



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Bruno Ferreira do Serrado Barbosa

**Associação entre as atividades desenvolvidas e os fatores de risco
para doenças cardiovasculares de enfermeiros de um hospital
universitário**

Rio de Janeiro

2015

Bruno Ferreira do Serrado Barbosa

Associação entre as atividades desenvolvidas e os fatores de risco para doenças cardiovasculares de enfermeiros de um hospital universitário

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Denílson Campos de Albuquerque

Rio de Janeiro

2015

Bruno Ferreira do Serrado Barbosa

Associação entre as atividades desenvolvidas e os fatores de risco para doenças cardiovasculares de enfermeiros de um hospital universitário

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 02 de março de 2015.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Denilson Campos de Albuquerque (Orientador)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dr. Raphael Mendonça Guimarães
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Lívia Maria Santiago
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Joanir Pereira Passos
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

À mulher da minha vida, Ludmila, pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns para quem tenta trilhar novos caminhos. Sem ela nenhuma conquista valeria a pena. Amo-a mais que tudo e igual a nada.

Aos meus pais, Antônio (*in memoriam*) e Maria Alice, que dia a dia me mostraram a importância da família, o caminho para o crescimento pessoal e profissional e me ensinaram a amar ao próximo.

Às minhas eternas “velhinhas”: minha avó, Nilza Flávia (Vó Nega), tia Marlene e vó Didinha (*in memoriam*). Pilares de minha vida, juntamente com meus pais.

Ao meu irmão Bernardo. Um eterno amigo e companheiro.

AGRADECIMENTOS

A Deus, e a toda espiritualidade amiga, que a cada dia me ajudam em meu caminhar.

Ao Prof. Denilson Albuquerque, pela oportunidade de realizar este trabalho ao lado de alguém que transpira sabedoria. A ele, meu respeito e admiração pela sua serenidade e meu obrigado por acreditar em mim nas horas mais difíceis.

À minha família, pois não se constrói nada sem alicerces. Não esquecendo, ainda, os sábios Uff e Khalel.

Aos amigos Marcos Tosoli, Florence Tocantins e Raphael Mendonça, pela amizade mostrada nas horas mais difíceis. Obrigado por existirem em minha vida.

Aos meus queridos amigos de vida e trabalho, desde Ramos ao Méier; da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), passando pelo Gaffrée, até a Universidade Castelo Branco e o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ).

Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.

Francisco Cândido Xavier (Chico Xavier)

RESUMO

BARBOSA, Bruno Ferreira do Serrado. **Associação entre as atividades desenvolvidas e os fatores de risco para doenças cardiovasculares de enfermeiros de um hospital universitário.** 2015. 84f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Este estudo transversal de base populacional possui como população de estudo enfermeiros trabalhadores de um hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro. Possui como objetivo primário do estudo estimar a magnitude da associação entre as atividades profissionais dos enfermeiros e os fatores de risco para doenças cardiovasculares, e como objetivos secundários descrever o perfil demográfico e profissional dos enfermeiros do estudo; correlacionar a presença dos fatores de risco para doenças cardiovasculares com o tipo de atividade desenvolvida; e estabelecer a relação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares com o nível de estresse dos enfermeiros. Selecionou-se para o estudo um total de 61 participantes. Os sujeitos foram acessados através de suas chefias imediatas e pela chefia geral de Enfermagem do hospital, que se dispusera a ajudar nesse contato. Listas com os nomes e setores foram disponibilizadas e os contatos assim foram realizados. As variáveis que foram analisadas no estudo são do tipo sociodemográficas, variáveis laborais e variáveis relacionadas aos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Foi utilizado um questionário estruturado para a avaliação de variáveis socioeconômicas; variáveis sobre conhecimento da hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo, etilismo e atividade física; aferições sobre peso, altura e pressão arterial; informações sobre o trabalho. Para a avaliação de estresse no trabalho foi utilizada a Escala Bianchi de Estresse. Após análises estatísticas secundárias, a mensuração do Escore Bianchi de Estresse e Escore de Risco Global para doenças cardiovasculares, foi identificado que as variáveis estatisticamente significativas associadas ao risco cardiovascular foram sexo, idade e o grupo de estresse (baixo e médio). Com a regressão logística foi possível identificar o tamanho da associação. O sexo masculino possui a chance de apresentar risco cardiovascular 5,66 vezes maior que o sexo feminino. A faixa etária entre 40 e 59 anos apresenta um risco cardiovascular 4,37 vezes maior que a faixa etária entre 20 e 39 anos. Os sujeitos com Escore de Bianchi de Estresse (EBS) classificados como Médio apresentam risco cardiovascular 6,63 vezes maior do que quem tem EBS baixo. A associação entre estresse e risco cardiovascular foi de 3,23. Concluiu-se que o existe uma nítida associação entre estresse, avaliado pelo Escore Bianchi de Estresse e aumento do risco cardiovascular global, através da ER Global. Os profissionais que trabalham em setores fechados apresentam um maior risco cardiovascular global. Os enfermeiros conhecem os fatores de risco para doenças cardiovasculares. Paradoxalmente encontramos que os enfermeiros que possuem apenas um emprego apresentam um risco global intermediário. Os profissionais homens, em nosso estudo, apresentam um risco cardiovascular global maior que as mulheres.

Palavras-chave: Fatores de risco. Trabalho. Enfermagem. Doenças cardiovasculares.

ABSTRACT

BARBOSA, Bruno Ferreira do Serrado. **Association between the activities developed and the risk factors for cardiovascular disease nurses in a university hospital**. 2015. 84f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015

This is a descriptive transverse study with a quantitative approach. This cross-sectional population-based study has as study population workers nurses of a university hospital in the State of Rio de Janeiro. It owns as primary objective of this study to estimate the magnitude of association between the professional activities of nurses and the risk factors for cardiovascular disease, and as second purpose to describe the demographic and professional profile of the study nurses; correlate the presence of risk factors for cardiovascular disease with the type of activity developed; and establish the relationship of risk factors for cardiovascular disease with the stress' level of nurses. It was selected for the study a total of 61 participants. The subjects were accessed through their immediate supervisors and the general management of hospital nursing, who was willing to help in this contact. Lists of names and sectors were made available and contacts so were performed. The variables that were analyzed in the study are the socio-demographic type, labor variables and variables related to risk factors for cardiovascular disease. A structured questionnaire for the evaluation of socioeconomic variables was used; variables on knowledge of hypertension, diabetes, dyslipidemia, smoking, alcohol consumption and physical activity; measurements of weight, height and blood pressure; information about the job. For the evaluation of job stress was used Bianchi Stress Scale. After secondary statistical analysis, the measurement of score Bianchi Stress Score and Global Risk for cardiovascular disease, it was identified that the statistically significant variables associated with cardiovascular risk were sex, age and stress group (low and medium). With logistic regression was possible to identify the size of the association. The male has a chance to present cardiovascular risk 5.66 times larger than the female. The age group between 40 and 59 years has a cardiovascular risk 4.37 times bigger than age group between 20 and 39 years. The individuals with Bianchi Stress Score (EBS) classified as Medium have cardiovascular risk 6.63 times higher than those with low EBS. The association between stress and cardiovascular risk was 3.23. It was concluded that there is a clear association between stress, assessed by the Bianchi Stress Score and increased overall cardiovascular risk by ER Global. The professionals working in closed sectors have a higher global cardiovascular risk. Nurses know the risk factors for cardiovascular disease. Paradoxically found that nurses who have only one job present a global risk intermediary. Men professional, in our study, present a global cardiovascular risk greater than women.

Keywords: Factors of risk. Cardiovascular work. Nurse. Diseases.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Atribuição de pontos de acordo com o risco cardiovascular global segundo sexo	46
Tabela 2 –	Risco cardiovascular global em 10 anos segundo sexo	47
Tabela 3 –	Perfil sociodemográfico da amostra de estudo	49
Tabela 4 –	Conhecimento sobre hipertensão, diabetes e fatores de risco cardiovasculares na amostra de estudo	51
Tabela 5 –	Estatísticas de medidas antropométricas e pressóricas da amostra	52
Tabela 6 –	Caracterização das tarefas com relação ao perfil administrativo ou assistencial	54
Tabela 7 –	Caracterização das tarefas com relação ao perfil administrativo ou assistencial	55
Tabela 8 –	Análise da Escala de Bianchi	56
Tabela 9 –	Análise das dimensões e escores da Escala Bianchi	58
Tabela 10 –	Distribuição da amostra de acordo com a classificação de estresse de Bianchi	59
Tabela 11 –	Análise Bivariada Nível de Estresse x Características sociodemográficas	60
Tabela 12 –	Análise Bivariada Nível de Estresse x Conhecimento sobre Fatores de risco para DCV	62
Tabela 13 –	Análise Bivariada Nível de Estresse x Perfil profissional	63
Tabela 14 –	Correlação Medidas Antropométricas e Pressóricas x Escore Médio das Dimensões e Escore Final da Escala de Estresse de Bianchi	64
Tabela 15 –	Análise Bivariada Medidas Antropométricas e Pressóricas x Categorias de Estresse da Escala de Bianchi	66
Tabela 16 –	Análise Bivariada para associação entre variáveis sociodemográficas e escore de risco cardiovascular	67
Tabela 17 –	Análise Bivariada para associação entre variáveis ocupacionais e escore de risco cardiovascular	68

Tabela 18 - Análise por Regressão Logística para associação entre variáveis e escore de risco cardiovascular	69
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente vascular encefálico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DAC	Doença arterial coronariana
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DORT	Doenças Osteoarticulares
EBS	Escala Bianchi de Stress
ER Global	Escore de Risco Global
FENF	Faculdade de Enfermagem
HDL	lipoproteínas de alta densidade
LDL	lipoproteínas de baixa densidade
IMC	Índice de Massa corpórea
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAD	Pressão arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistêmica
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	OBJETIVOS DO ESTUDO	18
1.1	Objetivos primários	18
1.2	Objetivos secundários	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	Contextualização	19
2.2	Os fatores de risco para doenças cardiovasculares	24
2.2.1	<u>Idade</u>	25
2.2.2	<u>Sexo</u>	26
2.2.3	<u>Hereditariedade</u>	26
2.2.4	<u>Tabagismo</u>	27
2.2.5	<u>Etilismo</u>	27
2.2.6	<u>Sedentarismo</u>	28
2.2.7	<u>Estresse e questões psicossociais</u>	28
2.2.8	<u>Hábitos alimentares e obesidade</u>	28
2.2.9	<u>Hipertensão arterial</u>	29
2.2.10	<u>Diabetes mellitus</u>	30
2.2.11	<u>Dislipidemia</u>	30
2.3	O profissional de enfermagem e as doenças cardiovasculares	30
2.4	O trabalho da enfermagem	34
2.4.1	<u>O estresse e as doenças cardiovasculares</u>	35
2.4.2	<u>Relação entre o ambiente de trabalho e os fatores de risco</u>	36
2.5	Escore de risco global cardiovascular	38
3	METODOLOGIA	39
3.1	Tipo de estudo	39
3.2	Local e população de estudo	39
3.3	Critérios de inclusão e exclusão	40
3.4	Definição das variáveis do estudo	40
3.5	Técnica e instrumento de coleta de dados	41
3.6	Fase ética da pesquisa	42

3.7	Organização, tratamento e análise dos dados	43
4	ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
	CONCLUSÃO	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
	APÊNDICE B - Questionário	82
	ANEXO - Parecer Consubstanciado do CEP	84

INTRODUÇÃO

O presente projeto de tese integra a linha de estudos desenvolvidos no Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto e a linha de pesquisa “Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ).

A equipe de enfermagem é responsável por 60% das ações realizadas na área da saúde, por meio da assistência contínua e permanente, que vai desde a implementação do cuidado à população, visando à prevenção de doenças, até o que se define como promoção, manutenção e recuperação da saúde, conforme o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009).

A enfermagem constitui a maior força de trabalho na saúde. Atualmente, já totaliza mais de um milhão e trezentos mil profissionais, os quais possuem atividades laboral, insalubre e penosa. Essa afirmação se confirma pelo fato de que os trabalhadores de enfermagem apresentam diferentes agravos à saúde, oriundos de inúmeros fatores condicionantes, incluindo processos de desgaste biopsíquicos, seja pela própria natureza do trabalho, seja pelas condições em que o mesmo é desenvolvido (COFEN, 2009).

Lamas (2010) corrobora com esse pensamento quando afirma que a enfermagem convive com inúmeros problemas de saúde, tais como os problemas respiratórios e cardiovasculares, os distúrbios osteoarticulares, os transtornos psíquicos e comportamentais, os acidentes com exposição aos fluidos corpóreos, as alergias, as doenças infectocontagiosas e parasitárias. Esses dados impactam diretamente na saúde dos profissionais de enfermagem e ocasionam sofrimento psíquico que, juntamente com a sobrecarga física, contribuem para a ocorrência de doenças laborais, como a Doença Ocupacional Relacionada ao Trabalho (DORT), a qual obriga o profissional a conviver com fortes dores e sofrimento físico.

Segundo Lamas (2010), entender os fatores de risco associados à elaboração de uma dinâmica de hábitos saudáveis, visando à melhoria da qualidade de vida, pode promover benefícios não só para os trabalhadores de enfermagem, como também à clientela e à sociedade, ao passo que podem se configurar como agentes educadores, promovendo a saúde e prevenindo doenças.

O trabalho da enfermagem envolve o convívio com a dor, o sofrimento e a doença. Exige turnos sucessivos: sábados, domingos e feriados e, ainda, expõe os profissionais dessa área a condições de trabalho inadequadas, cobrando-lhes muita responsabilidade e dando-lhes pouca valorização. Essa dinâmica danosa tem levado à insatisfação, ao adoecimento e ao aumento da evasão profissional, resultando em índices alarmantes de absenteísmo. Devido à longa permanência ao lado da dor alheia, a profissão de Enfermagem é classificada pela Health Education Authority como a quarta profissão mais estressante, além de diversos estudos realizados identificarem que quase 100% dos profissionais de enfermagem possuem algum nível de estresse advindo do ambiente de trabalho (LAMAS, 2010).

Podemos destacar que o estresse vivenciado pelos profissionais de enfermagem advém das dificuldades nas relações interpessoais; das atividades rotineiras e repetitivas; do excessivo número de pacientes; do clima de sofrimento resultante da dor e da morte; das baixas condições salariais; das poucas atividades de lazer; do enfrentamento, por vezes, de dificuldades estruturais da saúde e das longas jornadas de trabalho. Esse cotidiano a que são expostos os trabalhadores de enfermagem acarreta inúmeras consequências, tais como os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho. Neste contexto, o absenteísmo causado pela doença tem merecido a atenção devido ao alto índice de ocorrência.

Alguns estudos, como o de Gonçalves et al. (2005), destacam a ocorrência das doenças cardiovasculares, as quais implicam o afastamento dos profissionais de enfermagem. Em um estudo específico entre profissionais de enfermagem de unidades de saúde hospitalar de São Paulo, as doenças cardiovasculares foram descritas como a quarta causa de afastamento/absenteísmo, ressaltando-se que tal situação de ausência é relevante, mas não se dá de forma isolada, vez que as doenças cardiovasculares podem ocasionar aposentadoria precoce e incapacidade laboral definitiva (BESSER; SILVA; OLIVEIRA, 2006).

Salientam-se as doenças cardiovasculares (DCV) como o eixo observacional no corpo de profissionais de enfermagem. Segundo dados do Ministério da Saúde as DCV apresentam-se no panorama nacional como uma das principais causas de morte, totalizando 29,4% dos óbitos. Dentre as doenças sinalizadas, destacam-se a doença arterial coronariana (DAC), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o acidente vascular encefálico (AVE) (SCHMIDT, DUNCAN, STEVENS, 2010).

O adoecimento do profissional é de difícil entendimento, vez que este está inserido no processo de cuidar alheio. O profissional de enfermagem, por diversas vezes, não se atenta às ações do autocuidado. Eles as observam de forma secundária durante sua atividade laboral, sendo necessário assim resgatar práticas incentivadoras do autocuidado (JESUS et al., 2001).

Cuidar de si mostra-se importante, vez que as atividades profissionais podem contribuir para com um dos maiores males aos profissionais que é o estresse. Acredita-se que em 2020 a morbimortalidade por doenças cardiovasculares deverá duplicar. Assim, compreender que o estresse, somado a outros fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, não pode deixar o profissional de enfermagem ter seu tratamento negligenciado, e isso é de extrema importância (LIMA et al., 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

O estresse tem sido visto como decorrente da percepção individual de desajustes entre a capacidade de respostas do indivíduo às demandas do ambiente. Na relação entre o estresse e trabalho, pode-se considerar que os fatores psicossociais referentes ao trabalho constituem-se em relações entre o ambiente de trabalho, sua organização e as características individuais do trabalhador (BIANCHI, 2009; VILLALOBOS, 2004).

Constituindo-se como importante problema de saúde pública, o estresse tem levado, em diversos grupos considerados estressantes, a frequentes estudos sobre a qualidade de vida no meio profissional. Após excessiva mobilização de energia para adaptar-se e enfrentar as solicitações do ambiente de trabalho, o estresse pode ser entendido como uma perturbação que acomete o ser humano (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2012).

Os estressores são percebidos de maneira situacional (frustrações contínuas, complexidade em eventos com muitas pessoas ou aqueles que afetam apenas um ser de forma individualizada (física, fisiológica e psicossocial), podendo esses estressores ser entendidos como qualquer evento, interno ou externo, muitas vezes levando o profissional ao esgotamento extremo (BIANCHI, 2009; SCHIMIDT et al., 2013).

