A Tabela 9 mostra que, 61 (41,5%) profissionais apresentaram IMC ≥ 25 Kg/ m² dos quais 10 (6,9%) apresentaram valores de PAS ≥ 140 mmHg e 6 (4,2%) apresentaram obesidade moderada.

Tabela 10 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o IMC e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.

IMC (Kg/ m ²)	PAD (mmHg)													
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3			
	< 80	%	< 85	%	85-89	%	90-99	%	100-109	%	> 110	%	Total	%
< 25	63	42,8	15	10,2	5	3,4	1	0,7	1	0,7	1	0,7	86	58,5
25 - 27,4	11	7,5	8	5,4	1	0,7	1	0,7	-	-	-	-	21	14,4
27,5 - 29,9	12	8,2	4	2,7	3	2,0	-	-	-	-	-	-	19	12,9
30 - 39,9	6	4,0	5	3,4	4	2,7	1	0,7	1	0,7	1	0,7	18	12,2
≥ 40	-	-	2	1,4	-	-	1	0,7	-	-	-	-	3	2,0
Total	92	62,5	34	23,1	13	8,8	4	2,8	2	1,4	2	1,4	147	100

Em relação a PAD, os dados da Tabela 10 mostram que entre os profissionais com IMC ≥ 25 Kg/ m², 5 (3,4%) deles apresentavam valores de PAD ≥ 90 mmHg, sendo que a

maioria encontrava-se com IMC de 30 - 39,9 Kg/ m² caracterizando a obesidade moderada.

Estudo de Garcia et al (2004) indicou uma associação positiva entre o IMC elevado e a prevalência da HAS. O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial (MION Jr.; PIERIN, 2000).

Estudos mostram que uma modesta redução de peso está associada a uma diminuição significativa da pressão arterial sistólica e diastólica, de aproximadamente 3 mmHg, em indivíduos com sobrepeso (GOULART; BENSEÑOR, 2006).

Tabela 11 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a cor da pele e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.

Cor da pele	PAS (mmHg)													
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3		Total	%
	< 120	%	< 130	%	130-139	%	140-159	%	160-179	%	> 180	%		
Branco	68	46,3	15	10,2	18	12,2	5	3,4	5	3,4	1	0,7	112	76,2
Não Branco	16	10,9	6	4,1	7	4,8	3	2,0	2	1,4	1	0,7	35	23,8
Total	84	57,2	21	14,2	25	17,0	8	5,4	7	4,8	2	1,4	147	100

Na Tabela 11 pode-se observar que 112 (76,2%) profissionais são brancos e 11 (7,5%) apresentam PAS $\geq$ 140 mmHg. Entre os profissionais não brancos, 6 (4,1%) apresentam PAS $\geq$ 140 mmHg.

A HAS tem alta prevalência na população em geral, sendo mais grave entre pessoas da raça negra, entretanto, pouco se conhece sobre suas características nessa população (CRUZ; LIMA, 1999).

A raça negra constituiu fator que favorece o desenvolvimento da HAS, deixando as pessoas afro-descendentes mais expostas ao desenvolvimento de hipertensão arterial mais severa, como também a um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita quando comparadas

às pessoas da raça branca (CRUZ; LIMA, 1999).

Tabela 12 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a cor da pele e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.

Cor da pele	PAD (mmHg)												
	—												
	Ótima < 80		Normal < 85		Limítrofe 85-89		HAS estágio 1 90-99		HAS estágio 2 100-109		HAS estágio 3 > 110		Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Branco	72	49,0	24	16,3	11	7,5	3	2,0	1	0,7	1	0,7	112
	76,2												
Não Branco	19	12,9	12	8,2	1	0,7	1	0,7	1	0,7	1	0,7	35
	23,8												
Total	91	61,9	36	24,5	12	8,2	4	2,7	2	1,4	2	1,4	147
	100												

Os dados da Tabela 12 indicam que entre os 112 profissionais brancos, 5 (3,4%) apresentavam valores de PAD $\geq$ 90 mmHg, enquanto, entre os 35 profissionais não brancos, 3 (2,1%) apresentavam valores de PAD $\geq$ 90 mmHg.

Os níveis tensionais, como já foi dito anteriormente, foram obtidos por meio de duas medidas consecutivas, com intervalo de 120 segundos uma da outra, obedecendo aos critérios preconizados pelo VII JOINT... (2003). Assim, consideramos com alteração dos valores de PA, todo indivíduo que apresentasse PAS igual ou superior a 140 mmHg e /ou PAD igual ou superior a 90 mmHg. É importante ressaltar que a definição do possível diagnóstico de hipertensão arterial só deve ocorrer quando os valores obtidos, através de duas ou mais verificações da pressão arterial, se mantiverem elevados, porém quando a PAS for igual ou superior a 180 mmHg e/ou a PAD igual ou superior a 110 mmHg, não há necessidade de confirmação, pois são valores considerados de risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares (VII JOINT..., 2003).

Tabela 13 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o grau de parentesco e antecedentes familiares para HAS. Sertãozinho, 2006.

Grau de parentesco	Nº	%
Pai	19	13,0
Mãe	38	25,8
Irmãos	7	4,8
Avós	13	8,8
Mãe / Pai	11	7,5
Mãe / Pai / Irmãos	6	4,1
Outros	10	6,8
Não sabe	3	2,0
Não tem HAS	40	27,2
Total	147	100

Em relação aos antecedentes familiares para HAS, os dados da tabela 13 mostram que, dos 147 indivíduos entrevistados, 38 (25,8%) referiram que somente a mãe apresentava HAS, seguidos de 19 (13%) profissionais que referiram ter somente o pai hipertenso, 13 (8,8%) profissionais indicaram os avós, 11 (7,5%) o pai e a mãe e 7 (4,8%) os irmãos; 10 (6,8%) indicaram outros, 40 (27,2%) referiram que não há ninguém na família com HAS e 3 (2,0%) não souberam informar.

Existe forte correlação entre a pressão arterial de pais e filhos, notadamente entre mães e filhos, e esse dado se manifesta na presença da obesidade; pais com HAS determinam maior risco para que seus filhos também desenvolvam HAS, justificando dessa forma, uma abordagem preventiva mais cuidadosa dessas famílias (BRANDÃO et al., 2003).

Estudo realizado por Hartmann et al. (2007) em São Leopoldo, região metropolitana de Porto Alegre, englobando a HAS entre mulheres residentes na zona urbana, na faixa etária de 20 a 60 anos, constatou que entre as entrevistadas com um dos pais hipertensos, a prevalência foi quase 50% maior; já as mulheres com ambos os pais hipertensos apresentaram o dobro das que não tinham história familiar para HAS.

A HAS pode ser considerada causa direta ou fator de risco para outras doenças do

coração, principalmente cardiopatia isquêmica e doença cérebro vascular. No município de São Paulo, um estudo realizado por Chiavegatto Filho et al. (2004), entre mulheres de 20 a 49 anos, mostrou que a HAS foi a maior causa associada em 53,1% dos óbitos.

Tabela 14 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o grau de parentesco indicado para antecedente familiar com DM, Angina, IAM, AVC, IR, MS. Sertãozinho, 2006.

Grau parentesco	Nº											
	DM	%	Angina	%	IAM	%	AVC	%	IR	%	MS	%
Pai	10	6,8	5	3,4	12	8,2	21	14,3	4	2,7	3	2,0
Mãe	22	15,0	7	4,8	7	4,8	7	4,8	5	3,4	5	3,4
Irmãos	8	5,4	1	0,7	2	1,4	3	2,0	7	4,8	4	2,7
Avós	8	5,4	5	3,4	4	2,7	9	6,1	4	2,7	4	2,7
Mãe / Pai	2	1,4	-	-	1	0,7	-	-	-	-	-	-
Mãe / Pai / Irmãos	1	0,7	-	-	1	0,7	-	-	-	-	-	-
Outros	17	11,6	5	3,4	8	5,4	8	5,4	5	3,4	7	4,8
Não sabe	2	1,4	-	-	8	5,4	3	2,0	3	2,0	2	1,4
Não apresenta patologia	77	52,0	124	84,0	104	70,1	96	65,4	119	81,0	122	82,8
Total	147	100	147	100	147	100	147	100	147	100	147	100

Na Tabela 14 pode-se observar que, em relação aos antecedentes familiares para DM, 10 (6,8%) indicaram o pai, 22 (15,0%) a mãe, 8 (5,4%) os irmãos, 8 (5,4%) os avós e 77 (52,0%) referiram não ter ninguém com DM na família. Com relação à angina, 23 (15,6%) afirmaram ter familiares com esta patologia, entre eles, pai, mãe, irmãos, avós e outros membros da família e 124 (84%) indicaram não ter ninguém na família com angina; 35 (23,8%) referiram ter familiares com IAM na família, sendo que destes, 12 (8,2%) indicaram o pai, 7 (4,8%) a mãe e 8 (5,4%) não souberam informar e 104 (70,1%) afirmaram não ter tido nenhum familiar com IAM.

Quando questionados sobre a ocorrência de AVC, 21 (14,3%) indicaram o pai, 7 (4,8%) a mãe, 9 (6,1%) os avós e 96 (65,4%) indicaram não terem história familiar para AVC; 25 (17,0%) indivíduos afirmaram ter história familiar de IR, entre eles, pai, mãe, irmãos, avós e tios e 119 (81%) indicaram não possuir ninguém na família com esta patologia.

Segundo Torales Ricardo (2006), um paciente hipertenso com PAS de 160 mmHg e PAD de 105 mmHg, ou mais, possuem dez vezes mais chances de desenvolver AVC e cinco vezes mais de apresentar eventos coronarianos neuropatias.

Estudo realizado na cidade de Salvador em 1985 pesquisou a relação entre HAS e doença cerebrovascular. Dos 1088 pacientes com doença cerebrovascular estudados, 80% apresentavam HAS e 94% dos casos era de hemorragias parenquimatosas. A letalidade detectada foi de 54% para todos os eventos e de 84% para os casos hemorrágicos (OLMOS, LOTUFO, 2002).

Na presença de doença coronariana associada à HAS, a estratificação do paciente e a escolha do tratamento devem ser direcionadas à busca de lesões de órgãos-alvo (doença cardíaca, doença cerebrovascular, doença renal, retinopatia ou diabetes mellitus), à avaliação do risco cardiovascular (idade, sexo, mulheres pós-menopáusicas, dislipidemia, obesidade, tabagismo, intolerância à glicose) e ao grau de lesão coronariana (ROCHA, 2002).

Quanto à ocorrência de morte súbita na família, 23 (15,6%) indivíduos afirmaram ter perdido pai, mãe, irmãos, avós e tios com esta patologia e 122 (82,8%) não confirmaram casos na família.

Cruz e Lima (1998) apresentaram um estudo que considerou como fator de risco quem tivesse pelo menos um familiar direto com algum problema relacionado à HAS, como AVC, problemas cardíacos, problemas renais ou morte súbita em idade jovem e o que se identificou foi 189 (88,7%) pessoas com parentes consangüíneos apresentando um ou mais problemas citados acima contra apenas 24 (11,3%) pessoas que não relataram.

4.1.2 Dados relacionados ao meio ambiente

Para análise destes dados, levantamos informações socioeconômicas da população, levando em consideração a escolaridade, a ocupação desenvolvida na empresa, o setor de atividades ocupado na empresa, o tempo em anos de atividade na empresa, a jornada diária de trabalho em horas, a renda familiar em salários mínimos, o estado civil, o número de pessoas que compõem a família, o número de pessoas da família que exercem atividade remunerada, a contribuição dos membros da família para a renda familiar em salários mínimos e o Estado de Procedência.

Tabela 15 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a variável escolaridade. Sertãozinho, 2006.

Escolaridade	Nº	%
1º grau completo	53	36,1
2º grau incompleto	9	6,1
2º grau completo	61	41,5
3º grau incompleto	3	2,0
3º grau completo	21	14,3
Total	147	100

Na Tabela 15 pode-se observar que o nível de escolaridade predominante foi o 2º grau completo, com 61 (41,5%) profissionais, seguido do 1º grau completo com 53 (36,1%) e 21 (14,3%) o 3º grau completo.

Através desses dados, pode-se verificar que o nível de escolaridade é bom na instituição, levando em consideração que esse fator interfere e determina o tipo de trabalho que o indivíduo desempenhará, bem como a influência na renda familiar e nas condições

socioeconômicas. Um grau de instrução elevado é importante, pois está relacionado à compreensão do indivíduo acerca do que é uma doença crônica, dos fatores de risco que contribuem para a sua instalação e do significado atribuído às orientações sobre alimentação, hábitos de vida e seus efeitos sobre a saúde (BRASIL, 2002).

No Brasil, indivíduos com até oito anos de escolaridade são aqueles que mais referem diagnóstico médico de HAS (BRASIL, 2007).

Tabela 16 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a categoria de ocupações desenvolvidas na instituição. Sertãozinho, 2006.

Ocupações	Nº	%
Enfermeiro	18	12,3
Técnico de enfermagem	30	20,4
Auxiliar de enfermagem	99	67,3
Total	147	100

A Tabela 16 mostra que o maior número de profissionais existentes na instituição são constituídos por auxiliares de enfermagem, totalizando 99 (67,3%), seguidos dos técnicos de enfermagem, 30 (20,4%) e por fim os enfermeiros, totalizando 18 (12,3%).

Quanto menor o grau de escolaridade, menor o nível socioeconômico e, portanto, menores as oportunidades de emprego (REZA, 2007; BUSNELLO, et al., 2001).

Tabela 17 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o setor de atividades. Sertãozinho, 2006.

Setor de atividade	Nº	%
Clínica Médica e Cirúrgica I	18	12,3
Clínica Médica e Cirúrgica II	14	9,5
Maternidade	20	13,6
Pronto Socorro	10	6,8
Pediatria	8	5,4
Centro Cirúrgico	17	11,6
Central de Material	6	4,0
UTI Geral	25	17,0
UTI Neonatal	18	12,3
Folguista	11	7,5
Total	147	100

De acordo com a Tabela 17, pode-se observar os setores de atividades ocupados pelos profissionais na instituição; o setor onde existe um maior número de profissionais é a UTI Geral, com 25 (17,0%) profissionais, seguidos da Maternidade com 20 (13,6%) profissionais, a Clínica Médica e Cirúrgica II e a UTI Neonatal, com 18 (12,3%) profissionais respectivamente, o Centro Cirúrgico com 17 (11,6%), o setor de Clínica Médica e Cirúrgica I com 14 (9,5%) e os demais com números de profissionais abaixo de dez, sendo estes, o Pronto Socorro, a Pediatria e a Central de Material. O setor classificado em Folguista é aquele onde alguns profissionais do hospital, entre eles, os enfermeiros, trabalham em mais de um setor dos acima citados cobrindo escala nos diferentes turnos da noite e nos finais de semana, totalizando 11 (7,5%) profissionais.

Tabela 18 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o setor de atividades ocupado na empresa e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.

Setor de atividade	PAS (mmHg)													
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3		Total	%
	< 120	%	< 130	%	130-139	%	140-159	%	160-179	%	> 180	%		
Clínica Médica e Cirúrgica I	13	8,8	2	1,4	2	1,4	1	0,7	-	-	-	-	18	12,2
Clínica Médica e Cirúrgica II	3	2,0	3	2,0	6	4,0	2	1,4	-	-	-	-	14	9,5
Maternidade	12	8,2	4	2,7	2	1,4	2	1,4	-	-	-	-	20	13,7
Pronto Socorro	4	2,7	3	2,0	-	-	1	0,7	1	0,7	1	0,7	10	6,8
Pediatria	5	3,4	1	0,7	1	0,7	-	-	1	0,7	-	-	8	5,4
Centro Cirúrgico	10	6,8	-	-	3	2,0	1	0,7	2	1,4	1	0,7	17	11,6
Central de Material	1	0,7	-	-	3	2,0	-	-	2	1,4	-	-	6	4,1
UTI Geral	13	8,8	5	3,4	7	4,8	-	-	-	-	-	-	25	17,0
UTI Neonatal	12	8,2	4	2,7	1	0,7	-	-	1	0,7	-	-	18	12,2
Folguista	9	6,1	1	0,7	1	0,7	-	-	-	-	-	-	11	7,5
Total	82	55,7	23	15,6	26	17,7	7	4,8	7	4,8	2	1,4	147	100

Pelos dados da Tabela 18 pode-se verificar que 16 (11,0%) profissionais apresentaram valores de PAS $\geq$ 140 mmHg, sendo o Centro Cirúrgico e o Pronto Socorro os setores com maior número de profissionais com valores de PAS alterados, com 4 (2,7%) e 3 (2,0%) profissionais respectivamente.

Embora a UTI Geral e a Maternidade sejam os setores onde se concentrava maior número de profissionais, estes apresentaram valores de PAS que se mantiveram dentro dos valores normais. No setor de Clínica Médica e Cirúrgica II, dos 18 (12,2%) profissionais, 1 (0,7%) apresentou valor de PAS entre 140-159 mmHg. Na UTI Neonatal, 1 (0,7%) profissional apresentou valor de PAS entre 160-179 mmHg.

Tabela 19 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o setor de atividade ocupado e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.

Setor de atividade	PAD (mmHg)												Total	%
	Ótima < 80	%	Normal < 85	%	Limítrofe 85-89	%	HAS estágio 1 90-99	%	HAS estágio 2 100-109	%	HAS estágio 3 > 110	%		
Clínica Médica e Cirúrgica I	13	8,8	4	2,7	1	0,7	-	-	-	-	-	-	18	12,2
Clínica Médica e Cirúrgica II	4	2,7	6	4,0	3	2,0	1	0,7	-	-	-	-	14	9,5
Maternidade	14	9,5	5	3,4	-	-	1	0,7	-	-	-	-	20	13,7
Pronto Socorro	5	3,4	2	1,4	1	0,7	-	-	1	0,7	1	0,7	10	6,8
Pediatria	3	2,0	3	2,0	2	1,4	-	-	-	-	-	-	8	5,4
Centro Cirúrgico	8	5,4	5	3,4	2	1,4	-	-	1	0,7	1	0,7	17	11,6
Central de Material	2	1,4	2	1,4	1	0,7	1	0,7	-	-	-	-	6	4,1
UTI Geral	17	11,6	6	4,0	1	0,7	1	0,7	-	-	-	-	25	17,0
UTI Neonatal	14	9,5	3	2,0	1	0,7	-	-	-	-	-	-	18	12,2
Geral	10	6,8	-	-	1	0,7	-	-	-	-	-	-	11	7,5
Total	90	61,2	36	24,5	13	8,8	4	2,7	2	1,4	2	1,4	147	100

Os dados da Tabela 19 indicam que 8 (5,5%) profissionais apresentaram valores de PAD $\geq$ 90 mmHg, sendo mais freqüente entre os profissionais que atuam no Pronto Socorro e Centro Cirúrgico, com 2 (1,4%) profissionais respectivamente.

Tabela 20 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a categoria ocupacional e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.

Ocupação	PAS (mmHg)												Total	%
	Ótima < 120	%	Normal < 130	%	Limítrofe 130-139	%	HAS estágio 1 140-159	%	HAS estágio 2 160-179	%	HAS estágio 3 > 180	%		
Enfermeiro	9	6,1	3	2,0	4	2,7	-	-	2	1,4	-	-	18	12,3
Técnico de enfermagem	22	15,0	4	2,7	2	1,4	-	-	1	0,7	1	0,7	30	20,4
Auxiliar de enfermagem	48	32,6	17	11,6	19	13,0	7	4,8	7	4,8	1	0,7	99	67,3
Total	79	53,7	24	16,3	25	17,0	7	4,8	10	6,8	2	1,4	147	100

A Tabela 20 mostra que entre os 18 (12,3%) enfermeiros, 2 (1,4%) apresentaram valores de PAS entre 160-179 mmHg. Entre os técnicos de enfermagem, 2 (1,4%) apresentaram valores de PAS superiores a 160 mmHg. Já entre os auxiliares de enfermagem, 15 (10,3%) apresentaram valores de PAS $\geq$ 140 mmHg.

Tabela 21 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a categoria ocupacional e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.

Ocupação	PAD (mmHg)												Total	%
	Ótima < 80	%	Normal < 85	%	Limítrofe 85-89	%	HAS estágio 1 90-99	%	HAS estágio 2 100-109	%	HAS estágio 3 > 110	%		
Enfermeiro	10	6,8	4	2,7	1	0,7	1	0,7	2	1,4	-	-	18	12,3
Técnico de enfermagem	23	15,6	6	4,0	-	-	-	-	-	-	1	0,7	30	20,4
Auxiliar de enfermagem	54	36,7	23	15,6	13	8,9	6	4,0	2	1,4	1	0,7	99	67,3
Total	87	59,2	33	22,4	14	9,6	7	4,7	4	2,7	2	1,4	147	100

Na Tabela 21 pode-se observar que entre os enfermeiros, 3 (2,0%) apresentaram valores de PAD $\geq$ 90 mmHg. Entre os técnicos de enfermagem, apenas 1 (0,7%) apresentou PAD > 110 mmHg e entre os auxiliares de enfermagem, 9 (6,1%) apresentaram valores de

PAD $\geq$ 90 mmHg.

É importante ressaltar que a HAS também está relacionada com a ocupação dos indivíduos. Admite-se que esta relação seja devido às características físicas do trabalho. (BRASIL, 2002).

Estudo realizado por Aquino et al. (2001) identificou que a prevalência da HAS foi mais elevada no grupo de auxiliares de enfermagem (40,1%), correspondendo a quase duas vezes àquele encontrado entre os enfermeiros (21,1%); isto se deve pelas grandes diferenças na composição etária, além de outros fatores como a diversidade de alternativas metodológicas e a mudanças de ponto de corte de classificação da doença.

No ambiente hospitalar, além do cansaço físico e das horas trabalhadas serem um fator importante para desencadear o estresse, o cansaço mental também deve ser levado em consideração, pois, o profissional da saúde lida 24 horas com sofrimento, gerando dessa forma muitos conflitos internos.

No presente estudo identificou-se que 62 (42,2%) profissionais trabalham na instituição no período de um a cinco anos, seguidos de 28 (19,0%) que exercem atividade na instituição há mais de vinte anos.

Em relação à jornada diária de trabalho, 79 (53,7%) profissionais indicaram trabalhar apenas 6 horas/dia e 58 (39,5%), trabalham entre 6 e 12 horas/dia, seja no período da noite ou em dois empregos com carga horária de 6 horas cada.

Nesse caso é importante ressaltar que existe um número grande de profissionais que trabalham de 6 a 12 horas/dia, e que a sobrecarga de trabalho acaba desencadeando vários problemas na vida desse indivíduo, entre eles, má alimentação, poucas horas de sono, estresse, sedentarismo, obesidade, entre outros fatores de risco predisponentes para o desencadeamento de doenças como a HAS e DCV.

Em relação ao transporte utilizado para locomoção até o trabalho, 58 (39,5%)

profissionais indicaram utilizar carro próprio; 46 (31,3%) utilizam ônibus de linha, 26 (17,7%) utilizam motocicleta e 17 (11,6%) utilizam bicicleta ou vão caminhando.

Tabela 22 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a renda familiar em salários mínimos. Sertãozinho, 2006.

Renda familiar (Nº Salários mínimos)	Nº	%
≤ 3	25	17,0
4	17	11,6
5	24	16,3
6	26	17,7
7	11	7,5
8	10	6,8
9	8	5,4
≥ 10	26	17,7
Total	147	100

A Tabela 22 mostra que 25 (17,0%) profissionais recebem ≤ 3 salários mínimos/mês; 96 (65,3%) profissionais recebem de 4 a 9 salários mínimos e 26 (17,7%) profissionais recebem dez ou mais salários mínimos/mês. Estes resultados mostram que a grande maioria, 105 (71,4%) profissionais, recebem acima de cinco salários mínimos, o que indica que o nível socioeconômico pode não ser um fator que favoreça o desenvolvimento da HAS neste grupo de profissionais.

Marmot et al. (1997) relatam que o nível socioeconômico e os fatores de risco apresentam diferenças entre países, levando em consideração a realidade de cada um deles; o mais provável é que a população de classe socioeconômica mais elevada dos países desenvolvidos tenha melhor controle da saúde, consumindo alimentos saudáveis, menos cigarros e mais tempo disponível para a prática de atividades físicas, enquanto nas camadas socioeconômicas mais baixas deve ocorrer o contrário, consumindo alimentos de origem

animal, gordura saturada, açúcares e tendo menos tempo para atividades físicas.

Tabela 23 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a renda familiar em salários mínimos e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.