Diante ao exposto, é imperioso que o profissional de enfermagem, para prestar uma assistência eficiente e sem dano ao cliente e a ele mesmo, deva antes de tudo cuidar de si. Olhar para a própria saúde é fundamental para que se reduza o adoecimento do profissional de enfermagem, pois ao passo em que o profissional

cuida de si, ele reduz a possibilidade de adoecimento, notadamente neste estudo, cardiovascular.

Após trazermos inicialmente, de maneira breve, o universo que envolve as doenças cardiovasculares e seu surgimento nos profissionais de enfermagem, faz-se necessário ser delimitado o objeto de estudo e, assim sendo, fá-lo-emos da seguinte forma:

- a) Associação entre atividades desenvolvidas e fatores de risco para doenças cardiovasculares de enfermeiros de um hospital universitário.

Relevância e justificativa

A prevalência e incidência de doenças em profissionais de enfermagem são estudadas continuamente, porém percebe-se que ocorre uma escassez de pesquisas que envolvam as doenças cardiovasculares. Esse baixo volume de estudos na referida área fomentou o interesse em desenvolvê-lo. As doenças osteoarticulares, por serem “bem menos silenciosas e mais nítidas fisicamente”, avolumam-se quando se referem às pesquisas; enquanto as cardiovasculares, independente de seu surgimento, ainda se mostram escassas em estudos.

A crescente busca pela melhoria de qualidade de vida para o profissional de enfermagem impulsionou-me neste desenvolvimento, além da necessidade de analisar os fatores de risco para as doenças cardiovasculares desses profissionais em um Hospital Universitário. Este estudo poderá servir de suporte e incentivo a novas pesquisas que direcionem ao autocuidado, à redução de absenteísmo, à melhoria nas atividades laborais e, por via de consequência, ao incentivo à melhoria na qualidade de vida.

Refletir sobre a saúde do profissional de enfermagem é fundamental para compreender-se a relação entre o trabalho na área da saúde e suas implicações para a qualidade de vida do trabalhador.

O exercício da enfermagem é exaustivo e implica vários riscos para a saúde mental e física dos profissionais, devido principalmente ao contato estreito que

mantêm com portadores de patologias diversas e, muitas vezes, contagiosas. É necessário mudar a forma de enxergar-se a profissão e a si mesmo, começando na Universidade.

Os fatores de risco podem influenciar diretamente o surgimento de doenças cardiovasculares, porém se deve entender e discutir esse contexto no âmbito da prática do profissional de enfermagem, uma vez que o profissional de enfermagem, por várias vezes, negligencia o cuidar de si mesmo, condicionando-se a reparar apenas os sinais e sintomas alheios.

1 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.1 Objetivo primário

Estimar a magnitude da associação entre as atividades profissionais dos enfermeiros e os fatores de risco para doenças cardiovasculares.

1.2 Objetivos secundários

Descrever o perfil demográfico e profissional dos enfermeiros do estudo; correlacionar a presença dos fatores de risco para doenças cardiovasculares com o tipo de atividade desenvolvida e estabelecer a relação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares com o nível de estresse dos enfermeiros.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contextualização

Falar do conceito de saúde, ao longo do tempo, vem-se mostrando de fácil descrição e de difícil entendimento, vez que tal conceito passou a representar uma multiplicidade vasta de fatores determinantes. Um dos conceitos mais usuais, e que fomentou a reflexão e surgimento de outros, foi o descrito na Organização Mundial de Saúde (OMS), onde a “Saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2012).

O conceito adotado pela OMS (2012), independentemente de ser uma realidade ou verdade absoluta, caracteriza um percurso a ser seguido, onde a saúde se apresenta como algo difícil de ser alcançado, haja vista que vivemos em um contexto de mudança e não de estabilidade. A manutenção desse estado saudável não pode ser vista como eterno, tendo em vista seus variados determinantes.

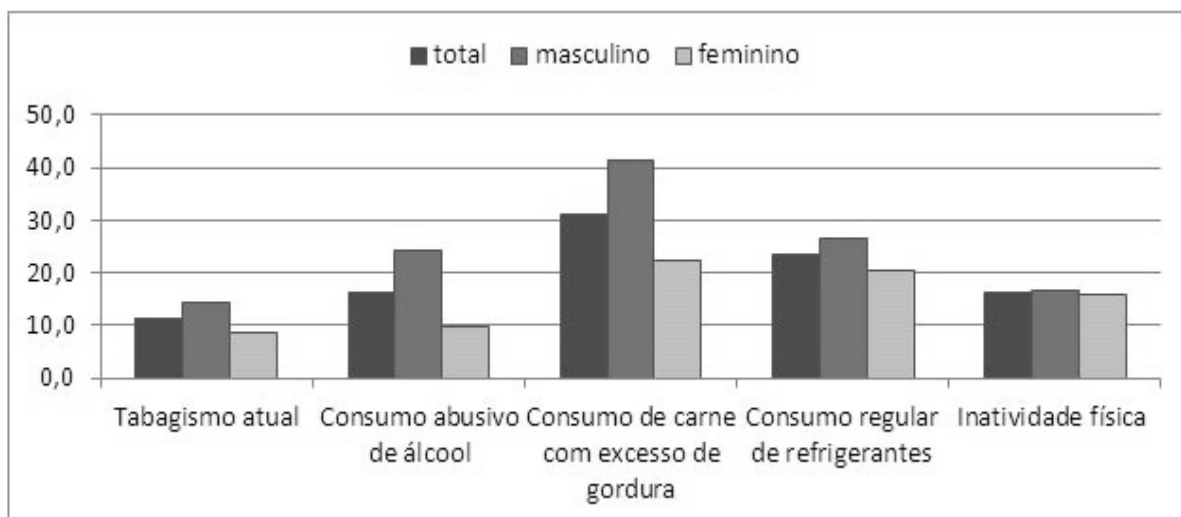
Ao aceitarmos o referido conceito destacado, acataríamos que nenhum ser humano poderá ser saudável e, diante disso, um conceito mais dinâmico tem sido pensado para que se possa lidar com a saúde, não como uma imagem atrelada à doença, mas sim como construção permanente de cada indivíduo e da coletividade, o qual se apresenta na busca pela ampliação do uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade, refletindo sua capacidade de defender a vida.

Um claro exemplo são as doenças cardiovasculares cujos seus determinantes são múltiplos e não devem ser avaliados isoladamente. Nas últimas décadas, as condições de vida e de saúde da população brasileira, por exemplo, vêm-se modificando de forma significativa.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2003), fatores como o envelhecimento da população, o lazer escasso ou até inexistente, a alimentação inadequada, tanto em quantidade como em qualidade, passaram a modificar intimamente o binômio saúde-doença. Essas rápidas transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas vêm-se traduzindo em um aumento perigoso de doenças e agravos não transmissíveis.

Desde a década de 1940, o Brasil passa por um fenômeno de transição epidemiológica, processo que culmina na alteração das curvas de mortalidade, onde se pode observar uma elevação nas taxas de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas e uma diminuição na mortalidade por doenças infecciosas. Pode-se notar, no Gráfico 1, que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de mortalidade na maioria dos países do mundo e no Brasil. Percebe-se a prevalência dos fatores de risco, bem como dados de excesso de peso e obesidade, na população adulta brasileira (BRASIL, 2013).

Gráfico 1 - Prevalência (%) dos fatores de risco na população adulta, de acordo com o sexo



Fonte: BRASIL, 2013.

Hoje, um dos maiores problemas de saúde pública são as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), responsáveis, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), por 58,5% de todas as mortes ocorridas no Mundo e por 45,9% da carga global de doença, constituindo-se em um sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos, quanto nos de média e baixa renda (BRASIL, 2013).

No Brasil, as DCNT constituem-se em um problema de saúde que remete a 72% das causas de mortes, atingindo em grande escala as camadas pobres da população e grupos vulneráveis, sendo que, em 2007, segundo Schmidt et al. (2011), a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil

habitantes. Em 2007, as DCNT tornaram-se a principal causa de mortes, tendo como destaque as doenças cardiovasculares (29,4%) e as neoplasias (15,4%) (BRASIL, 2013).

Quanto aos dados estatísticos relativos às capitais dos estados brasileiros referentes à mortalidade por DCNT, nota-se que esta triplicou entre 1930 e 2006 (MALTA et al., 2006).

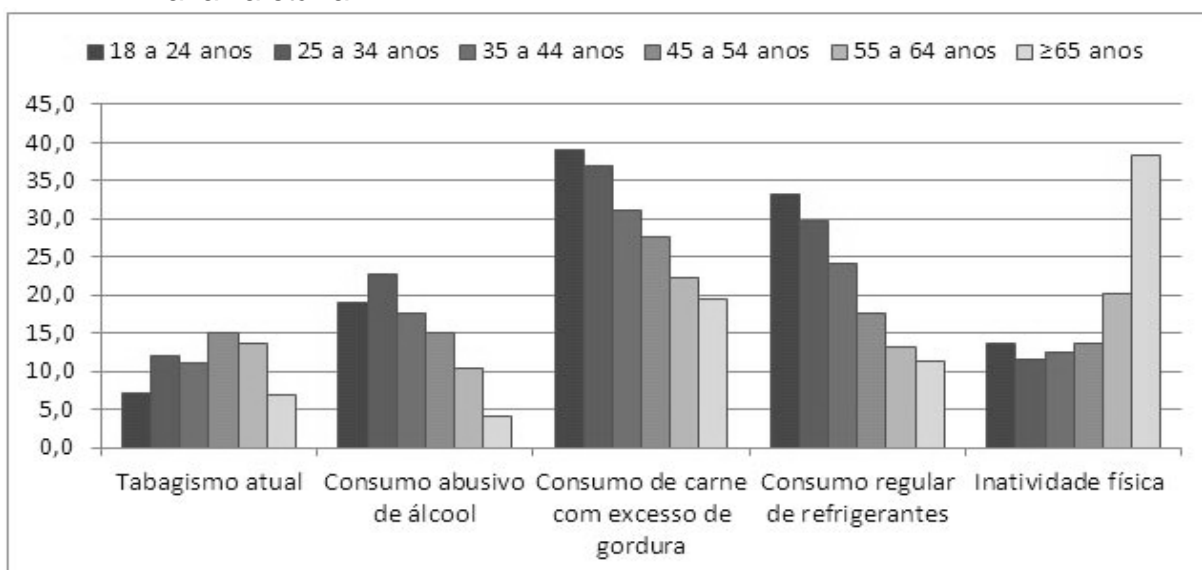
Dentre as DCNT, pode-se destacar as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças musculoesqueléticas. Essas doenças possuem influência multifatorial e possuem, em congruência, fatores comportamentais de risco modificáveis e não modificáveis. Destaca-se, ainda, o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias oriundas do consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, e a inatividade física como comportamentos de risco modificáveis. No Brasil, o monitoramento dos fatores de risco que levam às DCNT é feito através de inquéritos de saúde, como a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel (BRASIL, 2011_b).

O Ministério da Saúde criou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, sendo este um plano que aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, respiratórias crônicas, câncer e diabetes), e seus fatores de risco em comum (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade). Esse plano veio com a premissa de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2011_b).

A prevenção e controle das DCNT, e seus fatores de risco, são imprescindíveis para evitar o crescimento dessas doenças e suas respectivas consequências para a qualidade de vida e para o sistema de saúde no país. As ações que visam reduzir o impacto dessas doenças, por meio do monitoramento da morbimortalidade e seus fatores de risco, análise de acesso e utilização de serviços de saúde, indução e apoio a ações de promoção à saúde, prevenção e controle, avaliação das ações, programas e políticas, tem-se tornado cada vez mais presentes dentre as ações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

No Brasil, a prevalência (%) dos fatores de risco na população adulta, de acordo com a faixa etária, segundo a Vigitel (BRASIL, 2013) no Gráfico 2, tem como destaque a incidência de consumo excessivo de gordura e de refrigerantes na população jovem, além da inatividade física mais presente entre a população idosa.

Gráfico 2 - Prevalência (%) dos fatores de risco na população adulta, de acordo com a faixa etária



Fonte: BRASIL, 2013.

No Brasil (2013), apesar da discreta tendência de declínio nos casos de morte, as disfunções associadas ao sistema cardiovascular constituem uma das principais causas de morbimortalidade, evidenciando que as DCV manifestadas na idade adulta resultam de complexa interação entre uma variedade de fatores de risco que podem ter origem na infância e na adolescência.

Segundo a WHO (2010), no início do século XX, as doenças cardiovasculares eram responsáveis por menos de 10% das mortes em todo o Mundo, sendo este dado, no século XXI, amplamente alterado, já que são responsáveis por quase 50% das mortes nos países desenvolvidos e 25% naqueles em desenvolvimento. Do total das mortes por doenças isquêmicas do coração, 53% ocorrem em homens e 47% ocorrem em mulheres. Alguns países, nos últimos 50 anos, conseguiram reduzir até 70% as taxas de morte por doença cardíaca nos adultos acima de 30 anos.

As doenças cardiovasculares respondem por 16,7 milhões de mortes ao ano, tendo uma projeção para o ano de 2020 de sua permanência como causa principal de mortalidade e surgimento de incapacidade. Algo também evidente é que as regiões ainda em processo de desenvolvimento são mais marcantes no que tange ao ônus das doenças cardiovasculares, em relação às regiões desenvolvidas (AVEZUM; GUIMARÃES; PIEGAS, 2005).

Ramos et al. (2006) destacam dados epidemiológicos sobre as DCV importantes, onde sinalizam que são responsáveis por aproximadamente 45% das mortes, totalizando cerca de 300.000 pessoas por ano (820 óbitos por dia), e 16,2% do total de gastos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A incapacitação temporária dos pacientes internados nas unidades hospitalares, tendo as DCV como causa, pode evidenciá-las como a terceira causa de internação em todos os anos, além de ser a causa mais frequente de aposentadoria precoce, ocupando um lugar relevante entre as enfermidades determinantes de incapacidade laboral definitiva (BESSER; SILVA; OLIVEIRA; 2006).

A doença cardiovascular é vista como uma das principais causas de morbidade e de mortalidade prematura no mundo (WHO, 2010), salientando que a doença cardiovascular é um conjunto de doenças que afetam o aparelho cardiovascular, mais precisamente o coração e os vasos sanguíneos, tendo como destaque a hipertensão arterial, a doença coronariana, a doença vascular cerebral, vasculopatias periféricas, a insuficiência cardíaca, a doença cardíaca reumática, a cardiopatia congênita e as miocardiopatias (WHO, 2010).

Essas doenças constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Devido a isso, o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil apresenta múltiplas ações que visam à promoção da saúde, à prevenção e ao controle dessas doenças (BRASIL, 2011).

A prevenção envolve não somente o surgimento das doenças, mas os seus principais fatores de riscos desencadeantes. Lima e Glaner (2006), em seu estudo sobre os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, destacam a glicemia, trigliceridemia, colesterolemia, obesidade e distribuição da gordura.

Os mesmos autores afirmam que o controle das concentrações séricas de glicose é de extrema importância, sobretudo para os indivíduos obesos ou com

sobrepeso; aos indivíduos que suspeitam do risco de desenvolvimento de diabetes, hipertensão, ou ainda que estejam com alguma alteração lipídica, principalmente pelo fato desta elevação metabólica estar quase sempre envolvida com hábitos alimentares equivocados e a inadequação de outros fatores de risco. Os triglicérides representam 99% da gordura circulante e a elevação de suas concentrações, quase sempre vem acompanhada de uma hipercolesterolemia.

Pensando dessa forma, chances de deposição de gorduras nas paredes dos vasos aumentam, possibilitando a formação de placas de ateroma que podem causar uma série de doenças do aparelho circulatório, tais como hipertensão, trombose, embolias, derrames, anginas, infartos, entre outras.

Em função desses apontamentos, é importante que se realize periodicamente um controle do perfil lipídico e dos riscos que o excesso de gordura pode acarretar ao indivíduo, cabendo também destacar a importância da identificação da topografia desta gordura devido ao fato de a gordura localizada no tronco impor maiores variações metabólicas ao indivíduo do que a gordura acumulada na região inferior do corpo, quadris e coxas, também por se correlacionar melhor com os demais fatores de risco do que o percentual de gordura por si só.

Para a prevenção do desenvolvimento das doenças cardiovasculares, faz-se necessário o monitoramento dos metabólitos sanguíneos como glicose, colesterol, triglicérides e lipoproteínas de alta e baixa densidade, além de um controle dos depósitos de gordura corporal e sua distribuição, principalmente no tronco.

Falar de doenças cardiovasculares, incluindo seus fatores de risco, prevenção primária e secundária, não são questões atípicas devido à sua incidência e magnitude de ocorrência, mas quando destacamos este cenário atrelado à saúde não de uma clientela, mas sim a uma classe de profissionais, em especial do profissional enfermeiro, este contexto se mostra de forma diferenciada.

2.2 Os fatores de risco para doenças cardiovasculares

Ainda hoje, as doenças cardiovasculares são vistas como grandes causadoras de morbimortalidade, porém em populações mais desenvolvidas, haja

vista o incentivo em estudos sobre os fatores de riscos predisponentes, investimentos em tratamento e diagnóstico precoce, nota-se uma redução.

Podemos destacar como determinantes para o aparecimento das doenças cardiovasculares os seguintes fatores de risco: tabagismo, hipertensão arterial, questões socioeconômicas e ocupacionais. A faixa etária economicamente ativa, 30 a 69 anos, possui os níveis mais elevados de mortalidade por doenças circulatórias, sendo visto também como primeira causa de óbito na população adulta (SOUZA; CARVALHO; FERNANDES, 2001).

Podemos dividir os fatores de risco para as doenças cardiovasculares em não modificáveis, como o sexo, a idade e a genética; e modificáveis, adquiridos com o tempo e relacionados aos hábitos de vida, como o tabagismo, o etilismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade, a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus* e as dislipidemias (BRASIL, 2013).

2.2.1 Idade

A idade é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, vez que atua diretamente por intermédio de inúmeras modificações nas paredes arteriais e indiretamente devido ao tempo de exposição a fatores de risco, influenciando no processo patológico.

Franken et al. (2002) argumentam que a incidência de doenças cardiovasculares exacerba-se com o envelhecimento, independentemente do sexo. Gebara et al. (2002) reafirmam o exposto quando cita os níveis hormonais, que estão em declínio com o avançar da idade, mais acentuadamente o estrogênio (efeito protetor cardiovascular). Esse declínio pode explicar essa afirmação da ligação da doença cardiovascular com o envelhecimento.

Esta associação é mais ampla no que diz respeito às doenças cardiovasculares em idosos, quando formulada com a obesidade, o sedentarismo, a hipertensão arterial, o diabetes, dislipidemias e fatores psicossociais, parece ter papel importante (WAJNGARTEN, 2012).

No Brasil, além de representar a principal causa de morte, em todas as regiões, um terço dos óbitos por DCV ocorrem precocemente em adultos de 35 a 64

anos. Esse grupo de causas se configura como a principal fonte de gastos em assistência médica pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

2.2.2 Sexo

Segundo Mackay e George (2004), em relação ao sexo, a incidência de doenças cardiovasculares é bastante superior entre os homens, sendo que, após a menopausa, o risco para doenças cardíacas entre as mulheres se iguala aos homens.

A prevalência de pressão arterial elevada, etilismo e excesso de peso, dentre outros fatores de risco, são mais prevalentes no sexo masculino, desde a juventude (FARIAS JUNIOR et al., 2011).

O sexo masculino, segundo Villela, Gomes e Meléndez (2014), possui maior risco de morte por DCV. Nos Estados Unidos, as taxas de mortalidade por DCV declinaram mais de 58% entre o período de 1972 e 2004, porém em mulheres de 35 a 44 anos há uma tendência contrária, com um acréscimo de aproximadamente 1,3% por ano a partir de 1997.

2.2.3 Hereditariedade

O fator hereditariedade (não modificável) é bastante significativo para o surgimento de doenças cardiovasculares. Filhos de portadores de doenças cardiovasculares são mais suscetíveis, sendo que é significativamente maior nos filhos de pais que, antes dos 60 anos, sofreram um infarto do miocárdio (BRAUNWALD; ZIPES; LIBBY, 2001). Segundo Avezum, Piegas e Pereiro (2005), o histórico familiar de doença cardíaca relaciona-se também a um risco maior de evento cardiovascular aos descendentes.

Pollock e Wilmore (2000) destacam que o compartilhamento de rotinas alimentares, tensões familiares e questões socioeconômicas podem elevar ou

reduzir esse risco para o desenvolvimento de doenças, dentre elas as cardiovasculares.

2.2.4 Tabagismo

O tabagismo apresenta-se como um dos principais fatores de risco de morbimortalidade por doença cardiovascular e, por isso, deveria ser evitado. (MENEZES et al., 2001).

Fichtenberg e Glantz (2000) sinalizam que ao se cessar o tabagismo, por 12 meses, os benefícios já poderão ser sentidos e, caso isso perdure por 3 a 5 anos, a redução do risco colocam os ex-fumantes no mesmo patamar dos indivíduos não tabagistas que nunca fumaram.

Assim, pode-se considerar como sendo uma das maiores causas do desenvolvimento das doenças que mais levam à morte no mundo (WHO, 2010). Cabe ressaltar que a diminuição do consumo de tabaco reduz o risco de problemas cardiovasculares, de sintomas respiratórios e da incidência de câncer, principalmente de pulmão (WHO, 2011).

2.2.5 Etilismo

Discutir a relação do álcool com as doenças cardiovasculares é difícil, vez que o excesso potencializa o risco de doenças cardiovasculares, porém em uso moderado pode proteger devido às mudanças nos níveis de HDL e LDL colesterol no sangue. Sendo assim, o mais difícil é estabelecer metas e limites de ingestão de álcool em quantidade adequada para o bom funcionamento do organismo (BRAUNWALD; ZIPES; LIBBY, 2001).

A associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e as doenças cardiovasculares é uma questão merecedora de especial atenção. A investigação sobre esse consumo estará ligada ao rigor metodológico de cada pesquisa nos diversos estudos sobre o tema (STIPP et al., 2007).

Dados da Vigitel (BRASIL, 2014) sinalizam que a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas é elevada. Destacando-se que 16,4% dos pesquisados realizavam consumo abusivo de álcool no Brasil, sendo duas e meio vezes maior em homens (24,2%) do que em mulheres (9,7%).

2.2.6 Sedentarismo

Praticar atividade física regular melhora o funcionamento dos órgãos e sistemas; e, conseqüentemente, leva a melhora do funcionamento físico, mental, e psicossocial. Franklin et al. (2003) são taxativos ao relacionar negativamente o sedentarismo com doenças cardiovasculares.

A inatividade, tão falada nos meios de comunicação, possui risco elevado, causando em até duas vezes a morte por doenças cardiovasculares, quando comparados a quem pratica alguma atividade física laboral ou por lazer (LOTUFO, 2003).

2.2.7 Estresse e questões psicossociais

Estados de depressão, distúrbios sociais e psiquiátricos e o estresse podem favorecer o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (BRAUNWALD; ZIPES; LIBBY, 2001; LOURES et al., 2002). O estresse psicológico vem sendo observado como fator de risco cardiovascular (LOURES et al., 2002).

2.2.8 Hábitos alimentares e obesidade

O profissional de enfermagem, que tem seu trabalho voltado essencialmente para o cuidado com o outro, vê no seu ambiente de trabalho mais comum, o hospital, um local cheio de riscos que quase sempre os atinge. Podemos destacar

os riscos biológicos, psicológicos, físicos, sociais, químicos, econômicos e mecânicos, sendo que além dos riscos, pode-se perceber uma alteração significativa na questão alimentar. Assim sendo, promover a alimentação saudável e a prática de atividades físicas, bem como acompanhar o estado nutricional e de saúde da população, deve ser prioridade e fazer parte do cotidiano das ações de funcionários da saúde (COLOMBO; DERQUIN, 2008).

Definitivamente o sobrepeso e a obesidade, devido às anormalidades metabólicas observadas (lipídeos, glicose e pressão arterial), principalmente com predomínio de deposição de gordura em região abdominal, aumentam a possibilidade de doença cardiovascular. O índice de massa corpórea e a mensuração da circunferência abdominal, somados à hipertensão arterial, dislipidemia e diabete *mellitus* possibilitam a um alto risco de doenças cardiovasculares (SANTOS et al., 2002).

Pereira, Francischi e Lancha (2003) descrevem a obesidade como uma epidemia mundial, derivada de condições socioeconômicas, englobando fatores genéticos, fatores ambientais, ingestão alimentar inadequada e redução do gasto calórico diário.

2.2.9 Hipertensão arterial

Pode-se dizer que a hipertensão arterial (HA) tem sido identificada como o fator de risco central para a morbidade e mortalidade precoces causadas por doenças cardiovasculares. A ampliação na sua detecção, inicialmente com a sua correta aferição é um dos grandes desafios no que se refere à prevenção e tratamento. Assim, esse simples, mas importante, procedimento pode detectar indivíduos assintomáticos com elevados níveis pressóricos, permitindo o tratamento precoce (CONCEIÇÃO et al., 2006).

A HAS possui maior incidência na população economicamente ativa, possivelmente por influência de estresse ocupacional, exigências, ambiente de trabalho e tempo de serviço (SOUZA; CARVALHO; FERNANDES, 2001).

2.2.10 Diabetes mellitus

Doença definida pela *American Diabetes Association* como uma de curso crônico, onde o organismo não viabiliza a produção ou não utiliza de forma adequada a insulina, que é um hormônio que converte a glicose oriunda da ingestão de alimentos ricos em energia para as células corpóreas. A insulina disponibiliza a principal fonte de energia para o funcionamento das células que é a glicose. Ela transporta a glicose do sangue circulante para o meio celular interno. Quando este mecanismo não se processa, as células passam a receber menos glicose, que se concentra no sangue culminando em hiperglicemia. A hiperglicemia tende a atrapalhar o funcionamento celular podendo alterar funções vitais desencadeando lesões oculares, renais, nervosas e cardiovasculares. Obesidade, doenças pancreáticas, estresse e sedentarismo parecem favorecer o processo da doença. (PEREIRA; FRANCISCHI; LANCHI, 2003).

2.2.11 Dislipidemia

Santos (2001) descreve que quando as concentrações séricas dos lipídeos HDL colesterol (HDL-C), LDL colesterol (LDL-C), colesterol total (CT) e triglicerídeos (TG) se mostram alterados no organismo, culminam no quadro dito de dislipidemia. Ao modificar as características plasmáticas do sangue, esses elementos alterados passam a favorecer o processo de doenças crônicas, dentre elas as doenças cardiovasculares.

2.3 **O profissional de enfermagem e as doenças cardiovasculares**

Bellato, Pasti e Takeda (1997) afirmam que a profissão de enfermagem, atividade considerada antiga assim como o ser humano, é oriunda da necessidade de realizar cuidados com saúde e a doença.

Para Paterson e Zderad (1979), a enfermagem é uma resposta de cuidado a um chamado. Entre as definições de enfermagem, vale destacar a definição formulada por Virginia Henderson (1966), que descreve como o ato de ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução das atividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, de tal maneira, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível.

Ao longo do tempo, a enfermagem sofreu constantes e significativas mudanças conceituais, sendo que o seu envolvimento central, que é o cuidado, este não sofreu mudanças. Ainda hoje se busca, como meta, o cuidado terapêutico e as suas inúmeras dimensões, dentre elas a vida social, afetiva, psicológica e espiritual. Essa busca da enfermagem pelo bem-estar individual e coletivo das pessoas assistidas já era descrita por Leopardi (1999), quando ele descreve que os profissionais de enfermagem executam um trabalho cuja finalidade corresponde ao desejo de manutenção da saúde das pessoas.

As mudanças nas formas de se assistir foram sendo moldadas pelo incentivo e entrelaçamento com outras ciências. Estas mudanças foram sentidas após a segunda guerra mundial de forma clara, quando o tom caritativo e religioso foi deixado de lado em função de um cientificismo e de resultados - era a enfermagem se consolidando como profissão. Essa consolidação se apresenta de forma mais clara quando a enfermagem se apresenta como a maior força de trabalho, em termos quantitativos, na área da saúde. A enfermagem constitui a maior força de trabalho na saúde totalizando um milhão e trezentos mil profissionais (COFEN, 2009).

A enfermagem se divide em três níveis de formação sendo eles enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, sendo apenas o enfermeiro o detentor do nível superior, fato descrito na Lei nº 7.498, de 25 de julho de 1986, que detalha uma descrição hierárquica das funções do enfermeiro:

Compete o enfermeiro, privativamente, a direção e chefias de órgãos de enfermagem ou unidades em instituições públicas ou privadas. Organização e direção de suas atividades técnicas e auxiliares, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem. Ainda, consultoria, auditoria e emissão de pareceres sobre os assuntos pertencentes à categoria, consulta e prescrição de enfermagem, cuidados a clientes graves com risco de morte e de alta complexidade técnica que exijam conhecimento técnico-científico e capacidade decisória imediata (BRASIL, 1986).

Identifica-se o número reduzido de enfermeiros na equipe de enfermagem, haja vista as dificuldades em conseguir delimitar os distintos papéis desempenhados por enfermeiros, técnicos e auxiliares, e o reconhecimento ou falta daqueles entre o público em geral, de quem é realmente o enfermeiro como os componentes que podem se configurar como possíveis ameaças a estabilidade do enfermeiro (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Barboza e Soler (2008) referem que a enfermagem constitui a maior força de trabalho no contexto hospitalar, e que a fragmentação/divisão de tarefas em suas atividades são frequentemente a sua marca. Podemos destacar também a rigidez com que se configura a sua estrutura hierárquica para o desenvolvimento e cumprimento de normas, rotinas e regulamentos, além de um dos grandes problemas da profissão que se refere ao dimensionamento qualitativo e quantitativo inadequado e insuficiente de pessoal. Esse dimensionamento indevido se reflete em um índice elevado de absenteísmo e também por afastamentos, muitas vezes prolongados, por doenças.

Os mesmos autores ainda destacam que os agravos à saúde possuem sua etiologia física e/ou psicológica, que culminam em alterações: alimentares, do sono, de eliminação, fadiga, estado de alerta inadequado, significativa condição de estresse, desorganização familiar e neuroses. Cabe ressaltar que tais alterações podem, muitas vezes, levar a ocorrência de acidentes em seu ambiente de trabalho e licenças médicas para realização de tratamento de saúde.

No ambiente de trabalho, em função de cada nível de demanda psicológica exigido pelo trabalho, podem ser proporcionados distintos graus de controle sobre as atividades desenvolvidas, podendo se distinguir mediante a função, cargo e setores em questão.

A elevada taxa de absenteísmo profissional pode ser atribuída em grande parte a instituição onde se trabalha. Silva e Marziale (2000) afirmam que esta deficiência na organização e supervisão que se estruturam em tarefas repetitivas que derivam em exaustão, desmotivação e desestímulo. Cabe destacar também como motivo para o absenteísmo as condições de ambiente e de trabalho desfavoráveis, relacionamento interpessoal entre os funcionários deficitário ou inexistente, além da organização do trabalho. Devem ser destacados, mediante uma direção incapaz que não se atenta à prevenção, e aos impactos psicológicos.

As diversas especialidades na área da saúde e suas visões não holísticas diversificadas sobre a condição do cliente refletem o trabalho fragmentado e parcelado no interior do hospital. O ser humano é observado de forma parcelada e logo esse olhar influencia na qualidade do trabalho da equipe de enfermagem (BRAGA, 2000).

Quando se depara com a área de saúde ocupacional, centraliza-se no estudo das relações entre saúde-doença-trabalho, como fatores que influenciam no desenvolvimento de prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores: jornadas de trabalho exaustivas e longas; excesso de trabalho em curto prazo de tempo; atividades repetitivas e baixa remuneração em relação à responsabilidade/complexidade das ações desenvolvidas. Barboza e Soler (2008) e Dejours (2000) destacam que em função destas situações o trabalho incorpora faces de sofrimento, exploração, doença e morte.

A tecnologia em constante avanço, inserida no cotidiano do trabalho de enfermagem, pode ser vista também como aditivos na complexidade do trabalho nos setores (SANTOS, P., 2001).

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) vale refletir que toda e qualquer tecnologia ou dispositivo organizacional na área da saúde não se operacionalizam sozinhos, visto que seu êxito é influenciado de maneira significativa pela qualidade do profissional e das relações que os mesmos estabelecem entre si e com os usuários durante o atendimento.

Segundo Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), uma realidade não tão positiva acompanhou a introdução dos avanços tecnológicos no processo produtivo. Ocorreu o aumento da produção e dos lucros, porém esta situação trouxe consigo impactos à saúde física e psíquica do trabalhador, além do surgimento de doenças correlacionadas às mudanças acrescidas no mundo do trabalho.

As pesquisas de caráter técnico, jurídico ou político que fazem a associação do adoecimento do trabalhador ao ambiente de trabalho são valorosas, vez que os trabalhadores da área de saúde não recebem a devida atenção voltada à sua saúde por parte dos órgãos e autoridades brasileiras e de seus empregadores. Como resultado, obtemos a elevação dos riscos, da vulnerabilidade e de estressores nos ambientes de trabalho que favorecem a tensões, estresse e desgaste físico e psíquico (PITTA, 1994).

2.4 O trabalho da enfermagem

Ao longo do processo histórico, a Enfermagem vem se constituindo como ciência e arte na área da saúde com vista a produzir um corpo de conhecimentos próprio que atenda aos interesses, necessidades e peculiaridades da profissão e do contexto social. O cuidado de enfermagem, para dar conta da complexidade e dinamicidade das questões que envolvem o estar saudável e o estar doente de indivíduos e/ou grupos populacionais, precisa abranger, além dos aspectos técnico-científicos, os preceitos éticos, estéticos, filosóficos, humanísticos e culturais (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Entende-se que a enfermagem só vem conseguindo consolidar-se porque tem produzido uma linguagem específica que atribui significado aos elementos constitutivos do seu ser, saber e fazer. Assim, a linguagem produzida por determinado campo do saber possibilita a compreensão acerca das representações do pensamento e do mundo, seja como veículo de comunicação ou como instrumento de ação/interação (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Esta linguagem específica é representada, dentre outros elementos, pelas teorias de enfermagem que têm como objetivo maior definir, caracterizar e explicar/compreender/interpretar, a partir da seleção e inter-relação conceitual, os fenômenos que configuram domínio de interesse da profissão (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Ao analisar a enfermagem desde Florence Nightingale até 1950, observa-se que o cuidado à saúde evoluiu de uma disciplina eminentemente prática para a busca de sistemas de conceitos. Nos Estados Unidos, cresceu a partir da necessidade de confirmar que a enfermagem é uma disciplina científica. No Brasil, isto aconteceu um pouco mais tarde, por volta de 1970, quando Wanda de Aguiar Horta publica o trabalho “Contribuição a uma teoria sobre Enfermagem”, marco que inicia um processo de modernização nas características do ensino e assistência (LEOPARDI, 1999).