Renda familiar (Nº Salários mínimos)	PAS (mmHg)													
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3		Total	%
	< 120	%	< 130	%	130-139	%	140-159	%	160-179	%	> 180	%		
≤ 3	12	8,2	4	2,7	3	2,0	2	1,4	3	2,0	1	0,7	25	17,0
4	12	8,2	1	0,7	4	2,7	-	-	-	-	-	-	17	11,6
5	13	8,9	3	2,0	5	3,4	1	0,7	1	0,7	1	0,7	24	16,3
6	16	10,9	2	1,4	4	2,7	3	2,0	1	0,7	-	-	26	17,7
7	5	3,4	4	2,7	1	0,7	-	-	1	0,7	-	-	11	7,5
8	5	3,4	1	0,7	3	2,0	1	0,7	-	-	-	-	10	6,8
9	6	4,0	1	0,7	-	-	-	-	1	0,7	-	-	8	5,4
≥ 10	16	10,9	5	3,4	5	3,4	-	-	-	-	-	-	26	17,7
Total	85	57,7	21	14,3	25	17,0	7	4,8	7	4,8	2	1,4	147	100

*Valor do Salário Mínimo = R\$ 350,00

A Tabela 23 mostra que entre os profissionais que recebiam ≤ 3 salários mínimos, 5 (3,4%) apresentaram PAS ≥ 140 mmHg e entre os que recebiam 5 salários mínimos, 3 (2,0%) apresentaram PAS ≥ 140 mmHg. Entre aqueles que recebiam 6 salários mínimos, 4 (2,7%) profissionais apresentaram PAS ≥ 140 mmHg; para aqueles com 7, 8 e 9 salários mínimos, identificou 1 (0,7%) profissional com PAS entre 160 – 179 mmHg; 1 (0,7%) profissional com PAS entre 140 – 159 mmHg e 1 (0,7%) profissional com PAS entre 160 – 179 mmHg respectivamente.

Tabela 24 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a renda familiar em salários mínimos e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.

Renda familiar (Nº Salários mínimos)	PAD (mmHg)													
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3			
	< 80	%	< 85	%	85-89	%	90-99	%	100-109	%	> 110	%	Total	%
≤ 3	14	9,5	5	3,4	4	2,7	-	-	1	0,7	1	0,7	25	17,0
4	12	8,2	4	2,7	-	-	1	0,7	-	-	-	-	17	11,6
5	15	8,9	6	4,0	1	0,7	1	0,7	-	-	1	0,7	24	16,3
6	15	10,2	6	4,0	4	2,7	1	0,7	-	-	-	-	26	17,7
7	5	3,4	5	3,4	-	-	1	0,7	-	-	-	-	11	7,5
8	7	4,8	3	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	10	6,8
9	6	4,0	1	0,7	-	-	-	-	1	0,7	-	-	8	5,4
≥ 10	19	12,9	4	2,7	3	2,0	-	-	-	-	-	-	26	17,7
Total	93	63,3	34	23,1	12	8,1	4	2,7	2	1,4	2	1,4	147	100

A Tabela 24 mostra que entre os indivíduos que recebem ≤ 3 salários mínimos, apenas 2 (1,4%) apresentaram PAD > 100 mmHg. Para aqueles com salário mínimo entre 4 e 7, pode-se verificar que 4 (2,7%) apresentaram PAD ≥ 90 mmHg.

De acordo com o estado civil, dos 147 profissionais entrevistados, 64 (43,5%) eram casados, 53 (36,1%), solteiros e os demais, totalizando 30 (20,4%) eram viúvos, separados ou amasiados.

Porém, com relação ao número de pessoas que compõem a família, 43 (29,2%) indicaram morar com duas pessoas, 37 (25,2%), com três, 27 (18,4%) com apenas uma pessoa e 22 (15,0%) indicaram morar com quatro pessoas.

Ao serem indagados sobre o número de pessoas na família que exerciam atividade remunerada, identificamos que 79 (53,7%) profissionais mencionaram apenas um integrante da família, 33 (22,4%) possuíam duas pessoas que ajudavam nas despesas e 30 (20,5%) indicaram assumir todas as despesas da casa sozinhos.

Assim, embora as famílias da maioria dos profissionais sejam constituídas por

mais de uma pessoa, poucos membros exercem atividade remunerada.

Em relação à contribuição dos membros da família na renda de casa, entre a população estudada encontramos que 44 (30,0%) contribuem com apenas um salário mínimo ou menos, 37 (25,2%) profissionais contribuem com de dois a três salários mínimos, 34 (23,1%) profissionais com quatro a cinco salários mínimos e 29 (19,7%) profissionais contribuem com mais de seis salários mínimos.

Quanto a procedência, a maioria, 121 (82,4%) profissionais eram do estado de São Paulo, seguidos do estado de Minas Gerais, com 14 (9,5%) profissionais, o estado do Paraná com apenas 3 (2,0%) e outros de locais do Brasil com 9 (6,1%) profissionais.

As condições socioeconômicas são responsáveis por 50% das mortes por doenças cardiovasculares (HAS, IAM, AVC, entre outras) (BRASIL, 2002).

A PA se modifica conforme as variáveis socioculturais, mostrando-se menor em grupos que vivem em sociedades tradicionais, comparando com os que vivem em sociedades industriais modernas (PAVAN et al., 1999). As possíveis causas desta associação estão relacionadas às alterações da dieta e da atividade física, que acompanham as mudanças sociais, resultando em maior prevalência da obesidade e na ingestão elevada de sódio e gorduras (BRASIL, 1993).

Os fatores sociais como renda familiar ou individual, ocupação e nível de escolaridade, identificam que a classe social baixa é um fator de risco independente para cardiopatia isquêmica e que, a pobreza, de uma maneira geral, à maior prevalência de várias outras doenças também nas faixas etárias mais jovens (ROSE; MARMOT, 1981).

4.1.3 Dados relacionados ao estilo de vida

O estilo de vida está diretamente relacionado à qualidade de vida, que significa manter o equilíbrio no dia-a-dia, a fim de manter hábitos saudáveis e viver em harmonia com o meio ambiente, com as pessoas e consigo mesmo (SILVA; SOUZA, 2004).

Um aspecto importante relativo ao estilo de vida é a prática de exercício físico, porém, neste estudo foi possível observar que dos 147 indivíduos entrevistados, apenas 41 (27,9%) praticam algum tipo de atividade física, entre elas, caminhada 20 (13,6%), 12 malhação (8,2%), jogar futebol 4 (2,7%), natação 3 (2,0%) e andar de bicicleta 2 (1,4%), contra 106 (72,1%) que referiram não praticar nenhum tipo de atividade física (Tabela 25).

Tabela 25 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo os tipos de atividades físicas praticadas. Sertãozinho, 2006.

Tipo de atividade física	Nº	%
Caminhada	20	13,6
Malhação	12	8,2
Natação	3	2,0
Bicicleta	2	1,4
Futebol	4	2,7
Não Pratica	106	72,1
Total	147	100

Tabela 26 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a frequência e duração de atividades físicas praticadas. Sertãozinho, 2006.

Frequência e duração e atividade física	Nº	%
< 3x sem. / > 45 min.	14	9,5
3x sem. / > 45 min.	11	7,4
3x sem. / < 45 min.	5	3,4
4x sem. / > 45 min.	2	1,4
5x sem. / > 45 min.	7	4,8
> 5x sem. / > 45 min.	2	1,4
Não Pratica	106	72,1
Total	147	100

Quanto à frequência e duração da realização de atividade física, 14 (9,5%) profissionais referiram praticá-las menos de três vezes por semana e com mais de 45 minutos de duração e 11 (7,4%), três vezes por semana e mais de 45 minutos (Tabela 26).

O exercício físico deve ser realizado de acordo com a idade e as condições de saúde de cada indivíduo, durante dois ou três dias por semana e com duração entre 45 a 60 minutos; para isso, os pacientes precisam ser incentivados e necessitam de um seguimento para alcançar os resultados esperados sobre o controle da PA (REZA, 2007).

Um programa bem elaborado de exercício aeróbio ajuda a fortalecer o coração, reduzir o peso e controlar a PA (MENEZES; BARRETO; GARRONE, 2003).

A atividade física regular é muito importante na vida do ser humano e gera muitos benefícios para a saúde, incluindo a redução da incidência de DCV pois, além de reduzir a pressão arterial e o peso corporal, diminui também o risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão (ARAÚJO, 2006; FORJÁZ, 2006).

Tabela 27 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tempo em anos de prática de atividade física. Sertãozinho, 2006.

Tempo (anos)	Nº	%
< 1 ano	19	12,9
1 - 5 anos	12	8,2
6 - 10 anos	5	3,4
>10 anos	5	3,4
Não Pratica	106	72,1
Total	147	100

A Tabela 27 mostra que, dos 41 indivíduos que praticam atividade física regular, 19 (12,9%) a executam há menos de um ano e 12 (8,2%) indicaram tempo de um a cinco anos. Esses dados deixam claro que são poucos os profissionais que desenvolvem atividade física regular há mais de um ano, mostrando que o sedentarismo está presente nesta população e que se constitui em um fator importante para o desenvolvimento de DCV e hipertensão arterial.

O sedentarismo é uma das principais causas para o favorecimento e manutenção do aumento do peso corporal, sendo que este leva a outros sérios problemas. A atividade física apresenta efeito positivo nos riscos de enfermidades cardiovasculares, no tratamento primário ou complementar da arteriosclerose, na redução das dores lombares, no diabetes, além de benefícios psicológicos a curto prazo (melhora da auto-imagem, do humor e da auto-estima) e a longo prazo (diminuição da ansiedade, do estresse e da depressão) (BRASIL, 2002).

Tabela 28 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a prática de atividade física e o IMC. Sertãozinho, 2006.

Atividade física	Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)										Total	
	< 25	%	25 - 27,4	%	27,5 - 29,9	%	30 a 39,9	%	≥ 40	%		
SIM	20	13,6	6	4,0	9	6,1	6	4,0	-	-	41	27,9
NÃO	66	44,9	16	10,9	9	6,1	12	8,2	3	2,0	106	72,1
Total	86	58,5	22	15,0	18	12,2	18	12,2	3	2,0	147	100

Na Tabela 28 pode-se observar que entre os indivíduos que realizam atividade física, 21 (14,1%) apresentaram IMC ≥ 25 Kg/m², sendo 9 (6,1%) com obesidade grau I e 6 (4,0%) com obesidade grau II. Já entre os indivíduos que não realizam atividade física, 40 (27,2%) apresentaram IMC ≥ 25 Kg/m², sendo que 9 (6,1%) apresentaram obesidade grau I, 12 (8,2%) apresentaram obesidade grau II e 3 (2,0%) com obesidade grau III.

Estudo realizado por Carneiro et al. (2003) identificaram a influencia da distribuição da gordura corporal na prevalência da HAS, em indivíduos obesos, constatando um aumento de 23,0% nos indivíduos com sobrepeso e 67,1% nos indivíduos com obesidade grau III.

No Brasil, estudos realizados em 1975 e 1997 revelaram importante aumento da prevalência da obesidade em ambos os sexos, em todas as faixas etárias e classes sociais (SUPPLY, 2000).

Tabela 29 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a prática de atividade física e a RCQ. Sertãozinho, 2006.

Atividade física	RCQ											
	Mulheres				Homens							
	$\geq 0,85$	%	$< 0,85$	%	Total	%	$\geq 1,0$	%	$< 1,0$	%	Total	%
SIM	14	9,5	19	12,9	33	22,5	-	-	8	5,4	8	5,4
NÃO	42	28,6	60	40,8	102	69,4	2	1,4	2	1,4	4	2,7
Total	56	38,1	79	53,8	135	91,9	2	1,4	10	6,8	12	8,1

A Tabela 29 mostra que, 14 (9,5%) mulheres com $RCQ \geq 0,85$ praticam atividade física regularmente e 42 (28,6%) não praticam atividade física. Entre os homens, que são em número menor na instituição, somente 2 (1,4%) com $RCQ \geq 1,0$ não praticam atividade física e os com $RCQ < 1,0$, 8 (5,4%) praticam e 2 (1,4%) não praticam atividade física.

Os dados acima mostram que existe um número grande de profissionais na instituição com RCQ acima dos valores permitidos que não praticam atividade física, em especial entre as mulheres que estão em número maior na instituição.

Estudos realizados por Cabrera; Jacob Filho (2001); Souza et al. (2003); Martins; Marinho (2003) constataram maior frequência da obesidade entre as mulheres com a CC e o RCQ inadequados.

Tabela 30 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a prática de atividade física e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.

Atividade física	PAS (mmHg)												Total %	
	Ótima < 120	%	Normal < 130	%	Limítrofe 130-139	%	HAS estágio 1 140-159	%	HAS estágio 2 160-179	%	HAS estágio 3 > 180	%		
SIM	20	13,6	6	4,0	10	6,8	3	2,0	1	0,7	1	0,7	41	27,9
NÃO	64	43,5	16	11,0	15	10,2	4	2,7	6	4,0	1	0,7	106	72,1
Total	84	57,1	22	15,0	25	17,0	7	4,7	7	4,7	2	1,4	147	100

Quando analisamos os valores de PAS entre os indivíduos que praticam atividade física, podemos observar que 5 (3,4%) profissionais apresentam PAS $\geq$ 140 mmHg; Entre aqueles que não praticam atividade física, 11 (7,4%) profissionais apresentaram PAS $\geq$ 140 mmHg, sendo 4 (2,7%) com PAS entre 140-159 mmHg, 6 (4,0%) com PAS entre 160 – 179 mmHg e 1 (0,7%) com PAS > 180 mmHg (Tabela 30).

Tabela 31 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a prática de atividade física e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.

Atividade física	PAD (mmHg)												Total %	
	Ótima < 80	%	Normal < 85	%	Limítrofe 85-89	%	HAS estágio 1 90-99	%	HAS estágio 2 100-109	%	HAS estágio 3 > 110	%		
SIM	24	16,3	12	8,2	3	2,0	-	-	1	0,7	1	0,7	41	27,9
NÃO	68	46,2	22	15,0	10	6,8	4	2,7	1	0,7	1	0,7	106	72,1
Total	92	62,5	34	23,2	13	8,8	4	2,7	2	1,4	2	1,4	147	100

Na Tabela 31 pode-se observar também um maior número de indivíduos com alteração nos valores de PAD estão aqueles que não praticam atividade física, totalizando 6 (4,1%) profissionais, sendo 4 (2,7%) com PAD entre 90 - 99 mmHg, 1 (0,7%) com PAD entre 100 – 109 mmHg e 1 (0,7%) com PAD > 110 mmHg.

Além da diminuição do peso corpóreo, o controle da HAS está relacionado à prática regular de atividades físicas.

Vários estudos têm demonstrado o efeito hipotensor do exercício em pacientes hipertensos, logo após uma única sessão de exercício físico aeróbico, e esta redução nos níveis pressóricos é mantida com o decorrer de um programa de treinamento físico (RONDON; BRUM, 2003).

Tabela 32 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tipo/quantidade de cigarros que fuma e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.

Tipo de cigarro/ quantidade	PAS (mmHg)													
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3			
	< 120	%	< 130	%	130-139	%	140-159	%	160-179	%	> 180	%	Total	%
Fumante														
Papel filtro/ <10	6	4,0	2	1,4	5	3,4	1	0,7	1	0,7	-	-	15	10,3
Papel filtro/ 11-15	1	0,7	-	-	1	0,7	-	-	1	0,7	1	0,7	4	2,7
Papel filtro/ 16-20	2	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,4
Papel filtro/ >20	1	0,7	1	0,7	1	0,7	-	-	-	-	-	-	3	2,0
Não Fumante	74	50,3	19	12,9	18	12,2	6	4,0	5	3,4	1	0,7	123	83,6
Total	84	57,2	22	15,0	25	17,0	7	4,7	7	4,7	2	1,4	147	100

Um outro fator de risco importante e também investigado foi o tabagismo. Dos 147 profissionais participantes do estudo, 24 (16,4%) eram fumantes e 123 (83,6%) não fumantes. Entre os não fumantes, na época da coleta de dados, 29 (19,7%) indicaram ser ex-fumantes. Quanto ao tipo de cigarros consumidos, todos referiram fazer uso de cigarro de papel com filtro.

Na Tabela 32 estão apresentados o tipo/quantidade de cigarros fumados e os valores de PAS sendo possível observar que, entre aqueles que fumam menos de dez

cigarros/dia, apenas 2 (1,4%) apresentaram PAS $\geq$ 140 mmHg. Entre os que fumam de onze a quinze cigarros/dia, 2 (1,4%) profissionais apresentaram PAS $\geq$ 140 mmHg. Entre os não fumantes, apenas 12 (8,1%) apresentaram PAS $\geq$ 140 mmHg.

Importante destacar que, entre os não fumantes, 29 (19,7%) eram ex-fumantes, sendo que destes, 9 (6,1%) indicaram fumar menos de cinco anos, 12 (8,2%) fumaram durante cinco a dez anos e 8 (5,4%) fumaram mais de dez anos.

O abandono do hábito de fumar traz inúmeros benefícios para a saúde, melhorando a capacidade física, o gosto pelos alimentos, reduz o risco de DCV, além de aumentar a expectativa de vida e redução de gastos com cigarro (BRASI, 1996).

Indivíduos que não fumam e convivem no dia-a-dia com fumantes em ambientes fechados são considerados como fumantes passivos, prejudicando assim sua saúde (DWYER, 1997; LAW; MORRIS; WALD, 1997).

O tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública devido a enorme complexidade de danos causados à saúde, à economia, ao meio ambiente e à sociedade de uma maneira geral (BRASIL, 2002).

Dados da OMS (2000) demonstram que um terço da população mundial adulta, 1 bilhão e 200 milhões de indivíduos, entre os quais 200 milhões são mulheres, sejam fumantes. Ressalta ainda que a cada ano os produtos derivados do tabaco são responsáveis pela morte de 4 milhões de pessoas no mundo, sendo 50% nos países em desenvolvimento.

Tabela 33 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tipo/quantidade de cigarros que fuma e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.

Tipo de cigarro/ quantidade	PAD (mmHg)													
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3		Total	
	< 80	%	< 85	%	85-89	%	90-99	%	100-109	%	> 110	%		
Fumante														
Papel filtro/ <10	6	4,0	4	2,7	4	2,7	-	-	1	0,7	-	-	15	10,3
Papel filtro/ 11-15	2	1,4	-	-	-	-	1	0,7	-	-	1	0,7	4	2,7
Papel filtro/ 16-20	2	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,4
Papel filtro/ >20	1	0,7	1	0,7	1	0,7	-	-	-	-	-	-	3	2,0
Não Fumante	82	55,8	30	20,4	8	5,4	1	0,7	1	0,7	1	0,7	123	83,6
Total	93	63,2	35	23,8	13	8,8	2	1,4	2	1,4	2	1,4	147	100

Na Tabela 33 pode-se verificar que, entre os que fumam menos de dez cigarros/dia, apenas 1 (0,7%) apresentou valores de PAD entre 100-109 mmHg. Os que fumam de onze a quinze cigarros/dia, 2 (1,4%) apresentaram valor de PAD $\geq$ 90 mmHg.

Entre os não fumantes, 3 (2,1%) profissionais apresentaram valores de PAD superiores a 90 mmHg. Ressalta-se, entretanto, que neste grupo, 19,7% eram ex-fumantes.

Entre os tabagistas, a vasoconstrição acelera o processo de aterosclerose; geralmente o fumante busca o famoso “cafezinho” nas situações estressantes e também se condicionam ao consumo de cafeína. A cafeína e a nicotina elevam agudamente a PA. O tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lipídeos séricos e induz resistência aos efeitos de drogas anti-hipertensivas (CASTRO, ROLIM, FREITAS, 2005).

Tabela 34 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tipo de bebida alcoólica consumida. Sertãozinho, 2006.

Tipo de bebida	Nº	%
Cerveja	45	30,6
Vinho	5	3,4
Destilados	4	2,7
Não faz uso	93	63,3
Total	147	100

De acordo com a Tabela 34, quando indagados sobre o uso de bebida alcoólica, a maioria indicou não fazer uso, totalizando 93 (63,3%) profissionais; enquanto 45 (30,6%) referiram fazer uso apenas de cerveja, 5 (3,4%) indicaram uso de vinho e 4 (2,7%) uso de destilados. É importante ressaltar que, entre os que não fazem uso de bebida alcoólica, 17 (11,6%) já foram consumidores anteriormente. Dos 54 (36,7%) funcionários que fazem uso de bebida alcoólica, 47 (32,0%) referiram fazer uso pelo menos uma vez/semana, geralmente nos finais de semana; 4 (2,7%) disseram fazer uso de duas a três vezes/ semana, porém em pequena quantidade e 3 (2,0%), uma vez/mês ou em festas.

Em relação ao tempo em que os consumidores indicaram fazer uso de bebida alcoólica, 32 (21,7%) profissionais indicaram uso entre cinco a dez anos e 12 (8,2%) a mais de dez anos. Entre os ex-consumidores de bebida alcoólica, 9 (6,1%) indicaram uso inferior a cinco anos e 8 (5,4%), de cinco a dez anos.

Deve-se orientar os pacientes hipertensos que ingerem bebida alcoólica, a não consumir mais que 30 ml/dia de etanol (720 ml de cerveja, 300 ml de vinho ou 60 ml de destilados); para mulheres e pacientes muito magros, esta quantidade deve ser reduzida para no máximo, 15 ml/dia de etanol (IV DIRETRIZES..., 2002; ROSA; FRANKEN, 2000).

Tabela 35 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tipo de bebida alcoólica consumida e os valores de PAS. Sertãozinho, 2006.

Tipo de bebida	PAS (mmHg)													
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3		Total	%
	< 120	%	< 130	%	130-139	%	140-159	%	160-179	%	> 180	%		
Cerveja	26	17,7	4	2,7	10	6,8	2	1,4	2	1,4	1	0,7	45	30,6
Vinho	3	2,0	2	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3,4
Destilados	2	1,4	-	-	1	0,7	1	0,7	-	-	-	-	4	2,7
Não faz uso	54	36,7	15	10,2	14	9,5	4	2,7	5	3,4	1	0,7	93	63,3
Total	85	57,8	21	14,3	25	17,0	7	4,7	7	4,7	2	1,4	147	100

A Tabela 35 mostra que, dos 54 (36,7%) profissionais que fazem uso de bebida alcoólica e que consomem cerveja, 5 (3,4%) apresentaram PAS $\geq$ 140 mmHg. Entre os que não fazem uso de bebida alcoólica, 10 (6,8%) apresentaram PAS $\geq$ 140 mmHg. Não houve alteração da PAS nos profissionais que referiram fazer uso de vinho.

O consumo excessivo de álcool está associado com o aumento de risco de AVC, os níveis pressóricos e a prevalência e incidência de HAS. O álcool pode causar ainda atenuação da potência anti-hipertensiva das drogas. O efeito indesejado sobre a pressão arterial é revertido em média duas semanas após a diminuição do hábito de beber (SOUZA; AMARAL, 2004).

Tabela 36 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tipo de bebida alcoólica consumida e os valores de PAD. Sertãozinho, 2006.

Tipo de bebida	PAD (mmHg)												Total %	
	Ótima < 80	%	Normal < 85	%	Limítrofe 85-89	%	HAS estágio 1 90-99	%	HAS estágio 2 100-109	%	HAS estágio 3 > 110	%		
Cerveja	28	19,0	10	6,8	4	2,7	1	0,7	1	0,7	1	0,7	45	30,6
Vinho	4	2,7	-	-	1	0,7	-	-	-	-	-	-	5	3,4
Destilados	3	2,0	-	-	1	0,7	-	-	-	-	-	-	4	2,7
Não faz uso	56	38,0	25	17,0	7	4,7	3	2,0	1	0,7	1	0,7	93	63,3
Total	91	61,9	35	23,8	13	8,8	4	2,7	2	1,4	2	1,4	147	100

Já a Tabela 36 indica que, com relação aos valores de PAD, entre os profissionais que indicaram uso de bebida alcoólica, em especial aqueles que consomem a cerveja, 3 (2,0%) apresentaram PAD $\geq$ 90 mmHg. Entre os que indicaram não consumir bebida alcoólica, 5 (3,4%) apresentaram PAD $\geq$ 90 mmHg.

Ao indagarmos os profissionais que deixaram de ingerir bebida alcoólica, as razões pelas quais os mesmos deixaram de consumi-la, 11 (7,5%) declararam parar por vontade própria, 4 (2,7%), por motivos de doença e 2 (1,4%), por motivos religiosos.

Tabela 37 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a variável situação de estresse. Sertãozinho, 2006.

Situações de estresse	Nº	%
Problemas no trânsito	4	2,7
Problemas de família	39	26,6
Problemas no trabalho	19	12,9
Outros	32	21,8
Não é estressado	53	36,0
Total	147	100

Ao serem indagados sobre a ansiedade ou estresse no dia-a-dia, 94 (64,0%) profissionais indicaram se sentir ansiosos ou estressados, sendo que 39 (26,6%) profissionais mencionaram que se consideram estressados por problemas na família, 19 (12,9%) por problemas no trabalho, 32 (21,8%) por outros problemas (família, trabalho e trânsito); 4 (2,7%) indicaram que o estresse é proveniente de problemas no trânsito. Os que referiram não se considerarem estressados totalizaram 53 (36,0%) (Tabela 37).

Um estudo realizado com 80 adultos mostrou que o hipertenso apresenta aumento de pressão significativo quando submetido a sessões experimentais de estresse emocional. Pode-se observar um aumento considerado da pressão quando o hipertenso era levado a expressar os sentimentos de modo direto, levando a conclusão de que situações socialmente desafiadoras e estressantes representam um estressor cujos efeitos podem variar dependendo do nível de controle que os hipertensos exercem sobre suas emoções (LIPP MEN JUSTO; MELO, 2006).

Na atualidade, os fatores que mais contribuem para o estresse são carga excessiva de trabalho, número excessivo de horas de trabalho, alto grau de cobranças, excesso de metas de trabalho, processo de tomada de decisão, pressão excessiva e frustração (COUTO, VIEIRA, LIMA, 2007).