As teorias de enfermagem foram elaboradas para explicitarem a complexidade e multiplicidade dos fenômenos presentes no campo da saúde e, também, para servirem como referencial teórico/metodológico/prático aos enfermeiros que se dedicam à construção de conhecimentos, ao desenvolvimento

de investigações e à assistência no âmbito da profissão. Para tanto, estas teorias, de uma maneira geral, se estruturam a partir de quatro conceitos centrais, quais sejam: ser humano, saúde, meio ambiente (físico, social e simbólico) e enfermagem.

Leopardi (1999) afirma que as teorias são tão importantes para a assistência profissional quanto à técnica, a comunicação ou a interação, haja vista que servem de guia para o contexto assistencial.

Isto porque se faz relevante considerar que o conhecimento produzido, a partir desta linguagem específica, precisa levar em conta que o compromisso social da profissão está em aliar o cuidado de enfermagem às vivências e experiências de saúde humana (THOFEHRN; LEOPARDI, 2002).

2.4.1 O estresse e as doenças cardiovasculares

Nascimento et al. 2008) conceituam estresse como uma resposta do organismo a qualquer estímulo seja ele (bom ou ruim, real ou virtual, que promova alteração em seu estado de homeostase). Este conceito elaborado e criticado devido à sua visão biológica em 1936 por Hans Selye permanece inalterado até a atualidade. “Pode-se afirmar que a ausência de estresse ou resposta adaptativa aos estímulos só ocorre se não existir mais vida, ou seja, na morte” (NASCIMENTO et al., 2008, p. 38).

Os estímulos agudos (quando incidem bruscamente) ou crônicos (quando atuam sobre o organismo por um tempo prolongado de forma contínua ou repetitiva) são capazes de quebrar a homeostase. São oriundos do meio-ambiente físico ou psicossocial (NAHAS, 2003).

É possível descrever o estresse como um dos maiores problemas nas sociedades modernas em vista de que em uma situação que gere este estresse, o nosso organismo acaba por distribuir as suas energias com intuito de se antecipar uma injúria iminente. Acredita-se que tal mecanismo de adaptação desenvolvido pelo nosso organismo seja positivo em situação de perigo, porém, ao se alongar o tempo de instalação do problema a ocorrência de dano será inevitável (LOURES et al., 2002).

Segundo Loures et al. (2002), o senso comum associa o estresse agudo e crônico com o desenvolvimento de doenças. Esta associação é reafirmada através de estudos epidemiológicos e experimentais que afirmam categoricamente a influência no curso de muitas doenças como infecções virais, úlceras gástricas, neoplasias e outras. Muitas vezes o sistema cardiovascular sofre com a exacerbação do organismo ao estresse, uma vez que possui participação ativa no processo de adaptação ao estresse.

As dúvidas sobre a relação do estresse e a morbimortalidade por doenças cardiovasculares não são tão recentes, mas a sua comprovação científica sim, mesmo com muitos profissionais entendendo que esta associação não deve ser valorizada. Um exemplo claro descrito por Loures et al. (2002) é a hipertensão arterial sistêmica, onde os testes que envolvem o estresse mental predizem o risco de desenvolver a doença e demonstram maior reatividade em pacientes com a doença já estabelecida. Destaca-se que alguns estudos intervencionistas possibilitem demonstrar esta associação ao passo que se reduzam controladamente os fatores de estresse e o risco de doenças cardiovasculares.

Os altos níveis de tensão são resultantes também das demandas de trabalho associadas ao baixo poder decisório/liberdade de decisão. Esta tensão no trabalho em populações europeias e americanas pode ser observada como um preditor para doenças cardiovasculares e para mortalidade (KRANTZ; MCCENEY, 2002).

2.4.2 Relação entre o ambiente de trabalho e os fatores de risco

A ocorrência ou não de uma doença terá relação de dependência para o seu aparecimento com a susceptibilidade do organismo receptor, logo a relação entre o indivíduo e o ambiente, devido a sua importância, precisa ser considerada. (TOWNSEND, 2002).

Câmara (2006) destaca o ambiente, após recente desenvolvimento do conhecimento científico e uma maior consciência sobre a influência da qualidade do ambiente na morbimortalidade, como um dos fatores mais importantes para o nível de saúde.

Arantes e Vieira (2003) afirmam que o ambiente de trabalho pode apresentar diversos elementos estressores habitualmente associados a sua carreira, às relações profissionais, à estrutura e organização da instituição.

A organização do trabalho na enfermagem se mostra cotidianamente complexa. Além de ser a maior força do setor saúde a exposição, a enfermagem também se mostra a mais exposta a riscos decorrente de sua função laboral. Assim as relações do indivíduo com o trabalho passam a influenciar sua saúde e, mediante ao seu envolvimento com o trabalho, determinam adaptações ao estilo de vida e mecanismos de enfrentamento (ABRANCHES, 2005).

A questão do gênero feminino é sensível na enfermagem em função das jornadas de trabalho excessiva (mais de um vínculo de trabalho), e este panorama se mostra nitidamente na ausência no seio familiar, e conseqüente estresse emocional. Lazer e outros eventos que possibilitariam a redução do estresse são quase inexistentes, ainda mais quando somando ao acúmulo de atribuições profissionais com as da vida pessoal. A dupla jornada é observada como necessária pelos profissionais de enfermagem, devido à impossibilidade de sustentar financeiramente a si e a família. Essa jornada profissional atrelada às alterações sociais culmina em uma rigidez profissional e, conseqüentemente, ao estresse, ao desempenho físico e mental, cardiovasculares e gastrintestinais (COSTA; MORITA; MARTINEZ, 2000).

O profissional de enfermagem precisa se atentar que o modo como uma pessoa vive e a respectiva atividade física desta auxilia na determinação de sua condição de saúde-doença, sendo que o seu ambiente pessoal ou profissional pode aumentar a ocorrência de certas doenças. Este ambiente laboral somado aos fatores de risco entremeados pelos fatores genéticos, etários, fisiológicos e estilo de vida potencializa o surgimento de doenças (POTTER; PERRY, 2004).

É imperioso que entendamos que respostas das pesquisas que destacam a saúde do trabalhador e os estímulos deste ambiente em sua saúde podem fomentar o senso crítico do trabalhador e empregador para processos de mudanças. Estes estudos descrevem as intoxicações, doenças cardiovasculares e o estresse como alguns dos fatores que influenciam nas taxas de morbimortalidades (CÂMARA, 2006).

A tensão e a ansiedade que os profissionais de enfermagem apresentam podem ser relacionadas também a necessidade/obrigatoriedade de lidar com a

complexa tecnologia hospitalar e contato constante com o risco biológico, físico e químico, que os levam a uma condição de vulnerabilidade no que diz respeito ao absenteísmo por doença.

Assim, entender as tensões e a organização do trabalho é primordial para que entendamos os processos de saúde-doença ocasionados pelos estressores existentes no ambiente de trabalho. Esse entendimento possibilita intervir, adotando medidas internas na empresa que reduzam seus riscos.

2.5 Escore de risco global cardiovascular

Entende-se para a avaliação deste risco as variáveis: pressão arterial sistólica, tabagismo, colesterol total, HDL-C, LDL-C, intolerância a glicose, índice de massa corporal e idade. Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2013), bNa sua maioria ou em combinação elas são incorporadas em escores preditivos).

Inicialmente são coletadas informações sobre idade, LDL-C, HDLC, pressão arterial, diabete e tabagismo, e após isso se soma os pontos de cada fator, e assim é estimado o risco cardiovascular.

Segundo Petterle e Polanczyk (2011), a prevenção baseada na definição de risco cardiovascular global significa orientar esforços preventivos não pelos riscos relacionados à elevação de fatores isolados, como a pressão arterial ou o colesterol sérico, mas pelo somatório de riscos decorrentes de múltiplos fatores, estimada pelo risco absoluto global em cada indivíduo.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Os estudos com esta característica mensuram como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras (SZKLO; JAVIER NIETO, 2000).

Os estudos transversais são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo (BASTOS; DUQUIA, 2007).

3.2 Local e população de estudo

Este estudo transversal de base populacional possui como população de estudo enfermeiros trabalhadores de um hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro.

A partir da população ($n=200$), a amostra do estudo foi calculada com base na fórmula

$$n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)] \quad (1)$$

respeitando os parâmetros: frequência hipotética de hipertensos (baseada na estimativa de hipertensos no sudeste brasileiro) de 20%, efeito de desenho=1, erro máximo permitido=20% (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Desta forma, para um nível de confiança de 90%, o tamanho amostral recomendado foi de 60 pessoas. Portanto, selecionou-se para o estudo um total de 61 participantes.

Os sujeitos foram acessados através de suas chefias imediatas e pela chefia geral de Enfermagem do hospital, que se dispusera a ajudar nesse contato. Listas com os nomes e setores foram disponibilizadas e os contatos assim foram realizados.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Definiu-se como critérios de inclusão a necessidade de serem profissionais enfermeiros, que trabalham no Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Das 200 coletas programadas, devido ao difícil acesso foram feitas 101 coletas de dados; porém nenhuma delas com dados de exames laboratoriais dos últimos seis meses para análise da glicemia e do perfil lipídico a contar da data da coleta. Tal fato fez com que novo contato com esses sujeitos fosse realizado. Destes 101 sujeitos, 61 aceitaram enviar os dados contidos em seus exames laboratoriais ou coleta de sangue no momento da pesquisa, e assim obteve-se o número de 61 sujeitos.

Destaca-se que outros 40 sujeitos não possuíam exames, não quiseram enviar seus exames ou não aceitaram realizar essa coleta no próprio hospital, sendo assim foram excluídos como participantes do estudo.

Ao longo da realização estudo encontramos as seguintes limitações: uma amostra pequena, a existência de doença autorreferida, e não houve possibilidade de realizar uma avaliação do ambiente e do processo de trabalho que não fosse o autorreferido, uma vez que o tempo foi reduzido.

A recusa em participar do estudo de forma integral foi algo definidor para o tamanho da amostra.

3.4 Definição das variáveis do estudo

As variáveis que foram analisadas no estudo são do tipo sócio-demográficas (gênero, idade, etnia, naturalidade e formação), variáveis laborais (tipo de atividade,

tempo, quantidade de empregos e estresse) e variáveis relacionadas aos fatores de risco para doenças cardiovasculares (histórico familiar positivo para DAC, hipertensão arterial, obesidade, diabetes, dislipidemias, hábitos alimentares e tabagismo).

3.5 Técnica e instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um questionário estruturado (entrevista) para a avaliação de variáveis socioeconômicas; variáveis sobre conhecimento da hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo, etilismo e atividade física; aferições sobre peso, altura e pressão arterial (sistólica e diastólica); informações sobre o trabalho, incluindo turno de trabalho, setor, número de empregos, avaliação da satisfação com relação as atividade e classificação das mesmas. Para a avaliação de estresse no trabalho foi utilizada a Escala Bianchi de Estresse (EBS) (APÊNDICE B).

A Escala Bianchi de Stress foi utilizada para avaliar o nível de stress do enfermeiro hospitalar no desempenho básico de suas atividades. É autoaplicável, composta por 51 itens, divididos em seis domínios, que recebem uma pontuação com variação de 1 a 7. Os domínios são compostos por atividades envolvendo a assistência e o gerenciamento do cuidado. Com a sua utilização, pode-se verificar o domínio mais estressante para o grupo de enfermeiros ou para cada indivíduo e também avaliar as atividades mais estressantes naquela instituição. É um instrumento que auxilia na tomada de decisão para a implantação de estratégias de enfrentamento do stress do enfermeiro hospitalar.

Podemos destacar a Escala Bianchi de Stress (BIANCHI, 2009) como uma valiosa ferramenta na avaliação do estresse, uma vez que a mesma foi elaborada e validada com intuito de mensurar o nível de stress do enfermeiro no desempenho básico de suas atividades no hospital. Bastante simples e autoaplicável, esta escala é composta por 51 itens, que se dividem em seis domínios (relacionamento com outras unidades e supervisores; funcionamento adequado da unidade; administração de pessoal; assistência de enfermagem prestada ao paciente; coordenação das atividades e condições de trabalho).

Cada um destes domínios recebe uma pontuação com variação de 1 a 7. Os domínios são compostos por atividades envolvendo a assistência e o gerenciamento do cuidado. Com a sua utilização, pode-se verificar o domínio mais estressante para o grupo de enfermeiros ou para cada indivíduo e também avaliar as atividades mais estressantes naquela instituição. É um instrumento que auxilia na tomada de decisão para a implantação de estratégias de enfrentamento do stress do enfermeiro hospitalar (BIANCHI, 2009).

Em função de que as unidades de saúde possuem as suas peculiaridades, os ajustes quanto aos tipos de estressores se fazem necessário. Acredita-se que resultados obtidos podem auxiliar o enfermeiro a obter formas de enfrentamento dos estressores.

A EBS tem como premissa auxiliar na discussão sobre o stress do enfermeiro hospitalar, desmistificando que o stress é fruto somente da pessoa, e colaborando para a análise do trabalho e das atividades inerentes ao desempenho desse profissional. Cada enfermeiro deve ser capaz de reconhecer os estressores e ter a oportunidade de diminuir ou se adaptar às situações, ou até mesmo a sair da situação problemática, com o menor dano à sua pessoa (BIANCHI, 2009).

Os dados foram obtidos através de questionário, que consiste em um conjunto de questões fechadas, objetivas e pertinentes à temática do estudo onde abordamos seus dados pessoais e dados referentes ao Escore de Risco de Global (ER Global). Foi solicitado ao sujeito da pesquisa o resultado de um exame do perfil lipídico nos últimos seis meses.

3.6 Fase ética da pesquisa

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital escolhido para análise e aprovação sob o número 514434 (ANEXO). No desenvolvimento deste estudo atentamos para as considerações da Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos.

Além disso, construiu-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) para a participação do sujeito na pesquisa apresentado em

duas vias impressas, uma para o pesquisador e uma para o sujeito. O TCLE possibilitou que os sujeitos se tornassem cientes de que o anonimato está garantido, bem como a autonomia dos mesmos para retirar seu consentimento sem qualquer tipo de ônus durante qualquer fase da pesquisa.

Com intuito de manter o anonimato de cada sujeito, preconizado pela resolução nº 466/2012 e descrito no TCLE cada depoente recebeu uma numeração que condiz com a ordem de aplicação dos questionários, sendo identificados pela letra “E” e pelo número na ordem da entrega dos questionários. Exemplo: E.1, E.2, E.3, E.4, e assim por diante.

3.7 Organização, tratamento e análise dos dados

As informações referentes às características sociodemográficas e conhecimento sobre fatores de risco foram analisadas e descritas. As variáveis relativas ao peso, altura e pressão arterial foram tratadas como variáveis contínuas, e através delas foram criadas novas variáveis, como o IMC (PI-SUNYER, 2000) e a diferença sistólica-diafólica para a pressão arterial (SBC, 2010), que em seguida foram categorizadas para classificar os sujeitos da seguinte maneira:

<i>IMC</i>	<i>Diferença sistólico-diafólico</i>
IMC < 25 = regular	Dif ≤ 30mmHg= PA convergente
IMC 25,1 – 29,9 = sobrepeso	Dif 31- 59 mmHg= Normal
IMC ≥ 30 = obeso	Dif ≥ 60mmHg = PA divergente

Foram exploradas as possibilidades de análise da Escala Bianchi propostas por Bianch (2009). As possibilidades de análise são estas:

a) Escore total de stress do enfermeiro

O total de pontos assinalados demonstra o nível de stress do enfermeiro, já que é altamente estressante para ele realizar as atividades assinaladas no instrumento, levando-se em conta a avaliação do estressor e a posterior repercussão neuroendócrina

desencadeada. Esse total tem uma variação de 51 (quando o enfermeiro assinalar como pouco desgastante para todas as atividades) a 357 pontos (7 pontos para todas as atividades) (BIANCHI, 2009);

b) Escore médio para cada item (estressor)

O escore médio de cada item pode ser útil para descrever a intensidade dos estressores para um grupo particular de enfermeiros. Somam-se todos os valores assinalados pelo grupo em questão, para cada item e faz-se a subtração do número de 0 assinalados, obtendo-se um total real desse estressor analisado. Para se obter o escore médio para um determinado grupo, divide-se o total real do estressor pelo número de respondentes que assinalaram valores diferentes de 0 naquele item. O valor resultante será a média real para cada estressor (item). Essa média variará de 1,0 a 7,0, com valores traduzidos em decimais. Os escores médios dos 51 itens foram comparados entre eles, obtendo-se o estressor de maior intensidade para o grupo de interesse;

c) Escore para cada domínio

Com a finalidade de comparar os diferentes estressores na atuação do enfermeiro, os 51 itens foram divididos em seis domínios:

A: relacionamento com outras unidades e supervisores (itens 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 50, 51);

B: atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6);

C: atividades relacionadas à administração de pessoal (itens 7, 8, 9, 12, 13, 14);

D: assistência de enfermagem prestada ao paciente (itens 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30);

E: coordenação das atividades da unidade (itens 10, 11, 15, 31, 32, 38, 39, 47);

F: condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro (itens 33, 34, 35, 36, 37, 48, 49).