Quando indagados sobre os fatores que desencadeiam alteração no sono, 100 (68,0%) profissionais referiram não apresentar alteração e 47 (32%) a referiram, sendo 19 (12,9%), ao estado emocional e 17 (11,6%), à mudança de hábito e ao estado emocional respectivamente.

Em relação às horas de sono/dia, 123 (83,6%) indicaram ter o hábito de dormir menos de oito horas/dia; 57 (38,8%) informaram possuir o hábito de dormir durante o dia de 1 a 5 horas, pois exercem atividades no turno da noite e entre os que trabalham no período matutino, 28 (19%) dormem durante o dia no máximo 1 hora.

Tabela 38 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o tipo de alimento consumido e a frequência de consumo. Sertãozinho, 2006.

Alimento consumido	Frequência de consumo											
	Não usa		1x sem.		2-3x sem.		4-6x sem.		Diariamente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Carne/Frango/Peixe	-	-	3	2,0	131	89,2	5	3,4	8	5,4	147	100
Enlatados/Embutidos	36	24,5	90	61,2	15	10,2	4	2,7	2	1,4	147	100
Ovos	3	2,0	12	8,2	106	72,1	10	6,8	16	10,9	147	100
Hortaliças	5	3,4	6	4,0	55	37,4	68	46,3	13	8,9	147	100
Frutas	8	5,4	18	12,2	68	46,3	10	6,8	43	29,3	147	100
Leite e Derivados	13	8,9	18	12,2	102	69,4	10	6,8	4	2,7	147	100
Gorduras e Óleos	9	6,1	47	32,0	60	40,8	24	16,3	7	4,8	147	100
Chocolates e Derivados	3	2,0	89	60,6	48	32,7	6	4,0	1	0,7	147	100
Pão/Cereais/Massas	-	-	1	0,7	32	21,8	69	46,9	45	30,6	147	100
Café e Derivados	34	23,1	27	18,4	24	16,3	25	17,0	37	25,2	147	100

O hábito alimentar foi outro aspecto investigado neste estudo e que está ligado ao estilo de vida do indivíduo. A questão alimentar é complexa e sua análise exige um maior aprofundamento, sendo necessário um estudo exclusivo para abordá-la.

Diante da estreita relação entre o padrão alimentar e as enfermidades crônico-degenerativas, foi fundamental a identificação dos hábitos alimentares dos profissionais de enfermagem.

É importante salientar que 131 (89,1%) profissionais referiram apresentar bom apetite e que os alimentos de consumo diário consistem de carne vermelha, frituras, massas, verduras, leite e café.

Existem alguns alimentos funcionais com ação antioxidante que parecem estar relacionados com a pressão arterial e os alimentos com maior potencial diurético, como por

exemplo a cebola (quercetina); a cenoura e a abóbora (betacaroteno); o tomate (licopeno); a banana, a cevada, o alho e o mel (oligossacarídeos); o repolho, a couve-flor, a couve e o brócolis, da família das crucíferas, a soja (isoflavonas), entre outros (JONES, 2002).

Quando indagados sobre a refeição básica consumida diariamente, 128 (87,0%) profissionais indicaram que esta era constituída por arroz, feijão, carne vermelha ou branca e salada; em relação ao número de refeições diárias, 24 (16,3%) profissionais referiram fazer apenas uma refeição, 56 (38,0%) duas refeições, 42 (28,6%) três refeições e 25 (17,0%) profissionais indicaram quatro ou mais refeições/dia.

Para que a alimentação seja saudável é preciso que ela seja suficiente, o que significa que a quantidade de alimentos ingeridos deve cobrir as exigências energéticas do organismo e manter o equilíbrio do seu balanço; completa, uma vez que deve fornecer todos os nutrientes necessários ao funcionamento do organismo e em quantidades adequadas; harmônica e adequada.

Analisando a Tabela 38, pode-se observar que, em relação ao consumo de carne, frango ou peixe, 131 (89,2%) profissionais indicaram fazer uso entre 2 a 3 vezes/semana e 8 (5,4%) indicaram consumir diariamente.

Sobre o consumo de enlatados / embutidos, 36 (24,5%) profissionais negaram o seu uso; 90 (61,2%) indicaram fazer uso apenas uma vez/semana e 15 (10,2%) profissionais referiram entre 2 a 3 vezes/semana.

Quanto a ingesta de ovos, 3 (2,0%) profissionais negaram o seu uso; 12 (8,2%) indicaram fazer uso apenas uma vez/semana; 106 (72,1%) referiram utilizar entre 2 a 3 vezes/semana e 16 (10,9%) indicaram uso diário.

Quanto ao consumo de hortaliças e frutas, a maioria dos profissionais indicaram fazer uso das mesmas pelo menos duas a três vezes/semana, sendo que 13 (8,8%) indicaram não consumir tais alimentos.

O consumo de frutas e verduras contribui para a saúde cardiovascular devido a diversidade de nutrientes como potássio e fibras que possuem. Por isso recomenda-se o seu consumo em quantidades adequadas, entre 400 a 500 gramas, para redução do risco de cardiopatias coronarianas, AVC e HAS (OPAS, 2003).

Em relação ao consumo de leite, 136 (91,1%) profissionais indicam o uso, dos quais, 102 (69,4%) fazem uso entre duas a três vezes/semana e 4 (2,7%) indicaram uso diário. Quanto ao tipo de leite consumido, 107 (72,8%) profissionais indicaram uso de leite integral e apenas 29 (27,2%) fazem uso do leite desnatado, sendo este último o mais recomendado por conter baixa quantidade de gordura.

Quanto à utilização de gorduras saturadas e óleos no preparo dos alimentos, 47 (32,0%) profissionais disseram fazer uso apenas uma vez/semana; 60 (40,8%) indicaram utilizar de 2 a 3 vezes/semana; 24 (16,3%) profissionais utilizam de 4 a 6 vezes/semana e 9 (6,1%) profissionais referiram não fazer uso de nenhum tipo de gordura nos alimentos. Em relação ainda ao tipo de gordura utilizada na preparação dos alimentos, 131 (89,1%) indivíduos referiram preparar os alimentos apenas com gordura de origem vegetal; 15 (10,2%) com gordura de origem animal e vegetal e somente 1 (0,7%) com gordura de origem animal.

Os níveis de colesterol e suas frações podem ser modificados pela dieta, atividade física, tabagismo e controle do peso corporal. A redução no consumo de alimentos que contenham gorduras saturadas, presentes em produtos de origem animal, gorduras hidrogenadas, presentes na margarina, bolachas e outros produtos industrializados, o consumo de alimentos ricos em antioxidantes, como vitamina C, E, betacaroteno e selênio e o consumo regular de fibras, auxiliam no controle dos níveis de colesterol total e das lipoproteínas (CASTRO; ROLIM; FREITAS, 2005).

O consumo de chocolate e derivados também foi indicado e fazendo parte do consumo alimentar dos profissionais, dos quais 3 (2,0%) referiram não fazer uso; 89 (60,6%)

indicaram fazer uso pelo menos uma vez/semana e 48 (32,7%) profissionais indicaram consumo entre duas a três vezes/semana.

Com relação ao consumo de fibras presentes no pão, cereais e massas, a maioria dos profissionais indicou utilizá-las mais de duas vezes/semana e 45 (30,6%) profissionais indicaram uso diário.

Uma dieta rica em fibra, além de regularizar as funções digestivas e intestinais, auxilia nos regimes de emagrecimento, pois proporciona uma sensação de saciedade mais prolongada, ajuda no tratamento do DM e na redução do colesterol, principalmente da fração LDL (AQUINO; SILVA, 2005).

A ingestão de café foi também investigada e faz parte do hábito alimentar destes profissionais. A maioria, 113 (76,9%) profissionais, indicaram o uso do café e 34 (23,1%) negaram consumí-lo. Em relação à quantidade de café consumida/dia, 27 (23,9%) profissionais referiram ingerir uma xícara/dia; 24 (21,2%) indicaram o consumo de duas xícaras/dia; 25 (22,1%) profissionais consomem três xícaras/dia e 37 (32,7%) profissionais referiram consumir mais de quatro xícaras/dia.

Considerando que a ingesta de dietas com alto teor de sódio constitui um fator de risco para a HAS, os profissionais foram questionados quanto ao hábito de ingestão de alimentos com muito sal e 39 (26,5%) profissionais indicaram gostar de comida com muito sal contra 108 (76,5%) profissionais que referiram não gostar de alimentos salgados; 45 (30,6%) profissionais mencionaram o hábito de levar saleiro à mesa durante as refeições.

O sal é composto por 40% de sódio e 60% de cloreto. As necessidades nutricionais de sódio são de, aproximadamente, 500 mg por dia, mas o consumo médio dos brasileiros é em torno de 12,3 g/dia. A quantidade de sódio recomendada para uma alimentação saudável ficou estabelecida em 100 mEq ou 2.400 mg de sódio, o que equivale a 6 g de NaCl. Essa quantidade é também a recomendada para os pacientes hipertensos e é obtida usando-se uma

colher das de chá de sal, não acrescentando sal à mesa e evitando alimentos que contenham grande quantidade de sódio, como sopas e temperos salgados prontos, embutidos, salgadinhos industrializados, enlatados ou alimentos em salmora, queijos com sal, entre outros. Para o paciente hipertenso é necessário que se evitem esses alimentos, substituindo-os pelos temperos naturais como alho, cheiro verde, orégano, gengibre, coentro, manjerição entre outros (NAKASATO, 2004).

Estudo realizado por Aquino e Silva (2005), constatou que, entre os 476 alimentos industrializados como salsicha, tabletes de caldo de carne, entre outros, não informam a quantidade real de sódio em sua composição; esta informação nos rótulos dos alimentos industrializados é importante tanto para os pacientes hipertensos, quanto para outros, que necessitam de uma dieta restrita de sódio, evitando uma descompensação metabólica.

Ao indagarmos se existiam diabéticos na população em estudo, 3 (2,0%) profissionais referiram ser diabéticos, 140 (95,3%) negaram a doença e 4 (2,7%) desconheciam o diagnóstico. Entre os trabalhadores que confirmaram serem diabéticos, apenas um sabia do diagnóstico há menos de um ano e o controle da doença estava sendo baseado apenas em dieta; os outros dois tinham conhecimento da doença, já haviam passado por consulta médica e faziam uso de hipoglicemiante oral e dieta.

A prevalência da HAS em pacientes diabéticos é pelo menos duas vezes a da população em geral. No diabético tipo I, a hipertensão arterial associa-se à nefropatia diabética, enquanto no diabetes tipo II, associa-se à outros fatores de risco cardiovasculares como as dislipidemias, a obesidade, a hipertrofia ventricular esquerda e a hiperinsulinemia (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, 1998).

No Brasil, existem mais de dois milhões de indivíduos portadores de diabetes e 90% pertencem ao chamado diabetes tipo II, que está frequentemente associado a obesidade, hiperlipidemia, HAS e aterosclerose. A DAC é a principal causa de mortalidade nos pacientes

com diabetes tipo II, sendo responsável por 60% dos óbitos (BRASIL, 2005).

Com relação à HAS, 21 (14,3%) profissionais referiram ser hipertensos, 111 (75,5%) negaram a doença e 15 (10,2%) desconheciam o diagnóstico e quando indagados sobre as taxas de colesterol, 12 (8,2%) profissionais referiram possuir níveis elevados, porém apenas 4 (2,7%) deles faziam tratamento farmacológico, 3 (2,0%) tinham conhecimento do diagnóstico há menos de um ano e 5 (3,4%) negaram fazer tratamento; 121 (82,3%) profissionais negaram apresentar hipercolesterolemia e 14 (9,5%) referiram não saber, pois não se lembravam de terem feito qualquer exame para dosagem do colesterol.

4.1.4 Dados relacionados ao atendimento de saúde

Nesta etapa, procuramos obter informações sobre o atendimento em saúde (tipo de convênio que possuem), a frequência com que utilizam os serviços de saúde, em quais situações procuram os serviços de saúde, se realizam algum tratamento medicamentoso, se o seu tratamento é regular e qual o motivo do tratamento.

Ao serem abordados com relação ao tipo de serviço de saúde que utilizam, 8 (5,4%) profissionais referiram utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS), 15 (10,2%) indicaram convênio particular e 124 (84,4%) profissionais possuem convênio pela empresa de trabalho.

Quando questionamos em quais situações eles procuram pelos serviços de saúde, 37 (25,2%) profissionais referiram buscar os serviços periodicamente para prevenir doenças; 17 (11,6%) procuram atendimento somente em casos de urgência e 93 (63,3%) buscam os serviços de saúde para algum tratamento médico específico.

Tabela 39 – Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a variável patologia em tratamento. Sertãozinho, 2006.

Patologia em tratamento	Nº	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	21	14,3
Gastrite	7	4,8
Neurológica	6	4,0
Alérgica	4	2,7
Hormonal	12	8,2
Ortopédica	7	4,8
Vascular	6	4,0
Dermatológica	3	2,0
Nenhum tratamento	81	55,2
Total	147	100

A Tabela 39 indicou que 81 (55,2%) profissionais não fazem nenhum tipo de tratamento. Já entre os que fazem, 21 (14,3%) profissionais referiram realizar tratamento para a HAS; 7 (4,8%) indicaram tratamento para gastrite, com uso de omeprazol; 6 (4,0%) indicaram tratamento para depressão, sendo que desses, 4 (2,7%) referiram uso de fluoxetina e 2 (1,4%) não se recordam o nome do medicamento; 4 (2,7%) indicaram tratamento para alergia; 4 (2,7%) indicaram fazer tratamento hormonal e 8 (5,4%) indicaram tratamento de tireóide, referindo utilizar o medicamento Puran T4; 7 (4,8%) indicaram tratamento ortopédico, sendo a lombalgia e a tendinite as patologias mais citadas onde todos referiram fazer uso de analgésicos; 6 (4,0%) indicaram tratamento vascular e 3 (2,0%) indicaram tratamento dermatológico. Entre os profissionais entrevistados, apenas 25 (17,0%) indicaram utilizar anticoncepcional oral.

É importante destacar que, dos 66 (44,9%) profissionais que fazem tratamento medicamentoso, 55 (37,4%) informaram fazer uso regular, os que não são regulares no uso,

indicaram o esquecimento e os efeitos colaterais dos medicamentos os responsáveis pela não adesão ao tratamento.

Estudo realizado por Grassiotto e Bacha (1995) verificou que os anticoncepcionais hormonais orais produzem um aumento da pressão arterial estimado em 9 mmHg na pressão arterial sistólica e 5 mmHg na pressão arterial diastólica em média; níveis superiores a 90 mmHg na pressão arterial diastólica tem sido diagnosticados em 4 a 5% das mulheres normotensas, ao final de cinco anos de uso da pílula, porém este aumento pode ser revertido com a suspensão do anticoncepcional hormonal oral.

Outro estudo indicou que as atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas dos pacientes portadores de HAS identificaram como principais etiologias, os aspectos emocionais, entre eles, nervosismo, irritação, preocupação e ansiedade; hábitos alimentares inadequados, como, abuso de sal, embutidos e gorduras; herança familiar; consumo de álcool e desconhecimento da doença (PÉREZ; MAGNA; VIANA, 2003).

Em relação à atitude médica, devem existir medidas que busquem mudanças no estilo de vida dos pacientes, como, diminuição da ingestão de sal, manutenção de um peso saudável, atividade física regular, redução ou interrupção do consumo de bebida alcoólica e fumo. Quanto às mudanças de hábitos de vida e culturais, precisa haver determinação por parte do paciente e da equipe de saúde (PIERIN; STRELEC; MION Jr, 2004).

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso e o controle pouco satisfatório da PA devem ser enfrentados pelo paciente hipertenso, a família, a comunidade, as instituições e equipes de saúde (PIERIN; STRELEC; MION Jr, 2004).

Os resultados deste estudo possibilitaram concluir que:

1. Em relação à biologia humana:

- A idade dos indivíduos entrevistados variou entre 20 e 60 anos; 77,5% eram de cor branca.
- A obesidade de grau leve e moderada esteve presente em 12,2% dos profissionais respectivamente e a grave em 2,0% deles.
- A presença de valores de PAS ≥ 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg foi identificada em 11,6% e 6,8% profissionais respectivamente.
- Entre os profissionais identificados com valores de PAS ≥ 140 mmHg, 1,4% apresentaram obesidade de grau leve e 4,1% moderada e entre aqueles com PAD ≥ 90 mmHg, 2,0% apresentaram obesidade moderada.
- Os antecedentes familiares mais frequentes na população estudada foram HAS (70,7%); DM (46,3%) e AVC (32,6%).

2. Em relação ao meio ambiente:

- Quanto ao grau de escolaridade, 36,1% possuíam o 1º grau completo, 41,5% possuíam o 2º grau completo e 14,3% possuíam o 3º grau completo; 67,3% da população estudada eram auxiliares de enfermagem.
- A UTI Geral foi o setor com maior número de profissionais que participaram do estudo, com 17,0% dos profissionais, seguido da maternidade com 13,6%.
- Os setores de atividade dos profissionais com valores de PAS ≥ 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg foram o Centro Cirúrgico com 2,7%, seguido do Pronto Socorro com 2,0%.
- Os auxiliares de enfermagem são os profissionais que mais aparecem com valores de PAS ≥ 140 mmHg (10,3%) e valores de PAD ≥ 90 mmHg (6,1%).
- Em relação ao tempo de atividade na instituição, 42,2% profissionais já exerciam suas

atividades entre um e cinco anos e 19% já exerciam há mais de 20 anos.

- 3,7% profissionais realizam uma jornada de trabalho de 6 horas/dia e 39,5% profissionais fazem o turno de 6 a 12 horas/dia.
- Quanto a renda familiar, foi de 17,0% dos profissionais recebem de três ou menos salários mínimos, 17,7% dos profissionais recebem até seis salários mínimos e 17,7% indicaram receber mais de dez salários mínimos.
- Entre aqueles que indicaram receber menos de três salários mínimos, 4,0% apresentaram $PAS \geq 140$ mmHg e 1,4% $PAD \geq 90$ mmHg.
- 43,5% profissionais são casados e 36,1% são solteiros.
- Em relação ao número de componentes da família, 29,2% profissionais tem família constituída com até duas pessoas contra apenas 3,4% que tem família constituída com mais de seis pessoas. Entre os componentes da família que exercem atividade remunerada, 53,7% profissionais indicaram que apenas um membro da família tem esta responsabilidade; com relação a contribuição dos membros da família com as despesas da casa, 30,0% dos profissionais indicaram que os mesmos contribuem com um salário mínimo ou menos.

3. Em relação ao estilo de vida:

- Entre os profissionais entrevistados, apenas 27,9% referiram praticar atividade física regularmente, 9,5% indicaram praticar menos de 3 vezes/semana e mais de 45 minutos e 12,9% disseram estar praticando há menos de um ano.
- Em relação aos que não praticam atividade física, que corresponde com 72,1% dos profissionais, 6,1% apresentaram obesidade leve, 8,2%, obesidade moderada e 2,0%, obesidade grave.
- Entre as mulheres que não praticam atividade física, 28,6% apresentaram $RCQ \geq 0,85$

e entre os homens, 1,4% apresentaram $RCQ \geq 1,0$. Em relação aos valores de $PAS \geq 140$ mmHg, estavam presentes em 7,4% dos profissionais e os valores de $PAD \geq 90$ mmHg estavam presentes em 4,0%.

- Em relação aos fumantes, que corresponde a 16,4% dos profissionais, quando relacionados aos valores de $PAS \geq 140$ mmHg, 1,4% deles referiram fumar papel de filtro e menos de 10 cigarros/dia e para os valores de $PAD \geq 90$ mmHg, 1,4% dos profissionais indicaram fumar papel de filtro, de 11 a 15 cigarros/dia.
- Em relação ao consumo de bebida alcoólica, 36,7% dos profissionais referiram fazer uso; quando relacionados aos valores de $PAS \geq 140$ mmHg, 3,4% dos profissionais disseram utilizar somente cerveja e para os valores de $PAD \geq 90$ mmHg, 2,0% dos profissionais também indicaram somente o uso da cerveja.
- Em relação às situações de estresse ou ansiedade vivenciadas por eles, 26,6% referiram que o estresse é maior quando decorrentes de problemas familiares; 21,8% decorrentes de problemas no trânsito, familiares e no trabalho, contra 36,0% dos profissionais que referiram não se considerarem estressados.
- Em relação aos fatores que desencadeiam alterações no sono, 68% referiram não apresentar nenhuma alteração e 12,9% referiram alterações decorrentes do estado emocional.
- Quanto ao número de horas que dormem/dia, 83,6% dos profissionais referiram dormir oito horas ou menos/dia.
- Quanto aos tipos de alimentos mais consumidos e a frequência desse consumo, a maioria referiu utilizar os alimentos citados com frequência de duas a três vezes/semana, sendo que 89,2% dos profissionais informaram ingerir carne, frango ou peixe; 72,1% ovos; 37,4% hortaliças; 46,3% frutas; 69,4% leite e derivados; 40,8% gorduras saturadas e óleos e 32,7% chocolates e derivados.

- 46,3% profissionais indicaram ingerir hortaliças e 46,9%, pão, cereais e massas com frequência de quatro a seis vezes/semana.
- 29,3% indicaram consumo de frutas e 30,6% de pão, cereais e massas diariamente.
- 61,2% utilizam enlatados e embutidos, 32,0%, gorduras saturadas e óleos e 60,6%, chocolates e derivados apenas uma vez por semana.

4. Em relação ao atendimento de saúde:

- 84,4% apresentam convênio pela empresa e quando questionados em quais situações procuram pelos serviços de saúde, 63,3% disseram para tratamento médico.
- Quando questionados sobre as patologias em tratamento, 14,3% referiram tratar a HAS, 8,2% fazem tratamento hormonal e 55,2% não fazem tratamento para nenhuma patologia.
- Em relação aos indivíduos que fazem tratamento medicamentoso, somente 37,4% indicaram que é regular.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse de se investigar os fatores de risco para a doença hipertensiva entre estes profissionais de enfermagem surgiu devido ao fato de observar, dentro dessa instituição filantrópica da qual trabalho, o número de obesos e sedentários, além da grande quantidade de atestados médicos decorrentes de problemas cardiovasculares.

Com base nestes dados e de acordo com o referencial teórico adotado, foi possível identificar a exposição desses indivíduos a vários fatores de risco para desenvolvimento da doença hipertensiva, como hereditariedade, história familiar, hábitos alimentares, obesidade, sedentarismo, estresse, além da detecção de considerável número de hipertensos que não possuíam conhecimento da gravidade de seu quadro em relação a doença.

Durante a coleta dos dados, adquiriu-se confiança entre o pesquisador e o entrevistado, fazendo com que o mesmo reconhecesse os fatores de risco aos quais estavam expostos e pudessem se conscientizar da importância da prevenção e de procurar um serviço de saúde não somente em situações de urgência.

O estudo foi importante pois, a maioria dos profissionais reconheceram que precisavam se cuidar e passaram a mudar alguns hábitos como, realizar algum tipo de atividade física, mudança na alimentação, diminuição do consumo de cigarro e bebida alcoólica, mudança nos hábitos de sono e facilidade de se obter um tratamento mais rápido por serem da área da saúde e possuírem conhecimento diante do problema exposto.

Estes resultados deixam claro também que a moderação na ingestão de sódio e álcool, aumento no consumo de alimentos ricos em potássio, fibras e cálcio, atividade física regular, assim como a perda de peso em obesos, são objetivos possíveis de serem alcançados e podem não só reduzir o uso de anti-hipertensivos entre os hipertensos em tratamento como também melhorar sua qualidade de vida.

A importância da atuação da equipe multiprofissional nas orientações ao paciente hipertenso tem sido muito enfatizada nos últimos anos. Essa equipe pode ser constituída por

todos os profissionais que lidam com hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, fisioterapeutas, musicoterapeutas, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde, porém, não há necessidade de todo esse grupo para a formação da equipe. Os membros de uma equipe multiprofissional devem trabalhar de acordo com os limites e especificidade de sua formação e conhecer a ação individual de cada um dos outros membros. A prevenção é o meio mais eficiente no combate a HAS, uma vez que abrange ensinamentos nas mudanças de hábitos de vida, com a finalidade de evitar o elevado custo social decorrente das DCV e prevenir as dificuldades referentes ao tratamento e controle das complicações em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006; NAKASATO, 2004; ROSA; PLAVNIK; TAVARES, 2004).

Os profissionais de enfermagem devem pensar que nas próximas três a quatro décadas os atuais adultos jovens brasileiros serão os idosos do país, com potencial para desenvolvimento de doenças crônicas, muitas delas decorrentes dos fatores de risco cardiovasculares. Alguns deles já agem silenciosamente, iniciando um percurso que pode influenciar a qualidade de vida e o envelhecimento populacional.

A educação em saúde é um dos principais elementos para melhorar as condições de vida de pessoas portadoras de DCV. A monitoração dos fatores de risco pelos profissionais de enfermagem é de suma importância, pois auxilia na identificação dos aspectos ligados à melhoria das condições de saúde e de vida para quem convive com problemas cardiovasculares.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, F. M.; SICHIERI, R. Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do município do Rio de Janeiro, RJ. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v.5, n.2, p.153-163, 2002.