Com a soma dos escores dos itens componentes de cada domínio e o resultado dividido pelo número de itens, definiu-se o escore médio

de cada domínio. A variação dos escores dos domínios também é de 1,0 a 7,0.

Na análise de escore médio para o enfermeiro, para cada item e para cada domínio, foi considerado o nível de stress com a seguinte pontuação de escore padronizado:

- Igual ou abaixo de 3,0 – baixo nível de stress;
- Entre 3,1 a 5,9 – médio nível de stress;
- Igual ou acima de 6,0 – alto nível de stress;

d) Escore de Risco Global (ER Global) para Doença Cardiovascular

O ER Global deve ser utilizado na avaliação inicial entre os indivíduos que não foram enquadrados nas condições de alto risco, como doença renal, doença arterial obstrutiva crônica e diabetes descompensado. É estratificado de acordo com a V Diretriz Clínica da Sociedade Brasileira de Cardiologia (XAVIER et al., 2013). São considerados de BAIXO RISCO por esta Diretriz aqueles com probabilidade < 5% de apresentarem os principais eventos cardiovasculares (DAC, AVE, doença arterial obstrutiva periférica ou insuficiência cardíaca) em 10 anos.

Os pacientes classificados nessa categoria e que apresentem histórico familiar de doença cardiovascular prematura serão reclassificados para risco intermediário. São considerados de risco INTERMEDIÁRIO homens com risco calculado $\geq 5\%$ e $\leq 20\%$ e mulheres com risco calculado $\geq 5\%$ e $\leq 10\%$ de ocorrência de algum dos eventos citados (recomendação I, evidência A)²³. São considerados de ALTO RISCO aqueles com risco calculado $> 20\%$ para homens e $> 10\%$ para mulheres no período de 10 anos (XAVIER et al., 2013).

A atribuição de pontos na mensuração do risco cardiovascular global por sexo pode ser visto nas Tabelas 1 e 2, para se defina o seu risco absoluto em 10 anos.

Tabela 1 - Atribuição de pontos de acordo com o risco cardiovascular global segundo sexo

Homens							
Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes
-3				<120			
-2		60+					
-1		50-59			<120		
0	30-34	45-49	<160	120-129		Não	Não
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35		140-149	120-129		
3			200-239		130-139	Sim	
4	40-44		240-279	150-159			Sim
5	45-49		280+	160+	140-149		
6					150-159		
7	50-54				160+		
8	55-59						
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75+						
Mulheres							
Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes
-2		60+		<120			
-1		50-59		120-129			
0	30-34	45-49	<160	130-139	<120	Não	Não
1		35-44	160-199	140-149			
2	35-39	<35	200-239	150-159	120-129		
3			240-279	160+	130-139		Sim
4			280+		140-159	Sim	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						
13							
14	70-74						
15	75+						

Tabela 2 - Risco cardiovascular global em 10 anos segundo sexo

Mulheres		Homens	
Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)
≤-2	< 1,0	≤ -3	< 1,0
-1	1	-2	1,1
0	1,2	-1	1,4
1	1,5	0	1,6
2	1,7	1	1,9
3	2	2	2,3
4	2,4	3	2,8
5	2,8	4	3,3
6	3,3	5	3,9
7	3,9	6	4,7
8	4,5	7	5,6
9	5,3	8	6,7
10	6,3	9	7,9
11	7,3	10	9,4
12	8,6	11	11,2
13	10	12	13,2
14	11,7	13	15,6
15	13,7	14	18,4
16	15,9	15	21,6
17	18,5	16	25,3
18	21,6	17	29,4
19	24,8	18	> 30
20	28,5		
21+	≥30		

Risco absoluto final**Risco absoluto em 10 anos**

Baixo risco

Risco intermediário

Alto risco

%

< 5 em homens e mulheres

≥ 5 e ≤ 10 nas mulheres

≥ 5 e ≤ 20 nos homens

> 10 nas mulheres

> 20 nos homens

Fonte: O autor.

Foram realizadas análises bivariadas para associar as variáveis categóricas e contínuas com a escala de estresse. Para as variáveis categóricas, foi utilizado o teste de *qui* quadrado de Pearson e para as variáveis contínuas, foi utilizado o teste

T de *student*, quando a distribuição das variáveis era do tipo normal, e ou o teste de Mann Whitney, quando este pressuposto não era atingido. Foram estabelecidos valores aceitáveis de p de 0,05 para determinar a significância estatística das associações.

Finalmente, para a obtenção de um modelo final para associação entre estresse no trabalho e risco global cardiovascular, utilizou-se a classificação dada pela Escala Bianchi (para estresse) e as covariadas que obtiveram associação significativa na análise bivariada entre covariadas e escore global de risco, e realizada uma regressão logística tendo como variável desfecho o escore global de risco cardiovascular, como variável preditora a classificação de estresse de acordo com Bianchi, e como covaráveis as variáveis que apresentaram significância estatística na análise bivariada.

4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme pode ser observado na Tabela 3, o grupo estudado, composto por 61 Enfermeiros, nota-se que grande parte dos sujeitos do estudo são mulheres, na faixa etária entre 20 e 39 anos, brancas, solteiras, em sua maioria possuíam especialização, tendo como tempo de formadas em sua maioria entre dois e cinco anos. Historicamente, quando falamos de sexo na profissão de enfermagem, observa-se o predomínio de mulheres, uma vez também que o cuidado é socialmente atrelado a imagem da mulher (APERIBENSE; BARREIRA, 2008).

Tabela 3 - Perfil sociodemográfico da amostra de estudo

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	11	17,82
Feminino	50	82,18
Total	61	100,00
Faixa Etária		
20 a 39 anos	44	72,28
40 a 59 anos	17	25,74
Total	61	100,0
Raça		
Branco	34	56,44
Preto/Pardo/Amarelo	27	43,56
Total	61	100,00
Estado Civil		
Casado	19	31,68
Solteiro	37	60,40
Separado/Viúvo	5	7,92
Total	61	100,00
Escolaridade		
Graduação	9	14,85
Especialização/Residência	44	72,28
Mestrado	6	9,90
Doutorado	2	2,97
Total	61	100,00
Tempo de Formado		
Até 1 ano	7	10,89
2 a 5 anos	31	50,50
6 a 9 anos	8	13,86
10 a 15 anos	1	1,98
16 anos e mais	14	23,76
Total	61	100,00

Nota: n= 61.

Fonte: Do autor.

Assim como o apontado por Magalhães et al. (2014) a faixa etária dos profissionais de enfermagem que em seu estudo foi de 30 e 40 anos, este fator não deve visto simplesmente como biológico ou não influenciador, uma vez que ao envelhecer pode contribuir para o aparecimento de fatores de risco não modificáveis e complicações a curto e longo prazo para as DCV.

Participaram 61 sujeitos e o perfil desta amostra esta descrito na Tabela 4.

Tabela 4 - Conhecimento sobre hipertensão, diabetes e fatores de risco cardiovasculares na amostra de estudo

Variável	n	%
Conhece os fatores de risco		
Sim	59	97,03
Não	2	2,97
Total	61	100,00
Histórico Familiar de DCV		
Sim	41	67,33
Não	20	32,67
Total	61	100,00
Hipertensão		
Não	50	81,19
Sim	11	18,81
Total	61	100,00
Tratamento de Hipertensão		
Sim	3	26,32
Não	8	73,68
Total	11	100,00
Diabetes		
Não	55	90,10
Sim	6	9,90
Total	61	100,00
Tratamento de Diabetes		
Sim	2	40,00
Não	4	0,60
Total	6	100,00
Dislipidemia		
Não	44	72,28
Sim	17	27,72
Total	61	100,00
Tratamento para Dislipidemia		
Sim	8	44,83
Não	9	51,72
Total	18	100,00
Tabagismo		
Não	59	96,04
Sim	2	3,96
Total	61	100,00
Tabagismo Passivo		
Não	48	79,21
Sim	13	20,79
Total	61	100,00
Etilismo		
Não	45	73,27
Sim	16	26,73
Total	61	100,00
Prática de Atividade Física Regular		
Sim	27	43,56
Não	34	56,44
Total	61	100,00

Nota: n= 61.

Fonte: O autor.

Em sua maioria, os entrevistados conheciam os fatores de risco para doenças cardiovasculares, possuíam familiares portadores delas, não eram hipertensos, diabéticos, etilistas, tabagistas e não realizam atividades físicas cotidianamente.

São necessárias estratégias que estimulem a mudança de comportamento sobre a atividade física, tendo como proposta de ação o desenvolvimento de projetos de capacitação para os profissionais de saúde, no que se refere à orientação e à prática regular de atividade física, pensando, inclusive, na articulação com educadores físicos (SIQUEIRA et al., 2009).

Quanto à HAS, estratégias de educação em saúde e programas preventivos de acompanhamento para esses profissionais são de suma importância, sem esquecer os riscos relacionados ao ambiente de trabalho, vez que este não se compõe apenas de infraestrutura física e técnica, mas também por sujeitos que a utilizam. O ambiente saudável e esperado são imprescindíveis para a melhoria.

Assim, a realização de exercícios físicos regulares, respeitando as limitações de cada sujeito, possui grande importância como medida associada de promoção da saúde para redução dos fatores de risco como diabetes e tabagismo, conseqüentemente, diminuindo a morbimortalidade por doenças cardiovasculares. (CUSTODIO et al., 2011).

Tabela 5 - Estatísticas de medidas antropométricas e pressóricas da amostra

Variável	Média	Mediana	DP	Valor Mínimo	Valor Máximo
Peso	66,67	62,60	12,35	46,00	111,70
Altura	1,63	1,63	0,07	1,48	1,80
Pressão Sistólica	113,48	120,00	10,15	90,00	140,00
Pressão Diastólica	73,95	80,00	8,96	40,00	90,00
IMC	24,93	24,34	4,17	17,85	44,15
Pressão de Pulso	39,52	40,00	7,41	20,00	70,00
Colesterol Total	195,21	187,00	62,00	144,00	276,00
Colesterol LDL	103,73	98,50	33,15	61,00	185,00
Colesterol HDL	38,16	33,00	10,87	20,00	45,00
Glicose	86,03	86,00	36,98	72,00	132,00

Nota: n= 61.

Fonte: O autor.

Após a mensuração da pressão arterial, identificação do peso e apresentação de seus exames laboratoriais nos últimos seis meses, seguindo as diretrizes da SBC (2013), a maioria das pessoas do estudo não se mostrou hipertensa, apresentaram um IMC dentro da normalidade e sem alterações significativas de perfil lipídico.

Como se vê na Tabela 6, a seguir apresentada, identificou-se que, em sua maioria, trabalham 60 horas por semana. Grande parte delas eram diaristas e possuíam apenas este emprego, onde a coleta foi realizada. A maioria trabalha em enfermarias, algo que representa menor impacto do que os setores fechados, como os de terapia intensiva. Podemos destacar que, se por um lado ocorreu um grande desenvolvimento tecnológico, que auxiliou na estruturação dos setores de terapia intensiva com recursos imprescindíveis para uma assistência ininterrupta ao paciente crítico, por outro lado quem atua nesses setores convive com diversos riscos relacionados às condições e ao ambiente de trabalho, que nem sempre considerados na gênese das desordens físicas e psíquicas (SANTOS; OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

O fato de a maioria dos enfermeiros serem residentes e trabalharem 60 horas por semana representa um entrave para que se tenha mais de um emprego.

O ambiente hospitalar, segundo Elias e Navarro (2006), apresenta algumas peculiaridades como carga horária excessiva, esgotamento físico e emocional, ampliando os riscos para si e para os outros. Para Fonseca e Soares (2006, p.12),

As cargas de trabalho, ou seja, elementos constituintes do processo de trabalho exercem influência no trabalhador enfermeiro, gerando processos de adaptação, que são manifestados em desgaste. Esse desgaste manifesta-se quando as estratégias defensivas não conseguem neutralizar o sofrimento residual, isto é, quando a interação dinâmica das cargas de trabalho no processo biopsíquico humano é caracterizado por transformações negativas. Dessa forma, a organização do trabalho, pode gerar desgaste físico e emocional no trabalhador-enfermeiro.

Tabela 6 - Caracterização das tarefas com relação ao perfil administrativo ou assistencial

Variável	n	%
Carga Horária Semanal		
24	4	6,98
30	24	39,53
60	33	53,49
Total	61	100,00
Turno de Trabalho		
Rotina (diarista)	38	62,38
Plantonista	23	37,62
Total	61	100,00
Setor de Trabalho		
Chefias e Supervisão	5	8,91
Ambulatório	13	20,79
Terapia Intensiva (setor fechado)	15	24,75
Enfermarias (setor aberto)	28	45,54
Total	61	100,00
Outro Emprego		
Não	40	66,33
Sim	21	33,67
Total	61	100,00

Nota: n= 61.

Fonte: O autor.

A Tabela 6 mostra que, em grande parte, a atividade mais desenvolvida pelos pesquisados é assistencial e não administrativa, algo bastante pertinente à atividade do enfermeiro. Corrobora para tal resultado o fato de grande parte dos entrevistados serem residentes e terem suas atividades predominantemente assistenciais.

Bianchi e Guerrer (2008) afirmam que quanto maior as atribuições assistenciais, comparativamente a cargos mais gerenciais/administrativos, maior serão os índices de estresse para os domínios de relacionamento, funcionamento da unidade e administração de pessoal.

Tabela 7 - Caracterização das tarefas com relação ao perfil administrativo ou assistencial

Variável	Média	DP
Atividade Administrativa	39,15	26,54
Atividade Assistencial	61,24	26,70

Fonte: O autor.

Entender que a articulação entre o administrativo/gerencial e o assistencial poderá propiciar ao enfermeiro um maior entendimento e visibilidade sobre a sua atuação, segundo Hausmann e Peduzzi (2009), mostra que a melhoria que ocorre na assistência de enfermagem não é planejada com foco no cuidado ao cliente, e sim como decorrência da revisão de processos e da necessidade de mantê-lo, porque ele é a garantia da sobrevivência das organizações.

Observou-se que os profissionais que desenvolvem atividades administrativas, em seu cotidiano, apresentavam nível baixo de estresse. Em contrapartida, os que desenvolviam atividades predominantemente assistenciais apresentavam nível médio de estresse.

Felli (2012) destaca que o trabalho da enfermagem é realizado predominantemente de pé, com deslocamentos frequentes, com posições inadequadas e com manipulação de pesos excessivos, que representam várias toneladas, implicando a inquestionável presença de cansaço (desgaste) e adoecimento.

Após a coleta de dados, notou-se que grande parte das atividades desenvolvidas pela enfermagem tem um caráter de estresse médio (em torno de 4,00), destacando-se que este nível de estresse aumenta quando a atividade diz respeito a controlar a equipe de enfermagem (4,57); enfrentar a morte do paciente (4,76); atender as emergências na unidade (4,80); relacionar-se com farmácia (4,86) e, principalmente, realizar tarefas com tempo mínimo (5,02) (Tabela 8).

Bianchi e Guerrer (2008) afirmam que é importante a necessidade do enfermeiro se instrumentalizar cada vez mais para que a avaliação de seus estressores, possibilitando a menor ocorrência de estresse para si.

Tabela 8 - Análise da Escala de Bianchi

Variáveis	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
Controle de equipamento	3,64	0,00	7,00
Solicitação de revisão e consertos de equipamento	3,49	0,00	7,00
Levantamento de quantidade de material existente na unidade	3,52	0,00	7,00
Controlar a equipe de enfermagem	4,57	0,00	7,00
Realizar a distribuição de funcionários	4,03	0,00	7,00
Supervisionar as atividades da equipe	4,37	0,00	7,00
Controlar a qualidade do cuidado	4,45	0,00	7,00
Coordenar as atividades da unidade	4,21	0,00	7,00
Realizar o treinamento	3,38	0,00	7,00
Avaliar o desempenho do funcionário	2,95	0,00	7,00
Elaborar escala mensal de funcionários	2,36	0,00	7,00
Elaborar relatório mensal de funcionários	2,10	0,00	7,00
Admitir paciente na unidade	2,71	0,00	7,00
Fazer exame físico do paciente	2,53	0,00	7,00
Prescrever cuidados de enfermagem	2,53	0,00	7,00
Avaliar as condições do paciente	2,92	0,00	7,00
Atender as necessidades do paciente	3,54	0,00	7,00
Atender as necessidades dos familiares	4,70	0,00	7,00
Orientar o paciente para o alto cuidado	3,14	0,00	7,00
Orientar os familiares para cuidar do paciente	3,21	0,00	7,00
Supervisionar o cuidado de enfermagem prestado	3,64	0,00	7,00
Orientar para a alta do paciente	2,80	0,00	7,00
Prestar os cuidados de enfermagem	3,65	0,00	7,00
Atender as emergências na unidade	4,80	0,00	7,00
Atender familiares de pacientes	4,13	0,00	7,00
Enfrentar a morte do paciente	4,76	0,00	7,00
Orientar familiares de paciente crítico	4,46	0,00	7,00
Realizar discussão de caso com funcionários	2,89	0,00	7,00
Realizar discussão de caso com equipe multiprofissional	3,11	0,00	7,00
Participar de reuniões do Departamento de Enfermagem	2,33	0,00	7,00
Participar de comissões na instituição	1,81	0,00	7,00
Participar de eventos científicos	2,21	0,00	7,00
O ambiente físico na unidade	4,30	0,00	7,00
Nível de barulho na unidade	4,08	0,00	7,00
Elaborar rotinas, normas e procedimentos	3,05	0,00	7,00
Atualizar rotinas, normas e procedimentos	2,97	0,00	7,00
Relacionamento com outras unidades	3,27	0,00	7,00
Relacionamento com centro cirúrgico	2,58	0,00	7,00
Relacionamento com centro material	3,56	0,00	7,00
Relacionamento com almoxarifado	3,91	0,00	7,00
Relacionamento com farmácia	4,86	0,00	7,00
Relacionamento com manutenção	4,00	0,00	7,00
Relacionamento com admissão/alta de paciente	2,50	0,00	7,00
Definição das funções do enfermeiro	3,52	0,00	7,00
Realizar atividades burocráticas	4,13	0,00	7,00
Realizar tarefas com tempo mínimo possível	5,02	0,00	7,00
Comunicação com supervisores de enfermagem	3,80	0,00	7,00
Previsão de material a ser usado	3,34	0,00	7,00
Reposição de material	3,36	0,00	7,00
Controle de material usado	3,54	0,00	7,00

Fonte: O autor.

A morte do paciente, bem como controlar a equipe de enfermagem, são eventos estressores ao longo das atividades profissionais desenvolvidas. Segundo Lima et al. (2012), o estresse que surge, relacionado à organização do trabalho, à hierarquia e às relações de poder, interfere na autoestima e na motivação pessoal, influenciando em como se percebe o estresse na vida em geral. Tal situação ocorre em virtude de não haver estratégias eficazes de enfrentamento para o controle do estresse percebido dentro do ambiente de trabalho.

Para que se possa promover a humanização da assistência ao paciente, devemos primeiro melhorar a humanização dos relacionamentos entre os indivíduos que trabalham na instituição (relacionamento na equipe de enfermagem e com outros setores profissionais), onde ações que visem à redução do estresse do profissional de enfermagem e à valorização do seu trabalho, certamente constituem-se como ferramentas necessárias para se atingir uma assistência de qualidade com excelência (LIMA et al., 2012).

Em relação às dimensões expostas na Tabela 9, é possível identificar que a média das dimensões de A a F se apresentou entre 3,24 e 3,56, indicando que os enfermeiros, partes no estudo, apresentam médio nível de estresse. Godoy et al. (2003) afirmam que para a enfermagem o mal do século XX é o estresse, sendo, inclusive, apontada como um dos responsáveis pelo surgimento de doenças crônicas degenerativas e depressão.

Tabela 9 - Análise das dimensões e escores da Escala Bianchi

Variável	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
Dimensão A: Relacionamento com outras unidades e supervisores	31,84	9,00	59,00
Dimensão B: Atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade	20,71	6,00	42,00
Dimensão C: Atividades relacionadas à administração de pessoal	21,34	6,00	42,00
Dimensão D: Assistência de enfermagem prestada ao paciente	52,85	15,00	118,00
Dimensão E: Coordenação das atividades da unidade	25,90	8,00	56,00
Dimensão F: Condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro	23,56	7,00	43,00
Escore Total	176,21	51,00	304,00
Média da Dimensão A	3,54	1,00	6,56
Média da Dimensão B	3,45	1,00	7,00
Média da Dimensão C	3,56	1,00	7,00
Média da Dimensão D	3,52	1,00	7,00
Média da Dimensão E	3,24	1,00	7,00
Média da Dimensão F	3,37	1,00	6,14
Escore Final Médio	3,45	1,00	6,21

Nota: n= 61.

Fonte: O autor.

Quanto a cada domínio da Escala Bianchi de Stress, para Enfermeiros, o domínio D teve maior índice de avaliação, que consiste na análise da assistência de enfermagem prestada ao paciente.

Segundo Felix e Coelho (2010), o trabalho da enfermagem é muito desgastante devido às exigências dos horários rígidos e do trabalho dividido por turnos e não somente pelos cuidados prestados aos pacientes.

Após a classificação de estresse por intermédio da escala de Bianchi chegou-se a conclusão que a maioria dos sujeitos, 64,36%, apresentam um nível de estresse médio.

Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação de estresse de Bianchi

Nível de estresse	n	%
Baixo	21	34,65
Médio	39	64,36
Alto	1	0,99
Total	61	100,00

Fonte: O autor.

Esse nível de estresse médio, observado na Tabela 10, é oriundo de sua atividade profissional, onde esta se desenvolve em turnos com sobrecarga de trabalho, tendo como agravante o fato de trabalhar em local sabidamente insalubre. Em função da forma como a enfermagem adentra no âmbito da produção em saúde e no setor terciário da economia capitalista no Brasil, bem como devido à organização/divisão do trabalho, esses profissionais são obrigados a permanecerem neste ambiente até que cumpram toda a carga horária de trabalho (RIBEIRO, 2008).

Devem ser repensadas as estratégias de enfrentamento do estresse, vez que segundo Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2008, p.34),

A presença de trabalhadores com estresse na equipe pode provocar o desenvolvimento das atividades com ineficiência, comunicação deficitária, desorganização do trabalho, insatisfação, diminuição da produtividade, o que trará consequências ao cuidado prestado à clientela. [...] Acreditamos que a identificação de estressores no trabalho corresponde a um dos grandes agentes de mudança, uma vez que desenvolvidas as possíveis.

Tabela 11 - Análise Bivariada Nível de Estresse x Características sociodemográficas

		Classificação de Estresse			p valor	
Variáveis		Baixo	Médio	Total		
Sexo	Masculino	n	2	5	7	0,085
		%	27,80	66,70	100,00	
	Feminino	n	11	19	30	
		%	36,10	63,90	100,00	
Total		n	21	40	61	
		%	34,70	64,40	100,00	
Raça	Branco	n	14	20	34	0,241
		%	40,40	57,90	100,00	
	Negro	n	7	20	27	
		%	27,30	72,70	100,00	
Total		n	21	40	61	
		%	34,70	64,40	100,00	
Estado Civil	Casado	n	6	13	19	0,278
		%	31,20	65,60	100,00	
	Solteiro	n	12	25	37	
		%	32,80	67,20	100,00	
	Separado/Viúvo	n	3	2	5	
%		62,50	37,50	100,00		
Total		n	21	40	61	
		%	34,70	64,40	100,00	
Escolaridade	Graduação	n	4	5	9	0,762
		%	46,70	53,30	100,00	
	Especialização/ Residência	n	13	31	44	
		%	30,10	68,50	100,00	
	Mestrado	n	2	4	6	
		%	40,00	60,00	100,00	
Doutorado	n	1	1	2		
	%	66,70	33,30	100,00		
Total		n	21	40	61	
		%	34,70	64,40	100,00	
Tempo de Formação	Até 1 ano	n	2	5	7	0,430
		%	36,40	63,60	100,00	
	2 a 5 anos	n	8	22	31	
		%	27,50	72,50	100,00	
	6 a 9 anos	n	2	6	8	
		%	28,60	71,40	100,00	
	10 a 15 anos	n	1	1	1	
%		50,00	50,00	100,00		
16 anos e mais	n	7	6	13		
	%	50,00	45,50	100,00		
Total		n	21	40	61	
		%	34,00	65,00	100,00	
Faixa Etária	20-39 anos	n	12	31	44	0,152
		%	27,40	71,20	100,00	
	40-59 anos	n	8	8	16	
		%	53,80	46,20	100,00	
Total		n	21	40	61	
		%	34,00	65,00	100,00	

Nota: n= 61.

Fonte: O autor.

Destaca-se que os sujeitos de ambos os sexos apresentam nível médio de estresse, sendo identificado o mesmo nível quando nos referimos a brancos, pardos e negros.

Também se percebe que os sujeitos que estão na faixa etária entre 20 e 39 anos, solteiros, fazem especialização/residência também apresentam nível médio de estresse. Não encontramos sujeitos, independente da associação feita, em grupos de alto nível de estresse ou em risco.

Algo bastante relevante foi identificar que sujeitos solteiros e na faixa etária entre 20 e 39 anos estavam com nível médio de estresse, pelo valor inferior a 0,05.

Acreditava-se que fosse ao contrário, devido à baixa idade e ao pouco tempo de atuação na área.

A predominância da mulher na enfermagem é marcante, pois foi atribuído à profissão o estigma de ser feminina. As divisões por sexo estão presentes e são visíveis na enfermagem, mesmo tendo o homem conquistado espaço dentro desta profissão eminentemente feminina, ainda existe resistência à presença de homens em alguns tipos de práticas que são realizadas por estes profissionais. Logo, a maioria feminina ainda perdura (SOUZA et al., 2014).

O estresse ocupacional, no caso dos residentes, pode ser agravado em consequência das pressões no ambiente de trabalho (volume de tarefas e tempo limitado), baixo senso de controle pessoal, isso somado a altos níveis de exigências por inseguranças (possível sofrimento de danos físicos ou psicológicos), o senso de responsabilidade em relação aos outros e por mudanças no meio social como demissões ou transferências (HELMAN, 1994; OLIVEIRA, 2013).

Apresentam nível médio de estresse os sujeitos que demonstraram entender quais são os fatores de risco, conhecem o histórico familiar para as doenças cardiovasculares e fazem atividade física, bem como verificamos também entre os tabagistas passivos (0,343).

Destaca-se que os sujeitos que não eram tabagistas (passivos ou não), diabéticos, etilistas, dislipidêmicos e hipertensos; e que também não possuíam histórico de doença cardiovascular na família apresentaram nível médio de estresse.

Tabela 12 - Análise Bivariada Nível de Estresse x Conhecimento sobre Fatores de risco para DCV

Variáveis			Classificação de Estresse			p valor
			Baixo	Médio	Total	
Conhece fatores de risco	Sim	n	21	38	59	0,425
		%	35,70	63,30	100,00	
	Não	n	0	2	2	
		%	0,00	100,00	100,00	
Total	n	21	40	61		
		%	34,70	64,40	100,00	
Histórico Familiar de DCV	Não	n	14	27	41	0,331
		%	33,80	66,20	100,00	
	Sim	n	7	13	20	
		%	36,40	60,60	100,00	
Total	n	21	39	61		
		%	34,70	64,40	100,00	
Hipertensão	Não	n	21	38	59	0,105
		%	35,70	63,30	100,00	
	Sim	n	0	2	2	
		%	0,00	100,00	100,00	
Total	n	21	39	61		
		%	34,70	64,40	100,00	
Diabetes	Não	n	17	33	50	0,543
		%	34,10	65,90	100,00	
	Sim	n	4	7	11	
		%	36,80	57,90	100,00	
Total	n	21	40	61		
		%	34,70	64,40	100,00	
Dislipidemia	Não	n	16	28	44	0,768
		%	35,60	63,00	100,00	
	Sim	n	5	12	17	
		%	32,10	67,90	100,00	
Total	n	21	40	61		
		%	34,70	64,40	100,00	
Tabagismo	Não	n	21	38	59	0,893
		%	35,10	63,90	100,00	
	Sim	n	1	2	2	
		%	25,00	75,00	100,00	
Total	n	21	40	61		
		%	34,70	64,40	100,00	
Tabagismo Passivo	Não	n	15	33	48	0,343
		%	31,20	67,50	100,00	
	Sim	n	6	7	13	
		%	47,60	52,40	100,00	
Total	n	21	40	61		
		%	34,70	64,40	100,00	
Etilismo	Não	n	16	29	45	0,657
		%	36,50	62,20	100,00	
	Sim	n	5	11	16	
		%	29,60	70,40	100,00	
Total	n	21	40	61		
		%	34,70	64,40	100,00	
Atividade Física	Não	n	9	17	26	0,934
		%	34,80	65,20	100,00	
	Sim	n	12	23	35	
		%	34,50	63,80	100,00	
Total	n	21	39	61		
		%	34,70	64,40	100,00	

Nota: n= 61.

Fonte: O autor.

Algo bastante positivo diz respeito à incidência de profissionais que realizam atividade física regular com acompanhamento de profissional habilitado. Em sua maioria, eles realizam atividades físicas e regulares, mas apresentam nível de estresse médio. Um estilo de vida saudável, somado à realização de atividades físicas, sejam essas realizadas durante o lazer, em atividades domésticas, na locomoção ou até mesmo no ambiente de trabalho, podem ser consideradas como importantes para ampliar os indicadores de saúde e qualidade de vida.

Para profissionais, que não incluem na sua rotina atividade física regular, o nível de estresse é maior do que em seus pares que a praticam. Os que possuem esse hábito demonstram maior energia e disposição para a realização de suas atividades da rotina de trabalho (TAMAYO, 2001). O nível de estresse médio é significativo quando o identificamos como produto de apenas um emprego, jornada semanal de trabalho de até 60 horas semanais no período diurno em enfermarias/setores abertos, diferentemente de unidades de terapia intensiva.

Tabela 13 - Análise Bivariada Nível de Estresse x Perfil profissional

Variáveis		Classificação de Estresse			p valor	
		Baixo	Médio	Total		
Possui outro emprego	Não	n	13	28	41	0,317
		%	32,30	67,70	100,00	
	Sim	n	8	12	20	
		%	39,40	60,60	100,00	
	Total	n	21	40	59	
%		34,70	65,30	100,00		
Carga Horária Semanal	24	n	2	2	4	0,747
		%	50,00	50,00	100,00	
	30	n	6	15	21	
		%	29,40	70,60	100,00	
	60	n	10	18	28	
		%	34,80	63,00	100,00	
	Total	n	18	35	53	
%		33,70	65,10	100,00		
Turno de Trabalho	Rotina (diarista)	n	13	25	38	0,405
		%	33,90	66,10	100,00	
	Plantonista	n	8	15	23	
		%	36,80	60,50	100,00	
	Total	n	21	39	61	
%		35,00	64,00	100,00		
Setor de Trabalho	Chefias e Supervisão	n	2	3	5	0,041
		%	50,00	50,00	100,00	
	Ambulatório	n	7	6	13	
		%	57,10	42,90	100,00	
	Setor Fechado	n	5	9	14	
		%	37,50	58,30	100,00	
	Setor Aberto	n	6	21	27	
%		22,20	77,80	100,00		
Total	n	21	39	60		
	%	35,70	63,30	100,00		

Nota: n= 61.

Fonte: O autor.

Identificamos como atípico o fato da maioria do grupo (65,6%) possuir apenas um emprego (0,317), este ser em escala diurna (0,405) e apresentarem nível médio de estresse, porém Felli (2012, p. 231) destaca o seguinte:

Não é possível mudar a natureza do objeto de trabalho de enfermagem e das instituições de saúde que são tipicamente insalubres, assim como há limitações para instituir novas formas de organização desse trabalho. No entanto é possível controlar a insalubridade, a periculosidade e a penosidade nesse trabalho e, portanto, o desgaste e a exaustão dos trabalhadores, permitindo a recuperação da força de trabalho e o distanciamento da exposição a cargas pela diminuição da jornada de trabalho.

Tabela 14 - Correlação Medidas Antropométricas e Pressóricas x Escore Médio das Dimensões e Escore Final da Escala de Estresse de Bianchi

Variáveis		Escore Médio						Final
		Dimensão A	Dimensão B	Dimensão C	Dimensão D	Dimensão E	Dimensão F	
PAS	R	0,906	0,956	0,596	0,266	0,464	0,316	0,557
	p valor	0,012	0,006	0,053	0,112	0,074	0,101	0,059
PAD	R	0,777	0,862	0,573	0,473	0,852	0,096	0,512
	p valor	0,029	0,017	0,057	0,072	0,019	0,166	0,066
Pressão de Pulso	R	0,674	0,420	0,601	0,857	0,757	0,482	0,643
	p valor	0,042	0,081	0,053	0,018	0,031	0,071	0,047
IMC	R	0,056	0,586	0,776	0,354	0,714	0,510	0,402
	p valor	0,191	0,055	0,029	0,093	0,037	0,066	0,084

Nota: n= 61.

Fonte: O autor.

A correlação foi usada porque as variáveis são contínuas. O “R” é o coeficiente de correlação e quanto mais próximo de 1 melhor, o “p valor” é bom quando inferior a 0,05. Tanto “R” como o “p valor” se dispõem fora das faixas consideradas positivas.

Os sujeitos com alterações de Pressão Arterial Sistólica (PAS) mais significativas (0,006) têm como dimensão de estresse a “B”, que se refere às atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade. Já os sujeitos, no que tange a pressão de pulso (0,018), têm como dimensão de estresse mais

incidente a “D”, que é relacionada à assistência de enfermagem prestada ao paciente. Independentemente das fases, o estresse ao longo do tempo pode causar disfunções sistemáticas, tais como transtornos de hipertensão arterial, podendo ser definido como uma tentativa de reestabelecer a homeostase, através de uma resposta não específica (SARDÁ JUNIOR; LEGAL; JABLONSKI JUNIOR, 2004). Destaca-se também que os sujeitos com alterações mais significativas de IMC (0,029) se encontravam na dimensão de estresse “C”, que diz respeito à gestão de pessoas ou a atividades relacionadas à administração destas.

Podemos destacar que as maiores correlações onde se encontram PAS e as dimensões “A” e “B”, “PAD” e as dimensões “A”, “B” e “E”, pressão de pulso e as dimensões “A”, “D” e “E”; e IMC e as dimensões “C” e “E”. Nota-se, pois, que a maioria dos sujeitos se apresenta dentro dos parâmetros considerados normais, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), logo apresentam um risco global para doença cardiovascular baixo. O mesmo risco se aplica aos sujeitos, que em sua maioria, apresentam PAS e PAD dentro da normalidade. O fato de em sua maioria não serem diabéticos, hipertensos e dislipidêmicos os define com Risco Global baixo para doenças cardiovasculares (SBC, 2013). Por fim, é possível notar que as variáveis IMC (p valor 0,002) e Dislipidemia (p valor 0.003) se associam ao estresse.

Tabela 15 - Análise Bivariada Medidas Antropométricas e Pressóricas x Categorias de Estresse da Escala de Bianchi

Variáveis			Estresse Baixo	Estresse Médio	Total	p valor
IMC	Normal	n	25	12	37	0,002
		%	67,20	32,80	100,00	
	Sobrepeso	n	9	14	23	
		%	37,50	60,00	100,00	
	Total	n	21	39	61	
		%	34,70	64,40	100,00	
PAS	Normal	n	21	39	60	0,894
		%	34,30	64,60	100,00	
	Alterado	n	1	1	1	
		%	50,00	50,00	100,00	
	Total	n	21	40	61	
		%	34,70	64,40	100,00	
PAD	Normal	n	20	38	58	0,795
		%	34,00	64,90	100,00	
	Alterado	n	1	1	2	
		%	50,00	50,00	100,00	
	Total	n	21	39	60	
		%	34,70	64,40	100,00	
Diabético	Não	n	18	36	54	0,148
		%	33,30	66,70	100,00	
	Sim	n	3	3	6	
		%	50,00	50,00	100,00	
	Total	n	21	39	60	
		%	35,00	65,00	100,00	
Dislipidêmico	Não	n	28	16	43	0,003
		%	63,90	36,10	100,00	
	Sim	n	5	12	17	
		%	32,10	67,90	100,00	
	Total	n	33	28	61	
		%	55,00	45,00	100,00	

Nota: n= 61.

Fonte: O autor.

Nota-se que os profissionais que se encontram com sobrepeso apresentam nível de estresse médio (Tabela 15). Segundo Ribeiro et al. (2011), existe a necessidade de que os enfermeiros, que trabalham nessa área, atentem-se para a questão da obesidade e do estresse ocupacional, desenvolvendo forma de manejar o estresse ocupacional e tratar o sobrepeso e obesidade com atividades físicas regulares em combinação com dietas saudáveis.

Há uma diferença estatisticamente significativa para a ocorrência dos grupos de risco de acordo com o sexo (p valor 0,012) e a faixa etária (p valor 0,018), logo sexo e faixa etária associam-se ao risco cardiovascular. Os homens, mesmo sendo em menor número, apresentam um risco global intermediário (p valor 0,012); já as mulheres, o risco global se apresenta como baixo. Quando destacamos a faixa etária predominante (de 20 a 39 anos), percebe-se que ela apresenta um baixo risco global para doenças cardiovasculares (Tabela 16) - (SBC, 2013).

Tabela 16 - Análise Bivariada para associação entre variáveis sociodemográficas e escore de risco cardiovascular

	Baixo Risco Cardiovascular		Risco Intermediário Cardiovascular		Total		p valor*
	N	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	3	8,11	8	33,33	11	18,03	0,012
Feminino	34	91,89	16	66,67	50	81,97	
Total	37	100,00	24	100,00	61	100,00	
Faixa Etária							
20 a 39	31	83,78	13	54,17	44	72,13	0,018
40 a 59	6	16,22	11	45,83	17	27,87	
Total	37	100,00	24	100,00	61	100,00	
Raça							
Branco	21	56,76	13	54,17	34	55,74	0,604
Negro	16	43,24	11	45,83	27	44,26	
Total	37	100,00	24	100,00	61	100,00	
Estado Civil							
Casado	12	32,43	7	29,17	19	31,15	0,978
Solteiro	23	62,16	14	58,33	37	60,66	
Viúvo	2	5,41	3	12,50	5	8,20	
Total	37	100,00	24	100,00	61	100,00	

Nota: n= 61.

Fonte: obtida pelo teste exato de Fisher.

Os profissionais que trabalham com escala de trabalho como Rotina possuem risco global baixo, sendo que o plantonista apresenta um risco global intermediário (Tabela 17). Felli (2012) afirma que o trabalho em turnos / plantões expõe os trabalhadores às cargas fisiológicas, devido às mudanças nos ritmos circadianos, advindas principalmente do trabalho noturno.

Entre os que não possuem outro emprego destacamos como relevante o fato de que em sua maioria apresentam um risco global intermediário para doenças cardiovasculares.

Tabela 17 - Análise Bivariada para associação entre variáveis ocupacionais e escore de risco cardiovascular

	Baixo Risco Cardiovascular		Risco Intermediário Cardiovascular		Total		p valor*
	N	%	n	%	n	%	
Escala							
Rotina	26	70,27	12	50,00	38	62,30	0,223
Plantão	11	29,73	20	83,33	21	34,43	
Total	37	100,00	24	100,00	61	100,00	
Outro Emprego							
Não	22	59,46	18	75,00	40	65,57	0,212
Sim	15	40,54	6	25,00	21	34,43	
Total	37	100,00	24	100,00	61	100,00	
Escore de Bianchi							
Baixo	18	48,65	3	12,50	21	34,43	0,003
Médio	19	51,35	21	87,50	40	65,57	
Total	37	100,00	24	100,00	61	100,00	
Setor							
Chefia/Supervisão	3	8,11	2	8,33	5	8,20	0,393
Ambulatório	8	21,62	5	20,83	13	21,31	
Terapias Intensivas	5	13,51	10	41,67	15	24,59	
Enfermarias	16	43,24	12	50,00	28	45,90	
Total	37	100,00	24	100,00	61	100,00	

Nota: n= 61.

Fonte: obtida pelo teste exato de Fisher.

Os sujeitos que apresentam um escore de Bianchi de Estresse baixo, também apresentam um escore global para doenças cardiovasculares baixos; assim como essa correlação também ocorre entre os escores ditos intermediários para ambos. O estresse e o risco cardiovascular estão associados.

A correlação entre o tipo de setor e o escore também é significativa: quanto mais específico e fechado for o setor, como os setores de terapia intensiva, maior a classificação quanto ao escore de risco global para doenças cardiovasculares. Neste estudo, a predominância é intermediária.

Sobre o tipo de setor, Santos, Oliveira e Moreira (2006) afirmam que é preciso considerar que o ambiente de trabalho representa um importante fator de risco para o estresse.

Como exposto anteriormente, as variáveis estatisticamente significativas associadas ao risco cardiovascular foram sexo, idade e o grupo de estresse (baixo e médio).

Com a regressão foi possível entender qual era o tamanho da associação. O sexo masculino possui a chance de apresentar risco cardiovascular 5,66 maior que o sexo feminino.

Tabela 18 - Análise por Regressão Logística para associação entre variáveis e escore de risco cardiovascular

	OR ^b	IC 95%	p valor	OR ^{a*}	IC 95%	p valor
Sexo						
Masculino	5,66	1,32 - 24,25	0,009			
Feminino	1	-				
Idade						
20 a 39	1	-	0,007			
40 a 59	4,37	1,33 - 14,33				
Bianchi						
Baixo	1	-	0,001	1	-	0,021
Médio	6,63	1,68 - 26,12		3,23	1,24 - 18,47	

Nota: n= 61; * ajustado por sexo e idade.

Fonte: O autor.

A faixa etária entre 40 e 59 anos apresenta um risco cardiovascular 4,37 maior que a faixa etária entre 20 e 39 anos. Os sujeitos com Escore de Bianchi de Estresse (EBS) classificados como médio apresentam risco cardiovascular 6,63 maior do que quem tem EBS baixo. Tendo como variável de interesse o estresse, a regressão logística controla o efeito das outras variáveis. Logo, tirando o efeito da idade e do sexo, a associação entre estresse e risco cardiovascular foi de 3,23.

Vale ressaltar que todas as associações que foram testadas na regressão logística foram estatisticamente significativas.

CONCLUSÃO

Ao analisarmos a associação entre as atividades profissionais e a identificação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares de enfermeiros de um hospital universitário, foi possível notar que o resultado do Escore de Risco Global para doenças cardiovasculares está direta e proporcionalmente relacionado ao resultado do Escore Bianchi de Estresse.

Em relação à associação entre as atividades profissionais dos enfermeiros e os fatores de risco para doenças cardiovasculares, foi possível notar que tal relação existe e se configura como um grande desafio na saúde dos profissionais enfermeiros de nosso estudo. A carga horária semanal elevada, o estresse advindo do cotidiano de suas atividades profissionais e a ausência de tempo restante em seu dia, para a realização de atividades físicas regulares com acompanhamento profissional, devem ser levados em consideração, a fim de que se tenha estratégia para melhorar a qualidade de vida desses profissionais.

O perfil demográfico e profissional dos enfermeiros do estudo é predominantemente de mulheres, embora o grupo de homens apresente um risco maior para doenças cardiovasculares, na faixa etária em maior evidência (de 20 a 39 anos), e apresentam ER global baixo para DCV, possuindo em sua maioria Especialização/Residência, sendo o grupo de enfermeiros, que trabalham como diaristas (Rotina), o que apresenta um risco global baixo em relação àqueles que trabalham como plantonistas.

Curiosamente, os enfermeiros que possuem dois empregos, em sua maioria, possuem baixo risco para doenças cardiovasculares. No entanto, o risco intermediário para DCV é predominante para aqueles que possuem apenas um emprego. Os enfermeiros que trabalham em unidades fechadas possuem risco intermediário para DCV. Grande parte dos enfermeiros possui nível médio de estresse, na EBS, e eles possuem também ER Global para doenças cardiovasculares, intermediário.

É preciso que a condição humana do profissional seja assistida, já que este possui suas limitações. A situação de sua prática profissional deve ser observada, uma vez que isso pode levar ao desgaste e ao adoecimento. Quando os participantes do estudo são os enfermeiros, a atenção deve ser maior, pois excedem

seus limites e, assim, condicionam-se a desenvolver o estresse e, como consequência, tendem a provocar o absenteísmo.

O com surgimento do estresse associado a outros fatores de risco para doenças cardiovasculares podem potencializar esse adoecimento e afastamento, dado que os riscos para as doenças cardiovasculares são múltiplos e, por vezes, a atuação preventiva deles é necessária para que se possa investir e reduzi-los.

Acreditamos que estudos sobre o adoecimento do profissional de enfermagem devam ser intensificados, vez que esse profissional frequentemente atua na atenção do adoecimento do paciente, negligenciando, por vezes, seus próprios sinais e sintomas.

Entender que o adoecimento do profissional de enfermagem é multifatorial é condição *sine qua non* para o sucesso na prevenção de doenças e promoção da saúde.

Da análise dos nossos dados, podemos concluir que:

- a) Existe uma nítida associação entre estresse, avaliado pelo Escore Bianchi de Estresse e aumento do risco cardiovascular global, através da ER Global;
- b) Os profissionais que trabalham em setores fechados apresentam um maior risco cardiovascular global;
- c) Os enfermeiros conhecem os fatores de risco para doenças cardiovasculares;
- d) Os enfermeiros com escala de trabalho como Rotina possui risco global baixo, sendo que o plantonista apresenta um risco global intermediário;
- e) Paradoxalmente, encontramos que os enfermeiros que possuem apenas um emprego apresentam um risco global intermediário;
- f) Os profissionais homens, em nosso estudo, apresentam um risco cardiovascular global maior que as mulheres.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, M. A. A. C.; VIEIRA, M. J. F. **Estresse**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- ABRANCHES, S. S. **Situação ergonômica do trabalho da enfermagem em unidade básica de saúde**. 2005. 216f. Tese (doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- APERIBENSE, P. G. G. S.; BARREIRA, I. A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 3, p. 474-482, 2008.
- AVEZUM, A.; GUIMARÃES, H. P.; PIEGAS, L. S. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo e no Brasil. In: NOBRE, F.; SERRANO JUNIOR, C. V. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. São Paulo: Manole, 2005.
- AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S.; PEREIRA, J. C. R. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 84, n. 3, p. 206-213, mar, 2005.
- BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 2, n. 11, p. 177-183, mar./abr. 2008.
- BASTOS J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Sci. Med.**, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007.
- BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 5, n. 1. p. 75-81, jan. 1997.
- BESSER, H. W.; SILVA, N. A. S.; OLIVEIRA, G. M. M. A epidemiologia clínica das doenças cardiovasculares incapacitantes do ponto de vista laborativo. **Rev. SOCERJ**, v. 19, n. 4, p. 318-325, jul./ago. 2006.
- BIANCHI, E. R. F. Escala Bianchi de Stress (EBS). **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. esp., dez. 2009.
- BIANCHI, E. R. F.; GUERRER, F. J. L. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 42, n. 2, jun. 2008.
- BRASIL. **Lei nº 7498** de 20 de junho de 1986. Lei do Exercício profissional da Enfermagem no Brasil. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/l9394.htm>. Acesso em: 22 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2014.

_____. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, 2000.

BRAGA, D. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas – um olhar da saúde do trabalhador**. 2000. 75f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P. **Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine**. 6. ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 2001.

CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 1, p. 51-62, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

CÂMARA, V. M. Epidemiologia e ambiente. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**, Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

CONCEIÇÃO, T. V. et al. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em senhores da Universidade de Brasília. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 86, n. 1, p. 26-36, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **População de profissionais de enfermagem cadastrados**. Rio de Janeiro, 2009.

COSTA, E. S.; MORITA, I.; MARTINEZ, M. A. R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 553-555, abr./jun. 2000.

CUSTODIO, I. L. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de Hipertensão Arterial. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 1, p. 18-24, 2011

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 4, 2006.

FARIAS JUNIOR, J. C. et al. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes: prevalência e associação com fatores sociodemográficos. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 14, n. 1, mar. 2011.

FELIX, A. S.; COELHO, P. **Stress na prática de enfermagem**: o efeito na qualidade dos cuidados (Percepção dos Enfermeiros). 2010. 122f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010.

FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enferm. Foco**, v. 3, n. 4, p.178-181, 2012.

FICHTENBERG, C. M.; GLANTZ, S. A. Association of the California Tobacco Control Program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. **N. Engl. J. Med.**, v. 24, n. 343, p. 1772-1777, 2000.

FONSECA, A. M.; SOARES, E. Desgaste emocional: depoimentos de enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar. **RENE**, v. 7, n. 1, p. 91-97, 2006.

FRANKEN, R. A. et al. Extrato da I diretriz do grupo de estudos em cardiogeriatría da sociedade brasileira de cardiologia: hipertensão arterial sistêmica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 79, supl. I, p. 1-46, 2002.

FRANKLIN, B. A. et al. **Diretrizes do ACMS para os testes de esforço e sua prescrição**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Rev. Bras. Enferm.**, v.57, n. 2, p. 228-232, mar./abr. 2004.

GEBARA, O. C. E. et al. Efeitos cardiovasculares da testosterona. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 79, n. 6, p. 644-649, 2002.

GONÇALVES, J. R. S. et al. Causas de afastamento entre trabalhadores de enfermagem de um hospital público do interior de São Paulo. **Rev. Mineira Enferm.**, v. 9, n. 4, p. 309-314, out./dez. 2005.

GRIEP, R. H. et al. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, fev. 2011.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto contexto enferm.**, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 247-262.

HENDERSON, V. **The nature of nursing**. New York: Mcmillan,1966.

JESUS, D. S. S. et al. Cuidar do outro e de si mesmo: A compreensão de uma equipe de enfermagem. **Rev. Mineira Enferm.**, v. 5, n. 1/2, p. 20-26, jan./dez. 2001.

KRANTZ, D. S.; McCENEY, M. K. Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. **Ann. Rev. Psychol.**, n. 53, p. 341-369, 2002.

LAMAS, A. R. **Fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana prevalentes nos trabalhadores de enfermagem**. 2010. 74f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: Instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LIMA, G. F. et al. Caracterización del estrés de enfermeros que trabajan en hospital especializado en cardiología. **Enferm. glob.**, v. 11, n. 28, p. 90-104, 2012.

LIMA, W. A.; GLANER, M. F. Risco relacionados às doenças cardiovasculares. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.** n. 8, v. 1, p. 96-104, 2006.

LOTUFO, P. A. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Rev. Panam. Salud. Pública**, v. 14, n. 4, p. 246-254, 2003.

LOURES, D. L. et al. Estresse mental e sistema cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 78, n. 5, maio 2002.

MACKAY, J.; GEORGE, A. M. **The atlas of heart disease and stroke**. Geneva: World Health Organization, 2004. 115 p.

MAGALHÃES, F. J. et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 3, p. 394-400, maio/jun. 2014.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. L.; GRIEP, R. H. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jan/mar. 2009.

MALTA, D. C. et al. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, p. 47-64, 2006.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto enferm.**, v. 20, n. 2, p. 225-233, 2012.

MENEZES, A. et al. Evolução temporal do tabagismo em estudantes de medicina, 1986, 1991, 1996. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p.165-169, 2001.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n. 2, p. 255-614, mar./abr. 2005.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003. 278 p.

NASCIMENTO, M. C. et al. Estresse laboral e gênero enquanto fatores associados ao risco de doenças cardiovasculares. **Salusvita**, v. 27, n. 3, p. 383-397, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World population prospects: the 2010 revision**. Disponível em: <<http://www.esa.un.org/unpd/wpp>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

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**, v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006.

PATERSON, J. G.; ZDERAD L. **Humanistic nursing**. 2. ed. New York: National League for Nursing, 1979.

PEREIRA, L. O.; FRANCISCHI, R. P.; LANCHETA J. R. A. H. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 47, p. 111-127, 2003.

PETTERLE, W. C., POLANCZYK, C. A. Avaliação crítica dos escores de risco. **Rev. Soc. Cardiol. Estado do Rio Grande do Sul**, ano XIX, n. 23, set./dez. 2011.

PI-SUNYER, F. X. Obesity: criteria and classification. **Proc. Nutr. Soc.**, n. 59, p. 505-509, 2000.

PITTTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

POLLOCK, M.; WILMORE, J. **Exercícios na saúde e na doença**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem clínica e prática hospitalar**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. cap. 3, p. 51-65.

RAMOS, M. M. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em profissionais de saúde no ambiente de trabalho. **Rev. SOCERJ**, v. 19, n. 4, p. 308-312, jul/ago. 2006.

RIBEIRO, M. C. R. **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Martinari, 2008.

RIBEIRO, R. P. et al. Obesidade e estresse entre trabalhadores de diversos setores de produção: uma revisão integrativa. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 577-581, 2011

SANTOS, J. M.; OLIVEIRA, E. B.; MOREIRA, A. C. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. **Rev. Enferm UERJ**, n. 14, v. 4, p. 580-585, out./dez. 2006.

SANTOS, P. R. **Estudo do processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica**: cargas de trabalho e fatores de risco à saúde do trabalhador. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

SANTOS, R. D. III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de prevenção da aterosclerose do departamento de aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 77, supl. III, p. 1-48, 2001.

SANTOS, R. D. et al. Diretrizes para cardiologistas sobre excesso de peso e doença cardiovascular dos Departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 78, supl. I, p. 1-14, 2002.

SARDÁ JUNIOR, J. J.; LEGAL, E. J.; JABLONSKI JUNIOR, S. J. **Estresse**: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SCHMIDT, D. R. C. et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.**, v. 66, n.1, p. 13-17, 2013.

_____. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009**: uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília, DF, 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, p. 377, 2011.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 8, n. 54, p. 44-51, 2000.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, set. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz brasileira de Dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 101, n. 4, supl. 1, out. 2013.

SOUZA, L. L. et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciênc. Cogn.**, v. 19, n. 2, p. 218-232, 2014.

SOUZA, N. S. S.; CARVALHO, F. M.; FERNANDES, R. C. P. Hipertensão arterial entre trabalhadores de petróleo expostos a ruído. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1481-8, 2001.

STACCIARINI, J. M. R.; TROCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 2. p. 17-25, 2001.

STIPP, M. D. C. et al. Doenças cardiovasculares e a enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 581-585, dez. 2007.

SZKLO, M.; JAVIER NIETO, F. Basic study designs in analytical epidemiology. In: _____. **Epidemiology**: beyond the basics. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc, p. 3-51, 2000.

TAMAYO, A. Prioridades axiológicas, atividade física e estresse ocupacional. **Rev. Adm. Contemp.**, v. 5, n. 3, p. 127-147, 2001

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Teorias de enfermagem, trabalho e conhecimento contemporâneo. **Texto Contexto Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 86-104, jan./abr. 2002.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica**: conceitos de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VILLALOBOS, J. O. Estrés y trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. Medspain. **Rev. Med. Salud**, 2004.

VILLELA, L. M.; GOMES, F. E.; MELÉNDEZ, J. G. V. Tendência da mortalidade por doenças cardiovasculares, isquêmicas do coração e cerebrovasculares. **J. Nurs. UFPE**, v. 8, n. 7, p. 3134-3141, set. 2014.

WAJNGARTEN, M. **Doença coronária no idoso**. São Paulo: Science Press Brasil, 2012.

WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005. cap. 32, p. 909-945.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and prevention of chronic diseases**. Report FAO/WHO Expert Consultation. WHO Technical Report Series 916. Genebra, 2003.

_____. **Strategic priorities of the WHO Cardiovascular Disease programme**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/-priorities/en>. Acesso em: 23 jan. 2012.

_____. **Summary surveillance of risk factors for noncommunicable diseases: the WHO, 2001 STEP wise approach**. Geneva, 2011.

XAVIER, H. T. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 100, supl. 3, p. 1-40, 2013.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Nome do Pesquisador: Bruno Ferreira do Serrado Barbosa Tel: (21)991380406 Instituição: Universidade Estadual do Rio de Janeiro / Fac. Enfermagem UERJ

<p>ASSOCIAÇÃO ENTRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E OS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV) DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</p> <p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</p>

Nome do Participante: _____

Introdução: O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa científica realizada na pós-graduação em Enfermagem, nível doutorado da FACENF/UERJ. Gostaríamos de esclarecer que a sua participação é inteiramente voluntária, isto é, você pode optar por não participar ou se retirar a qualquer momento do estudo. Embora não haja garantia de qualquer benefício pessoal, a sua participação na pesquisa certamente ajudará para o avanço do conhecimento, que poderá ajudar muitos outros indivíduos no futuro.

Justificativa: Refletir sobre a saúde do profissional de enfermagem, principalmente cardiovascular é fundamental para compreender as relações entre o trabalho na área da saúde e suas implicações para a qualidade de vida do trabalhador. Algo a ser percebido seria a eminente necessidade de redução da jornada de trabalho da enfermagem; algo que contribuiria para melhorar a atual situação de adoecimento no trabalho, diminuindo o absenteísmo por doença.

Objetivos do estudo: objetivo primário do estudo estimar a magnitude da associação entre as atividades profissionais dos enfermeiros e os fatores de risco para doenças cardiovasculares, e como objetivos secundários descrever o perfil demográfico e profissional dos enfermeiros do estudo; correlacionar a presença dos fatores de risco para doenças cardiovasculares com o tipo de atividade desenvolvida; e estabelecer a relação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares com o nível de estresse dos enfermeiros.

Benefícios e desconfortos: A sua participação no estudo auxiliará a refletirmos sobre a saúde do profissional de enfermagem, algo fundamental para compreender as relações entre o trabalho na área da saúde e suas implicações para a qualidade de vida do trabalhador. O presente estudo não trará desconfortos ou malefícios ao(a) senhor(a) em qualquer momento de sua execução.

Procedimentos da pesquisa: o sr./sr^a. responderá um questionário, que consiste em um conjunto de questões fechadas, objetivas e pertinentes a temática do estudo onde abordamos seus dados pessoais, dados referentes ao Escore de Risco Global (ER Global). Além das questões inseridas no questionário serão utilizados valores que subsidiarão na obtenção de dados para a mensuração do estresse através da Escala Bianchi de Stress (EBS). Além disso solicitamos o resultado de 1 (um) exame do perfil lipídico nos últimos seis meses, uma vez que são exames de rotina realizados na revisão de saúde anual do funcionário.

Participação voluntária: Sua participação na pesquisa é inteiramente voluntária. A qualquer tempo o (a) sr./sr^a. poderá solicitar esclarecimentos sobre a mesma, incluindo perguntas relacionadas a importância da pesquisa, ao métodos e outros questionamentos pertinentes. O (a) sr./sr^a. terá total direito de recusar a participar e de retirar o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em qualquer momento da pesquisa sem nenhum problema.

Confidencialidade dos dados: O(a) sr./sr^a. tem a garantia dos pesquisadores envolvidos nesta pesquisa que todos os dados pessoais são confidenciais e serão mantidos em sigilo. O seu consentimento somente permite o uso dos dados coletados para pesquisa científica e fins educativos. Todos os dados relativos a sua participação serão mantidos em local reservado e seguro, sendo possível que seu uso seja estendido a publicação em revistas científicas ou inseridos em materiais educacionais.

Perguntas: Qualquer esclarecimento que o(a) sr./sr^a. desejar poderá ser feito a qualquer momento ao pesquisador principal Bruno Ferreira do Serrado Barbosa, Enfermeiro, Doutorando da Faculdade de Enfermagem da UERJ, brunoenfe@gmail.com, tel (21)991380406. As dúvidas desta pesquisa podem ser sanadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, localizado na Av. Boulevard 28 de Setembro, n.77, Vila Isabel ,CEP.20551-030, tel. (21) 25876353

Consentimento para participação neste estudo

Acredito ter sido informado (a) a respeito do estudo em questão, estando as etapas da pesquisa claras para mim. Concordo voluntariamente em participar deste estudo. Recebi uma cópia assinada deste TCLE e estou ciente que a minha assinatura neste TCLE não significa que estou renunciando meus direitos legais, de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Nome por extenso do sujeito da
pesquisa

Assinatura do sujeito da
pesquisa



Rio, __ de _____ 2014.

Nome por extenso da pessoa que
obteve o consentimento

Assinatura da pessoa que
obteve o consentimento

Rio, __ de _____ 2014.

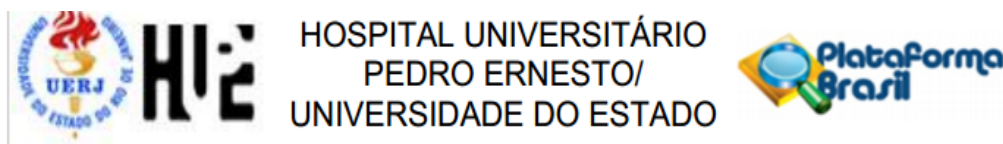
APÊNDICE B - Questionário

		UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CENTRO BIOMÉDICO FACULDADE DE ENFERMAGEM				
ASSOCIAÇÃO ENTRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E OS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV) DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO						
QUESTIONÁRIO						
Questionário nº: E _____ Data de entrega: ____/____/____ Data de devolução: ____/____/____						
Caracterização do sujeito						
Nasc: / /		Sexo: <input type="checkbox"/> fem <input type="checkbox"/> mas		Etnia: Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> outro: _____		
Estado Civil		Solteiro(a) <input type="checkbox"/>		Casado(a) <input type="checkbox"/>		Separado(a) <input type="checkbox"/>
		Divorciado(a) <input type="checkbox"/>		Viúvo(a) <input type="checkbox"/>		
Escolaridade		Graduação <input type="checkbox"/>		Residência <input type="checkbox"/>		Especialização <input type="checkbox"/>
		Mestrado <input type="checkbox"/>		Doutorado <input type="checkbox"/>		
Tempo de formação:		< 1 ano <input type="checkbox"/>		2 a 5 anos <input type="checkbox"/>		6 a 10 anos <input type="checkbox"/>
		1 a 15 anos <input type="checkbox"/>		Mais de 16 anos <input type="checkbox"/>		
Fatores de Risco						
Você sabe quais são os fatores de Risco para as DCV ?				<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
História Familiar de Doença Cardiovascular: (Homens <55 anos e Mulheres < 65 anos): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não						
Hipertensão Arterial: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Faz tratamento: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			Não sabe <input type="checkbox"/>	
Diabetes: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Faz tratamento: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			Não sabe <input type="checkbox"/>	
Dislipidemia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Faz tratamento: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			Não sabe <input type="checkbox"/>	
Qual? : <input type="checkbox"/> Aumento de colesterol <input type="checkbox"/> Aumento de triglicerídeos						
Exames nos últimos 6 meses: Colesterol total: _____ HDL-C: _____						
Tabagismo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			Convive com Tabagista <input type="checkbox"/> ex-tabagista <input type="checkbox"/>			
Quantidade cigarros/dia? _____			há _____			
Etilismo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			Consumo semanal (tipo e quantidade por semana em dias):			
Atividade Física: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			Quantas vezes na semana:		Horas na semana:	
Peso: kg		Estatura:	PA:	IMC: kg/m ²		
Faz uso de algum medicamento (s): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não						
1- Horário de Trabalho		0 <input type="checkbox"/> manhã	1 <input type="checkbox"/> tarde	2 <input type="checkbox"/> Noturno	3 <input type="checkbox"/> Plantonista rotativo	
2- Duração do Turno de Trabalho _____ Horas/dia			Carga de trabalho: _____ Hrs/semana.			
Setor(es) atual(s) de trabalho					Tempo de trabalho na instituição:	
3- Pausas Regulares durante a Jornada de Trabalho			0 <input type="checkbox"/> Sim	1 <input type="checkbox"/> Não	Quando?	
Tem outro emprego?			0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	Carga Horária Semanal?	
Tipo de Atividade que desenvolve no trabalho?			()% Administrativa ()% Assistencial			

Marque abaixo a intensidade de suas atividades no trabalho
(Escala Bianchi de Stress – BIANCHI, 2009):

0	1	2	3	4	5	6	7
Não se aplica/ não faço	Pouco desgastante			médio			Muito desgastante

1. Previsão de material a ser usado	0 1 2 3 4 5 6 7	28. Atender familiares de pacientes	0 1 2 3 4 5 6 7
2. Reposição de material	0 1 2 3 4 5 6 7	29. Enfrentar a morte do paciente	0 1 2 3 4 5 6 7
3. Controle de material usado	0 1 2 3 4 5 6 7	30. Orientar familiares de paciente crítico	0 1 2 3 4 5 6 7
4. Controle de equipamento	0 1 2 3 4 5 6 7	31. Realizar discussão de caso com funcionários	0 1 2 3 4 5 6 7
5. Solicitação de revisão e consertos de equipamentos	0 1 2 3 4 5 6 7	32. Realizar discussão de caso com equipe multiprofissional	0 1 2 3 4 5 6 7
6. Levantamento de quantidade de material existente na unidade	0 1 2 3 4 5 6 7	33. Participar de reuniões do Departamento de Enfermagem	0 1 2 3 4 5 6 7
7. Controlar a equipe de enfermagem	0 1 2 3 4 5 6 7	34. Participar de comissões na instituição	0 1 2 3 4 5 6 7
8. Realizar a distribuição de funcionários	0 1 2 3 4 5 6 7	35. Participar de eventos científicos	0 1 2 3 4 5 6 7
9. Supervisionar as atividades da equipe	0 1 2 3 4 5 6 7	36. O ambiente físico da unidade	0 1 2 3 4 5 6 7
10. Controlar a qualidade do cuidado	0 1 2 3 4 5 6 7	37. Nível de barulho na unidade	0 1 2 3 4 5 6 7
11. Coordenar as atividades da unidade	0 1 2 3 4 5 6 7	38. Elaborar rotinas, normas e procedimentos	0 1 2 3 4 5 6 7
12. Realizar o treinamento	0 1 2 3 4 5 6 7	39. Atualizar rotinas, normas e procedimentos	0 1 2 3 4 5 6 7
13. Avaliar o desempenho do funcionário	0 1 2 3 4 5 6 7	40. Relacionamento com outras unidades	0 1 2 3 4 5 6 7
14. Elaborar escala mensal de funcionários	0 1 2 3 4 5 6 7	41. Relacionamento com centro cirúrgico	0 1 2 3 4 5 6 7
15. Elaborar relatório mensal da unidade	0 1 2 3 4 5 6 7	42. Relacionamento com centro de material	0 1 2 3 4 5 6 7
16. Admitir o paciente na unidade	0 1 2 3 4 5 6 7	43. Relacionamento com almoxarifado	0 1 2 3 4 5 6 7
17. Fazer exame físico do paciente	0 1 2 3 4 5 6 7	44. Relacionamento com farmácia	0 1 2 3 4 5 6 7
18. Prescrever cuidados de enfermagem	0 1 2 3 4 5 6 7	45. Relacionamento com manutenção	0 1 2 3 4 5 6 7
19. Avaliar as condições do paciente	0 1 2 3 4 5 6 7	46. Relacionamento com admissão/alta de paciente	0 1 2 3 4 5 6 7
20. Atender as necessidades do paciente	0 1 2 3 4 5 6 7	47. Definição das funções do enfermeiro	0 1 2 3 4 5 6 7
21. Atender as necessidades dos familiares	0 1 2 3 4 5 6 7	48. Realizar atividades burocráticas	0 1 2 3 4 5 6 7
22. Orientar o paciente para o auto cuidado	0 1 2 3 4 5 6 7	49. Realizar tarefas com tempo mínimo disponível	0 1 2 3 4 5 6 7
23. Orientar os familiares para cuidar do paciente	0 1 2 3 4 5 6 7	50. Comunicação com supervisores de enfermagem	0 1 2 3 4 5 6 7
24. Supervisionar o cuidado de enfermagem prestado	0 1 2 3 4 5 6 7	51. Comunicação com administração superior	0 1 2 3 4 5 6 7
25. Orientar para a alta do paciente	0 1 2 3 4 5 6 7		
26. Prestar os cuidados de enfermagem	0 1 2 3 4 5 6 7		
27. Atender as emergências na unidade	0 1 2 3 4 5 6 7		

ANEXO - Parecer Consubstanciado do CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE AS ATIVIDADES PROFISSIONAIS E OS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Pesquisador: Bruno Ferreira do Serrado Barbosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00870513.0.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 514.434

Data da Relatoria: 15/01/2014

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas. 2. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes. 3. O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

RIO DE JANEIRO, 23 de Janeiro de 2014

Assinador por:
MARIO FRITSCH TOROS NEVES
(Coordenador)