AQUINO, E. M. M. L. L. de et al. Hipertensão arterial em trabalhadores de enfermagem: padrão de ocorrência, diagnóstico e tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v.76, n.3, p.197-202, 2001.

AQUINO, R. C.; SILVA, F. A. Orientação dietética para pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS): desenvolvimento de uma lista de substituição de sal. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 25. Campos do Jordão, 2005, Universidade São Judas Tadeu, 2005.

ALMEIDA, F. A. et al. Prevenção primária e detecção precoce da hipertensão arterial em escolas do ensino médio: projeto comunitário envolvendo estudantes de medicina. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.88-93, 2002.

AMODEO, C.; LIMA, N. K. C. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.9, n.2-3, p.239-243, 1996.

ARAÚJO, C. G. S. Aspectos relevantes das respostas da pressão arterial ao exercício físico. **Bol. Soc. Hipertensão Estado do Rio de Janeiro (SOCERJ)**, Rio de Janeiro, ano 2, n.4, p. 8, 2006.

ARAÚJO, C. G. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.8, n.2, 2006. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 8 abr. 2007.

BARCELLOS, M. T. et al. Indicadores antropométricos preditores da incidência de hipertensão. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.9, n.2, p.56-59, 2006.

BARROS, M. V. L. et al. Perfil metabólico e social dos pacientes hipertensos estágios 2 e 3 atendidos no instituto nacional de cardiologia laranjeiras. Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 25. Campos do Jordão, 2005.

BERWANGER, O.; AVEZUM, A. Hipertensão como fator de risco cardiovascular: oportunidades de prevenção. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.11, n.2, p.119-123, 2004.

BRAGA, F. L. M.; COVELLO, C. M. Follow-up como modalidade da assistência de enfermagem ao hipertenso. **Rev. Bras. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.47, n. 2, p.165-177, 1994.

BRANDÃO, A. P. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Bras. Estado de São Paulo**, São Paulo, v.13, n.1, p.7-19, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle de hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro, 1993. 232 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP). **Falando sobre tabagismo**. 2. ed. Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informações sobre Morbidades e Mortalidades, 2005. Indicadores e dados básicos**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 14 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Brasília, 2007. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 25 jun. 2007.

BUSNELLO, R. G. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de paciente hipertenso atendido em um ambulatório de referência. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 76, n.5, p.349-351, 2001.

CABRERA, M. A. S.; JACOB FILHO, W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arq. Bras. Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v.45, n.5, p.494-501, 2001.

CARNEIRO, G. et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.49, n.3, p.303-311, 2003

CARVALHO, J. G. R. de.; ALMEIDA, R. V. de. O papel do rim na hipertensão essencial –

correlações e abordagem terapêutica. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.8, n.3, p.291-296, 2001.

CASTRO, M. E.; ROLIM, M. O.; FREITAS, M. T. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.18, n.2, p.184-189, 2005.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. et al. Mortalidade por doença hipertensiva em mulheres de 20 a 49 anos no município de São Paulo, SP, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 7, n.3, p.252-258, 2004.

COLOMBO, R. C. R. **Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio**. 1995. 164p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO – CBH, 3., 1998. Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 1998. 38p.

COUTO, H. A.; VIEIRA, F. L. H.; LIMA, E. G. Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.14, n.2, p.112-115, 2007.

CRUZ, I. C. F. da; LIMA, R. de. Detecção dos fatores de risco para hipertensão arterial na equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.223-232, 1998.

_____. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.35-44, 1999.

DANTAS, R. A. S. **Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de Campo de Saúde**, 1996. 156p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

DANTAS, R. A. S.; COLOMBO, R. C. R.; AGUILLAR, O. M. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio, segundo o modelo de Campo de Saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.3, p.63-68, 1999.

DELBIN, M. A.; ZANESCO, A. Efeitos do exercício dinâmico por dança na pressão arterial de sujeitos hipertensos. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 25. Campos do Jordão, 2005, Universidade Estadual Paulista,

2005.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4.; 2002. Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo: BG Cultural, 2002. 40p.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 5.; Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo: BG Cultural, 2006. 48p.

DWYER, J. Exposure to environmental tobacco smoke and coronary risk. **Circulation**, Dallas, v.96, n.5, p. 1367-1369, 1997.

FERREIRA, S. R. G.; ZANELLA, M. T. Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.7 n.2, p.128-135, 2000.

FONSECA, L. A. M.; LAURENTI, R. Epidemiologia das cardiopatias nas duas últimas décadas: dados internacionais, dados brasileiros, In: GIANNINI, S.D. **Cardiologia Preventiva**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.1, p.3-8.

FORJÁZ, C. **O papel da atividade física**. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Salvador, BA, 2006. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/noticias>>. Acesso em: 27 mar. 2007.

FUCHS, F. D. THOP, TONE e outros estudos envolvendo restrição salina, tratamento da obesidade e exercício físico na prevenção e no tratamento da hipertensão. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.8, n.2, p.216-220, 2001.

GARCIA, F. D. et al. Avaliação de fatores de risco associados com elevação da pressão arterial em crianças. **J. Pediatr.** Porto Alegre, v. 80, n.1, p.29-34, 2004.

GONZALEZ VALDEZ, T. et al. **Hipertensión arterial y estrés: una experiencia**. s.d. Disponível em: <<http://www.geosalud.com/hipertension/estres>>. Acesso em: 13 jun. 2007.

GOULART, A. C.; BENSEÑOR, I. J. M. Obesidade e hipertensão. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.9, n.1, p.27-30, 2006.

GRASSIOTTO, O. R.; BACHA, A. M. Anticoncepção para mulher hipertensa. **Femina**, Cuiabá, v.23, n.1, p.13-22, 1995.

HARTMANN, M. et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um

estudo base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n.8, p.1857-1866, 2007.

Joint National Committee on Detection and Treatment of High Blood Pressure. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII). **JAMA**, Chicago, v.289, n.3 p.2560-2572, 2003.

JONES, P. J. Functional Foods – More than just Nutrition. **Can. Med. Assoc.** Canadá, v.166, n.12, 2002.

KANNEL, W. B.; GORDON, T.; OFFUTT, D. Left ventricular hypertrophy by electrocardiogram: prevalence, incidence and mortality in the Framingham study. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v.71, n.1, p.89-106, 1969.

KOHLMANN Jr., O.; PLAVINIK, F. L. Complicações da hipertensão arterial. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004. Cap.17, p.293-311.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: National Health and Welfare, 1974. 76p.

LAW, M. R.; MORRIS, J. K.; WALD, N. J. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. **British Medical Journal**, London, v. 315, n. 7114, p. 973-980, 1997.

LEMOGOU, D. et al. Recommendations for prevention, diagnosis and management of hypertension and cardiovascular risk factors in sub-Saharan Africa. **J. Hypertension**, London, v.21, n.11, p.1993-2000, 2003.

LEPORI, L. R. **Hipertensão arterial**. Buenos Aires: E.C.S.A., 2004. 146p.

LEWINGTON, S. et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**, London, v.360, n.9362, p.1903-13, 2002.

LIPP MEN JUSTO, A. P.; MELO, G. T. Cardiovascular reactivity in hypertensives: differential effect of expressing and inhibiting emotions during moments of interpersonal stress. **Span. J. Psychol.** Espanha, v.9, n.2, p.154-161, 2006.

MANCINI, M. **Métodos de avaliação da obesidade e alguns dados epidemiológicos**. 11^a ed. **Rev. Abeso**, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em 10 jun. 2007.

MARMOT, M. G. et al. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. **Lancet**, London, v.350, n.2, p. 235-239, 1997.

MARRONI, S. N. **Controle da hipertensão arterial em Unidades Básicas de Saúde na região oeste de São Paulo**. 2005. 135 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MARTINS, I. S.; MARINHO, S. P. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.6, p.760-767, 2003.

MATOS, M. F. D. et al. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do Centro de Pesquisa da Petrobras. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v.82, n.1, p.1-4, 2004.

MENEZES, E. O.; BARRETO, G. A.; GARRONE, V. B. Sistema renina-angiotensina: interação gene-exercício. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.10, n.2, p.125-129, 2003.
MION JR., D; PIERIN, A. M. G. **Manual prático de medida da pressão arterial**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2000.

NAKASATO, M. Sal e hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.11, n.2, p.95-97, 2004.

NOBRE, F.; LIMA, N. K. C. Hipertensão arterial: conceito, classificação e critérios diagnósticos. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M. **Manual de Cardiologia**. SOCESP. São Paulo: Atheneu, 2000. 303 p.

OLMOS, R. D.; LOTUFO, P. A. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.9, n.1, p.21-23, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comunicado de imprensa**. 2000. São Paulo. Disponível em:<www.whoafr.org/press/portuese/2000/regionalcommitte/rc5011006.html>. Acesso em: 10 mar. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, v.15, n.1, p.35-45, 2006.

PAVAN, L. et al. Effects of a traditional lifestyle on the cardiovascular risk profile: the Amandava population of the Brazilian Amazon. Comparison with matched African, Italian and Polish population. **Journal of Hypertension**, London, v.17, n.6, p.749-756, 1999.

PÉREZ, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.5, p.635-642, 2003.

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

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M. A. A. M.; MION Jr, D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004. 372p.

PORTES, L. A. et al. A hidroginástica aumenta a capacidade de trabalho físico estimada em cicloergômetro com concomitante redução da pressão arterial e frequência cardíaca de hipertensos. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 25., 2001, Porto Alegre. Anais. Porto Alegre: UNASP – Centro Universitário Adventista de São Paulo.

RAMOS, M. M. de. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em profissionais de saúde no ambiente de trabalho. **Rev. da SOCERJ**. Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.309-312, 2006.

RASSI, Jr., A. Tratamento da hipertensão arterial baseado em evidências. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.9, n.1, p.41-53, 2002.

REZA, G. C. **O cotidiano do hipertenso na perspectiva do modelo de campo de saúde de Lalonde**. 2007. 138p. Dissertação (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

REZENDE, D. F. et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em escolares de 7 a 14 anos no município de Barbacena – Minas Gerais, em 1999. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.81, n.4, p.375-380, 2003.

RIBEIRO, A. B.; ZANELLA, M. T.; KOHLMANN JUNIOR, O. Tratamento da hipertensão

arterial. In RIBEIRO, A. B. **Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1996. 231p.

ROCHA, R. M. Hipertensão arterial e as síndromes isquêmicas agudas: implicações terapêuticas. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.9, n.1, p.81-82, 2002.

RONDON, M. U. P. B.; BRUM, P. C. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.10, n.2, p.134-139, 2003.

ROSA, R. F.; FRANKEN, R. A. Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M. **Manual de cardiologia: SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000. 590 p.

ROSAS PERALTA, M. et al. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): consolidación mexicana de los factores de riesgo cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento, **Arch. Cardiol. Méx.**, México, v.75, n.1, p.96-111, 2005.

ROSE, G.; MARMOT, M. G. Social class and coronary heart disease. **British Heart Journal**, London, v.45, p.13-19, 1981.

RUBIOR GUERRA, F. A. **Hipertensión arterial**. México: Editorial Manual Moderno, 2005. SALUD: Disponível em: <<http://www.salud.gob.mx/unidades>>. Acesso em: 16 fev. 2007.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Rev. Eletron. Enferm.**, Goiânia, v.6, n.3, p.330-335, 2004.

SIMÃO, M. **Fatores de risco para as doenças cardiovasculares em trabalhadores de uma destilaria do interior paulista**. 2001. 93p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SIMÃO, M. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica entre universitários de uma cidade do interior de Angola**. 2005. 110p. Dissertação (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SOUZA, N. R. M. de; SILVA, N. A. de S. e; Trabalho e hipertensão arterial. A responsabilidade social das empresas: problemas, oportunidades e possíveis estratégias de intervenção. **Rev. SOCERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.60-64, 2003.

SOUZA, L. J. de et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos,

Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Endocrinologia e Metabologia**, Rio de Janeiro, v.47, n.6, p.669-676, 2003.

SOUZA, W. K. S. B. de.; AMARAL, F. do. Álcool, hipertensão arterial e doença cardiovascular. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.11, n.2, p.112-114, 2004.

SUPLICY, H. L. Obesidade visceral, resistência à insulina e hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.7, n.2, p.136-141, 2000.

TEIXEIRA, J. B. A. **Perfil de clientes com câncer gástrico na perspectiva do modelo de Campo de Saúde**, 2000. 150p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

TORALES RICARDO, F. M. **Hipertensión arterial**. Secretaria de salud. Subsecretaria de prevención y control de enfermedades. México, 2006.

TROMBETTA, I. C. et al. Sedentarismo e risco cardiovascular. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.9, n.2, p.65-71, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Expert Committee on Arterial Hypertension. **J. Hypertension**, London, v.23, n.2, p.1285, 2005.

YUCHA, C. B.; TSAI, P. S.; CALDERON, K. S.; TIAN, L. Biofeedback-assisted relaxation training for essential hypertension: who is most likely to benefit? **J. Cardiovasc. Nurs.** Rockville, v.20, n.3, p.198-205, 2005.

ZANELLA, M. T. Obesidade como fator de risco cardiovascular. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.7, n.2, p.127, 2000.

APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista

Data:

Entrevista nº

I-) DADOS SOBRE A BIOLOGIA HUMANA

Iniciais: _____ Data de nasc.: _____ Sexo: () fem. () masc.

Etnia: () Branco () Não branco () Negro () Amarelo

1-) DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso: _____ Altura: _____

Circunferência braquial: _____ cm

Circunferência da cintura: _____ cm

Circunferência do quadril: _____ cm

Relação cintura-quadril: _____ cm

Tamanho do manguito: _____ cm

Valores da PA

1ª medida

2ª medida

média

____/____mmHg

____/____mmHg

____/____mmHg

Posição do cliente: sentado

2-) ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai: () vivo () falecido

Causa da morte: _____

Mãe: () viva () falecida

Causa da morte: _____

Total de irmãos: _____

Irmão(s) vivo(s): _____ Irmão(s) falecido(s): _____

Causa da(s) morte(s): _____

Tem alguém da família com ou que já teve uma das doenças indicadas abaixo?

HAS	DM	Angina	IAM	AVC	Insuficiência Renal	Morte Súbita
☐ sim	☐ sim	☐ sim	☐ sim	☐ sim	☐ sim	☐ sim
☐ não	☐ não	☐ não	☐ não	☐ não	☐ não	☐ não
☐ não sabe	☐ não sabe	☐ não sabe	☐ não sabe	☐ não sabe	☐ não sabe	☐ não sabe
☐ pai	☐ pai	☐ pai	☐ pai	☐ pai	☐ pai	☐ pai
☐ mãe	☐ mãe	☐ mãe	☐ mãe	☐ mãe	☐ mãe	☐ mãe
☐ irmão (s)	☐ irmão (s)	☐ irmão (s)	☐ irmão (s)	☐ irmão (s)	☐ irmão (s)	☐ irmão (s)
☐ outros (s)	☐ outros	☐ outros	☐ outros	☐ outros	☐ outros	☐ outros
☐ outros						

II-) DADOS DO MEIO AMBIENTE

3-) FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATIVIDADE PROFISSIONAL

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Atividade que desenvolve: _____

Setor que desempenha esta atividade: _____

Há quanto tempo desenvolve esta atividade? _____

Quantas horas trabalha por dia? _____

Tem mais de um emprego? ☐ sim ☐ não

Quantos ? _____ Quais ? _____

Meio de transporte utilizado para ir ao trabalho:

☐ bicicleta ☐ ônibus ☐ carro ☐ outros. Especificar: _____

4-) RENDA E ESTRUTURA FAMILIAR

Renda familiar R\$: _____

Estado civil: ☐ solteiro ☐ casado ☐ viúvo ☐ separado

☐ outros. Especificar

Número de filhos: _____ Vivos: _____ Mortos: _____

Local de residência: ☐ zona rural ☐ zona urbana

Condições de moradia: ☐ rede de esgoto ☐ asfalto ☐ instalações elétricas

() água canalizada () outros. Especificar: _____

Procedência (nome da cidade e estado): _____

Mora em casa () própria () alugada () emprestada

() outros. Especificar: _____

Estrutura familiar

Componentes da família com quem vive (indicar parentesco)	Idade	Exerce atividade remunerada		Contribui para a renda		
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	VALOR
		()	()	()	()	_____
		()	()	()	()	_____
		()	()	()	()	_____
		()	()	()	()	_____
		()	()	()	()	_____
		()	()	()	()	_____
		()	()	()	()	_____
		()	()	()	()	_____
		()	()	()	()	_____
		()	()	()	()	_____

III-) DADOS RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA

5-) ATIVIDADE FÍSICA

Faz exercício físico? () sim () não

Tipo de exercício (s) que pratica: _____

Frequência na semana: _____

Duração diária: _____

Há quanto tempo pratica? _____

6-) TABAGISMO

6.1-) É fumante atualmente? () sim () não

Há quanto tempo? _____

Fuma que tipo de cigarro? () palha () papel com filtro () charuto

() outro. Especificar: _____

Quantidade de cigarros que fuma por dia: _____

6.2-) Se não fuma atualmente, responder as seguintes questões:

Já foi fumante? () sim () não

Em caso afirmativo, fumava que tipo de cigarro? () palha () papel com filtro

() charuto () outros. Especificar: _____

Fumou durante quanto tempo? _____

Há quanto tempo parou de fumar? _____

Quantidade de cigarros que fumava por dia: _____

Qual a razão pela qual deixou de fumar? () doença () econômica

() outras. Especificar: _____

7-) CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

7-1-) Faz uso de bebida alcoólica atualmente? () sim () não

Caso afirmativo, responder as seguintes questões:

Tipo de bebida	Frequência	Quantidade	Há quanto tempo faz uso
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Se não bebe, responder as questões seguintes:

Já fez uso de alguma bebida alcoólica? () sim () não

Caso afirmativo, responder as questões seguintes:

Tipo de bebida	Por quanto tempo fez uso	Há quanto tempo parou de beber
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Razões pelas quais deixou de usar bebida alcoólica:

() doença () econômica () outras. Especificar: _____

8-) ESTRESSE

Você considera-se uma pessoa estressada ou nervosa? ☐ sim ☐ não

Em quais situações você se considera mais estressado?

☐ na rua ☐ em casa ☐ no trabalho ☐ outros. Especificar: _____

Você apresenta alterações no sono com frequência? ☐ sim ☐ não

Caso afirmativo, atribui essas alterações a quais fatores

☐ mudança de hábito (ambiente estranho, ausência da família, horário alterado devido ao serviço e/ou laser, . . .) ☐ doenças ☐ uso de drogas ☐ uso de bebidas alcoólicas ☐ estado emocional

☐ outros. Especificar: _____

Quantas horas você costuma dormir por dia? _____

Você tem o hábito de descansar durante o dia? ☐ sim ☐ não

Caso afirmativo, quanto tempo de descanso? _____

9-) DIABETES

É diabético? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

Caso seja diabético, responder as questões a seguir:

Há quanto tempo? _____

Faz uso de medicação para diabetes? ☐ sim ☐ não

Em caso afirmativo, qual medicação usa? ☐ hipoglicemiante oral ☐ insulina

☐ outro. Especificar: _____

Qual a frequência da medicação? _____

Há quanto tempo foi ao médico para avaliar a medicação? _____

Se não faz tratamento medicamentoso, faz outro tipo de tratamento?

☐ sim ☐ não

Caso afirmativo, qual? ☐ glicemia ☐ dieta ☐ exercícios físicos

10-) COLESTEROL

Tem colesterol elevado? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

Em caso afirmativo, qual o valor do último exame? _____

☐ não sabe dizer

Há quanto tempo fez o exame? _____

Faz uso de medicamento? ☐ sim ☐ não

Qual medicamento utiliza? _____

Há quanto tempo foi ao médico para avaliar o uso da medicação? _____

Se não faz tratamento medicamentoso, faz outro tipo de tratamento?

() sim () não

Caso afirmativo, qual? () colesterol () dieta () exercícios físicos

11. ALIMENTAÇÃO

Você tem bom apetite? () sim () não

Qual o tipo de refeição básica você consome diariamente?

Pirâmide alimentar

Alimento	Quantidade/dia
Pão, cereais, arroz, massa (6 – 11 porções)	
Hortaliças (3 – 5 porções)	
Frutas (2 – 4 porções)	
Leite e derivados (2 – 3 porções)	
Gorduras e óleos (uso com moderação)	
Doces (uso com moderação)	
Carne, frango, peixe, leguminosas, ovos e castanhas (2 – 3 porções)	
Enlatados (uso com moderação)	

Quantas vezes por dia? _____

Tipo de leite que consome: () leite integral () leite desnatado () outro

Especificar: _____

Tem o hábito de tomar café? () sim () não

Caso afirmativo, quantas xícaras por dia? _____

Que tipo de gordura é usada em sua casa para preparar as refeições?

() gordura animal (banha de porco)

() gordura vegetal (óleo de soja, milho ou girassol)

() gordura animal e vegetal

Você tem o hábito de ingerir alimentos preparados com muito sal? ()sim () não

Tem o hábito de levar saleiro à mesa? () sim () não () às vezes

12. HIPERTENSÃO ARTERIAL

É hipertenso? () sim () não () não sabe

Faz tratamento para hipertensão arterial? () sim () não

Caso afirmativo, qual tratamento? () medicamentoso () não medicamentoso

Se medicamentoso, qual medicação? _____

Qual a dose? _____ Qual a frequência? _____

Quem receitou? () médico () toma por conta própria

A medicação lhe causa algum efeito colateral? () sim () não

Caso afirmativo, qual? _____

Toma a medicação com regularidade? () sim () não

Se não, por qual motivo? () indicação médica () econômico

() devido aos efeitos colaterais () esquecimento () outros. _____

Há quanto tempo foi ao médico para avaliar o uso da medicação? _____

Se faz tratamento não medicamentoso, qual o tipo de tratamento que faz?

() dieta () exercícios físicos () outros: _____

IV DADOS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO DE SAÚDE**13. DADOS RELATIVOS A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Utiliza algum tipo de serviço de saúde? () sim () não

Que tipo de assistência médica? () convênio pela empresa

() particular

() SUS

Em que ocasiões?

() Periodicamente para prevenir doenças

() Periodicamente, quando necessita de tratamento médico

() Somente em casos de urgência

() Outras. Especificar: _____

Faz tratamento para algum tipo de enfermidade? () sim () não

Em caso afirmativo, especificar: _____

Faz uso de algum medicamento? () sim () não

Em caso afirmativo, especificar: _____

O uso é regular? () sim () não

Se não, qual o motivo? () indicação médica () efeitos colaterais

() fator econômico () esquecimento () outros: _____

APENDICE B -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando um estudo entre os profissionais da saúde de uma instituição filantrópica que desenvolvem suas atividades junto a mesma, para identificar valores de pressão arterial com vistas a detecção de possíveis hipertensos e sua exposição a fatores de risco para a doença hipertensiva. Assim, gostaria que o (a) sr (sra) fornecesse algumas informações sobre seus hábitos de vida e cuidados com a saúde, além de permitir a verificação de sua pressão arterial. À medida que o (a) sr (sra) for respondendo, eu irei registrando as informações fornecidas. Estas informações serão utilizadas para fins de um estudo e os dados aqui registrados em nenhum momento serão divulgados com suas informações. A participação neste estudo não envolve nenhuma despesa, nem mesmo gratificação.

O (a) sr (sra) tem total liberdade para recusar a participação no estudo e também a de retirar o seu consentimento se considerar necessário, bem como o de solicitar outros esclarecimentos sobre o mesmo a qualquer momento no momento da entrevista ou através do telefone (16) 39462855.

Eu _____

RG nº _____ciente das informações recebidas, concordo em participar do estudo intitulado: “Fatores de risco e Hipertensão Arterial: estudo entre os profissionais de enfermagem de uma Instituição Filantrópica”, que será realizada pela aluna de Pós-Graduação em enfermagem Aline Furtado Carlos de Oliveira sob a responsabilidade da professora Maria Suely Nogueira da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pois estou ciente que em nenhum momento serei exposto a riscos devido a minha participação e que poderei, a qualquer momento, recusar continuar sem nenhum prejuízo para a minha pessoa.

Sei também que os dados da entrevista respondida por mim serão usados somente para fins científicos e com a garantia de que não serei identificado.

Fui informado que não terei nenhum tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação neste estudo, entretanto, serei orientado a procurar serviços médicos específicos caso seja identificado algum fator que possa estar contribuindo para o desenvolvimento da hipertensão arterial ou dificultando o seu controle.

Pelo exposto, concordo voluntariamente em participar do referido estudo.

Assinatura do profissional
responsável de enfermagem

Pesquisador

Aline Furtado C. Oliveira

Coren: 0108612

Tel: (16) 39462855

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0130/2004

Ribeirão Preto, 26 de novembro de 2004

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 68ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de novembro de 2004.

Protocolo: nº 0494/ 2004

Projeto: Detecção de Fatores de Risco para a Hipertensão Arterial entre Profissionais da Saúde de uma Instituição Filantrópica

Pesquisadores: Maria Suely Nogueira (Orientadora)
Aline Furtado Carlos Oliveira (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmª. Srª.

Profª. Drª. Maria Suely Nogueira (Orientadora)
Departamento de Enfermagem Geral E Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP