



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ASSOCIAÇÃO AMPLA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ



Associação da hipertensão arterial com o estilo de vida e presença de transtorno mental comum em profissionais de enfermagem

MANAUS

2021

GABRIELA DE OLIVEIRA SOUZA RAMOS

Associação da hipertensão arterial com o estilo de vida e presença de transtorno mental comum em profissionais de enfermagem

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, em ampla associação com Universidade do Estado do Pará, como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia

Orientadora: Prof^o. Dr^a. Noeli das Neves Toledo

Co-orientador: Prof. Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho

MANAUS

2021

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

R175a Ramos, Gabriela de Oliveira Souza
Associação da hipertensão arterial com o estilo de vida e presença de transtorno mental comum em profissionais de enfermagem / Gabriela de Oliveira Souza Ramos . 2021
113 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Noeli das Neves Toledo
Coorientador: Zilmar Augusto de Souza Filho
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Hipertensão. 2. Estilo de vida. 3. Transtornos mentais. 4. Profissionais de enfermagem. I. Toledo, Noeli das Neves. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

GABRIELA DE OLIVEIRA SOUZA RAMOS

Associação da hipertensão arterial com o estilo de vida e presença de transtorno mental comum em profissionais de enfermagem

Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará, defendida e aprovada em:

24/06/2021

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Noeli das Neves Toledo (Presidente) Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Prof.^a Dr.^a Renata Ferreira dos Santos – UEA (Membro Externo)

Prof.^a Dr.^a Gilsirene Scantelbury de Almeida – UFAM (Membro Interno)

Dedico essa conquista com gratidão à Deus, à minha família, em especial aos meus pais, Denice Souza e Arnóbio Souza, minha irmã Micaela Souza, meu esposo Ryzivan Ramos e ao meu filho Oliver Ramos, pelo amor, apoio, carinho, paciência e estímulo que me ofereceram.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me abençoado ao longo da minha vida e, principalmente, nestes últimos anos por ter me mantido na fé e em pé, mesmo em momentos não tão bons.

Aos meus pais, Arnóbio e Denice pelo amor, disponibilidade ofertados e por terem sempre proporcionado o melhor deles e uma educação ímpar e cristã, que nos possibilitou crescer pessoalmente e profissionalmente.

À minha irmã Micaela, predileta, pela eterna amizade, amor e apoio em todos os momentos.

Ao meu esposo Ryzivan pela parceria de vida, amor e carinho, por não me deixar abalar e, principalmente, pela compreensão ao longo deste período de realização do mestrado.

Ao meu filho Oliver, benção de Deus em nossas vidas, inspiração e motivação de todos os dias.

À minha família, por completo, que com tanto amor me abraça, me apoia e cuidam de mim.

À minha orientadora Noeli, pela confiança e por me acompanhar de forma tão carinhosa por tantos anos, desde a graduação, pelos ensinamentos, dedicação, conselhos ao longo destes anos.

Ao meu coorientador Zilmar, pela tranquilidade, conhecimento e compreensão, pelas valiosas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

Às minhas amigas Cristine Hassan e Jéssica Ferreira, pelo carinho, paciência e por me possibilitarem o amor de irmãs.

Aos meus amigos do mestrado pelo compartilhar de conhecimento e momentos de alegrias.

À minha equipe de coleta, por serem meus braços e pernas, extensão de mim, no período de coleta de dados, meninas de ouro.

Aos meus amigos de trabalho, pelo apoio e torcida.

Aos profissionais da enfermagem das unidades hospitalares deste estudo, pela disposição em participar dessa pesquisa.

A todos que de alguma forma estiveram presentes e contribuíram para a concretização deste sonho. Muito obrigada!

“Tudo posso naquele que me fortalece

Filipenses 4:13”

RESUMO

RAMOS, Gabriela de Oliveira Souza. ASSOCIAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL COM O ESTILO DE VIDA E PRESENÇA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

2021. 113 fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em associação com a Universidade do Estado do Pará (UEPA), 2021.

Introdução: Para melhor atender as demandas de cuidado da pessoa enferma, os profissionais de enfermagem precisam estar constantemente aperfeiçoando suas competências técnicas e habilidades afetivas. A adoção de um estilo de vida saudável, dentro e fora do ambiente de trabalho são condições importantes para evitar o desenvolvimento de doenças crônicas.

Objetivo Geral: Verificar a associação da hipertensão arterial com o estilo de vida, presença de transtorno mental comum em profissionais da enfermagem.

Métodos: Estudo descritivo, transversal de associação, com profissionais de enfermagem que atuavam em dois hospitais públicos da cidade de Manaus. O período de coleta de dados foi realizado de janeiro a março de 2020 na primeira unidade e na segunda unidade de janeiro a julho de 2020. A amostra foi representativa, considerando o turno e categoria profissional envolvida. A coleta dos dados consistiu na aplicação de instrumento composto por variáveis sociodemográficas e antecedentes pessoais e familiares de saúde cardiovascular e questionários validados denominados: “*Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ*” para verificar o nível de atividade física, “*Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT*” para avaliar o consumo de bebida alcoólica; e “*Self – Reporting Questionnaire 20*” para rastreamento de transtorno mental comum. Além disso, foi realizado a medida casual da pressão arterial sistêmica, na finalidade de obter a prevalência dos valores pressóricos elevados e/ou hipertensão autorreferida, bem como sua relação com as demais variáveis investigadas no grupo de profissionais. Os dados foram tabulados no programa *excel* 2016 e a análise realizada por meio de estatística descritiva e inferencial. Adotou-se intervalo de confiança de 95%, como medida de precisão, para identificação das variáveis consideradas fator de risco ou de proteção para hipertensão.

Resultados: a prevalência de hipertensão nos 394 profissionais de enfermagem foi de 22,8%. Entre as variáveis que se associaram a hipertensão destaca-se: idade [OR=1,08 (IC 95% 1,05-1,12); p<0,001]; número de filhos [OR=1,22 (IC 95% 1,01-1,49); p=0,042]; auxiliar de enfermagem [OR=5,02 (IC 95% 1,91-13,78); p=0,001]; setor de atuação assistencial [OR=0,35 (IC 95% 0,16-0,79); p=0,008]; utilizar transporte coletivo urbano (ônibus) [OR=2,06 (IC 95%

01,16-3,73); p=0,015]; ex-tabagista [OR=2,85 (IC 95% 1,11-6,78); p=0,021]; minutos sentado aos fins de semana [OR=0,91 (IC 95% 0,84-0,98); p=0,023]; irregularmente ativo [OR=0,44 (IC 95% 0,21-0,88); p=0,022]; diabetes [OR=4,09 (IC 95% 1,77-9,16); p=0,001]; histórico familiar de hipertensão, diabetes, dislipidemia [OR=2,34 (IC 95% 1,15-5,29); p=0,028]. No modelo ajustado por idade e fumo tivemos associação com hipertensão ser irregularmente ativo [OR=0,46 (IC=95% 0,21-0,95); p =0,039]. A prevalência de transtorno mental comum foi de 29,3%. Entre as variáveis que se associaram a hipertensão desta-se: sente-se cansado o tempo [OR=1,81 (IC=95% 1,03 – 3,16)] e cansa com facilidade [OR=2,20 (IC=95% 1,26 – 3,85); p=0,005], escore SRQ-20 [1,07 (1,01 – 1,14); 0,025] e presença de transtorno mental comum [2,64 (1,44 - 4,88); p=0,002]. **Conclusão:** o perfil epidemiológico dos profissionais da enfermagem estudados apresentou associação do estilo de vida e transtorno mental comum à hipertensão nos profissionais da enfermagem. Trata-se dos dois estudos que verificaram associação da hipertensão arterial com o estilo de vida e presença de transtorno mental comum em profissionais da enfermagem.

Descritores: Hipertensão, Estilo de Vida, Transtornos Mentais, Profissionais de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: To better meet the care demands of the sick person, nursing professionals need to constantly improve their technical skills and affective skills. The adoption of a healthy lifestyle, inside and outside the work environment, are important conditions to avoid the development of chronic diseases. **General Objective:** To verify the association of hypertension with lifestyle, presence of common mental disorder in nursing professionals. **Methods:** A descriptive, cross-sectional association study with nursing professionals who worked in two public hospitals in the city of Manaus. The data collection period was carried out from January to March 2020 in the first unit and in the second unit from January to July 2020. The sample was representative, considering the shift and professional category involved. Data collection consisted of the application of an instrument composed of sociodemographic variables and personal and family history of cardiovascular health and validated questionnaires called: "International Physical Activity Questionnaire - IPAQ" to verify the level of physical activity, "Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT" to assess alcohol consumption; and "Self – Reporting Questionnaire 20" for common mental disorder screening. In addition, a casual measurement of systemic blood pressure was performed in order to obtain the prevalence of high blood pressure and/or self-reported hypertension, as well as its relationship with the other variables investigated in the group of professionals. Data were tabulated in the excel 2016 program and the analysis performed using descriptive and inferential statistics. A 95% confidence interval was adopted as a measure of precision to identify variables considered to be a risk or protective factor for hypertension. **Results:** the prevalence of hypertension among 394 nursing professionals was 22.8%. Among the variables associated with hypertension, the following stand out: age [OR=1.08 (95% CI 1.05-1.12); $p<0.001$]; number of children [OR=1.22 (95% CI 1.01-1.49); $p=0.042$]; nursing assistant [OR=5.02 (95% CI 1.91-13.78); $p=0.001$]; health care sector [OR=0.35 (95% CI 0.16-0.79); $p=0.008$]; using urban public transport (bus) [OR=2.06 (CI 95% 0.16-3.73); $p=0.015$]; ex-smoker [OR=2.85 (95% CI 1.11-6.78); $p=0.021$]; minutes sitting on weekends [OR=0.91 (95% CI 0.84-0.98); $p=0.023$]; irregularly active [OR=0.44 (95% CI 0.21-0.88); $p=0.022$]; diabetes [OR=4.09 (95% CI 1.77-9.16); $p=0.001$]; family history of hypertension, diabetes, dyslipidemia [OR=2.34 (95% CI 1.15-5.29); $p=0.028$]. In the model adjusted for age and smoking, we had an association with hypertension being irregularly active [OR=0.46 (CI=95% 0.21-0.95); $p=0.039$]. The prevalence of common mental disorder was 29.3%. Among the variables associated with hypertension, the following stand out: feeling tired for the time [OR=1.81 (CI=95% 1.03 – 3.16)] and getting

tired easily [OR=2.20 (CI =95% 1.26 - 3.85); p=0.005], SRQ-20 score [1.07 (1.01 – 1.14); 0.025] and presence of common mental disorder [2.64 (1.44 - 4.88); p=0.002]. **Conclusion:** the epidemiological profile of the studied nursing professionals showed an association between lifestyle and common mental disorder and hypertension in nursing professionals. These are the two studies that found an association between high blood pressure and lifestyle and the presence of a common mental disorder in nursing professionals.

Descriptors: Hypertension, Life Style, Mental Disorders, Nurse Practitioners

LISTA DE TABELAS

TABELAS MANUSCRITO 1

- Tabela 1.** Caracterização da prevalência da hipertensão arterial entre profissionais de enfermagem.....32
- Tabela 2.** Razão de chance (OR) da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) autorreferida e seus intervalos de confiança (IC 95%), segundo as variáveis socioeconômicas e laborais dos profissionais de enfermagem da atenção especializada, Manaus, Amazonas, 2020.....33
- Tabela 3.** Razão de chance (OR) da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) autorreferida e seus intervalos de confiança (IC 95%), segundo o estilo de vida dos profissionais da enfermagem da atenção especializada de saúde, Manaus, Amazonas, 2020.....34
- Tabela 4.** Modelo para hipertensão autorreferida ajustado por idade e fumo entre os profissionais da enfermagem da atenção especializada. Manaus, Amazonas 2020.....34

TABELAS MANUSCRITO 2

- Tabela 1.** Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) autorreferida, segundo as condições socioeconômica, laboral e estilo de vida dos profissionais da enfermagem da atenção especializada, Manaus, Amazonas, 2020.....51
- Tabela 2.** Sintomas de Transtorno Mental Comum entre as duas unidades hospitalares.....53
- Tabela 3.** Associação do Rastreamento de Transtorno Mental Comum, com a hipertensão autorreferida entre profissionais da enfermagem da atenção especializada de saúde. Manaus. Amazonas, 2020.....54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis

DCV – Doenças cardiovasculares

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

IAM - infarto agudo do miocárdio

PAS - pressão arterial sistólica

PAD - pressão arterial diastólica

PE - Profissionais de enfermagem

TMC - transtornos mentais comuns

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO.....	13
1.2. SAÚDE DO TRABALHADOR DA ENFERMAGEM: RISCOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE HIPERTENSÃO.....	14
1.3. JUSTIFICATIVA.....	18
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL:.....	18
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:.....	18
3. MÉTODOS.....	19
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	19
3.2 LOCAL E PERÍODO.....	19
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	19
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	21
3.5 COLETA DOS DADOS.....	21
3.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	25
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
4.1 MANUSCRITO 1.....	26
COLETA DOS DADOS.....	30
4.2 – MANUSCRITO 2.....	46
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
6. REFERÊNCIAS.....	64
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA UH 1.....	71
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA UH 2.....	72
ANEXO C – APROVAÇÃO DO CEP.....	73
APÊNDICE A - TCLE.....	77
APÊNDICE B – CADERNO DE ENTREVISTAS.....	79
APÊNDICE C - MANUAL DO ENTREVISTADOR.....	87
APÊNDICE D - PLANILHA DE AGENDAMENTO.....	111
APÊNDICE E - FICHA DE AGENDAMENTO E ORIENTAÇÕES.....	112
APÊNDICE F- CARTÃO DE EXAME DO PARTICIPANTE.....	113

1. INTRODUÇÃO

1.1. Fatores de risco para hipertensão

Estimativas apontam que 74% dos óbitos da população brasileira, em 2016, estão associadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As doenças cardiovasculares (DCV), foram consideradas a principal causa de morte, sendo responsável por 28% dos óbitos, gerando gasto elevado com internações e tratamentos¹.

A prevenção das DCV consiste na prevenção e controle dos fatores de risco modificáveis^{2,3}. Dados do DATASUS registraram estimativa de 1.273.473 óbitos, em 2017, sendo que 52.555 foram por doenças hipertensivas, 92.657 por infarto agudo do miocárdio (IAM) e 101.195 por doenças cerebrovasculares. O conjunto destas doenças representaram aproximadamente 19,3% de todos os óbitos⁴.

Em relação aos fatores de risco para DCV, cinco são relativos ao estilo de vida, considerados modificáveis: hipertensão arterial sistêmica (HAS) (13%), tabagismo (9%), glicemia elevada (6%), inatividade física (6%), sobrepeso e obesidade (5%)⁵.

Estudo realizado nas 27 capitais brasileiras, mostrou que 24,5% dos adultos tiveram diagnóstico médico de hipertensão, com maior prevalência entre as mulheres [27,3% vs 21,2% (homens)]. Para ambos os sexos, a frequência aumentou conforme o avanço da idade (41% na faixa etária ≥ 55 a 64 anos) e menor escolaridade (< 8 anos de tempo de estudo). Quanto a hipertensão autorreferida, as variações encontradas foram mais expressivas em São Luís (16,9%) e no Distrito Federal (28,5%,). Manaus está entre as cidades com a menor prevalência de adultos que informaram diagnóstico médico de hipertensão arterial (18,4%), com maior percentual entre as mulheres (19,7%) do que nos homens (17,1%)⁶.

A HAS configura-se por elevação sustentada da pressão arterial sistólica (PAS) a partir de 140 mmHg e/ou Pressão arterial diastólica (PAD) a partir de 90 mmHg. Por sua vez, a pré-hipertensão é caracterizada por valores de PAS entre 130 e 139 e/ou PAD entre 85 e 89 mmHg⁷.

Estudo, desenvolvido em Paçandu, Paraná (Brasil) com adultos entre 20 e 59 anos de idade, mostrou que pessoas com excesso de peso apresentaram PAS elevada, sendo observadas 2,35 vezes mais chances de desenvolverem HAS ($p = 0,013$). O hábito de fumar, foi considerado grave problema de saúde pública, podendo elevar 2,36 vezes mais a chance ($p = 0,019$) em indivíduos tabagistas a desenvolverem a doença, semelhantemente os obesos que podem ter até 2,35 mais chance ($p = 0,013$)⁸. A obesidade também aumentou a PAS em 5,64 mmHg e a PAD em 3,11 mmHg⁹.

A ingestão de bebida alcoólica, mostrou ter associação com o aumento dos níveis pressóricos [PAS ($p= 0,0001$) e PAD ($p= 0,0001$)]¹⁰. Assim como os fatores emocionais (vulnerabilidade ao estresse e o transtorno mental comum), que podem influenciar no desenvolvimento da HAS e/ou piora das condições cardiovasculares¹¹.

A prevenção e controle da HAS, na população em geral, é um ponto desafiador para a saúde pública brasileira. Considerada doença silenciosa, tem gerado danos à saúde, inclusive entre os profissionais de enfermagem (PE) que embora atuem diretamente na promoção do cuidado e bem-estar do outro, tem apresentando sinais de comprometimento da sua saúde física e mental.

1.2.Saúde do trabalhador da enfermagem: riscos para o desenvolvimento de hipertensão.

O avanço tecnológico tem provocado mudanças comportamentais em toda sociedade, podendo levar as relações sociais e culturais a situações de sofrimento afetivo e emocional persistentes. Nos ambientes de trabalho, este cenário pode ser ainda pior, quando estas relações juntamente com os processos de trabalho estão comprometidas^{12,13}.

O estilo de vida é compreendido como uma forma de viver considerando os hábitos, as crenças, valores e forma de enfrentamento das experiências pessoais. Pode diversificar do grupo social e cultural em que se encontra inserido, com importantes implicações para a saúde, sendo constantemente objeto de investigações epidemiológicas⁸.

Estudos mostram que os profissionais da área da saúde atuam, predominantemente, em ambientes com demanda elevada de atividade laboral, exigindo habilidades e competências específicas para atender direta ou indiretamente as necessidades de cuidado à pessoa enferma. Além disso, as organizações de saúde estabelecem relações de trabalho predominantemente generalizadas que muitas vezes está a quem das necessidades individuais do trabalhador, sendo um dos aspectos que favorece o surgimento de danos físicos, psíquicos e sociais dos trabalhadores^{14,15,16}.

Outro aspecto a ser considerado é quando a atividade laboral está desestruturada devido a condições de trabalho insalubres, relacionamentos interpessoais insatisfatórios, salários defasados, ausência de reconhecimento profissional e/ou falta de autonomia. Estas associadas a outras condições de vida do trabalhador, podem contribuir fortemente para o desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, em especial a HAS¹⁷.

Profissionais da saúde, especialmente os da enfermagem, exercem atividades laborais, predominantemente, voltadas para o atendimento das necessidades de cuidado biológico, psicossocial, cultural e espiritual a pessoa enferma, exigindo dedicação e atenção continuada

nas vinte e quatro horas do dia. Por isso, é essencial que estes trabalhadores também busquem pela manutenção da sua saúde e bem estar^{18,19}.

Estudos realizados PE, mostraram que 53% tem mais de dois locais de trabalho e 92% com jornadas por turno. Ambas as condições afetam diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores, contribuindo com aumento do estresse, sedentarismo e HAS^{20,21,22}.

A enfermagem é caracterizada como ciência, cuja essência é a prática do cuidar que considera as necessidades humanas básicas da pessoa, sua história familiar e social²³(SANTOS et al., 2010). Entretanto, PE têm negligenciado a sua saúde, não só nos aspectos físicos, mas também social e mental, deixando de cuidar de si próprio, trazendo prejuízos para a sua vida pessoal, laboral e social^{24,25}.

A HAS e seus fatores associados, como: uso de contraceptivo hormonal em mulheres, tabagismo, etilismo, sedentarismo, fatores psicossociais, alta ingestão de sal, obesidade e alimentação hipercalórica/hiperprotéica têm sido motivo recorrente de afastamento do trabalho entre os PE¹⁵.

Em relação aos hábitos de vida, estudo mostrou que a maioria dos PE que atuavam em um hospital público e especializado da cidade do Rio de Janeiro (Brasil), era sedentário (65,4%) sem algum tipo de lazer (69,7%). Pouco menos da metade dos participantes consideraram-se estressados (44,6%). A média de sono diária foi de 6 horas, sendo a HAS a segunda comorbidade mais referida (25,5%), perdendo apenas para as dislipidemias (28,1%). A maior ingestão de bebida alcoólica estava entre os profissionais que trabalhavam em turnos (37,0%)²⁶.

Quase metade dos PE vinculados a um hospital especializado do município de Feira de Santana (Bahia), referiram ter HAS (44,7%)²⁷. Estudo realizado com profissionais da saúde identificou prevalência de 52,8% de HAS autorreferida. Destes 41,6% eram enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem²⁸.

Em relação aos danos psicológicos (p=0,018), estudo mostrou que os transtornos mentais comuns (TMC) têm gerado efeitos danosos à saúde dos PE¹⁵.

O TMC configura-se pela presença de sintomas não-psicóticos, tais como: insônia, mal-estar gástrico, fadiga, esquecimento, irritabilidade, diminuição da concentração, queixas somáticas, sentimento de inutilidade e dores de cabeça^{29,30}.

Considerado como um transtorno mental menos severo sendo mais aceito socialmente. Por outro lado, os sinais e sintomas são imprecisos, dificultando o diagnóstico precoce, levando em muitas ocasiões, escassa atenção por parte das políticas públicas e do sistema de saúde²⁹.

Mundialmente o TMC é considerado um problema de saúde pública, devido à sua natureza crônica e incapacitante, sendo classificado como um distúrbio psicótico, que pode comprometer a saúde e o bem-estar do indivíduo, ocasionando estigmas principalmente no ambiente de trabalho³¹.

Estudo mostrou prevalência de 23% de TMC em adultos com idade entre 18 e 59 anos, sendo as mulheres mais expostas a algum tipo de transtorno²⁷.

No que se refere ao tipo de TMC, dados mundiais mostram prevalência de depressão em torno de 5%, sendo que no Brasil esse percentual dobra. Além disso, poderá ser a segunda causa de incapacitação em 2020, tendo também o aumento da prevalência de ansiedade e estresse, responsáveis por 90% das mortes por suicídios¹².

A Folha de Informação da WHO, fala que a delegação de tarefas a pessoa sem a devida competência profissional para exercê-la e sobrecarga de atribuições, tem favorecido o desenvolvimento de transtorno mental³².

No Brasil, o TMC ocupa a terceira posição de afastamento do trabalho, cujas causas de agravamento são: falta ou pouco apoio social, excesso de atribuições, desvalorização e más condições nos ambientes de trabalho³³. Assim como, estão na primeira posição de motivos de aposentadorias por invalidez entre profissionais da saúde³⁴. Além de serem responsáveis por afastamentos de PE³⁵ Exigindo maior tempo para recuperação e gerando mais gastos para o sistema de saúde³⁶.

Estudos mostraram que 30% dos profissionais da saúde, incluindo os da enfermagem, apresentaram algum tipo de TMC³⁷. A maior probabilidade foi sexo feminino (2,36 vezes) e na população jovem, com idades inferiores a 39 anos (2,21 vezes mais). Os sintomas mais prevalentes são: depressão e reação negativa ao estresse, bem como os transtornos de ansiedade e irritabilidade³⁸.

Em relação aos PE, o estudo identificou prevalência de 33,6% de TMC, assim como também evidenciou a associação de TMC com o turno noturno³⁸.

Estudo mostrou que a prevalência de TMC foi de 38% entre os enfermeiros, sendo um pouco menor entre os técnicos de enfermagem (35%) e auxiliares de enfermagem (30%). Também foi observado que grupo apresentava excessiva carga de trabalho e pressão psicológica, manifestadas por sinais de: apatia, desânimo, hipersensibilidade emotiva, raiva, irritabilidade e ansiedade³⁹.

Estudo de revisão integrativa, foi identificado que a elevada carga de trabalho, baixa remuneração salarial, múltiplos vínculos empregatícios e contrato de trabalho temporário, eram fatores que contribuem para os sinais e sintomas de TMC entre os PE⁴⁰.

Em outro, a prevalência de TMC entre os PE foi de 25,7%, sendo maior entre os auxiliares e técnicos de enfermagem [31,7% ($p=0,015$)]. Não possuir tempo para lazer ($p<0,001$), apresentar diagnóstico médico de quatro ou mais doenças crônicas ($p=0,003$) e insatisfação com a qualidade do sono ($p=0,003$) apresentaram relação direta com a presença de TMC no grupo investigado¹⁷.

Em relação a presença de TMC como fator de risco para HAS, estudo mostrou que 57,6% dos PE que tinham algum tipo de TMC, 35,1% eram hipertensos²⁶.

Cerca de 18,2% dos Técnicos/auxiliares de enfermagem relataram ter se afastado do trabalho por motivo de doença no último ano. A HAS (40%) se destacou como a morbidade mais referida, seguida pelo distúrbio do sono (26%). A baixa remuneração salarial somada à elevada jornada de trabalho com ambiente insalubre e falta de materiais necessários para prestar o cuidado, foram os fatores relacionados ao adoecimento físico e mental do grupo investigado⁴¹.

Torna-se importante pontuar que os processos de trabalho dos PE são planejados, implementados e avaliados em conformidade ao grau de necessidade de cuidado exigido pelo paciente, sendo classificados como: cuidados mínimos, intermediários, alta dependência, semi-intensivos ou intensivos²⁵. Neste contexto, os processos de trabalho desenvolvidos pelo enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem configuram-se, ainda que em graus de responsabilidades diferentes, em assistir o outro imbuído de habilidades e competências técnica e emocional para lidar com situações de enfrentamento da doença e/ou morte⁴².

Deste modo, as atividades laborais por estes profissionais consistem em atender as necessidades de cuidado do paciente, desempenhando suas funções com habilidade, agilidade e eficiência, demonstrando segurança e tranquilidade para o paciente, família e demais membros da equipe de saúde, principalmente nas situações em que o paciente está em risco eminente de morte⁴³.

Este cotidiano interfere na saúde física e mental do profissional, podendo impactar negativamente nas suas relações interpessoais, tanto no ambiente de trabalho como social e familiar, quanto medidas de prevenção e/ou intervenção não atendem a real necessidade desses trabalhadores. A instituição visando elevar a qualidade dos serviços prestados e diminuir custos ocupacionais precisa estar atenta à saúde dos seus trabalhadores⁴⁴.

Neste contexto, o interesse nesta investigação surgiu durante a minha prática profissional. Tive a possibilidade de observar número expressivo de trabalhadores, dos quais se destacam os da enfermagem, que solicitaram transferências dos seus setores assistenciais para outros administrativos na busca por uma carga de trabalho menos intensa. Ainda que a maioria

das solicitações fosse atendida, os profissionais continuavam apresentando afastamentos por licenças médicas, em decorrência de seu estado de saúde comprometido.

O bem-estar físico/emocional dos profissionais é um dos pilares para garantir a qualidade da assistência prestada, por impactar diretamente no controle e redução de eventos adversos⁴⁴.

1.3. Justificativa

Este estudo traz contribuições para a enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia, visto que temos uma lacuna na literatura sobre HAS e fatores que podem estar influenciando o seu desenvolvimento, relacionada aos PE no âmbito laboral, assim por apresentar aspectos de promoção à saúde individual através de medidas de alcance coletivo, que visam além do ambiente o autocuidado destes profissionais. Consequentemente, produz um impacto social, pois beneficia em uma melhor qualidade na assistência desses profissionais aos clientes. O aprofundamento neste tema se justifica pela contribuição de evidências que fortalecem a implantação de estratégias que impactem positivamente na saúde do PE, evitando uma vida improdutiva ou limitadora precoce, que gere danos sociais e econômicos para o indivíduo e seu contexto social.

A enfermagem por ser a categoria com maior representatividade em número e tempo de contato direto com paciente e familiares necessita de olhar atento e continuado das organizações. O incentivo às práticas de autocuidado, associado a ações sistemáticas de monitoramento da saúde do trabalhador, são estratégias eficazes na prevenção e no controle dos fatores de risco cardiovascular, principalmente quanto à hipertensão e fatores de risco associados.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Verificar a associação da hipertensão arterial com o estilo de vida e presença de transtorno mental comum em profissionais da enfermagem.

2.2 Objetivo específico:

- Identificar o fator de associação das variáveis socioeconômicas, laborais, antecedentes pessoais/familiares e de estilo de vida com os valores hipertensão autorreferida em profissionais de enfermagem.
- Identificar associação entre hipertensão arterial com transtorno mental comum com o uso do instrumento SRQ-20.

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo descritivo, transversal de associação, com profissionais da enfermagem que atuavam em dois hospitais públicos da cidade de Manaus. O instrumento de coleta dos dados foi estruturado visando obter informações sobre as condições socioeconômicas, antecedentes pessoais/familiares e valores da pressão arterial do público alvo. Além disso, questionários validados para investigar presença de TMC, vulnerabilidade ao estresse e nível de atividade física foram aplicados.

3.2 Local e Período

A pesquisa foi realizada em duas unidades hospitalares da rede pública do estado do Amazonas, da cidade de Manaus, caracterizadas como unidades de serviços assistenciais especializados em média e alta complexidade.

A unidade hospitalar 1 (UH1) é referência em alta complexidade em cirurgia Cardiovascular, Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Vascular de Alta Complexidade, Endovascular e Eletrofisiologia, atende à demanda do Estado do Amazonas e está inserida na rede de atendimento de Alta complexidade do SUS na Região Norte. Configura-se como unidade de médio porte, oferecendo atendimento de média a alta complexidade⁴⁵.

A unidade hospitalar 2 (UH2) é classificada como unidade de média complexidade, possui 376 leitos, distribuídos para oferta de atendimento aos pacientes com demanda de cuidados nas áreas de: ortopedia/traumatologia, clínica médica/cirúrgica, vascular, urologia, nefrologia, neurologia e oftalmologia. Também possui um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), especializado no atendimento intensivo de pacientes adultos, vítimas de queimaduras⁴⁵. O período de coleta de dados na primeira unidade foi realizado de janeiro a março de 2020 e na segunda unidade de janeiro a julho de 2020, houve-se preocupação e cuidado com os profissionais sendo seguido todas as medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência ao novo coronavírus (sars-cov-2), observando todas as normas de biossegurança, principalmente nesse momento pandêmico vivenciado no período de coleta.

3.3 População e amostra

O público-alvo foram os PE (enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem) que atuavam na assistência direta aos usuários internados ou nas atividades administrativas, pertencentes aos turnos diurno e noturno com jornada de trabalho por plantão de 12 horas e aqueles diaristas com carga horária de 06 horas.

As formas de atuação da equipe de enfermagem justificam-se pelo entendimento que as condições de adoecimento podem acontecer em quaisquer que sejam as áreas de atuação e/ou

funções desenvolvidas pela equipe, obtendo-se com isso uma caracterização mais ampla da avaliação de fatores de risco cardiovascular dos profissionais a serem investigados.

Na primeira unidade de saúde não se considerou o tipo de vínculo empregatício (estatutários e/ou celetistas) dos profissionais de enfermagem, devido ao amplo número de profissionais que são contratados por diversas empresas terceirizadas e um número reduzido de profissionais estatutários. Na segunda unidade, foram recrutados apenas os profissionais com vínculo empregatício de estatutário com a Secretária de Estado de Saúde (SES-AM), haja visto que a quantidade destes profissionais é alta.

A população que fez parte do estudo, foi estimada em 869 trabalhadores. O quantitativo de trabalhadores da UH1 era de 498, sendo 130 enfermeiros e 368 técnicos/auxiliares de enfermagem. Em relação à distribuição por turno, 299 trabalhavam no turno diurno e 199 no noturno.

O quantitativo de trabalhadores da UH2 era de 352, sendo 53 enfermeiros e 299 técnicos/auxiliares de enfermagem. Em relação à distribuição por turno, 189 trabalhavam no turno diurno e 163 no noturno.

A amostra foi constituída de forma aleatória simples, considerando nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, considerando a prevalência de hipertensão super estimada para PE de 40%.

Para o dimensionamento do tamanho da amostra, fez-se uso do programa bioestatístico e epidemiológico OpenEpi, versão 3, aplicando-se uma correlação de população finita $n = \frac{EDFF * N * p * (1-p)}{[(d^2 / Z^2 * 1-d^2) * (N-1) + p * (1-p)]}$:

N: Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp)

p = Frequência % hipotética do fator do resultado na população - 40% +/-

d = Limites de confiança como % de 100(absoluto +/-%) - 5%

EDFF= Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF):

Z= Valor de distribuição normal

A amostra de PE calculada para a UH1 foi de 210 e 184 PE na UH2, totalizando um quantitativo de 394 trabalhadores.

A seleção do público-alvo foi realizada por meio de sorteio, tomando por base a escala mensal de trabalho dos meses de janeiro a julho de 2020, período de realização da coleta dos dados. Os PE de cada instituição foram listados em ordem numérica de 1 a 498 para UH 1 e 1 a 352 para a UH 2. Em seguida utilizou-se um aplicativo para a realização dos sorteios aleatórios dos respectivos números dos profissionais da lista. Elaborou-se ainda uma planilha com os

seguintes dados dos participantes: nome completo, setor, turno de trabalho, telefone de contato, dias de plantão e espaço para o agendamento das etapas da coleta.

Na UH1 foram realizados 6 sorteios, em cada um deles foram incluídos 51 PE, exceto o último que precisou somente 10 trabalhadores para completar o quantitativo amostral. Dentre os 265 profissionais sorteados, 29 recusaram participar da pesquisa, 12 desistiram e 14 estavam em um dos critérios de exclusão estabelecidos, finalizando uma amostra final de 210 participantes. Na UH2 os mesmos procedimentos para seleção dos possíveis participantes foram adotados, com 5 sorteios contendo 50 PE em cada um. Dentre os 250 profissionais sorteados, 37 se recusaram a participar da pesquisa, 13 desistiram e 16 estavam em um dos critérios de exclusão estabelecidos, totalizando uma amostra de 184 participantes. A amostra final, incluindo as duas unidades hospitalares, foi de 394 participantes.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

- **Inclusão:** Ser enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem, com 6 meses na instituição; ter vínculo com uma das empresas prestadoras de serviço (terceirizadas) e/ou ser estatutário na UH1 ou ter vínculo estatutário na UH2;
- **Exclusão:** Trabalhadores que estejam em afastamento por qualquer motivo durante a coleta dos dados; Gestantes e indígenas.

3.5 Coleta dos dados

As etapas planejadas para a coleta de dados incluíram: 1ª – Treinamento da equipe por meio da técnica da entrevista, com aplicação dos instrumentos e 2ª – Realização de estudo piloto; 3ª – Contato, autorização e agendamento dos participantes da pesquisa; 4ª – Entrevista com a aplicação do formulário e 5ª – Mensurações da Medida Casual da Pressão Arterial.

Este estudo contou com cinco subprojetos vinculados ao Programa de Iniciação Científica (PIBIC 2019/2020) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e contou com a participação de cinco acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem que receberam bolsas de iniciação científica ao longo de um ano do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) e duas mestrandas do PPGENF UFAM/UEPA com seus projetos de pesquisa.

3.5.1 Treinamento da equipe de coleta de dados

A equipe de coleta dos dados recebeu treinamento prévio, para aplicação do instrumento e medida da pressão arterial, no período de 24 de setembro a 06 de dezembro de 2019, com carga horária de 156 horas, em reuniões promovidas pelo do grupo de estudo e pesquisa em saúde com populações em situação de vulnerabilidade na Amazônia (GEPSPVAM) na Escola de Enfermagem de Manaus.

Foi elaborado um manual do entrevistador (**Apêndice C**) com as orientações sobre as técnicas a serem aplicadas nas etapas da coleta de dados.

A equipe foi composta por 10 acadêmicos de enfermagem e duas mestrandas do PPGENF UEPA/UFAM.

3.5.2 Estudo Piloto

O estudo piloto ocorreu em uma unidade de pronto atendimento localizada na zona norte da cidade de Manaus e foi selecionada por conveniência pela viabilidade de acesso, disponibilidade de espaço e contou com a adesão de 100% dos profissionais de enfermagem que estavam de plantão na unidade.

Na finalidade de verificar a necessidade de ajuste da coleta dos dados e treinar a equipe em ambiente simulado, o instrumento foi aplicado em 15 profissionais de enfermagem que atuavam em um serviço de pronto atendimento de Manaus, em um único dia, não sendo necessário realizar ajustes estruturais. Após esta etapa estimou-se o tempo médio para a coleta de dados de cada participante, a distribuição das atividades de coleta entre os pesquisadores e principalmente o entendimento dos profissionais às perguntas contidas no questionário.

3.5.3 Contato, autorização e agendamento dos participantes

Durante o período de coleta dos dados, os PE foram abordados em seus postos de trabalho de maneira individual. Após o convite e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dúvidas a respeito da investigação foram esclarecidas. A entrevista e medida da pressão arterial só ocorreram após a assinatura do TCLE pelo PE.

O agendamento das datas para a coleta de dados foi realizado conforme a conveniência dos participantes e organizado em uma planilha de agendamento (**apêndice D**) para controle do pesquisador e para o participante foi estabelecida uma ficha de agendamento entregue a cada participante (**apêndice E**). Após a assinatura do termo de consentimento iniciou-se a entrevista, com tempo estimado de cerca de 30 minutos. A medida casual da pressão arterial foi realizada em outro momento, previamente agendado com o participante, com tempo estimado de 10 minutos.

3.5.4 Entrevista com a aplicação do formulário

Aplicação do instrumento composto com questões semiestruturadas para levantamento das condições: **Socioeconômicas** (sexo, idade, estado civil, número de filhos, renda e tipo de moradia); **Laborais** (cargo, setor de atuação, turno, tempo de atuação, vínculo de trabalho na UH, vínculos empregatícios, carga horária semanal na UH); **Estilo de vida** (presença de TMC, consumo de álcool, nível de atividade física e qualidade do sono), por meio da aplicação dos seguintes questionários validados: Self - Reporting Questionnaire (SRQ-20); Alcohol Use

Disorder Identification Test (AUDIT)”; Versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ); e Mini-sleep Questionnaire.

A versão adaptada do SRQ-20, foi desenvolvida pela OMS com a finalidade de rastrear a presença de TMC, especialmente em grupos de trabalhadores⁴⁶. Na versão em português do instrumento, os 20 primeiros itens são para investigar morbidades não psicóticas, como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas, humor depressivo/ansioso, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos²³. Cada resposta afirmativa contabiliza o valor 1 e o escore final é o somatório destes valores. Os escores obtidos apresentam verossimilhança de presença de transtorno não psicótico, diversificando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Possui coeficiente alfa de Cronbach de 0,86 e apesar de apresentar alta sensibilidade (83%) e especificidade (80%), ainda é um instrumento para rastreio e não de diagnóstico. Os pontos de corte são de 5 para o sexo masculino e 7 para o sexo feminino¹⁷.

O AUDIT, também foi elaborado pela OMS, com o objetivo de rastrear o consumo de bebidas alcoólicas⁴⁷. Adaptado para a população brasileira com boas qualidades psicométricas e utilizado em diversos estudos^{48,49}. Composto por dez questões, que variam de 0 a 40 pontos, sendo possível rastrear quatro diferentes padrões de consumo: baixo risco (pontuação de 0 a 7); Uso de risco-padrão de consumo que aumenta o risco de consequências negativas para quem consome e para quem está a sua volta (8 a 15 pontos); Uso nocivo - pode levar a prejuízos físicos e mentais (16 a 19 pontos); Provável dependência - consumo persistente apesar das consequências comportamentais, cognitivas e fisiológicas pelo uso repetido do álcool (20 ou mais pontos)⁴⁷.

O IPAQ, é um instrumento proposto pela OMS, que já foi validado em 12 países e em 14 centros de pesquisa, inclusive no Brasil⁵⁰. A versão curta é composta por sete questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada), na semana anterior à aplicação do questionário⁵¹. A classificação do nível de atividade física de acordo com a orientação do próprio IPAQ, que divide e conceitua as categorias, se estrutura da seguinte forma:

Sedentário - não realiza nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana;

Irregularmente Ativo - consiste em classificar os indivíduos que praticam atividades físicas por pelo menos 10 minutos contínuos por semana, porém de maneira insuficiente para ser classificado como ativos. Para classificar os indivíduos nesse critério, são somadas a duração e a frequência dos diferentes tipos de atividades (caminhadas + moderada + vigorosa). Essa categoria divide-se em dois grupos:

Insuficientemente Ativo A - realiza 10 minutos contínuos de atividade física, seguindo pelo menos um dos critérios citados: frequência - 5 dias/semana ou duração - 150 minutos/semana; **Insuficientemente Ativo B** - não atinge nenhum dos critérios da recomendação citada nos indivíduos insuficientemente ativos A;

Ativo - cumpre as seguintes recomendações: a) atividade física vigorosa - ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 minutos/sessão; b) moderada ou caminhada - ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 minutos/sessão; c) qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/semana e ≥ 150 min/semana; **Muito Ativo** - cumpre as seguintes recomendações: a) vigorosa - ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 min/ sessão; b) vigorosa - ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 min/sessão + moderada e ou caminhada ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 min/sessão (IPAQ).

O Mini-sleep Questionnaire, foi validado para a população brasileira⁵². Contém 10 questões com sete possibilidades de respostas (*nunca= 1, muito raramente= 2, raramente= 3, às vezes= 4, frequentemente= 5, muito frequentemente= 6 e sempre= 7*), seu escore é obtido somando-se os valores das respostas (10 a 70 pontos). Quanto maior o escore pior a qualidade do sono, podendo ser classificado em: *boa qualidade de sono (escore entre 10 e 24 pontos), dificuldade leve (escore entre 25 e 27 pontos), dificuldade moderada (escore entre 28 e 30) e dificuldade severa (escore acima de 30 pontos)*.

3.5.5 Mensurações da Medida Casual da Pressão Arterial

Constituiu na aferição da medida casual da pressão arterial dos PE, por meio de aparelho digital de braço, conforme às recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁷ e o manual do fabricante do monitor de pressão arterial não invasivo, modelo HBP - 1100, marca OMRON⁵³, devidamente calibrado.

Para evitar possíveis vieses, a pressão arterial foi medida três vezes com intervalo mínimo de três minutos entre cada medida, considerando-se para análise a média das duas últimas medidas.

Foram considerados indivíduos com pressão elevada aqueles cujos valores da pressão arterial sistólica (PAS) estavam ≥ 130 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 80 mmHg no momento da medida⁷. Além disso, foram considerados hipertensos os participantes que autorreferiram ter HAS, ainda que os valores pressóricos tenham apresentado dentro dos padrões considerados normais pela Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Os procedimentos para medida da pressão arterial estão detalhados no Manual do Entrevistador (**Apêndice C**), que contém como realizar as operações da coleta de dados. Foram utilizados para treinamento da equipe, servindo como protocolo de consulta durante a coleta dos dados na finalidade de minimizar erros de medida.

A circunferência do braço foi medida com uma fita métrica no ponto médio do braço direito, para escolha do manguito adequado ao braço do participante (22 a 32 cm tamanho

Médio; 32 a 42 cm tamanho Grande). A medida foi feita no braço direito exposto, apoiado sobre a mesa, na altura do coração devendo o indivíduo estar na posição sentada, de tal maneira que ficasse na posição horizontal, na altura do ponto médio do esterno. O registro das medidas foi feito com três algarismos (por exemplo: 142 de sistólica e 088 de diastólica) no caderno de questões da entrevista do participante. Foi firmemente orientado para que, sob hipótese alguma, fossem feitos arredondamentos ou aproximações, devendo ser registrado exatamente o valor visualizado no monitor.

3.6. Análise dos dados

O banco de dados foi estruturado por dois digitadores independentes, na finalidade de aumentar a confiabilidade dos dados coletados. As informações digitadas, armazenadas e analisadas estatisticamente com o auxílio do programa *R 4.0.2 (R Core Team, 2021)*.

As variáveis categóricas foram apresentadas em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). Foram comparadas segundo o grupo com o uso do teste do Qui-Quadrados. Para as variáveis contínuas foram apresentadas as médias e desvios-padrão, comparadas segundo o grupo com uso do teste t-Student. Para avaliação da normalidade das variáveis foi utilizado o teste Shapiro-wilk e dependendo do comportamento dessas variáveis foram considerados os seguintes testes: distribuição normal teste T Student e distribuição anormal Mann Whitney para variáveis contínuas.

Os efeitos das variáveis na hipertensão foram estimados por razão de chance obtidas por regressão logística com variância bivariada estimada pelo Odds Ratio (OR). As razões de chances foram apresentadas com o intervalo de confiança de 95% e o valor de $p \leq 0,05$.

Todos os dados foram analisados com o auxílio de um profissional estatístico.

3.7 Aspectos Éticos

Atendendo a resolução 466/2012, que trata de pesquisas e testes em seres humanos, estabelecendo normas que visam a proteção dos participantes de pesquisa, conforme preceitos éticos vigentes⁵⁴. O projeto de pesquisa, que originou este estudo, recebeu a carta de anuência das duas unidades hospitalares selecionadas (**Anexos A e B**). Este estudo teve início do contato com os profissionais após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAM, sob o CAAE: 25424819. 1. 0000. 5020, com número do parecer: 3. 783. 531, emitido em: 19 de dezembro de 2019 (**Anexo C**)

Para participar deste estudo, os indivíduos autorizaram a sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Apêndice A**).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo estão registrados os resultados e discussão da pesquisa no formato de dois manuscritos, sendo eles:

Manuscrito 1: Fatores de Risco para Hipertensão nos Profissionais da Enfermagem.

Manuscrito 2: Hipertensão e Transtorno Mental Comum em Profissionais da Enfermagem.

4.1 MANUSCRITO 1

Os dados referentes a este artigo seguiram aos itens recomendados para artigos originais da Revista Brasileira de Enfermagem REBEN, fator de impacto: 0.2219

PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS PARA HIPERTENSÃO NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Extraído da dissertação: “Trabalhadores da enfermagem: Um Estudo Epidemiológico”, Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas, 2021.

RESUMO

Objetivo: Identificar o fator de associação das variáveis socioeconômicas, laborais, antecedentes pessoais/familiares e de estilo de vida com hipertensão nos profissionais de enfermagem. **Métodos:** estudo transversal de associação, realizado com 394 profissionais de enfermagem, no período de janeiro a julho de 2020. Foi adotada a técnica da entrevista, sendo aplicado instrumento composto com questões semiestruturadas para levantamento das condições: Socioeconômicas, Laborais e Estilo de vida. As análises foram realizadas por meio de estatística descritiva e inferencial, adotando intervalo de confiança de 95% e valor de $p \leq 0,05$ como medida de precisão para identificação das variáveis consideradas fator de risco ou de proteção para hipertensão. **Resultados:** identificou-se associação com HAS as seguintes variáveis investigadas: a prevalência de hipertensão nos 394 profissionais de enfermagem foi de 22,8%. Entre as variáveis que se associaram a hipertensão destaca-se: idade [OR=1,08 (IC 95% 1,05-1,12); $p < 0,001$]; número de filhos [OR=1,22 (IC 95% 1,01-1,49); $p = 0,042$]; auxiliar de enfermagem [OR=5,02 (IC 95% 1,91-13,78); $p = 0,001$]; setor de atuação assistencial [OR=0,35 (IC 95% 0,16-0,79); $p = 0,008$]; utilizar transporte público coletivo (ônibus) [OR=2,06 (IC 95% 0,16-3,73); $p = 0,015$]; ex-tabagista [OR=2,85 (IC 95% 1,11-6,78); $p = 0,021$]; minutos sentado aos fins de semana [OR=0,91 (IC 95% 0,84-0,98); $p = 0,023$]; irregularmente ativo [OR=0,44 (IC 95% 0,21-0,88); $p = 0,022$]; diabetes [OR=4,09 (IC 95%

1,77-9,16); $p=0,001$]; histórico familiar de hipertensão, diabetes, dislipidemia [OR=2,34 (IC 95% 1,15-5,29); $p=0,028$]. No modelo ajustado por idade e fumo tivemos associação com hipertensão ser irregularmente ativo [OR=0,46 (IC=95% 0,21-0,95); $p=0,039$]. **Conclusão:** A associação com os fatores de risco estiveram presentes com destaque para a idade, número de filhos, uso do transporte coletivo urbano (ônibus), ex-tabagista, diabetes e ter histórico familiar de doenças cardiovasculares. A Associação com fatores de proteção esteve presente no setor de atuação assistencial, tempo sentado em minutos aos fins de semana e sendo irregularmente ativo. Os dados deste estudo evidenciam situação preocupante no estilo de vida dos profissionais de enfermagem, sendo pertinente a adoção de estratégias para praticarem atividade física no ambiente laboral e de incentivo à atividade física em seu horário livre.

Descritores: Estilo de Vida, Comportamento Alimentar, Consumo de Bebidas Alcoólicas, Higiene do Sono, Profissionais de enfermagem, Estresse Ocupacional, Hipertensão.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) atinge cerca de 30% da população adulta no mundo. Nas Américas estima-se que 250 milhões de indivíduos sofrem de hipertensão. Considerada um dos grandes desafios para a saúde pública, não somente por interferir no planejamento das ações de prevenção e controle da doença, mas por ser fator de risco para o desenvolvimento de comorbidades¹.

Segundo Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a HAS compõe o conjunto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV). A sua etiologia pode estar associada a predisposição genética, ambiental e/ou social. Embora seja de fácil diagnóstico e com possibilidade de tratamento, o desafio da terapêutica medicamentosa tem mostrado que a prevenção é a melhor opção custo-benefício, tanto para o paciente como para o sistema de saúde. Configura-se por elevação persistente da pressão arterial, pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, após a medida com a técnica correta por no mínimo dois momentos distintos e na privação de medicação anti-hipertensiva².

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, mostrou prevalência de HAS no Brasil de 24,7%, oscilando entre 16,9% e 28,5%. A prevalência em Manaus foi de 19,7%, sendo que no período de uma década (2008 a 2017), estima-se que 667.184 mil pessoas morreram, tendo como causa principal a HAS³.

O ambiente laboral, especificamente os das instituições de saúde, possuem fragilidades nas condições de trabalho que podem acarretar riscos à saúde do trabalhador. A sobrecarga

psíquica entre os trabalhadores da saúde é vista como um dos fatores relacionados ao sofrimento e adoecimento mental e físico⁴.

Estudo realizado com profissionais da saúde identificou prevalência de 52,8% de HAS autorreferida. Destes 41,6% eram enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem⁵. Quase metade dos PE vinculados a um hospital especializado do município de Feira de Santana (Bahia), referiram ter HAS (44,7%)⁶. Em relação aos profissionais de enfermagem (PE), a HAS representa 20,6% dentre todas as DCV, estando em menor proporção as doenças respiratórias (6,3%) e diabetes (5,5%)⁷.

A HAS e seus fatores associados, como: uso de contraceptivo hormonal em mulheres, tabagismo, etilismo, sedentarismo, estresse, alta ingestão de sal, obesidade e alimentação hipercalórica/hiperprotéica têm sido motivo recorrente de afastamento do trabalho entre os PE⁸. Estudos realizados PE, mostraram que 53% tem mais de dois locais de trabalho e 92% com jornadas por turno. Ambas as condições afetam diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores, contribuindo com aumento do estresse, sedentarismo e HAS^{9,10,11}

Em relação aos hábitos de vida, estudo mostrou que a maioria dos PE que atuavam em um hospital público e especializado da cidade do Rio de Janeiro (Brasil), era sedentário (65,4%) sem algum tipo de lazer (69,7%). Pouco menos da metade dos participantes consideraram-se estressados (44,6%). A média de sono diária foi de 6 horas, sendo a HAS a segunda comorbidade mais referida (25,5%), perdendo apenas para as dislipidemias (28,1%). A maior ingestão de bebida alcoólica estava entre os profissionais que trabalhavam em turnos (37,0%)¹².

Objetivo

Identificar o fator de associação das variáveis socioeconômicas, laborais, antecedentes pessoais/familiares e de estilo de vida com a hipertensão auto-referida nos profissionais de enfermagem.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP-UFAM), no ano de 2019.

Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, transversal de associação, com profissionais da enfermagem que atuavam em dois hospitais públicos da cidade de Manaus. O instrumento de coleta dos dados foi estruturado visando obter informações sobre as condições socioeconômicas, antecedentes pessoais/familiares e valores da pressão arterial do público alvo.

Além disso, foram aplicados questionários validados para identificação de transtorno mental comum e nível de atividade física.

Local

A pesquisa foi realizada em duas unidades hospitalares, da cidade de Manaus, caracterizadas como unidades de serviços assistenciais especializados em média a alta complexidade.

A unidade hospitalar 1 (UH1) é referência em alta complexidade em cirurgia Cardiovascular, Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Vascular de Alta Complexidade, Endovascular e Eletrofisiologia, atende à demanda do Estado do Amazonas e está inserida na rede de atendimento de Alta complexidade do SUS na Região Norte. Configura-se como unidade de médio porte, oferecendo atendimento de média a alta complexidade (CNES, 2019).

A unidade hospitalar 2 (UH2) é classificada como unidade de média complexidade, possui 376 leitos, distribuídos para oferta de atendimento aos pacientes com demanda de cuidados nas áreas de: ortopedia/traumatologia, clínica médica/cirúrgica, vascular, urologia, nefrologia, neurologia e oftalmologia. Também possui um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), especializado no atendimento intensivo de pacientes adultos, vítimas de queimaduras (CNES, 2019).

População e amostra

O público-alvo foram os PE (enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem) que atuavam nas enfermarias e nos setores administrativos de ambas as instituições.

A população que fez parte do estudo, foi estimada em 869 trabalhadores. O quantitativo de trabalhadores da UH1 era de 498, sendo 130 enfermeiros e 368 técnicos/auxiliares de enfermagem. Em relação à distribuição por turno, 299 trabalhavam no turno diurno e 199 no noturno.

O quantitativo de trabalhadores da UH2 era de 352, sendo 53 enfermeiros e 299 técnicos/auxiliares de enfermagem. Em relação à distribuição por turno, 208 trabalhavam no turno diurno e 163 no noturno.

Para o dimensionamento do tamanho da amostra, fez-se uso do programa bioestatístico e epidemiológico OpenEpi, versão 3, aplicando-se uma correlação de população finita. A amostra foi constituída de forma aleatória simples, considerando nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, considerando a prevalência de hipertensão para PE de 40%.

A seleção do público-alvo foi realizada por meio de sorteio, tomando por base a escala mensal de trabalho dos meses de janeiro a março de 2020, período de realização da coleta dos dados. Os PE de cada instituição foram listados em ordem numérica de 1 a N e sorteados por

um aplicativo de sorteio, de modo a permitir que todos tivessem a mesma possibilidade de participar da pesquisa.

Na UH1 foram realizados 6 sorteios, em cada um deles foram incluídos 51 PE, exceto o último que precisou somente 10 trabalhadores para completar o quantitativo amostral. Dentre os 265 profissionais sorteados, 29 recusaram participar da pesquisa, 12 desistiram e 14 estavam em um dos critérios de exclusão estabelecidos, finalizando uma amostra final de 210 participantes.

Na UH2 os mesmos procedimentos para seleção dos possíveis participantes foram adotados, com 5 sorteios contendo 50 PE em cada um. Dentre os 250 profissionais sorteados, 37 se recusaram a participar da pesquisa, 13 desistiram e 16 estavam em um dos critérios de exclusão estabelecidos, totalizando uma amostra de 184 participantes.

A amostra final, incluindo as duas unidades hospitalares, foi de 394 participantes. Foram incluídos os enfermeiros ou técnico/auxiliar de enfermagem, com 6 meses na instituição, que tinham vínculo com uma das empresas prestadoras de serviço (terceirizadas) ou estatutários na UH1 ou estatutário na UH2. Os trabalhadores que estavam em afastamento por qualquer motivo durante a coleta dos dados e Gestantes foram excluídos.

Coleta dos dados

A coleta de dados se deu por meio da técnica da entrevista, após capacitação prévia da equipe de pesquisadores para aplicar o instrumento e realizar a medida da pressão arterial. Os PE foram abordados em seus postos de trabalho de maneira individual. Os dados só foram coletados após a assinatura do TCLE pelo PE e ocorreu em duas etapas consecutivas:

1- **Etapa:** Aplicação do instrumento composto com questões semiestruturadas para levantamento das condições socioeconômicas e laborais. Para investigação do Estilo de vida foi utilizado os seguintes questionários validados: "Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)"; Versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ); e Mini-sleep Questionnaire.

O AUDIT, tem por objetivo rastrear o consumo de bebidas alcoólicas. Composto por dez questões, que variam de 0 a 40 pontos em quatro diferentes padrões de consumo: baixo risco (pontuação de 0 a 7); Uso de risco-padrão de consumo que aumenta o risco de consequências negativas para quem consome e para quem está a sua volta (8 a 15 pontos); Uso nocivo - pode levar a prejuízos físicos e mentais (16 a 19 pontos); Provável dependência - consumo persistente apesar das consequências comportamentais, cognitivas e fisiológicas pelo uso repetido do álcool (20 ou mais pontos)¹³.

O IPAQ em sua versão curta, é composto por sete questões abertas que permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada), na semana anterior à aplicação do questionário¹⁴.

O Mini-sleep Questionnaire, contém 10 questões com sete possibilidades de respostas que possibilitam escore de 10 a 70 pontos. Quanto maior o escore pior a qualidade do sono, podendo ser classificado em: *boa qualidade de sono (escore entre 10 e 24 pontos)*, *dificuldade leve (escore entre 25 e 27 pontos)*, *dificuldade moderada (escore entre 28 e 30)* e *dificuldade severa (escore acima de 30 pontos)*¹⁵.

2- **Etapa:** Constituiu na aferição da medida da pressão arterial dos PE, por meio de aparelho digital de braço, conforme às recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial² e o manual do fabricante do monitor de pressão arterial não invasivo, modelo HBP - 1100, marca OMRON¹⁶, devidamente calibrado.

Para evitar possíveis vieses, a pressão arterial foi medida três vezes com intervalo mínimo de três minutos entre cada medida, considerando-se para análise a média das duas últimas medidas. A classificação da PA foi dividida em três categorias: **Normal** (PAS ≥ 120 e ≤ 129 e/ou PAD ≥ 80 e ≤ 84), **Pré-Hipertensão** (PAS ≥ 130 e ≤ 139 e/ou PAD ≥ 85 e ≤ 89) e **Hipertensão** (PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg)². Foram considerados hipertensos os profissionais que referiram ter diagnóstico médico de hipertensão, independentemente do valor de PA durante a medida.

Análise dos dados

O banco de dados foi estruturado por dois digitadores independentes, e as informações armazenadas e analisadas estatisticamente com o auxílio do programa R 4.0.2 (R Core Team, 2021).

As variáveis categóricas foram apresentadas em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). Foram comparadas segundo o grupo com o uso do teste do Qui-Quadrados. Para as variáveis contínuas foram apresentadas as médias e desvios-padrão, comparadas segundo o grupo com uso do teste t-Student. Para avaliação da normalidade das variáveis foi utilizado o teste Shapiro-wilk e dependendo do comportamento dessas variáveis foram considerados os seguintes testes: distribuição normal teste T Student e distribuição anormal Mann Whitney para variáveis contínuas.

Os efeitos das variáveis na hipertensão foram estimados por razão de chance obtidas por regressão logística com variância bivariada estimada pelo Odds Ratio (OR). As razões de chances foram apresentadas com o intervalo de confiança de 95% e o valor de $p \leq 0,05$.

Todos os dados foram analisados com o auxílio de um profissional estatístico.

RESULTADOS

Dentre os 394 (100%) participantes do estudo, 82 (20,8%) são Enfermeiros, 278 (70,6%) Técnicos de Enfermagem e 34 (8,6%) Auxiliares de Enfermagem. A maioria são do sexo feminino (83,8%), com média de idade de 41,2 ($\pm 10,3$) anos, tem parceiro (50,5%) e filhos 1,5 ($\pm 1,3$). A renda mensal informada foi entre 1 a 3 salários mínimos (66%) e a maioria possui casa própria (74,1%).

Em relação às condições de trabalho o maior percentual de participantes, atuavam nos setores assistenciais 348 (88,3%) e no turno diurno 231 (58,9%). A média de tempo na instituição era 108,5 ($\pm 98,9$) meses, o equivalente a 13 anos aproximadamente. Um pouco mais da metade do grupo tinha vínculo Celetista/Prestador de serviço [202 (51,3%)], com média de jornada semanal de trabalho de 48,0 ($\pm 18,6$) horas.

A Tabela 1 apresenta a caracterização da prevalência da hipertensão arterial entre profissionais de enfermagem. Os PE que apresentaram níveis pressóricos sugestivos de pré-HAS [n=48(12,2%)], durante a medida casual, 31,2% auto referiram ser hipertensos. Dentre aqueles com valores pressóricos sugestivos de HAS pela medida [n= 60 (15,2%)], 31 (51,6%) informaram ter diagnóstico médico de hipertensão. Desta forma, a prevalência global de hipertensão arterial, considerando a medida casual (7,3%) e/ou autorreferida (15,5%) foi de 22,8%.

Tabela 1. Caracterização da prevalência da hipertensão arterial entre profissionais de enfermagem

Variáveis	Total n = 394 (%)
Classificação da pressão arterial (medida casual)	
Normal	286 (72,6)
Níveis pressóricos sugestivos à pré-hipertensão	48 (12,2)
Níveis pressóricos sugestivos à hipertensão	60 (15,2)
Níveis pressóricos (média das duas últimas medidas)	
Pressão arterial sistólica (mmHg) Média (DP)	121,2 (17,0)
Pressão arterial diastólica (mmHg) Média (DP)	75,0 (10,6)
Hipertensão autorreferida	
Sim	61 (15,5)
Não	333 (84,5)
Prevalência global de hipertensão arterial	90 (22,8)

A tabela 2 apresenta Razão de chance (OR) da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) autorreferida e seus intervalos de confiança (IC 95%), segundo as variáveis socioeconômicas e laborais dos profissionais de enfermagem. Em relação às variáveis socioeconômicas dos participantes que referiram ser hipertensos, foi observada associação positiva em relação à idade [1,08 (1,05-1,12)] ($p < 0,001$), revelando que a cada aumento de um ano de idade, aumenta em 8% a chance de o profissional desenvolver HAS. O mesmo pode ser observado na variável número de filhos [1,22 (1,01 - 1,49)], ($p < 0,042$) por indicar que a cada filho aumenta em 22% a chance de o profissional vir a ter a doença.

Em relação às variáveis laborais, os Auxiliares de Enfermagem apresentaram 5 vezes mais chance 5,02[1,91 - 13,78] de ter HAS, ($p = 0,001$) de apresentar HAS. Por outro lado, a variável setor de atuação na instituição mostrou diferenças entre os grupos [0,35 (0,16 - 0,79)] ($p < 0,001$) para menor risco, pois os profissionais que atuavam na assistência apresentaram 35% menor chance de ter HAS que os profissionais que atuavam no setor administrativo. O uso de transporte coletivo urbano (ônibus) aumentou em 2 vezes a chance de 2,06 [1,16 – 3,73], ($p = 0,015$) do profissional vir a ter hipertensão.

Tabela 2 - Razão de chance (OR) da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) autorreferida e seus intervalos de confiança (IC 95%), segundo as variáveis socioeconômicas e laborais dos profissionais de enfermagem da atenção especializada, Manaus, Amazonas, 2020.

Variáveis	Total n=394 (%)	HAS		p-valor
		autorreferida n=61 (%)	OR (IC 95%)	
Idade (anos) Média (DP)	41,2 ± 10,3	47,8 ± 9,8	1,08 (1,05 - 1,12)	<0,001
Sexo n(%)				
Feminino	330 (83,8)	50 (82,0)	1	
Masculino	64 (16,2)	11 (18,0)	1,16 [0,54 - 2,31]	0,680
Estado marital n(%)				
Com parceiro	199 (50,5)	31 (50,8)	1	
Sem parceiro	195 (49,5)	30 (49,2)	0,99 [0,57 - 1,7]	0,958
Média de filhos (DP)	1,5 ± 1,3	1,9 ± 1,1	1,22 [1,01 - 1,49]	0,042
Renda individual				
1 a 3 salários mínimos	260(66,0)	43(70,5)	1	
3 a 5 salários mínimos	93 (23,6)	14 (23,0)	0,89 [0,45 - 1,69]	0,739
≥ 5 Salários Mínimos	41(10,4)	4 (6,6)	0,55 [0,16 - 1,45]	0,272
Renda (dependentes) - Média (DP)	1,9 ± 1,4	2,0 ± 1,6	1,11 [0,92 - 1,33]	0,279
Tipo de moradia				
Casa própria	292 (74,1)	50 (82,0)	1	
Alugada	64 (16,2)	8 (13,1)	0,69 [0,29 - 1,47]	0,367
Cedida	35 (8,9)	2 (3,3)	0,29 [0,05 - 1,01]	0,100
Outra	3 (0,8)	1 (1,6)	2,42 [0,11 - 25,73]	0,474
Categoria Profissional n(%)				

Enfermeiro	82 (20,8)	9 (14,8)	1	
Técnico de Enfermagem	278 (70,6)	39 (63,9)	1,32 [0,64 - 3,03]	0,476
Auxiliar de Enfermagem	34 (8,6)	13(21,3)	5,02 [1,91 - 13,78]	0,001
Setor de atuação ^{n(%)}				
Administrativo	34 (8,6)	11(18,0)	1	
Assistencial	348 (88,3)	50 (82,0)	0,35 [0,16 - 0,79]	0,008
Turno de trabalho ^{n(%)}				
Diurno	23 (58,9)	35 (57,4)	1	
Noturno	16 (41,1)	26 (42,6)	1,08 [0,62 - 1,87]	0,789
Tempo de atuação (meses) Média (DP)				
	108,5 (± 98,9)	165,2 ± 114,3	1,01 [1,00 - 1,01]	<0,001
Tipo de vínculo ^{n(%)}				
Celetista/prestador de serviço	202 (51,3)	25 (41,0)	1	
Estatutário/Concursado	192 (48,7)	36 (59,0)	1,63 [0,94 - 2,87]	0,082
Vínculos empregatícios Média (DP)				
	1,4 ± 0,5	1,3 ± 0,5	0,82 [0,46 - 1,41]	0,483
Jornada semanal (semana) Média (DP)				
	48,0 ± 18,6	45,6 ± 17,1	0,99 [0,98 - 1,01]	0,286
Meio de transporte ^{n(%)}				
Carro	203 (54,0)	24 (40,7)	1	
Ônibus	143 (38,0)	31 (52,5)	2,06 [1,16 - 3,73]	0,015
Motocicleta	26 (6,9)	4 (6,8)	1,36 [0,37 - 3,92]	0,603
Outros	4 (1,1)	0 (0,0)	-	-
Deslocamento (minutos) Média (DP)				
	37,8 ± 29,7	45,5 ± 32,1	1,01 [1 - 1,02]	0,031

Na tabela 3 estão apresentadas a Razão de chance (OR) da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) autorreferida e seus intervalos de confiança (IC 95%), segundo o estilo de vida dos profissionais da enfermagem. Chama atenção que a maioria dos profissionais (34,8%) foi classificada como irregularmente ativo [0,44 (0,21 - 0,88)], ($p \leq 0,022$), indicando chance de 44% menor para desenvolver HAS. O tempo em minutos sentado nos finais de semana, também mostrou diferenças estatísticas, como fator de proteção em 91% [0,91 (0,84 - 0,98)], ($p < 0,023$) na chance de não ter a doença. Quanto ao tabagismo, houve diferença entre os participantes que informaram ter fumado (6,3%) com 2,85 (1,11 - 6,78) vezes maior chance para apresentar HAS, ($p = 0,021$).

Tabela 3 - Razão de chance (OR) da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) autorreferida e seus intervalos de confiança (IC 95%), segundo o estilo de vida dos profissionais da enfermagem da atenção especializada de saúde. Manaus. Amazonas, 2020.

Variáveis	Total n=394 (%)	HAS		p-valor
		autorreferida n=61 (%)	OR (IC 95%)	

Nível de atividade física ^{n(%)}				
Sedentário	105 (26,6)	23 (37,7)	1	
Irregularmente ativo	137 (34,8)	15 (24,6)	0,44 [0,21 - 0,88]	0,022
Ativo	131 (33,2)	22 (36,1)	0,72 [0,37 - 1,38]	0,322
Muito ativo	21 (5,3)	1 (1,6)	0,18 [0,01 - 0,93]	0,101
Minutos sentado durante a semana ^{Média (DP)}	281,4 (± 229,9)	236,3 ± 240,5	0,93 [0,85 - 1,01]	0,098
Minutos sentado finais de semana ^{Média (DP)}	336,3 (± 263,9)	264,7 ± 240,8	0,91 [0,84 - 0,98]	0,023
Ingestão de bebida alcoólica ^{n(%)}				
Baixo risco	357 (90,6)	55 (90,2)	1	
Risco	32 (8,1)	5 (8,2)	1,02 [0,33 - 2,55]	0,974
Alto risco	5 (1,3)	1 (1,6)	1,37 [0,07 - 9,50]	0,779
Classificação da qualidade do sono ^{n(%)}				
Boa qualidade do sono	115 (29,2)	15 (24,6)	1	
Alteração leve	52 (13,2)	9 (14,8)	1,40 [0,55 - 3,39]	0,468
Alteração moderada	45 (11,4)	5 (8,2)	0,83 [0,26 - 2,31]	0,740
Alteração severa	182 (46,2)	32 (52,5)	1,42 [0,74 - 2,83]	0,298
Tabagismo ^{n(%)}				
Não	353 (89,6)	50 (82,0)	1	
Já fumou	25 (6,3)	8 (13,1)	2,85 [1,11 - 6,78]	0,021
Sim	16 (4,1)	3 (4,9)	1,4 [0,31 - 4,53]	0,611
Hábitos alimentares fora do plantão ^{n(%)}				
Frutas				
2 vezes ou mais	332 (84,3)	52 (85,2)	1	
Não ou 1 vez	62 (15,7)	9 (14,8)	0,91 [0,4 - 1,89]	0,819
Hortalças				
2 vezes ou mais	280 (71,1)	45 (73,8)	1	
Não ou 1 vez	114 (28,9)	16 (26,2)	0,85 [0,45 - 1,55]	0,613
Alimentos ricos em gorduras				
2 vezes ou mais	333(84,5)	52 (85,2)	1	
Não ou 1 vez	61 (15,5)	9 (14,8)	0,94 [0,41 - 1,93]	0,864
Produtos açucarados				
2 vezes ou mais	243 (61,7)	37 (60,7)	1	
Não ou 1 vez	151 (38,3)	24/61 (39,3)	1,05 [0,6 - 1,83]	0,859
Bebidas industrializadas				
2 vezes ou mais	185 (47,0)	25 (41,0)	1	
Não ou 1 vez	209 (53,0)	36 (59,0)	1,33 [0,77 - 2,34]	0,310

Em relação a variável antecedentes pessoais, a diferença ocorreu entre os profissionais que informaram ter diabetes, com 4 vezes mais chance de ter HAS [4,09 (1,77 - 9,16)], (p=0,001). Dentre os profissionais que referiram ter algum familiar com DCV, houve diferença

quanto aos antecedentes de HAS, DM e Dislipidemia, aumentando em 2 vezes a chance [2,34 (1,15 - 5,29)] do profissional vir a ser hipertenso, ($p = 0,028$).

Na tabela 4 estão apresentados os modelos para cada uma das variáveis ajustadas por idade e fumo dos profissionais de enfermagem, permanecendo somente a variável nível de atividade física. Nota-se que a chance em profissionais irregularmente ativos é 46% [0,46 (0,21 - 0,95)] menor para o desfecho de hipertensão no grupo investigado, ($p = 0,039$).

Tabela 4 - Modelo para hipertensão autorreferida ajustado por idade e fumo entre os profissionais da enfermagem da atenção especializada. Manaus, Amazonas 2020.

Variáveis	OR ajustada (IC 95%)	p-valor
Classificação do nível de atividade física		
Irregularmente ativo	0,46 (0,21 - 0,95)	0,039
Ativo	0,82 [0,41 - 1,64]	0,572
Muito ativo	0,23 [0,01 - 1,27]	0,169
Classificação da ingestão de bebida alcóolica		
Risco	1,00 [0,31 - 2,70]	0,994
Alto risco	3,57 [0,17 - 28,45]	0,283
Classificação da qualidade do sono		
Dificuldade leve	1,61 [0,60 - 4,17]	0,335
Dificuldade moderada	0,93 [0,28 - 2,72]	0,896
Dificuldade severa	1,81 [0,9 - 3,79]	0,105

DISCUSSÃO

1. Variáveis socioeconômicas e laborais dos profissionais

A prevalência de HAS, considerando a medida casual e hipertensão autorreferida foi de 22,8% no grupo investigado. Estudos mostraram prevalências semelhantes nos profissionais da enfermagem em torno de 17%^{17,18}. Já a prevalência encontrada de pressão arterial elevada (pré-HAS e HAS) de 27,4%, é muito semelhante ao estudo que também teve como público-alvo os profissionais da enfermagem (27,7%)⁷.

Embora a menor escolaridade, condições de habitação inadequadas e baixa renda familiar não tenham apresentado diferenças estatísticas, estudo de revisão apontou risco de HAS, em adultos que vivem em condições semelhantes^{19,20,21}.

Neste estudo a HAS teve associação com o aumento da idade (8% a cada ano). Estudo realizado com PE identificou que entre 40 a 49 anos o profissional tem 3,26 vezes maior chance (IC=1,42-7,50, $p < 0,001$) de apresentar HAS e a partir de 50 anos tem 6,96 vezes maior chance (IC = 3,15 – 15,40, $p < 0,001$), o que corrobora com os resultados deste estudo²². Estudos mostraram que pessoas a partir dos 40 anos de vida estão mais propensas a ter HAS, bem como

outras doenças coronarianas. O processo de envelhecimento traz consigo mudanças intrínsecas, tais como: redução da distensibilidade dos vasos sanguíneos e aumento da resistência vascular periférica^{2,17,23,24,25}.

Chama muita atenção de que a cada filho a mais, aumenta em 22% a chance de desenvolvimento de HAS. Este achado deve ser melhor investigado visto que não foram encontrados estudos específicos sobre esta variável. Contudo, estressores ocupacionais, podem estar mais associados a sobrecarga de trabalho, não só laboral como também doméstico, que podem favorecer níveis de maior exposição a doenças cardiovasculares^{25,26}.

A categoria profissional auxiliar de enfermagem, mesmo sendo a minoria (8,6%), parece estar mais vulnerável a ter hipertensão (5 vezes maior chance). A maioria dos estudos agregam os auxiliares e técnicos de enfermagem, pois o grupo vem se demonstrando ser minoria e estar se extinguindo. Estudo com PE identificou que técnicos/auxiliares tinham 2,99 (IC=1,50 – 5,96, $p = 0,001$) vezes maior chance de adquirir HAS²⁷, outro estudo com PE identificou entre os técnicos/auxiliares de enfermagem 1,65 (IC = 1,06 – 2,58, $p = 0,027$) vezes maior chance de HAS²², corroborando com os achados deste estudo.

Outra variável laboral que apresentou associação à HAS, como fator protetivo foi atuar no setor assistencial da instituição de saúde (35% menor chance). O que nos chama a atenção para uma possível explicação são os achados de França e Ferrari²⁸ com desfecho para Síndrome de Burnout, os quais evidenciaram 6 vezes maior chance [OR= 5,73 (IC= 1,53-21,51 e $p = 0,01$)] de síndrome entre os PE que atuavam em setores administrativos quando comparados a assistência. Outra explicação são os dados nacionais sobre condições de saúde que indicaram que 42,6% das pessoas de 18 anos ou mais de idade eram fisicamente ativas no trabalho, sendo que 40,1% praticam 150 minutos de atividade física (andar e/ou se movimentar) no ambiente laboral²⁹, o que justificaria pelo fato de a rotina assistencial ser mais ativa que a administrativa.

Cabe destacar que um pouco mais da metade dos participantes (54%) utilizam carro próprio como meio de transporte para ir ao trabalho, entretanto foi o uso de transporte coletivo urbano (ônibus) que teve associação positiva para HAS (2,06 vezes maior chance). Não foi encontrado literatura que avalie este achado em PE ou profissionais de saúde, porém este achado pode ser explicado pelo estudo de Assunção e Pimenta realizado com trabalhadores de ônibus (motoristas e cobradores) que identificou uma prevalência de temperatura *insuportável* (20,7%) relatada pelos profissionais, aumentando 2 vezes a chance de hipertensão (OR= 1,80, IC=1,21-2,68, $p = 0,002$), no modelo ajustado por sexo e idade a vibração do corpo no ônibus

sentida pelos profissionais *quase sempre/sempre* aumenta 1,42 vezes (IC=1,09-1,84 p = 0,009) a chance de HAS, a associação entre vibração do ônibus e hipertensão salienta a relevância de se considerar a exposição, também de profissionais como usuários do transporte, na abordagem das morbidades cardiovasculares em adultos³⁰.

Quanto aos antecedentes pessoais e familiar, as diferenças estatísticas foram respectivamente para DM autorreferida (4 vezes maior chance) e HAS/DM/Dislipidemia (2 vezes maior chance). Estudos descritivos encontraram frequências de DM de 7,9%¹⁸, 5,5%⁷, 6,1%¹², 5,7%¹⁷ nos PE. Em relação ao profissional ter a diabetes como comorbidade, estudo realizado com dados da VIGITEL identificou que adultos com diabetes tinham 3 vezes maior chance de vir a ter HAS (IC=2,5 – 3,5 e p < 0,001)³. Tivemos uma prevalência de histórico familiar de doença cardiovascular de 74,6%, apresentando 2 vezes maior chance para de hipertensão entre os com histórico de HAS, DM e dislipidemia. Estudos com PE apresentaram prevalência de histórico familiar para DVC maior do que o encontrado neste estudo 57,1%³¹, 82,1%³².

2. Variáveis de Estilo de Vida

O fumo foi identificado na equipe de enfermagem estudada com uma frequência de 4,1%, e ex-fumantes tiveram quase 3 vezes maior chance de apresentar HA em relação àqueles que nunca fumaram. Esta frequência de fumo foi muito próxima a outros estudos com PE, onde podemos identificar frequência de 4,7³³ a 10,9%¹⁸. Pimenta e Assunção em seu estudo com PE evidenciou associação de 2 vezes maior chance (IC=1,20-3,04, p=0,006) de profissionais ex-fumantes e HAS²². Estudo realizado em adultos brasileiros, verificou que ex – fumantes tem 1 vez maior chance (IC=1,1-1,3 e p <0,001) de HAS³⁴. O tabagismo é um reconhecido fator de risco para HA, pois os componentes do cigarro induz à vasoconstrição e afetam a elasticidade das artérias, uma vez que a presença de nicotina e monóxido de carbono constitui agressão ao endotélio vascular, causando resposta inflamatória e acelerando o processo de aterosclerose^{19,35}. Uma possível explicação para tal é que o fato de parar de fumar pode desencadear sintomas de abstinência como aumento de apetite com consequente ganho de peso³⁶.

Em relação a atividade física foi identificado nos investigados prevalência de PE irregularmente ativos (34,8%), apresentando 44% de chance menor de obter HAS. Considera-se a irregularmente ativo um fator de risco independente associado à HA^{19,23,34,37}, Chama nossa atenção pelo fato de apesar de ser irregularmente ativo, ainda assim, agir de forma protetora, corroborando com as Diretrizes da OMS 2020 sobre atividade física e comportamento

sedentário, na qual foi modificadas as recomendações sobre como a atividade física aeróbica deve ser acumulada, por exemplo o requisito anterior de duração mínima de 10 minutos de atividade contínua foi removido e "alguma atividade física é melhor do que nenhuma"³⁸, isso é primordial para o momento pandêmico, no qual gerenciamos não só as restrições da Covid-19, como bloqueios e distanciamento físico que impuseram barreiras adicionais à atividade física³⁹

Uma explicação para estes profissionais estarem com uma prevalência classificada como irregularmente ativos é o fato de que para os PE tenham uma renda adequada para o sustento acaba assumindo longas jornadas de trabalho reduzindo sua motivação para a prática de atividade física, somando a falta de tempo e o cansaço físico que é fator mais influente para a não adesão a programas de exercícios físico (37,21%), seguido pelo tempo (23,26%), fatores associados a domínios (23,26%), limitações físicas (9,30%) e o cansaço (6,98%) razão esta identificada como uma das grandes causadoras do sedentarismo, além do maior uso de transporte privado como meio de condução ao trabalho, conforme identificado neste estudo e em outras literaturas^{40,41,42}.

Para a amostra estudada minutos sentados aos fins de semana apresentou 91% menos chance de obter HAS, não foi encontrado na literatura a respeito de comportamento sedentário em PE utilizando estes parâmetros, porém ao contrário do resultado encontrado neste estudo OMS diz, que comportamento sedentário está associado aos desfechos negativos à saúde, como mortalidade por todas as causas, por doenças cardiovasculares e câncer; incidência de doença cardiovascular, câncer e diabetes tipo 2⁴³ (WHO, 2020).

Em relação ao sono tivemos uma prevalência de dificuldade severa nos PE (46,2%) pela classificação do MSQ, nota-se, contudo que, não obtivemos evidências significativas de associação com HA. Porém está diretamente relacionada com a mortalidade cardiovascular e mortalidade global⁴⁴.

CONCLUSÃO

O estudo teve como objetivo identificar o fator de associação das variáveis socioeconômicas, laborais, antecedentes pessoais/familiares e de estilo de vida com hipertensão nos profissionais de enfermagem. Os achados deste estudo evidenciaram que entre os profissionais de enfermagem, a prevalência de HAS encontrada foi de 22,8%. Fatores socioeconômicos e laborais como idade, número de filhos, ser auxiliar de enfermagem, atuar na assistência, utilizar como meio de transporte para o trabalho ônibus, associaram-se ao desenvolvimento da HAS, assim como fatores de estilo de vida como ser ex-tabagista, passar

minutos sentados aos fins de semana, ter diabetes e histórico familiar de doenças cardiovasculares. A enfermagem se configura na maior prevalência dentre os profissionais de saúde e que além do cuidado e assistência aos clientes devem ser lembrados e incentivados ao autocuidado, a mudança no estilo de vida mais saudável, com ênfase para as práticas de atividade física.

Evidencia-se a importância de se elaborar estratégias de monitoramento dos valores da pressão arterial, assim como ações para que estes profissionais possam estar mais ativos fisicamente e assim agir de uma forma protetiva à hipertensão.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. [Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018external Icon](#). Accessed September 6, 2019
2. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Motagomes MA, Brandão AA, Feitos ADM, Machado CA, Et Al. Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial – 2020. Arq. Bras. Cardiol. 2021;116(3):516-658.
3. VIGITEL Brasil 2019: Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério Da Saúde, Secretaria De Vigilância Em Saúde, Departamento De Análise Em Saúde E Vigilância De Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: 2020. 132.: Il.
4. Fernandes GAB, Coelho ACO, Paschoalin HC, Sarquis LMM, Greco RM. Psychological Demands, Control And Social Support In The Work Of Community Health Agents. Cogitare Enferm. [Internet]. 2018 [Cited 2020 Aug 10]; (23)4: E55918. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/Ce.V23i4.55918>.
5. FERIATO, K. T. Et Al., Antihypertensive Treatment Adherence In Workers Of A General Hospital. Rev. Bras. Enferm., , V. 71, N. 4, P. 1875-1882, Ago. 2018 . Disponível Em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000801875&lng=pt&nrm=iso>. Acesso Em 29 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0469>.
6. Souza MNMS, Júnior DFM, Silva MVS, Costa JÁ, Sobrinho CLN. Trabalho E Saúde Dos Profissionais De Enfermagem De Um Hospital Especializado De Feira De Santana, Bahia. Revista Baiana De Saúde Pública. V35, Supl.1, P 38 – 54. Já.Jul. 2011. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.V35.N0.A146>.

7. Domingues JG, Silva BBC, Bierhals IO, Barros FC. Doenças Crônicas Não Transmissíveis Em Profissionais De Enfermagem De Um Hospital Filantrópico No Sul Do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2019 Jun [Citado 2021 Abr 18] ; 28(2): E2018298. Disponível Em: [Http://Scielo.Iec.Gov.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S167949742019000200020&Lng=Pt](http://Scielo.Iec.Gov.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S167949742019000200020&Lng=Pt). Epub 04-Jul-2019. [Http://Dx.Doi.Org/10.5123/S1679-49742019000200011](http://Dx.Doi.Org/10.5123/S1679-49742019000200011).
8. SILVA, R. M. Da Et Al. The Effects Of Work On The Health Of Nurses Who Work In Clinical Surgery Departments At University Hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , V. 24, E2743, 2016 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0104-11692016000100370&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0104-11692016000100370&Lng=En&Nrm=Iso)>. Access On 23 Aug. 2019. Epub Aug 08, 2016. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/1518-8345.0763.2743](http://Dx.Doi.Org/10.1590/1518-8345.0763.2743).
9. MEDEIROS S. M. Et Al. Possibilidades E Limites Da Recuperação Do Sono De Trabalhadores Noturnos De Enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 Mar;30(1):92-8.
10. SIMONETTI, S. H., KOBAYASHI, R. M., BIANCHI, E. R. F. Identificação Dos Agravos À Saúde Do Trabalhador De Enfermagem Em Hospital Cardiológico. *Saúde Coletiva*, 2010, V. 7, N. 41, P. 135-139.
11. SOARES, J. P. Et Al. Qualidade De Vida, Estresse, Nível De Atividade Física E Cronotipo Dos Auxiliares/Técnicos De Enfermagem Em Unidades De Pronto Atendimento Em Palmas/TO. ISSN: 2178-7514 Vol. 9| Nº. 1 | Ano 2017.
12. NASCIMENTO, J. O. V. Et Al . Trabalho Em Turnos De Profissionais De Enfermagem E A Pressão Arterial, Burnout E Transtornos Mentais Comuns. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo , V. 53, E03443, 2019 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0080-62342019000100425&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0080-62342019000100425&Lng=En&Nrm=Iso)>. Access On 07 Aug. 2019. Epub May 30, 2019. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/S1980-220x2018002103443](http://Dx.Doi.Org/10.1590/S1980-220x2018002103443).
13. BABOR, T. F., HIGGINS-BIDDLE, J. C, SAUNDERS, J. B, MONTEIRO, M. G & World Health Organization. Dept. Of Mental Health And Substance Dependence. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines For Use In Primary Healthcare / Thomas F. Babor...[Et Al.], 2nd Ed. Geneva: World Health Organization. Disponível Em: [Http://Www.Who.Int/Iris/Handle/10665/67205](http://Www.Who.Int/Iris/Handle/10665/67205).

14. HALLAL P.C, VICTORA C.G. Reliability And Validity Of The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc.* 2004;36(3):556
15. FALAVIGNA, Asdrubal Et Al. Consistency And Reliability Of The Brazilian Portuguese Version Of The Mini-Sleep Questionnaire In Undergraduate Students. *Sleep And Breathing*, [S.L.], V. 15, N. 3, P.351-355, 24 Jul. 2010. Springer Nature. [Http://Dx.Doi.Org/10.1007/S11325-010-0392-X](http://Dx.Doi.Org/10.1007/S11325-010-0392-X)
16. Manual De Instruções: Monitor De Pressão Arterial Profissional Monitor De Pressão Arterial Não Invasivo HBP-1100. OMRON®. Disponível Em: <https://Www.Farmadelivery.Com.Br/Media/Upload/Pdf/Manuais/Omron/Aparelho-Medidor-Pressao-Omron-Hpb1100.Pdf>
17. VALENTINI AB, VELOSO FC, ABUCHAIM ESV, SANTOS VB, LOPES JL. Fatores De Risco Cardiovascular Modificáveis Em Profissionais De Enfermagem Do Setor De Cardiologia: Estudo Transversal. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2020 [Acesso Em: 05 De Maio De 2021];22:59914. Disponível Em:<https://Doi.Org/10.5216/Ree.V22.59914>.
18. Magalhães FJ, Mendonça LBA, Rebouças CBA, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SC. Fatores De Risco Para Doenças Cardiovasculares Em Profissionais De Enfermagem: Estratégias De Promoção Da Saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [Acesso Em: 10 Jul. 2019];67(3):394-400. Disponível em: https://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S003471672014000300394&Lng=Pt&Nrm=Iso&Tlng=Pt.Http://Dx.Doi.Org/10.5935/0034-7167.20140052.
19. FIÓRIO CE, CESAR CLG, ALVES MCGP, GOLDBAU M. Prevalência De Hipertensão Arterial Em Adultos No Município De São Paulo E Fatores Associados. ARTIGO ORIGINAL. *Rev. Bras. Epidemiol.* 23. 2020 <https://Doi.Org/10.1590/1980-549720200052>.
20. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalence Of And Factors Associated With Self-Reported High Blood Pressure In Brazilian Adults. *Rev Saude Publica.* 2017;51 Suppl 1:11s.
21. Mills, K. T., Bundy, J. D., Kelly, T. N., Reed, J. E., Kearney, P. M., Reynolds, K., Chen, J., & He, J. (2016). Global Disparities Of Hypertension Prevalence And Control: A Systematic Analysis Of Population-Based Studies From 90 Countries. *Circulation*, 134(6), 441–450. <https://Doi.Org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912>

22. Pimenta AM, Assunção AA. Trabalho Noturno E Hipertensão Arterial Em Profissionais De Enfermagem Do Município De Belo Horizonte DOI: 10.4025/CiencCuidSaude.V14i3.2691, Cienc Cuid Saude 2015 Jul/Set; 14(3):1211-1219
23. ARAGÃO NSB, BARBOSA GBB, SANTOS CLC, NASCIMENTO DSS, VILAS BÔAS LBS, MARTINS JR DF, Et Al. Burnot Syndrome And Associated Factors In Intensive Care Unit Nurses. Rev Bras Enf. 2021; 74 (Suppl 3): E20190535. Doi: [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167-2019-0535](http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167-2019-0535)
24. BORDIGNON M, MOMTEIRO MI. Problemas De Saúde Entre Profissionais De Enfermagem E Fatores Relacionados. Rev Eletrônica Trimestral De Enfermaria. INSS 1695-6141, N 51, [Http://Dx.Doi.Org/10.6018/Eglobal.17.3.302351](http://Dx.Doi.Org/10.6018/Eglobal.17.3.302351), 2017.
25. Novaes Neto EM, Xavier ASG, Araújo TM. Factors Associated With Occupational Stress Among Nursing Professionals In Health Services Of Medium Complexity. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):E20180913. Doi: [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167-2018-0913](http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167-2018-0913)
26. Sousa LP; Guedes DR. A Desigual Divisão Sexual Do Trabalho: Um Olhar Sobre A Última Década. Estudos Avançados [Internet]. 2016 [Cited 2018 Feb 15];30(87):123-140. Available From: [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/S0103-40142016.30870008](http://Dx.Doi.Org/10.1590/S0103-40142016.30870008)
27. Pimenta AM, Assunção AA. Estresse No Trabalho E Hipertensão Arterial Em Profissionais De Enfermagem Da Rede Municipal De Saúde De Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Artigo • Rev. Bras. Saúde Ocup. 41 • 2016 • [Https://Doi.Org/10.1590/2317-6369000113515](https://Doi.Org/10.1590/2317-6369000113515)
28. França FM, Ferrari R. Occupational Stress And The Industry In Which The Nurses Of The Hospital Network. Revista Eletrônica Gestão & Saúde • Vol.03, Nº. 01, Ano 2012 P. 318-332.
29. BRASIL. Pesquisa Nacional De Saúde : 2019 : Acidentes, Violências, Doenças Transmissíveis, Atividade Sexual, Características Do Trabalho E Apoio Social : Brasil / IBGE, Coordenação De Trabalho E Rendimento. - Rio De Janeiro : IBGE, 2020.
30. Assunção AA, Pimenta AM. A Exposição À Vibração E A Hipertensão Arterial Em Trabalhadores Do Transporte Coletivo Metropolitano. Artigos • Rev. Bras. Saúde Ocup. 40 (132) • Dez 2015 • [Https://Doi.Org/10.1590/0303-7657000106214](https://Doi.Org/10.1590/0303-7657000106214)

31. Rodrigues, C.; Silva, J. P.; Cabral, C. V. S. Risk Factors For Developing High Blood Pressure (HAS) Among The Nursing Staff Interd. V. 9, N. 2, P. 117-126, Abr. Mai. Jun. 2016
32. Ferreira PPE. Risco Cardiovascular Em Profissionais De Enfermagem De Um Hospital Público Em Minas Gerais. Universidade Federal De Jiz De Fora. Faculdade De Enfermagem. Programana De Pós-Graduação Stricto Sensu. Mestrado Em Enfermagem. Dissertação De Mestrado Dissertação De Mestrado. 2018.
33. Chaves CS, Leitão MPC, Braga Junior ACR, Sirino ACA. Identificação De Fatores De Risco Para Doenças Cardiovasculares Em Profissionais Da Saúde. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2015 [Acesso Em: 16 Jul. 2019];22(1):39-46. Disponível Em: <Http://Www.Cienciasdasaude.Famerp.Br/Index.Php/Racs/Article/View/28>. <Https://Doi.Org/10.17696/2318-3691.22.1.2015.28>
34. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalence Of And Factors Associated With Self-Reported High Blood Pressure In Brazilian Adults. Rev Saude Publica. 2017;51 Suppl 1:11s.
35. Silva MAMRT. Efeitos Do Tabagismo Sobre O Sistema Cardiovascular: Hemodinâmica E Propriedades Elásticas Arteriais [Tese]. São Paulo: Faculdade De Medicina, Universidade De São Paulo; 2005.
36. Freire RS, Reis VMCP, Brito AB, Brito MFSF, Pinho L, Silva RRV, Et Al. Análise Das Inter-Relações Entre Os Fatores Que Influenciam A Pressão Arterial Em Adultos. Rev Saude Publica. 2020;54:147.
37. Beunza JJ, Martínez-González MA, Ebrahim S, Bes-Rastrollo M, Núñez J, Martínez JA, Et Al. Sedentary Behaviors And The Risk Of Incident Hypertension. The SUN Cohort. Am J Hypertens 2007; 20(11): 1156-62. <Https://Doi.Org/10.1016/J.Amjhyper.2007.06.007>
38. Diretrizes Da OMS 2020 Sobre Atividade Física E Comportamento Sedentário. Organização Mundial Da Saúde , Genebra 2020 <Https://Apps.Who.Int/Iris/Bitstream/Handle/10665/336656/9789240015128-Eng.Pdf> Data De Acesso: 20 De Dezembro De 2020
39. Porto LGG, Molina GE, Matsudo VK. Atividade Física E A Pandemia Do Coronavírus: Um Momento Urgente Para Mudar O Foco Das Recomendações. Ensaios Teóricos Em Atividade Física E Saúde. 2020; 25 : 1-5

40. Silva LC, Lopes JL, Lopes CT, Santos VB, Barros ALBL. Prevalence And Associations Between Related Factors And Defining Characteristics Of The Nursing Diagnosis Sedentary Lifestyle In Patients With Acute Coronary Syndrome. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2018 [Acesso Em: 20 Jul. 2019];30(4):234-38. Disponível Em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/2047-3095.12234>.
<https://doi.org/10.1111/2047-3095.12234>.
41. Lima JS, Ferrari GLM, Ferrari TK, Araujo TL, Matsudo VKR. Mudanças No Deslocamento Para O Trabalho E Na Atividade Física Da População De Três Municípios Da Região De São Paulo Nos Anos De 2000 E 2010. *Ver Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [Acesso Em: 18 Jul.2019];20(2):274-85. Disponível Em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2017000200274&lng=pt&tlng=pt. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020008>.
42. ASANO, R Y; MORAES, N F; MARTIN, K K De F F; LEME, T M De S; GARGAGLIONE, E M L; AGUIAR, S S; PALMEIRA, R; COELHO JUNIOR, H. Fatores Associados A Condição Física Ativa Em Pacientes Com Hipertensão Arterial Sistêmica: Um Estudo Transversal. *R. Bras. Ci. E Mov* 2016;24(1):5-15
43. Centers For Disease Control And Prevention (CDC). Hypertension Cascade: Hypertension Prevalence, Treatment And Control Estimates Among US Adults Aged 18 Years And Older Applying The Criteria From The American College Of Cardiology And American Heart Association's 2017 Hypertension Guideline—NHANES 2013–2016external Icon. Atlanta, GA: US Department Of Health And Human Services; 2019.
44. Gooneratne NS, Richards KC, Joffe M, Lam RW, Pack F, Staley B, Et Al. Sleep Disordered Breathing With Excessive Daytime Sleepiness Is A Risk Factor For Mortality In Older Adults. *Sleep*. 2011;34(4):435-42.
<https://doi.org/10.1093/sleep/34.4.435>.

4.2 – MANUSCRITO 2

Os dados referentes a este artigo seguiram aos itens recomendados para artigos originais da Revista Brasileira de Enfermagem REBEN, fator de impacto: 0.2219

ASSOCIAÇÃO ENTRE HIPERTENSÃO E TRANSTORNO MENTAL COMUM EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

Extraído da dissertação: “Trabalhadores da enfermagem: Um Estudo Epidemiológico”, Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas, 2021.

RESUMO

Objetivo: Identificar associação entre transtorno mental comum e hipertensão autorreferida com o uso do instrumento SRQ-20 nos profissionais de enfermagem. **Métodos:** estudo transversal de associação, realizado com 394 profissionais de enfermagem, no período de janeiro a julho de 2020. Foi adotada a técnica da entrevista, sendo aplicado instrumento composto com questões semiestruturadas para levantamento das condições: Socioeconômicas, Laborais e questionário validado denominado: “Self - Reporting Questionnaire” (SRQ-20) para rastrear a presença de TMC. As análises foram realizadas por meio de estatística descritiva e inferencial, adotando intervalo de confiança de 95% e valor de $p \leq 0,05$ como medida de precisão para identificação das variáveis consideradas fator de risco ou de proteção para hipertensão. Além disso, foi realizada a medida casual da pressão arterial sistêmica, na finalidade de obter a prevalência de valores pressóricos elevados. Os dados foram tabulados no programa *Excel*, versão 2016 e a análise realizada por meio de estatística descritiva e inferencial, adotando intervalo de confiança de 95% como medida de precisão para identificação das variáveis consideradas fator de risco ou de proteção para hipertensão. **Resultados:** A prevalência de transtorno mental comum foi de 29,3% entre os profissionais de enfermagem investigados. Entre as variáveis que se associaram a hipertensão destaca-se: *sente-se cansado o tempo* [OR=1,81 (IC=95% 1,03 – 3,16)] e *cansa-se com facilidade* [OR=2,20 (IC=95% 1,26 – 3,85); $p=0,005$], escore SRQ-20 [1,07 (1,01 – 1,14); 0,025] e presença de transtorno mental comum [2,64 (1,44 - 4,88); $p=0,002$] **Conclusão:** A associação entre transtorno mental comum e hipertensão autorreferida esteve presente nos profissionais da enfermagem investigados. Estratégias eficazes de prevenção e controle destas e outras comorbidades relacionadas, podem impactar positivamente nas condições de saúde dos profissionais de enfermagem, especialmente quando realizadas de forma contínua no ambiente laboral.

Descritores: Profissionais de enfermagem, Hipertensão, Saúde do Trabalhador, Transtornos Mentais, Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Estimativas apontam que 74% dos óbitos da população brasileira, em 2016, foram de algum tipo de Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), destes 28% foram por doenças cardiovasculares (DCV), tida como principal causa de morte, gerando gasto econômico elevado com internações e tratamentos¹.

A HAS configura-se por elevação sustentada da pressão arterial sistólica (PAS) a partir de 140 mmHg e/ou Pressão arterial diastólica (PAD) a partir de 90 mmHg. A pré-hipertensão é caracterizada por valores de PAS entre 130 e 139 e/ou PAD entre 85 e 89 mmHg. A HAS vem sendo um grande desafio para a saúde pública, por ser silenciosa, por ser passível de prevenção e ainda assim obter um quantitativo elevado de óbitos².

As instituições de saúde, independente do seu nível de atenção, têm como princípio norteador o atendimento das necessidades de cuidado dos pacientes, sendo fundamental que os processos de trabalho sejam estruturados e implantados em condições que favoreçam todas as atividades desempenhadas pelos trabalhadores³.

Condições insalubres de trabalho, configuram-se por relacionamentos interpessoais insatisfatórios, salários defasados, ausência de reconhecimento profissional e/ou falta de autonomia. Quando associados a condições precárias de vida do trabalhador, podem contribuir fortemente para o desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, das quais destaca-se a HAS⁴.

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan identificou, que no período de 2006 a 2019, foram registrados 11.442 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho⁵.

Os profissionais da saúde, especialmente os da enfermagem, exercem atividades laborais, predominantemente, voltadas para o atendimento das necessidades de cuidado biológico, psicossocial, cultural e espiritual à pessoa enferma, exigindo dedicação e atenção continuada nas vinte e quatro horas do dia. Por isso, é essencial que estes trabalhadores também busquem pela manutenção da sua saúde e bem estar⁶.

Estudos apontam que os profissionais da enfermagem (PE) têm negligenciado a sua saúde, não só nos aspectos físicos, mas também social e mental, deixando de cuidar de si próprio, trazendo prejuízos para a sua vida pessoal, laboral e social⁷. Em relação aos danos

psicológicos, o estudo mostrou que o transtorno mental comum (TMC) têm gerado efeitos danosos à saúde dos PE ($p=0,018$)⁸.

Mundialmente o TMC é considerado um problema de saúde pública, devido à sua natureza crônica e incapacitante, sendo classificado como um distúrbio psicótico, que pode comprometer a saúde e o bem-estar do indivíduo, ocasionando estigmas principalmente no ambiente de trabalho⁹. configura-se pela presença de sintomas não-psicóticos, tais como: insônia, mal-estar gástrico, fadiga, esquecimento, irritabilidade, diminuição da concentração, queixas somáticas, sentimento de inutilidade e dores de cabeça¹⁰.

Vale destacar, que o TMC se caracteriza como um transtorno mental menos severo e por isso é mais aceito socialmente. Contudo, do ponto de vista clínico, são imprecisos, dificultando o seu diagnóstico, levando em muitas ocasiões escassa atenção por parte das políticas públicas e do sistema de saúde¹¹.

No Brasil, o TMC ocupa a terceira posição de afastamento do trabalho, cujas causas de agravamento são: falta ou pouco apoio social, excesso de atribuições, desvalorização e más condições nos ambientes de trabalho¹². Entre os profissionais da saúde, ocupa a primeira posição de motivos para aposentadoria por invalidez (Martins 2017), com destaque para os PE, exigindo maior tempo de recuperação da saúde mental e conseqüentemente gerando mais gastos para o sistema de saúde¹³.

Estudos mostraram que 30% dos profissionais da saúde, incluindo os da enfermagem, apresentaram algum tipo de TMC¹⁴. A chance foi 2 vezes maior no sexo feminino e na população com idade ≤ 39 anos. Os sintomas mais frequentemente diagnosticados foram: depressão, reação negativa ao estresse, transtornos de ansiedade e irritabilidade¹⁵.

Ao considerar que o cotidiano laboral insalubre interfere na saúde física e mental do profissional, acarretando prejuízos às suas relações interpessoais dentro e fora do ambiente de trabalho, este estudo teve por objetivo: Identificar associação entre hipertensão autorreferida com transtorno mental comum, por meio do Questionário SRQ-20.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP-UFAM), no ano de 2019.

Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, transversal de associação, com profissionais da enfermagem que atuavam em dois hospitais públicos da cidade de Manaus. O instrumento de

coleta dos dados foi estruturado visando obter informações sobre as condições socioeconômicas, antecedentes pessoais/familiares e valores da pressão arterial do público-alvo. Além disso, foi aplicado o Questionário validado Questionário SRQ-20, cuja finalidade é rastrear a presença de TMC.

Local

A pesquisa foi realizada em duas unidades hospitalares da rede pública, da cidade de Manaus, caracterizadas como unidades de serviços assistenciais especializados em média a alta complexidade.

A unidade hospitalar 1 (UH1) é referência em alta complexidade em cirurgia Cardiovascular, Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Vascular de Alta Complexidade, Endovascular e Eletrofisiologia, atende à demanda do Estado do Amazonas e está inserida na rede de atendimento de Alta complexidade do SUS na Região Norte. Configura-se como unidade de médio porte, oferecendo atendimento de média a alta complexidade¹⁶.

A unidade hospitalar 2 (UH2) é classificada como unidade de média complexidade, possui 376 leitos, distribuídos para oferta de atendimento aos pacientes com demanda de cuidados nas áreas de: ortopedia/traumatologia, clínica médica/cirúrgica, vascular, urologia, nefrologia, neurologia e oftalmologia. Também possui um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), especializado no atendimento intensivo de pacientes adultos, vítimas de queimaduras¹⁶.

População e amostra

O público alvo foram os PE (enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem) que atuavam nas enfermarias e nos setores administrativos de ambas as instituições.

A população que fez parte do estudo, foi estimada em 869 trabalhadores. O quantitativo de trabalhadores da UH1 era de 498, sendo 130 enfermeiros e 368 técnicos/auxiliares de enfermagem. Em relação à distribuição por turno, 299 trabalhavam no turno diurno e 199 no noturno.

O quantitativo de trabalhadores da UH2 era de 352, sendo 53 enfermeiros e 299 técnicos/auxiliares de enfermagem. Em relação à distribuição por turno, 208 trabalhavam no turno diurno e 163 no noturno.

A amostra foi constituída de forma aleatória simples, considerando nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, considerando a prevalência de hipertensão para PE de 40%. A amostra final de PE foi de 210 para UH1 e 184 para UH2, totalizando o quantitativo de 394 profissionais. A seleção do público-alvo foi realizada por meio de sorteio, tomando por base a escala mensal de trabalho dos meses de janeiro a julho de 2020, período de realização da coleta dos dados. Os PE de cada instituição foram listados em ordem numérica de 1 a N e sorteados

por um programa de sorteio, de modo a permitir que todos tivessem a mesma possibilidade de participar da pesquisa.

Na UH1 foram realizados 6 sorteios, em cada um deles foram incluídos 51 PE, exceto o último que precisou somente de 10 trabalhadores para completar o quantitativo amostral. Dentre os 265 profissionais sorteados, 29 recusaram participar da pesquisa, 12 desistiram e 14 estavam em um dos critérios de exclusão estabelecidos, permitindo uma amostra final de 210 participantes.

Na UH2 os mesmos procedimentos para seleção dos possíveis participantes foram adotados, sendo 5 sorteios contendo 50 PE em cada um. Dentre os 250 profissionais sorteados, 37 se recusaram a participar da pesquisa, 13 desistiram e 16 estavam em um dos critérios de exclusão estabelecidos, totalizando uma amostra de 184 participantes. A amostra final, incluindo as duas unidades hospitalares, foi de 394 participantes. Foram incluídos os enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem, com 6 meses na instituição e que tinham vínculo com uma das empresas prestadoras de serviço (terceirizadas) ou estatutários na UH1 ou vínculo estatutário na UH2. Os trabalhadores que estavam afastados por qualquer motivo durante a coleta dos dados e Gestantes, foram excluídos.

Coleta dos dados

A coleta de dados se deu por meio da técnica da entrevista e medida da pressão arterial. O instrumento foi aplicado pela equipe de pesquisadores envolvidas no estudo, previamente capacitada. Os profissionais foram abordados em seus respectivos postos de trabalho de maneira individual. Os dados só foram coletados após a assinatura do TCLE, da seguinte forma:

1 - Etapa: Aplicação do instrumento composto com questões semiestruturadas para levantamento das condições: Socioeconômicas e laborais. Para rastreamento de TMC foi utilizado o Questionário SRQ-20.

A versão adaptada do SRQ-20, foi desenvolvida pela OMS com a finalidade de rastrear a presença de TMC, especialmente em grupos de trabalhadores¹⁷. Na versão em português do instrumento, os 20 primeiros itens são para investigar morbidades não psicóticas, como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas, humor depressivo/ansioso, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos¹⁸. Cada resposta afirmativa contabiliza o valor 1 e o escore final é o somatório destes valores. Os escores obtidos apresentam verossimilhança de presença de transtorno não psicótico, diversificando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Possui coeficiente alfa de Cronbach de 0,86 e apesar de apresentar alta sensibilidade (83%) e especificidade (80%), ainda é um

instrumento para rastreio e não de diagnóstico. Os pontos de corte são de 5 para o sexo masculino e 7 para o sexo feminino¹⁸

2ª Etapa: Constituiu na aferição da medida da pressão arterial dos PE, por meio de aparelho digital de braço, conforme às recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial² e o manual do fabricante do monitor de pressão arterial não invasivo, modelo HBP - 1100, marca OMRON¹⁹, devidamente calibrado.

Para evitar possíveis vieses, a pressão arterial foi medida três vezes com intervalo mínimo de três minutos entre cada medida, considerando-se para análise a média das duas últimas medidas. A classificação da PA foi dividida em três categorias: *Normal* (PAS ≥ 120 e ≤ 129 e/ou PAD ≥ 80 e ≤ 84), *Pré-Hipertensão* (PAS $\geq 130 \leq 139$ e/ou PAD $\geq 85 \leq 89$) e *Hipertensão* (PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg)². Foram considerados hipertensos os profissionais que referiram ter diagnóstico médico de hipertensão, independentemente do valor de PA durante a medida casual².

Análise dos dados

O banco de dados foi estruturado por dois digitadores independentes, e as informações armazenadas e analisadas estatisticamente com o auxílio do programa *R 4.0.2 (R Core Team, 2021)*.

As variáveis categóricas foram apresentadas em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). Foram comparadas segundo o grupo com o uso do teste do Qui-Quadrados. Para as variáveis contínuas foram apresentadas as médias e desvios-padrão, comparadas segundo o grupo com uso do teste t-Student. Para avaliação da normalidade das variáveis foi utilizado o teste Shapiro-wilk e dependendo do comportamento dessas variáveis foram considerados os seguintes testes: distribuição normal teste T Student e distribuição anormal Mann Whitney para variáveis contínuas.

Os efeitos das variáveis na hipertensão foram estimados por razão de chance obtidas por regressão logística com variância bivariada estimada pelo *Odds Ratio* (OR). As razões de chances foram apresentadas com o intervalo de confiança de 95% e o valor de $p \leq 0,05$.

Todos os dados foram analisados com o auxílio de um profissional estatístico.

RESULTADOS

Dentre os 394 (100%) participantes do estudo, 82 (20,8%) são Enfermeiros, 278 (70,6%) Técnicos de Enfermagem e 34 (8,6%) Auxiliares de Enfermagem. A maioria são do sexo feminino (83,8%), com média de idade de 41,2 ($\pm 10,3$) anos, tem parceiro (50,5%) e filhos

1,5 ($\pm 1,3$). A renda mensal informada foi entre 1 e 3 salários-mínimos (66%) e a maioria possui casa própria (74,1%).

Em relação às condições de trabalho o maior percentual de participantes, atuavam nos setores assistenciais 348 (88,3%) e no turno diurno 231 (58,9%). A média de tempo na instituição era 108,5 ($\pm 98,9$) meses, o equivalente a 13 anos aproximadamente. Um pouco mais da metade do grupo tinha vínculo Celetista/Prestador de serviço 202 (51,3%), com média de jornada semanal de trabalho de 48,0 ($\pm 18,6$) horas.

A prevalência de níveis pressóricos elevados, durante a medida casual, foi de 108 (27,4%) entre o grupo investigado. A proporção de participantes que informaram ter HAS foi de 61 (15,5%). Já a prevalência global de hipertensão arterial, considerando medida casual e/ou autorreferida, foi de 90 (22,8%).

Vale destacar que os participantes com HAS autorreferida apresentaram médias de PAS (139,8 $\pm 18,7$) e PAD (83,1 $\pm 13,8$) superior àqueles que não informaram ter a doença ($p < 0,001$). Chama a atenção que somente 11(18%) dos participantes hipertensos estavam tomando medicação anti-hipertensiva de forma regular.

A Tabela 1, mostra a HAS autorreferida segundo as condições socioeconômica, laboral e estilo de vida dos profissionais da enfermagem. Observamos que a média de idade do grupo foi de 40,0 ($\pm 9,9$) anos para os não hipertensos e 47,8 ($\pm 9,8$) anos para aqueles que informaram ter diagnóstico médico de HAS, com diferença estatística entre os grupos ($p < 0,001$). O mesmo podemos observar em relação a variável número de filhos, cuja média [1,9 ($\pm 1,1$)] foi maior entre o grupo que referiu ter a doença, ($p < 0,02$).

Quanto às características laborais, identificamos que a maioria dos participantes eram técnicos de enfermagem (70,6%), com menor proporção entre os PE que referiram ter a doença, ($p < 0,001$). Quase a totalidade dos participantes com HAS (82%), atuavam no setor assistencial, ($p=0,007$). A média de tempo (em meses) vinculados a instituição foi maior entre o grupo de hipertensos [165,2 ($\pm 114,3$)], cerca de quase 6 anos a mais que o grupo de não hipertensos (14 anos vs 8 anos), ($p < 0,001$). A média de tempo de deslocamento para o trabalho do grupo foi 37,8 ($\pm 29,7$) minutos, sendo mais elevada entre os profissionais com HAS 45,5 ($\pm 32,1$), minutos, ($p=0,041$). A média de minutos sentados durante o fim de semana foi de 336,3 ($\pm 263,9$), sendo mais elevada entre os profissionais com HAS 264,7 ($\pm 240,8$), com $p = 0,015$.

Tabela 1. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) autorreferida, segundo as condições socioeconômica, laboral e estilo de vida dos profissionais da enfermagem da atenção especializada de saúde. Manaus. Amazonas, 2020.

Variáveis	Hipertensão arterial autorreferida		Total n=394	p-valor
	Não n=333 (%)	Sim n=61 (%)		
Idade (anos)	40,0 ± 9,9	47,8 ± 9,8	41,2 ± 10,3	< 0,001
Sexo				
Feminino	280 (84,1)	50 (82,0)	330 (83,8)	0,706
Masculino	53 (15,9)	11 (18,0)	64 (16,2)	
Estado Marital				
Com parceiro	168 (50,5)	31 (50,8)	199 (50,5)	1,000
Sem parceiro	165 (49,5)	30 (49,2)	195 (49,5)	
Nº Filhos	1,5 ± 1,3	1,9 ± 1,1	1,5 ± 1,3	0,021
Novo - Renda Ind.				
1 A 3 Salários-Mínimos	217 (65,2)	43 (70,5)	260 (66,0)	0,532
3 A 5 Salários Mínimos	79 (23,7)	14 (23,0)	93 (23,6)	
5 ou mais Salários Mínimos	37 (11,1)	4 (6,6)	41 (10,4)	
Nº dependentes da renda familiar	1,8 ± 1,4	2,0 ± 1,6	1,9 ± 1,4	0,324
Nº de outros responsáveis pela renda	0,9 ± 0,9	0,9 ± 0,9	0,9 ± 0,9	0,969
Tipo de Moradia				
Casa própria	242 (72,7)	50 (82,0)	292 (74,1)	0,229
Alugada	56 (16,8)	8 (13,1)	64 (16,2)	
Cedida	33 (9,9)	2 (3,3)	35 (8,9)	
Outra	2 (0,6)	1 (1,6)	3 (0,8)	
Categoria Profissional				
Enfermeiro	73 (21,9)	9 (14,8)	82 (20,8)	< 0,001
Técnico de Enfermagem	239 (71,8)	39 (63,9)	278 (70,6)	
Auxiliar de Enfermagem	21 (6,3)	13 (21,3)	34 (8,6)	
Setor de atuação				
Administrativo	23 (6,9)	11 (18,0)	34 (8,6)	0,007
Assistencial	298 (89,5)	50 (82,0)	348 (88,3)	
Outros	12 (3,6)	0 (0,0)	12 (3,0)	
Turno de Trabalho				
Diurno	196 (59,2)	35 (57,4)	231 (58,9)	0,779
Noturno	135 (40,8)	26 (42,6)	161 (41,1)	
Tempo de atuação no hospital(m)	98,2 ± 92,3	165,2 ± 114,3	108,5 ± 98,9	< 0,001
Vínculo de trabalho				
Celetista/prestador de serviço	177 (53,2)	25 (41,0)	202 (51,3)	0,095
Estatutário/Concursado/Funcionário Público	156 (46,8)	36/61 (59,0)	192 (48,7)	
Nº de vínculos empregatícios	1,4 ± 0,5	1,3 ± 0,5	1,4 ± 0,5	0,468
Horas por semana no exérc. da enfermagem	48,4 ± 18,8	45,6 ± 17,1	48,0 ± 18,6	0,257

Meio de transporte para o trabalho				
Carro	179 (56,5)	24 (40,7)	203 (54,0)	0,075
Ônibus	112 (35,3)	31 (52,5)	143 (38,0)	
Motocicleta	22 (6,9)	4 (6,8)	26 (6,9)	
Outros	4/317 (1,3%)	0/ (0,0)	4 (1,1)	
Tempo de deslocamento até o trabalho (min)	36,4 ± 29,1	45,5 ± 32,1	37,8 ± 29,7	0,041
Fuma				
Não	303 (91,0)	50 (82,0)	353 (89,6)	0,055
Já fumou	17 (5,1)	8 (13,1)	25 (6,3)	
Sim	13 (3,9)	3 (4,9)	16 (4,1)	
IPAQ				
Sedentário	82 (24,6)	23 (37,7)	105 (26,6)	0,058
Irregularmente ativo	122 (36,6)	15 (24,6)	137 (34,8)	
Ativo	109 (32,7)	22 (36,1)	131 (33,2)	
Muito ativo	20 (6,0)	1 (1,6)	21 (5,3)	
Minutos sentado durante a semana	289,7 ± 227,3	236,3 ± 240,5	281,4 ± 229,9	0,112
Minutos sentado aos fins de semana	349,4 ± 266,1	264,7 ± 240,8	336,3 ± 263,9	0,015
AUDIT				
Escore AUDIT	2,0 ± 3,4	2,5 ± 3,9	2,1 ± 3,5	0,293
Baixo risco	302 (90,7)	55 (90,2)	357 (90,6)	0,961
Risco	27 (8,1)	5 (8,2)	32 (8,1)	
Alto risco	4 (1,2)	1 (1,6)	5 (1,3)	
MSQ				
Escore Mini Sleep	29,8 ± 8,7	31,6 ± 9,3	30,0 ± 8,8	0,154
Boa qualidade do sono	100 (30,0)	15 (24,6)	115 (29,2)	0,588
Dificuldade leve	43 (12,9)	9 (14,8)	52 (13,2)	
Dificuldade moderada	40 (12,0)	5 (8,2)	45 (11,4)	
Dificuldade severa	150 (45,0)	32 (52,5)	182 (46,2)	

A tabela 2 apresenta os sintomas de transtorno mental comum das duas unidades hospitalares. Apresentando diferença significativa entre os hospitais somente assusta-se *com facilidade*, havendo prevalência (33,3%) deste sintoma na UH 1 e prevalência total de 28,4% (112), com $p = 0,025$.

Tabela 2. Sintomas de Transtorno Mental Comum entre as duas unidades hospitalares.

Medida	Unidade 1 n=210 (%)	Unidade 2 n=184 (%)	Total n=394 (%)	P*
Tem dores de cabeça frequente	76 (36,2)	64(34,8)	140 (35,5)	0,833

Tem falta de apetite	27 (12.9)	24 (13.0)	51(12.9)	1.000
Dorme mal	114 (54.5)	98 (53.3)	212 (53)	0.840
Assusta-se com facilidade	70 (33.3)	42 (22.8)	112 (28.4)	0.025
Tem tremores nas mãos	34 (16.2)	25 (13.6)	59 (15.0)	0.483
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	139 (66.2)	106 (57.6)	245 (62.2)	0.096
Tem má digestão	74 (35.2)	75 (40.8)	149 (37.8)	0.298
Tem dificuldades de pensar com clareza	58 (27.6)	43 (23.4)	101(25.6)	0.356
Tem se sentido triste ultimamente	82 (39.0)	62 (33.7)	144 (36.5)	0.295
Tem chorado mais do que costume	41(19.5)	31 (16.8)	72 (18.3)	0.516
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias	45 (21.4)	53 (28.8)	98 (24.9)	0.102
Tem dificuldades para tomar decisões	57(27.1)	43 (23.4)	100 (25.4)	0.418
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso,lhe causa sofrimento)	21 (10.0)	31 (16.8)	52 (13.2)	0.053
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	7 (3.3)	9/ (4.9)	16 (4.1)	0.455
Tem perdido o interesse pelas coisas	47 (22.4)	31 (16.8)	78 (19.8)	0.205
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo	8 (3.8)	11 (6.0)	19 (4.8)	0.353
Tem tido ideia de acabar com a vida	8 (3.8)	8 (4.3)	16 (4.1)	0.804
Sente-se cansado(a) o tempo todo	62 (29.5)	61 (33.2)	123 (31.2)	0.448
Você se cansa com facilidade	64 (30.5)	62 (33.7)	126 (32.0)	0.517
Tem sensações desagradáveis no estômago	82 (39.0)	79 (42.9)	161 (40.9)	0.473
Escore SRQ	5.3 ± 3.9	5.2 ± 4.4	5.3 ± 4.2	0.762
Classificação (> 7 para mulheres, > 5 para homens) - Com presença de transtorno mental	61 (29.2)	54 (29.3)	115 (29.3)	1.000

(*) Teste Qui-quadrado ou t-student (contínuas);

A tabela 3 mostra a associação entre hipertensão autorreferida e os sintomas de TMC, nos profissionais da enfermagem. A chance do profissional “*Sentir-se cansado(a) o tempo*

todo” é de 1,81 vezes maior chance [1,81 (1,03 - 3,16)] de ocorrer entre os hipertensos, (p=0,038). O instrumento também mostra que “*Cansar com facilidade*”, tem 2,2 vezes maior chance de acontecer entre os profissionais com HAS [1,28 (0,73 - 2,21)], (p=0,005). No escore do SRQ-20 a cada 1 ponto aumenta 7% a chance de o profissional vir a apresentar HAS (OR = 1,07, IC = 1,01 - 1,14, p = 0,025). Apresentar rastreio para TMC aumenta 2,64 vezes a chance de PE (IC = 1,44 - 4,88, p = 0,002) ter HAS.

Tabela 3. Associação do Rastreamento de Transtorno Mental Comum, com a hipertensão autorreferida entre profissionais da enfermagem da atenção especializada de saúde. Manaus. Amazonas, 2020.

Variáveis	Hipertensão autorreferida		OR (IC 95%)	p-valor
	Não n=333 (%)	Sim n=61 (%)		
Tem dores de cabeça frequentes.	115 (34,5)	25 (41,0)	1,32 [0,75 - 2,29]	0,334
Tem falta de apetite.	44 (13,2)	7 (11,5)	0,85 [0,34 - 1,88]	0,710
Dorme mal.	180 (54,2)	32 (52,5)	0,93 [0,54 - 1,62]	0,800
Assusta-se com facilidade	91 (27,3)	21 (34,4)	1,4 [0,77 - 2,47]	0,260
Tem tremores nas mãos	45 (13,5)	14 (23,0)	1,91 [0,95 - 3,67]	0,061
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	204 (61,3)	41 (67,2)	1,30 [0,74 - 2,35]	0,379
Tem má digestão	119 (35,7)	30 (49,2)	1,74 [1,00 - 3,02]	0,048
Tem dificuldades de pensar com clareza	85 (25,5)	16 (26,2)	1,04 [0,54 - 1,9]	0,908
Tem se sentido triste ultimamente	116 (34,8)	28 (45,9)	1,59 [0,91 - 2,75]	0,101
Tem chorado mais do que costume	56 (16,8)	16 (26,2)	1,76 [0,91 - 3,28]	0,083
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias	77 (23,1)	21 (34,4)	1,75 [0,96 - 3,11]	0,063
Tem dificuldades para tomar decisões	81 (24,3)	19 (31,1)	1,41 [0,76 - 2,53]	0,262
Tem dificuldades no serviço ^(seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)	44 (13,2)	8 (13,1)	0,99 [0,41 - 2,12]	0,983
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	12 (3,6)	4 (6,6)	1,88 [0,51 - 5,61]	0,290
Tem perdido o interesse pelas coisas	61 (18,3)	17 (27,9)	1,72 [0,90 - 3,17]	0,088
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo	16 (4,8)	3(4,9)	1,02 [0,23 - 3,2]	0,970
Tem tido ideia de acabar com a vida	12 (3,6)	4 (6,6)	1,88 [0,51 - 5,61]	0,290
Sente-se cansado(a) o tempo todo	97(29,1)	26(42,6)	1,81 [1,03 - 3,16]	0,038
Você se cansa com facilidade	97(29,1)	29 (47,5)	2,2 [1,26 - 3,85]	0,005
Tem sensações desagradáveis no estômago?	133(39,9)	28 (45,9)	1,28 [0,73 - 2,21]	0,385
Escore SRQ	5,1 ± 4,1	6,4 ± 4,5	1,07 [1,01 - 1,14]	0,025
Com presença de transtorno mental*	89 (26,8)	26 (42,6)	2,64 (1,44 - 4,88)	0,002

*(> 7 para mulheres e homens); 1. Teste Qui-quadrado; 2. Modelo de regressão logística

DISCUSSÃO

Em relação às características socioeconômicas foi encontrada significância para idade e número de filhos. A idade com média de 47,8 ($\pm 9,8$) anos para aqueles que informaram ter diagnóstico médico de HAS, resultado semelhante foi encontrado em outro estudo com PE, que descreveu idade entre 40 a 49 anos e ($p < 0,001$)³⁰, em outro estudo com PE, foi encontrada uma média de idade de 40,42²⁰.

Em relação ao número de filhos foi identificado uma média maior 1,9 ($\pm 1,1$) entre o grupo que referiu ter a doença, corroborando com este resultado, temos o estudo de Magalhães que identificou que estes profissionais tinham de nenhum a 2 filhos²¹.

Quanto às características laborais, identificamos que a maioria dos participantes eram técnicos de enfermagem (70,6%). Estudos com PE identificaram maior prevalência de técnicos de enfermagem (35,2%²⁰, 43,0%²¹, 81,6%²²). Dos profissionais com HAS, a maioria atuava no setor assistencial (82%), tinham uma média de 14 anos de atuação na UH, e uma média de tempo de deslocamento para o t^{trabalho} de 45,5 ($\pm 32,1$), minutos. Infere-se que o predomínio de profissionais de nível de escolaridade médio (86,6%) e o longo tempo de serviço (média de 8,54 anos)²¹, aumentam a exposição a fatores de risco cardiovasculares. Em relação ao setor de atuação destes profissionais corroborou com o estudo de Machado, onde a atuação dos profissionais da enfermagem do setor público encontra-se predominantemente distribuída nos ambientes hospitalares e em unidades com atuação de perfil assistencial 94,7%²³. Achados similares relacionados a categoria profissional e tempo de serviço encontram-se apresentadas em estudos como o de Magalhães²¹ e Valentini²⁰ que reforçam a estreita relação dessas variáveis do trabalho com a exposição a fatores de risco cardiovascular.

Em relação ao tempo de deslocamento até o trabalho identificou-se uma média de 45,5 \pm 32,1 entre os profissionais com HAS estudados. Estudo realizado com PE de um hospital público em Feira de Santana, Bahia identificou uma prevalência de 30 minutos a 2 horas de deslocamento até o trabalho para técnicos de enfermagem (50,2%) e enfermeiros (10,7%)²⁴.

Em relação a comportamentos sedentários entre os PE foi identificada média de minutos sentados durante o fim de semana mais elevada entre os profissionais com HAS 264,7 ($\pm 240,8$), passar tempo significativo sentado é um comportamento sedentário e associado aos desfechos negativos à saúde, como mortalidade por todas as causas, por doenças cardiovasculares e câncer; incidência de doença cardiovascular, câncer e diabetes tipo 2²⁵.

Resultado deste estudo apresentou diferença significativa entre os hospitais somente assusta-se *com facilidade*, havendo prevalência (33,3%) deste sintoma na UH 1 e prevalência

total de 28,4% (112). Resultado similar foi identificado no estudo de Oliveira (28,9%), em PE de um hospital psiquiátrico público de médio porte situado no município do Rio de Janeiro²⁶.

Em relação à associação entre hipertensão autorreferida e os sintomas de TMC, nos profissionais da enfermagem. Foi encontrado apenas dois sintomas associados à HAS: “*Sentir-se cansado(a) o tempo todo*” é de 1,81 vezes maior chance é “*Cansar-se com facilidade*”, tem 2,2 vezes maior chance. O grupo de sintomas que apresentou a maior frequência são de diminuição da energia vital²⁶.

Em relação ao instrumento SRQ-20 cada 1 ponto aumenta 7% a chance de o profissional vir a apresentar HAS. Houve presença de TMC nos PE de 29,3%, tendo maior proporção no grupo de profissionais com HAS (42,6%), apresentar rastreio para TMC aumenta em 3 vezes a chance de PE ter HAS. Estudo identificou prevalência de TMC de 57,6% em PE que atuavam na assistência a pacientes com câncer em unidades de internação²⁷. Carlotto²⁸ em seu estudo sobre TMC em trabalhadores de unidades básicas de saúde, evidenciou prevalência de e 29,7% e identificou fatores associados como sexo e tipo de vínculo empregatício. Estudo realizado com agricultores que utilizam agrotóxicos do município de Três de Maio identificou prevalência de 47,9%, constatou-se que 30,5% dos agricultores com TMC relataram ter doença preexistente, dentre elas, a hipertensão foi a quinta doença mais referida por estes trabalhadores²⁹.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo indicaram que a prevalência de TMC entre os profissionais da enfermagem é uma realidade e que necessita de intervenção para promover melhor qualidade de vida a esses indivíduos. Também foi evidenciado TMC como fator de risco associado ao desenvolvimento de hipertensão nestes profissionais. No entanto, ainda, são escassos estudos voltados para estes profissionais e ainda com desfecho para hipertensão no intuito de se investigar fatores de risco para hipertensão, mais estudos baseados em outros aspectos se fazem necessários podendo vir a contribuir na melhoria da qualidade de vida dos profissionais da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Who. Mental Health In The Workplace - Information Sheet. 2019. Disponível Em: https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en.

2. Barroso Wks, Rodrigues Cis, Bortolotto La, Motagomes Ma, Brandão Aa, Feitos Adm, Machado Ca, Et Al. Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial – 2020. Arq. Bras. Cardiol. 2021;116(3):516-658.
3. Maestralli, B O. Como As Condições Adversas Do Ambiente De Trabalho Ruim Podem Afetar O Estado Emocional De Seus Empregados. Trabalho De Conclusão De Curso, Puc. Rio De Janeiro, 2017.
4. Sousa, K H J F Et Al . Transtornos Mentais Comuns Entre Trabalhadores De Enfermagem De Um Hospital Psiquiátrico. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo , V. 32, N. 1, P. 1-10, Feb. 2019 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0103-21002019000100002&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0103-21002019000100002&Lng=En&Nrm=Iso)>. Access On 07 Aug. 2019. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/1982-0194201900002](http://Dx.Doi.Org/10.1590/1982-0194201900002).
5. Brasil. [Sistema De Informação De Agravos De Notificação](#) (Sinan). Acessado Em: [Http://Portalsinan.Saude.Gov.Br/Doencas-E-Agravos](http://Portalsinan.Saude.Gov.Br/Doencas-E-Agravos)
6. Azevedo, B. D. S.; Nery, A. A.; Cardoso, J. P.. Estresse Ocupacional E Insatisfação Com A Qualidade De Vida No Trabalho Da Enfermagem. Texto Contexto - Enferm., Florianópolis , V. 26, N. 1, E3940015, 2017 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0104-07072017000100309&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0104-07072017000100309&Lng=En&Nrm=Iso)>. Access On 25 Aug. 2019. Epub Mar 27, 2017. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/0104-07072017003940015](http://Dx.Doi.Org/10.1590/0104-07072017003940015).
7. Lima Da Silva, J. L. Et Al. Arterial Pressure Control For Nursing Military Professionals. Revista De Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online, [S.L.], V. 8, N. 1, P. 3646-3666, Jan. 2016. Issn 2175-5361. Disponível Em: <[Http://Www.Seer.Unirio.Br/Index.Php/Cuidadofundamental/Article/View/3677](http://Www.Seer.Unirio.Br/Index.Php/Cuidadofundamental/Article/View/3677)>. Acesso Em: 28 July 2019. Doi:[Http://Dx.Doi.Org/10.9789/2175-5361.2016.V8i1.3646-3666](http://Dx.Doi.Org/10.9789/2175-5361.2016.V8i1.3646-3666).
8. Silva, R. M. Da Et Al. The Effects Of Work On The Health Of Nurses Who Work In Clinical Surgery Departments At University Hospitals. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , V. 24, E2743, 2016 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0104-11692016000100370&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0104-11692016000100370&Lng=En&Nrm=Iso)>. Access On 23 Aug. 2019. Epub Aug 08, 2016. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/1518-8345.0763.2743](http://Dx.Doi.Org/10.1590/1518-8345.0763.2743).

9. Opas - Organização Pan-Americana De Saúde. Organização Mundial Da Saúde. Determinantes Sociais E Riscos Para A Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis E Saúde Mental. Folha Informativa – Transtornos Mentais, 2018.
10. Portugal, F. B. Et Al. Qualidade De Vida Em Pacientes Da Atenção Primária Do Rio De Janeiro E São Paulo, Brasil: Associações Com Eventos De Vida Produtores De Estresse E Saúde Mental. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2016 Feb [15 De Abril De 2019] ; 21(2): 497-508.
11. Morais, M. De L. S. E; Segri, N. J. Prevalência De Transtornos Mentais Comuns Auto-Referidos E Sua Relação Com Os Serviços De Saúde Em Municípios Da Baixada Santista - Sp. **Bis, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, V. 13, N. 2, Out. 2011 . Disponível Em <[Http://Periodicos.Ses.Sp.Bvs.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1518-18122011000200007&Lng=Pt&Nrm=Iso](http://Periodicos.Ses.Sp.Bvs.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1518-18122011000200007&Lng=Pt&Nrm=Iso)>. Acessos Em 25 Ago. 2019.
12. Brasil. Secretaria De Previdência/Ministério Da Fazenda. Adoecimento Mental E Trabalho. A Concessão De Benefícios Por Incapacidade Relacionados A Transtornos Mentais E Comportamentais Entre 2012 E 2016. 1º Boletim Quadrimestral Sobre Benefícios Por Incapacidade, 2017.
13. Santana, L. De L. Et Al. Indicadores De Saúde Dos Trabalhadores Da Área Hospitalar. Rev. Bras. Enferm., Brasília , V. 69, N. 1, P. 30-39, Feb. 2016 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-71672016000100030&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-71672016000100030&Lng=En&Nrm=Iso)>. Access On 07 Aug. 2019. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167.2016690104i](http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167.2016690104i).
14. Carlotto, M. S. Transtornos Mentais Comuns Em Trabalhadores De Unidades Básicas De Saúde: Prevalência E Fatores Associados. Psicologia Argumento, [S.L.], V. 34, N. 85, Nov. 2017. Issn 1980-5942. Disponível Em: <[Https://Periodicos.Pucpr.Br/Index.Php/Psicologiaargumento/Article/View/23313](https://Periodicos.Pucpr.Br/Index.Php/Psicologiaargumento/Article/View/23313)>. Acesso Em: 07 Ago. 2019. Doi:[Http://Dx.Doi.Org/10.7213/Psicol.Argum.34.085.Ao04](http://Dx.Doi.Org/10.7213/Psicol.Argum.34.085.Ao04).
15. Alves, A. P. Et Al. Prevalence Of Common Mental Disorders Among Health Professionals. Rev Enferm Uerj, Rio De Janeiro, 2015 Jan/Fev; 23(1):64-9. Doi: [Http://Dx.Doi.Org/10.12957/Reuerj.2015.8150](http://Dx.Doi.Org/10.12957/Reuerj.2015.8150)
16. Cnes. Cadastro Nacional De Estabelecimentos De Saúde. Indicadores. Disponível Em: [Http://Cnes2.Datasus.Gov.Br](http://Cnes2.Datasus.Gov.Br).

17. Mari J. J., Williams P. A Validity Study Of A Psychiatric Screening Questionnaire (Srj-20) In Primary Care In The City Of São Paulo. Br J Psychiatry. 1986; 148: 23-6.
18. Santos Kob. Araújo Tm, Pinho Ps, Silva Ac. Avaliação De Um Instrumento De Mensuração De Morbidade Psíquica: Estudo De Validação Do Self Reporting Questionnaire (Srj-20). Rev Baiana Enferm. 2010;34(3):544-60
19. Manual De Instruções: Monitor De Pressão Arterial Profissional Monitor De Pressão Arterial Não Invasivo Hbp-1100. Omron®. Disponível Em:
<https://www.farmadelivery.com.br/media/upload/pdf/manuais/omron/aparelho-medidor-pressao-omron-hpb1100.pdf>
20. Valentini Ab, Veloso Fc, Abuchaim Esv, Santos Vb, Lopes Jl. Fatores De Risco Cardiovascular Modificáveis Em Profissionais De Enfermagem Do Setor De Cardiologia: Estudo Transversal. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2020 [Acesso Em:05 de maio de 2021];22:59914. Disponível Em:<https://doi.org/10.5216/ree.v22.59914>.
21. Magalhães Fj, Mendonça Lba, Rebouças Cba, Lima Fet, Custódio Il, Oliveira Sc. Fatores De Risco Para Doenças Cardiovasculares Em Profissionais De Enfermagem: Estratégias De Promoção Da Saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [Acesso Em: 10 Jul. 2019];67(3):394-400. Disponível Em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000300394&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140052.
22. Domingues Jg, Silva Bbc, Bierhals Io, Barros Fc. Doenças Crônicas Não Transmissíveis Em Profissionais De Enfermagem De Um Hospital Filantrópico No Sul Do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2019 Jun [Citado 2021 Abr 18]; 28(2): E2018298. Disponível Em:
http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742019000200020&lng=pt. Epub 04-Jul-2019. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742019000200011>.
23. Machado Mh, Koster I, Aguiar Filho W, Wermelinger Mmw, Freire Np, Pereira Ej. Labor Market And Regulatory Processes – Nursing In Brazil. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2020 Jan [Cited 2021 Apr 22]; 25(1): 101-112. Available From:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100101&lng=en. Epub Dec 20, 2019. [Doi: 10.1590/1413-81232020251.27552019](https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27552019).

24. Machado Lsf, Et Al. Agravos À Saúde Referidos Pelos Trabalhadores De Enfermagem Em Um Hospital Público Da Bahia. Rev Bras Enferm. 2014 Set-Out;67(5):684-91.
25. Diretrizes Da Oms 2020 Sobre Atividade Física E Comportamento Sedentário. Organização Mundial Da Saúde , Genebra 2020
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf>
Data De Acesso: 20 De Dezembro De 2020
26. Oliveira Eb, Silva Srcs, Sora Ab, Oliveira Ts, Valério Rl, Dias Lbs. Minor Psychic Disorders In Nursing Workers At A Psychiatric Hospital. Rev Esc Enferm Usp. 2020;54:E03543. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220x2018031903543>
27. Nascimento, J. O. V. Et Al . Trabalho Em Turnos De Profissionais De Enfermagem E A Pressão Arterial, Burnout E Transtornos Mentais Comuns. Rev. Esc. Enferm. Usp, São Paulo , V. 53, E03443, 2019 . Available From
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100425&lng=en&nrm=iso>. Access On 07 Aug. 2019. Epub May 30, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220x2018002103443>.
28. Carlotto Ms. Transtornos Mentais Comuns Em Trabalhadores De Unidades Básicas De Saúde: Prevalência E Fatores Associados. Psicolargum. 2016 Abr./Jun., 34(85), 133-146. Doi: 10.7213/psicol.argum.34.085.Ao04
29. Morin Pv Morin, Stumm Emf. Common Mental Disorders In Farmers, The Relationship With Pesticides, Physical Symptoms And Preexistent Diseases. Porto Alegre, 2018; 49(2), 196-205. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2018.2.26814>
30. Pimenta AM, Assunção AA. Trabalho Noturno E Hipertensão Arterial Em Profissionais De Enfermagem Do Município De Belo Horizonte DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v14i3.2691, Cienc Cuid Saude 2015 Jul/Set; 14(3):1211-1219

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo contou com a participação de 394 profissionais da enfermagem que atuam em duas unidades de atenção especializada em Manaus, Amazonas. Dos quais 82 (20,8%) são Enfermeiros, 278 (70,6%) Técnicos de Enfermagem e 34 (8,6%) Auxiliares de Enfermagem. A maioria são do sexo feminino (83,8%), com média de idade de 41 anos, com parceiro (a) (50,5%) e média de 2 filhos 1,5. Estes profissionais têm, em sua maioria, renda mensal informada entre 1 e 3 salários mínimos (66%) e possuem casa própria (74,1%).

Em relação às condições de trabalho o maior percentual de participantes, atuavam nos setores assistenciais 348 (88,3%) e no turno diurno 231 (58,9%). A média de tempo na instituição era 9 anos. Um pouco mais da metade do grupo tinha vínculo Celetista/Prestador de serviço 202 (51,3%), com média de jornada semanal de trabalho de 48,0 horas.

A prevalência de níveis pressóricos elevados, durante a medida casual foi de 108 (27,4%) entre o grupo investigado. A proporção de participantes que informaram ter HAS foi de 61 (15,5%). Já a prevalência global de hipertensão arterial, considerando medida casual e/ou autorreferida, foi de 90 (22,8%).

A partir do perfil epidemiológico destes profissionais da enfermagem identificou-se associação positiva indicando risco para o desenvolvimento da hipertensão: em relação às condições socioeconômicas e laborais idade, média de dois filhos, auxiliar de enfermagem, utilizar ônibus como meio de transporte para o trabalho. Em relação ao estilo de vida destes profissionais ser ex-tabagista, ter diabetes, ter histórico familiar de doenças cardiovasculares, além de sintomas de TMC como sentir-se cansado o tempo e cansar-se com facilidade e presença de transtorno mental comum. Associou-se de forma negativa à hipertensão agindo de forma protetiva ao desenvolvimento da hipertensão: setor de atuação assistencial, minutos sentado aos fins de semana, ser irregularmente ativo.

No modelo ajustado por idade e fumo tivemos associação negativa ao desenvolvimento de hipertensão irregularmente ativo.

Foi evidenciado uma lacuna na literatura, de estudo com ênfase nos fatores de riscos à hipertensão nos profissionais da enfermagem, logo é irrefutável a importância significativa dos achados deste estudo, visto que estes profissionais são a maior categoria dos profissionais de saúde. E que precisam urgentemente de um olhar tanto coletivo, quanto individualizado.

Esta pandemia veio reforçar ainda mais a importância dos profissionais da enfermagem, são eles que estão 24 horas na assistência e na gestão do cuidar. Estes profissionais adoeceram junto com a população tendo uma enorme exposição, precisaram estar na linha de frente ao enfrentamento à COVID-19, dando seu melhor e ainda assim preocupados consigo e com seus familiares.

É preciso ter um cuidado holístico e humano não só com os clientes, mas também com os que cuidam, e acima de tudo incentivar o autocuidado destes profissionais, que muitas vezes acabam por se esquecer deles próprios diante da rotina de alta demanda.

Este estudo foi realizado às vésperas do início da pandemia do COVID-19, portanto fazem-se relevantes estudos que possam avaliar, comparar a saúde destes profissionais antes, durante e pós pandemia.

6. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (Who). Noncommunicable Diseases (Ncd) Country Profiles. Geneva: World Health Organization, 2018c.
2. Opas – Organização Pan-Americana Da Saúde. Doenças Cardiovasculares, 2017. Disponível Em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096.
3. Acc/Aha Guideline On The Primary Prevention Of Cardiovascular Disease. Journal Of The American College Of Cardiology Mar 2019, 26029;
Doi:10.1016/j.jacc.2019.03.010
4. Brasil. Datasus – Sistema De Informação De Mortalidade. Disponível Em:
<http://www2.datasus.gov.br/Datasus/index.php?area=0205&id=6937>.
5. Sánchez Ig, Editora. Cuadernos Del Ose Sobre Políticas De Salud En La Eu 7: Urbanismo Y Salud Pública. Granada: Observatorio De Salud En Europa De La Escuela Andaluza De Salud Pública; 2012.
6. Vigitel Brasil 2019: Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério Da Saúde, Secretaria De Vigilância Em Saúde, Departamento De Análise Em Saúde E Vigilância De Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: 2020. 132.: Il.
7. Barroso Wks, Rodrigues Cis, Bortolotto La, Motagomes Ma, Brandão Aa, Feitos Adm, Machado Ca, Et Al. Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial – 2020. Arq. Bras. Cardiol. 2021;116(3):516-658.
8. Radovanovic, C. A. T. Et Al . Hipertensão Arterial E Outros Fatores De Risco Associados Às Doenças Cardiovasculares Em Adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , V. 22, N. 4, P. 547-553, Aug. 2014 . Available From
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400547&lng=en&nrm=iso>. Access On 29 July 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3345.2450>
9. Ferreira, A. P. De S; Szwarcwald, C. L.; Damacena, G. N. Prevalência E Fatores Associados Da Obesidade Na População Brasileira: Estudo Com Dados Aferidos Da Pesquisa Nacional De Saúde, 2013. Rev. Bras. Epidemiol., São Paul, V. 22, E190024, 2019 .
Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-

- 790x2019000100420&Lng=En&Nrm=Iso>. Acesso 12 Aug. 2019. Epub Apr 01, 2019. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/1980-549720190024](http://Dx.Doi.Org/10.1590/1980-549720190024).
10. Skliros Ea Et Al. Relationship Between Alcohol Consumption Elderly Greeks. The Nemea Primary Care Study. *Hellenic J Cardiol* 2012; 53: 26-32.
 11. Fonseca, F. De C. A. Et Al . A Influência De Fatores Emocionais Sobre A Hipertensão Arterial. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio De Janeiro , V. 58, N. 2, P. 128-134, 2009 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0047-20852009000200011&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0047-20852009000200011&Lng=En&Nrm=Iso)>. Access On 23 Aug. 2019. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/S0047-20852009000200011](http://Dx.Doi.Org/10.1590/S0047-20852009000200011).
 12. Who. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Isbn 978 92 4 150602 1, 2013.
 13. Ferreira, N. Do N.; Lucca, S. R. De. Síndrome De Burnout Em Técnicos De Enfermagem De Um Hospital Público Do Estado De São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo , V. 18, N. 1, P. 68-79, Mar. 2015 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1415-790x2015000100068&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1415-790x2015000100068&Lng=En&Nrm=Iso)>. Access On 23 Aug. 2019. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/1980-5497201500010006](http://Dx.Doi.Org/10.1590/1980-5497201500010006).
 14. Oliveira G. M. Et Al. Influência Do Turno De Trabalho Na Qualidade De Vida Dos Profissionais De Enfermagem De Um Hospital Público Do Noroeste Do Mato Grosso-Mt. *Rev. Cient. Sena Aires*. 2016; 5(1): 4-20.
 15. Silva, R. M. Da Et Al. The Effects Of Work On The Health Of Nurses Who Work In Clinical Surgery Departments At University Hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , V. 24, E2743, 2016 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0104-11692016000100370&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0104-11692016000100370&Lng=En&Nrm=Iso)>. Access On 23 Aug. 2019. Epub Aug 08, 2016. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/1518-8345.0763.2743](http://Dx.Doi.Org/10.1590/1518-8345.0763.2743).
 16. Maestrali, B. O. Como As Condições Adversas Do Ambiente De Trabalho Ruim Podem Afetar O Estado Emocional De Seus Empregados. *Trabalho De Conclusão De Curso*, Puc. Rio De Janeiro, 2017.
 17. Sousa, K. H. J. F. Et Al . Transtornos Mentais Comuns Entre Trabalhadores De Enfermagem De Um Hospital Psiquiátrico. *Acta Paul. Enferm.* São Paulo , V. 32, N. 1, P. 1-10, Feb. 2019 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0103-](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0103-)

- 21002019000100002&Lng=En&Nrm=Iso>. Access On 07 Aug. 2019.
[Http://Dx.Doi.Org/10.1590/1982-0194201900002](http://Dx.Doi.Org/10.1590/1982-0194201900002).
18. Montanholi, L. L.; Tavares, D. M. Dos S.; Oliveira, G. R. De. Estresse: Fatores De Risco Sem Trabalho De Enfermerio Hospitalar. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*, V. 59, N. 5, P. 661-665, Out. 2006. Disponível Em
<[Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-71672006000500013&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-71672006000500013&Lng=En&Nrm=Iso)>. Acesso Em 25 De Agosto De 2019.
[Http://Dx.Doi.Org/10.1590/S0034-71672006000500013](http://Dx.Doi.Org/10.1590/S0034-71672006000500013).
19. Azevedo, B. D. S.; Nery, A. A.; Cardoso, J. P. Estresse Ocupacional E Insatisfação Com A Qualidade De Vida No Trabalho Da Enfermagem. *Texto Contexto - Enferm., Florianópolis*, V. 26, N. 1, E3940015, 2017. Available From
[Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0104-07072017000100309&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0104-07072017000100309&Lng=En&Nrm=Iso). Access On 25 Aug. 2019. Epub Mar 27, 2017. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/0104-07072017003940015](http://Dx.Doi.Org/10.1590/0104-07072017003940015).
20. Medeiros S. M. Et Al. Possibilidades E Limites Da Recuperação Do Sono De Trabalhadores Noturnos De Enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (Rs)* 2009 Mar;30(1):92-8.
21. Simonetti, S. H., Kobayashi, R. M., Bianchi, E. R. F. Identificação Dos Agravos À Saúde Do Trabalhador De Enfermagem Em Hospital Cardiológico. *Saúde Coletiva*, 2010, V. 7, N. 41, P. 135-139.
22. Soares, J. P. Et Al. Qualidade De Vida, Estresse, Nível De Atividade Física E Cronotipo Dos Auxiliares/Técnicos De Enfermagem Em Unidades De Pronto Atendimento Em Palmas/To. *Issn: 2178-7514 Vol. 9| Nº. 1 | Ano 2017*.
23. Santos Kob. Araújo Tm, Pinho Ps, Silva Ac. Avaliação De Um Instrumento De Mensuração De Morbidade Psíquica: Estudo De Validação Do Self Reporting Questionnaire (Srq-20). *Rev Baiana Enferm.* 2010;34(3):544-60.
24. Lima Da Silva, J. L. Et Al. Arterial Pressure Control For Nursing Military Professionals. *Revista De Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online*, [S.L.], V. 8, N. 1, P. 3646-3666, Jan. 2016. *Issn 2175-5361*. Disponível Em:
<[Http://Www.Seer.Unirio.Br/Index.Php/Cuidadofundamental/Article/View/3677](http://Www.Seer.Unirio.Br/Index.Php/Cuidadofundamental/Article/View/3677)>. Acesso Em: 28 July 2019. *Doi:Http://Dx.Doi.Org/10.9789/2175-5361.2016.V8i1.3646-3666*.
25. Cofen. Conselho Federal De Enfermagem. Resolução Cofen Nº 543/2017. Acesso Em: Citado 16 De Maio De 2019.

26. Nascimento, J. O. V. Et Al . Trabalho Em Turnos De Profissionais De Enfermagem E A Pressão Arterial, Burnout E Transtornos Mentais Comuns. Rev. Esc. Enferm. Usp, São Paulo , V. 53, E03443, 2019 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0080-62342019000100425&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0080-62342019000100425&Lng=En&Nrm=Iso)>. Access On 07 Aug. 2019. Epub May 30, 2019. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/S1980-220x2018002103443](http://Dx.Doi.Org/10.1590/S1980-220x2018002103443).
27. Souza, L. P. S. E Et Al . Prevalência De Transtornos Mentais Comuns Em Adultos No Contexto Da Atenção Primária À Saúde. Revista Portuguesa De Enfermagem De Saúde Mental, Porto , N. 18, P. 59-66, Dez. 2017 . Disponível Em <[Http://Www.Scielo.Mec.Pt/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1647-21602017000300009&Lng=Pt&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Mec.Pt/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1647-21602017000300009&Lng=Pt&Nrm=Iso)>. Acessos Em 26 Ago. 2019. [Http://Dx.Doi.Org/10.19131/Rpesm.0193](http://Dx.Doi.Org/10.19131/Rpesm.0193)
28. Feriato, K. T. Et Al., Antihypertensive Treatment Adherence In Workers Of A General Hospital. Rev. Bras. Enferm., , V. 71, N. 4, P. 1875-1882, Ago. 2018 . Disponível Em <[Http://Www.Revenf.Bvs.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-71672018000801875&Lng=Pt&Nrm=Iso](http://Www.Revenf.Bvs.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-71672018000801875&Lng=Pt&Nrm=Iso)>. Acessos Em 29 Jul. 2019. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167-2016-0469](http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167-2016-0469).
29. Morais, M. De L. S. E; Segri, N. J. Prevalência De Transtornos Mentais Comuns Auto-Referidos E Sua Relação Com Os Serviços De Saúde Em Municípios Da Baixada Santista - Sp. Bis, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, V. 13, N. 2, Out. 2011 . Disponível Em <[Http://Periodicos.Ses.Sp.Bvs.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1518-18122011000200007&Lng=Pt&Nrm=Iso](http://Periodicos.Ses.Sp.Bvs.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1518-18122011000200007&Lng=Pt&Nrm=Iso)>. Acessos Em 25 Ago. 2019.
30. Portugal, F. B. Et Al. Qualidade De Vida Em Pacientes Da Atenção Primária Do Rio De Janeiro E São Paulo, Brasil: Associações Com Eventos De Vida Produtores De Estresse E Saúde Mental. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2016 Feb [15 De Abril De 2019] ; 21(2): 497-508.
31. Opas - Organização Pan-Americana De Saúde. Organização Mundial Da Saúde. Determinantes Sociais E Riscos Para A Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis E Saúde Mental. Folha Informativa – Transtornos Mentais, 2018.
32. Who. Mental Health In The Workplace - Information Sheet. 2019. Disponível Em: [Https://Www.Who.Int/Mental_Health/In_The_Workplace/En](https://Www.Who.Int/Mental_Health/In_The_Workplace/En).

33. Brasil. Secretaria De Previdência/Ministério Da Fazenda. Adoecimento Mental E Trabalho. A Concessão De Benefícios Por Incapacidade Relacionados A Transtornos Mentais E Comportamentais Entre 2012 E 2016. 1º Boletim Quadrimestral Sobre Benefícios Por Incapacidade, 2017.
34. Martins, J. T. Et Al. Aposentadoria Por Invalidez De Trabalhadores Da Área Da Saúde De Um Hospital Universitário Disability Retirement Of Workers In The Health Field At A University Hospital. *Revista De Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online*, [S.L.], V. 9, N. 1, P. 122-127, Jan. 2017. Issn 2175-5361. Disponível Em: <[Http://Www.Seer.Unirio.Br/Index.Php/Cuidadofundamental/Article/View/5035](http://Www.Seer.Unirio.Br/Index.Php/Cuidadofundamental/Article/View/5035)>. Acesso Em: 07 Aug. 2019. Doi:[Http://Dx.Doi.Org/10.9789/2175-5361.2017.V9i1.122-127](http://Dx.Doi.Org/10.9789/2175-5361.2017.V9i1.122-127).
35. Marques, D. De O. Et Al. Absenteeism – Illness Of The Nursing Staff Of A University Hospital. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , V. 68, N. 5, P. 876-882, Oct. 2015 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-71672015000500876&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-71672015000500876&Lng=En&Nrm=Iso)>. Access On 07 Aug. 2019. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167.201568051i](http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167.201568051i).
36. Santana, L. De L. Et Al. Indicadores De Saúde Dos Trabalhadores Da Área Hospitalar. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , V. 69, N. 1, P. 30-39, Feb. 2016 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-71672016000100030&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-71672016000100030&Lng=En&Nrm=Iso)>. Access On 07 Aug. 2019. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167.2016690104i](http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167.2016690104i).
37. Carlotto, M. S. Transtornos Mentais Comuns Em Trabalhadores De Unidades Básicas De Saúde: Prevalência E Fatores Associados. *Psicologia Argumento*, [S.L.], V. 34, N. 85, Nov. 2017. Issn 1980-5942. Disponível Em: <[Https://Periodicos.Pucpr.Br/Index.Php/Psicologiaargumento/Article/View/23313](https://Periodicos.Pucpr.Br/Index.Php/Psicologiaargumento/Article/View/23313)>. Acesso Em: 07 Ago. 2019. Doi:[Http://Dx.Doi.Org/10.7213/Psicol.Argum.34.085.Ao04](http://Dx.Doi.Org/10.7213/Psicol.Argum.34.085.Ao04).
38. Alves, A. P. Et Al. Prevalence Of Common Mental Disorders Among Health Professionals. *Rev Enferm Uerj*, Rio De Janeiro, 2015 Jan/Fev; 23(1):64-9. Doi: [Http://Dx.Doi.Org/10.12957/Reuerj.2015.8150](http://Dx.Doi.Org/10.12957/Reuerj.2015.8150).
39. Rodrigues, E. P. Et Al . Prevalência De Transtornos Mentais Comuns Em Trabalhadores De Enfermagem Em Um Hospital Da Bahia. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , V. 67, N. 2, P. 296-301, Apr. 2014 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-](http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-)

- 71672014000200296&Lng=En&Nrm=Iso>. Access On 07 Aug. 2019.
[Http://Dx.Doi.Org/10.5935/0034-7167.20140040](http://Dx.Doi.Org/10.5935/0034-7167.20140040).
40. Fernandes Ma, Soares Lmd, Silva Jse. Transtornos Mentais Associados Ao Trabalho Em Profissionais De Enfermagem: Uma Revisão Integrativa Brasileira. *Rev Bras Med Trab.*2018;16(2):218-224. Sociedade Brasileira De Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial Issn-0066-782x, Volume 107, Nº 3, Supl. 3setembro 2016.
 41. Pinto, A. P. C. De M Et Al. Estresse No Cotidiano Dos Profissionais De Enfermagem: Reflexos Da Rotina Laboral Hospitalar. *Revenferm Ufsm [Internet]*. 2016 [Citado 16 De Maio De 2019];6(4):548–58.
 42. Cofen. Conselho Federal De Enfermagem. Resolução Cofen Nº 564/2017. Acesso Em: 22 De Abril De 2019.
 43. Filho, I. M. De M., Almeida, R. J. De. Estresse Ocupacional No Trabalho Em Enfermagem No Brasil: Uma Revisão Integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 29(3): 447-454, Jul./Set., 2016.
 44. Rodrigues, C. C. F. M.; Santos, V. E. P.; Sousa, P. Segurança Do Paciente E Enfermagem: Interface Com Estresse E Síndrome De Burnout. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , V. 70, N. 5, P. 1083-1088, Oct. 2017 . Available From <[Http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-71672017000501083&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0034-71672017000501083&Lng=En&Nrm=Iso)>. Access On 23 Aug. 2019.
[Http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167-2016-0194](http://Dx.Doi.Org/10.1590/0034-7167-2016-0194).
 45. Cnes. Cadastro Nacional De Estabelecimentos De Saúde. Indicadores. Disponível Em: [Http://Cnes2.Datasus.Gov.Br](http://Cnes2.Datasus.Gov.Br).
 46. Mari J. J., Williams P. A Validity Study Of A Psychiatric Screening Questionnaire (Srq-20) In Primary Care In The City Of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986; 148: 23-6.
 47. Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C, Saunders, J. B, Monteiro, M. G & World Health Organization. Dept. Of Mental Health And Substance Dependence. (2001). *Audit :The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines For Use In Primary Healthcare / Thomas F. Babor...[Et Al.]*, 2nd Ed. Geneva: World Health Organization. Disponível Em: [Http://Www.Who.Int/Iris/Handle/10665/67205](http://Www.Who.Int/Iris/Handle/10665/67205).
 48. Andrade A.G, Duarte P.C.A.V, Oliveira L.G. I Levantamento Nacional Sobre O Uso De Álcool, Tabaco E Outras Drogas Entre Universitários Das 27 Capitais Brasileiras – Secretaria Nacional De Políticas Sobre Drogas. Brasília; 2010.

49. Moretti-Pires R.O, Corradi-Webster C.M. Adaptação E Validação Do Alcohol Use Disorder Identification Test (Audit) Para População Ribeirinha Do Interior Da Amazônia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(3): 497-509.
50. Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira Lc, Et Al. Questionário Internacional De Atividade Física (Ipaq): Estudo De Validade E Reprodutibilidade No Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2001; 6:5-18.
51. Hallal P.C, Victora C.G. Reliability And Validity Of The International Physical Activity Questionnaire (Ipaq). *Med Sci Sports Exerc*. 2004;36(3):556
52. Falavigna, Asdrubal Et Al. Consistency And Reliability Of The Brazilian Portuguese Version Of The Mini-Sleep Questionnaire In Undergraduate Students. *Sleep And Breathing*, [S.L.], V. 15, N. 3, P.351-355, 24 Jul. 2010. Springer Nature.
[Http://Dx.Doi.Org/10.1007/S11325-010-0392-X](http://dx.doi.org/10.1007/s11325-010-0392-x)
53. Manual De Instruções: Monitor De Pressão Arterial Profissional Monitor De Pressão Arterial Não Invasivo Hbp-1100. Omron®. Disponível Em:
[Https://Www.Farmadelivery.Com.Br/Media/Upload/Pdf/Manuais/Omron/Aparelho-Medidor-Pressao-Omron-Hpb1100.Pdf](https://www.farmadelivery.com.br/media/upload/pdf/manuais/omron/aparelho-medidor-pressao-omron-hpb1100.pdf)
54. Cns. Conselho Nacional De Saúde. Resolução 466/2012. Disponível Em:
[Http://Bvsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Saudelegis/Cns/2013/Res0466_12_12_2012.Htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm)

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência da UH 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FRANCISCA MENDES
CENTRO DE ENSINO E PESQUISA



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO", sob a coordenação e responsabilidade do(a) pesquisador(a) GABRIELA DE OLIVEIRA SOUZA RAMOS da UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, o qual terá o apoio desta Instituição.

Manaus, 24 de setembro de 2019

Juliana Dias Palheta Braga

Dra Juliana Dias Palheta Braga

Diretora do Hospital Universitário Francisca Mendes

ANEXO B – Carta de anuência da UH 2



HOSPITAL E PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO

CARTA DE ANUÊNCIA

O Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, no uso de suas atribuições, autoriza a realização da pesquisa intitulada "**CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO**", orientada pelo Prof^o Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho, co-orientado pela Prof^a Dr^a Noeli das Neves Toledo e executado pela mestrandia Gabriela de Oliveira Souza Ramos, aluna regular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico da Universidade do Estado do Pará em associação com a Universidade Federal do Amazonas

A coleta de dados será permitida após entrega do aceite do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) ao Núcleo de Educação Permanente do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.

Em 11 de Setembro de 2019.

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação


EDUARDO MELO DE MESQUITA JÚNIOR
DIRETOR GERAL

HOSPITAL E PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO

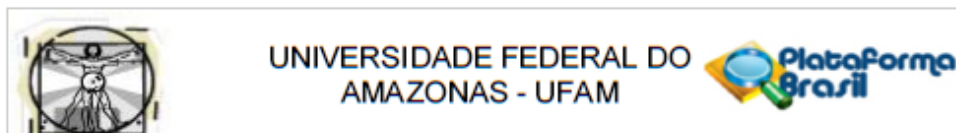
Eduardo Melo de Mesquita Júnior

Diretor Geral do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto

HOSPITAL E PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO
CNPJ nº 00.497.295/0061-38 / Av. Mano Piranga, 1381 - Adrianópolis
CEP: 69057-002 - MANAUS/AM - Fone: (92) 3643-7100 / 3643-7102
Site: www.susam.am.gov.br E-mail: hps_28agosto@saude.am.gov.br



ANEXO C – APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHADORES DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Pesquisador: GABRIELA DE OLIVEIRA SOUZA RAMOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25424819.1.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.783.531

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Acadêmico da Universidade do Estado do Pará em associação ampla com Universidade Federal do Amazonas.

Mestranda: GABRIELA DE OLIVEIRA SOUZA RAMOS. Orientador: Prof. Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho. Coorientadora: Prof. Dra. Noeli das Neves Toledo. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de associação, com trabalhadores da enfermagem que atuam em dois hospitais públicos da cidade de Manaus. A hipótese aventada para este estudo é que o estilo de vida, a presença de TMC e a vulnerabilidade ao estresse identificados entre os trabalhadores de enfermagem, apresentam associação positiva com pressão arterial elevada ou HAS autorreferida.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Verificar a associação entre pressão arterial elevada e hipertensão autorreferida com o estilo de vida, presença de transtorno mental comum e/ou vulnerabilidade ao estresse em trabalhadores da

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

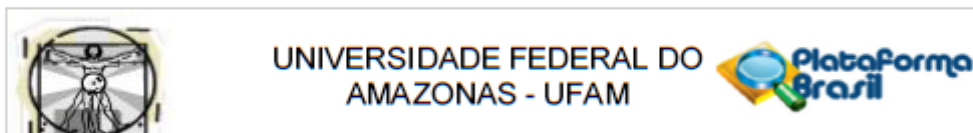
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.783.531

enfermagem.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características socioeconômicas, estilo de vida e antecedentes pessoais/ familiares;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da participação no estudo poderão ser: o desconforto emocional em responder as questões do instrumento; Apresentar valores da pressão arterial elevado e/ou ser necessário interromper as atividades laborais por algum tempo. Para minimizar cada uma dessas situações, o participante poderá ser encaminhado ao serviço de psicologia ou setor de urgência/emergência da instituição para receber a devida assistência, caso seja necessário. Quanto ao afastamento temporário das suas atividades laborais, iremos fazer agendamento prévio para cada um dos participantes e realizar a coleta dos dados em horário que lhe for mais apropriado, buscando não exceder mais que 45 minutos do seu tempo.

Benefícios:

Os benefícios desse estudo consistem que os resultados possibilitarão ao trabalhador conhecer um pouco mais da sua condição de saúde e numa perspectiva mais abrangente contribuir para realização de ações que promovam melhorias das condições no ambiente laboral da instituição envolvida, bem como de outras que estejam buscando implantar estratégias mais eficazes para melhorar as condições de saúde dos seus colaboradores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora acatou as solicitações do Parecer 3.706.957 de 14 de novembro de 2019. Os Riscos e Benefícios ora apresentados estão em concordância com a Resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Estudo em tela tem interesse clínico e acadêmico a medida que pode contribuir com a melhoria dos serviços de saúde e para a discussão e elaboração de ações a respeito de melhores condições laborais que favoreçam a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem e para a construção do

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

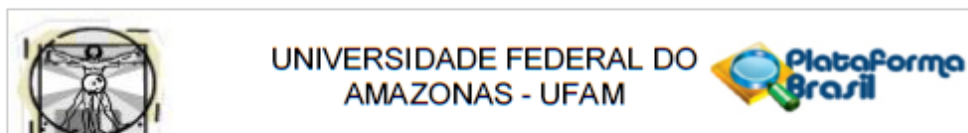
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.788.531

conhecimento
sobre a saúde do trabalhador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto: Está Adequada. Encontra-se assinada pela Coordenadora do PPGE/UFAM Profa. Arinete Veras Fontes Esteves.
- Anuência do Hospital Universitário Francisca Mendes - HUFM assinada pela Diretora Dra. Juliana Dias Palheta Braga.
- Anuência do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto assinada pelo Diretor Geral Sr. Eduardo Melo de Mesquita Júnior.
- TCLE está ADEQUADO. A pesquisadora acatou as solicitações do Parecer 3.706.957 de 14 de novembro de 2019. O TCLE ora apresentados está em concordância com a Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo em tela está em concordância com a Resolução 466/12 e tem como parecer APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1454815.pdf	21/11/2019 21:28:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Gabriela_CEP.docx	21/11/2019 21:27:23	GABRIELA DE OLIVEIRA SOUZA RAMOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CRONOGRAMA.docx	21/11/2019 20:48:59	GABRIELA DE OLIVEIRA SOUZA RAMOS	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	21/11/2019 17:59:27	GABRIELA DE OLIVEIRA SOUZA RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_CORRIGIDO.docx	21/11/2019 17:58:44	GABRIELA DE OLIVEIRA SOUZA RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto1.pdf	31/10/2019	GABRIELA DE	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 495

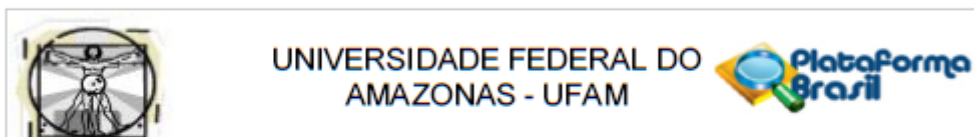
Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.783.531

Folha de Rosto	FolhaDeRosto1.pdf	21:50:05	OLIVEIRA SOUZA RAMOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	30/10/2019 19:08:09	GABRIELA DE OLIVEIRA SOUZA RAMOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CA_HUFM.pdf	30/10/2019 19:07:17	GABRIELA DE OLIVEIRA SOUZA RAMOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CA_HPS28DEAGOSTO.pdf	30/10/2019 19:07:03	GABRIELA DE OLIVEIRA SOUZA RAMOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 19 de Dezembro de 2019

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Terezinha, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE A - TCLE



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá!

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar do estudo da Universidade Federal do Amazonas, realizado pela pesquisadora responsável: Gabriela de Oliveira Souza Ramos, discente do programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, orientador: Zilmar Augusto de Souza Filho, Coorientador: Noeli das Neves Toledo. O título do estudo é “**Trabalhadores de enfermagem: um estudo epidemiológico**”. O objetivo geral do nosso estudo é associar a pressão arterial elevada e/ou hipertensão autorreferida com: estilo de vida, presença de transtorno mental comum e vulnerabilidade ao estresse em profissionais da enfermagem. Os objetivos específicos são: descrever as características socioeconômicas, estilo de vida e antecedentes pessoais/familiares; avaliar a prevalência de pressão arterial elevada, hipertensão autorreferida, transtorno mental comum e/ou vulnerabilidade ao estresse; e identificar o fator de associação das variáveis com os valores pressóricos elevados e/ou hipertensão autorreferida do grupo investigado.

O (a) Sr(a) está sendo convidado a participar do referido estudo, após realização de sorteio que considerou todos os profissionais da enfermagem com vínculo estatutário a partir de 6 meses na instituição de saúde incluída na pesquisa.

Ressaltamos que sua participação é totalmente voluntária. Caso aceite participar sua participação se dará durante o seu turno de trabalho. Inicialmente você será convidado a responder um instrumento contendo questões sobre suas condições: socioeconômicas, de trabalho e estilo de vida. Também lhe será solicitado a responder questões que buscam identificar presença de transtorno mental comum (insônia, mal estar gástrico, fadiga, esquecimento, irritabilidade, diminuição da concentração, queixas somáticas, sentimento de inutilidade e dores de cabeça), vulnerabilidade ao estresse, nível de atividade física e consumo de álcool. Depois iremos realizar a medida da sua pressão arterial, por meio de aparelho digital de braço.

Informamos que os **riscos** de sua participação poderão ser: o desconforto emocional em responder as questões do instrumento; apresentar valores da pressão arterial elevado e/ou ser necessário interromper suas atividades laborais por algum tempo. Para minimizar cada uma dessas situações, você poderá ser encaminhado ao serviço de psicologia ou setor de urgência/emergência da instituição para receber a devida assistência, caso seja necessário. Quanto ao afastamento temporário das suas atividades laborais, iremos fazer agendamento prévio para cada um dos participantes e realizar a coleta dos dados em horário que lhe for mais apropriado, buscando não exceder mais que 45 minutos do seu tempo.

Os **benefícios** desse estudo consistem que os resultados possibilitarão a você conhecer um pouco mais da sua condição de saúde e numa perspectiva mais abrangente contribuir para realização de ações que promovam melhorias das condições no ambiente laboral da instituição envolvida, bem como de outras que estejam buscando implantar estratégias mais eficazes para melhorar as condições de saúde dos seus colaboradores.

Em atenção a Resolução do CNS nº. 466 de 2012 informamos o seu direito de obter assistência integral gratuita devido a quaisquer outros danos direto-indiretos e imediato-tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário. Caso ocorra algum dano e/ou eventuais despesas ainda que não previstas inicialmente, decorrente da sua participação, fica assegurado o seu direito a indenizações e cobertura material para reparação a possível dano causado pela pesquisa, de modo que seja acompanhado(a) pela pesquisadora ao serviço de atendimento que responda ao problema ocorrido, sendo todos os gastos relacionados aos danos e a sua resolução de responsabilidade do projeto por meio da pesquisadora.

Rubricas _____ (Participante)

Página 1 de 2

_____ (Pesquisador)

Salienta-se que os itens ressarcidos não são apenas aqueles relacionados a "transporte" e "alimentação", mas a tudo o que for necessário ao estudo.



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação



Esclarecemos que a qualquer momento você poderá recusar-se a participar da pesquisa ou retirar o seu consentimento de uso das informações coletadas, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

Esclarecemos que TODAS as informações fornecidas por você, bem como sua identidade não serão identificadas, ficando livre de qualquer exposição ou constrangimento em qualquer contexto relacionado ao seu ambiente de trabalho, familiar e social. A divulgação dos resultados ocorrerá somente em eventos e/ou revistas científicas. Também nos comprometemos a apresentar os resultados do estudo para os profissionais da instituição, por meio de palestras e/ou oficinas.

Afirmo compromisso o contato com os participantes só se dará após aprovação desse estudo no CEP e que a coleta dos dados só será realizada após consentimento e assinatura do TCLE.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Gabriela de Oliveira Souza Ramos, email: gabrielaoliveira7@hotmail.com, telefone (92) 3644-4197, endereço institucional: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, podendo ser procurada para qualquer informação adicional a qualquer tempo. Também poderá entrar em contato com o Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, na Escola de Enfermagem de Manaus: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, pelo Telefone (92) 3305-1181 Ramal: 2050, email: ppgenf@ufam.edu.br a qual a pesquisadora responsável está vinculada.

Caso você tenha perguntas com relação aos seus direitos como participantes do estudo, você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, na Escola de Enfermagem na sala 07, na rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, pelo telefone (92) 3305-1181 Ramal 2004 ou pelo e-mail: cep@ufam.edu.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Este TCLE está elaborado em duas VIAS, devendo uma via ser entregue a você depois de rubricadas em todas as suas páginas e assinadas.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO:

Eu, _____ li e concordo em participar da pesquisa.

 Assinatura do participante da pesquisa

 Assinatura do Pesquisador Responsável

Data: ____/____/____

Rubricas _____ (Participante)

Página 2 de 2

_____ (Pesquisador)

APÊNDICE B – CADERNO DE ENTREVISTAS

Nº DO CADERNO: _____

Data: ____/____/____

Nome _____

1. Unidade hospitalar: () IIUTM () IIPS 28 de Agosto

2. Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

FICHA DE EXAME FÍSICO – PARTE I

1) AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA /BIOIMPEDÂNCIA

1. Circunferência do Pescoço	cm	7. IMC	cm
2. Circunferência da Cintura	cm	8. Gordura Corporal	%
3. Circunferência Abdominal	cm	9. Músculo Esquelético	%
4. Circunferência do Quadril	cm	10. Metabolismo Basal	Kcal
5. Altura	cm	10. Idade Corporal	anos
6. Peso	kg	11. Gordura Visceral	%

2) INSPEÇÃO VISUAL DO PESCOÇO

Presença de *Acantose Nigricans* () sim () não

3) MEDIDA CASUAL DA PRESSÃO ARTERIAL

Primeira Medida

Sistólica	Diastólica
	mmHg

Segunda Medida

Sistólica	Diastólica
	mmHg

Terceira Medida

Sistólica	Diastólica
	mmHg

4) RESULTADOS DE NÍVEIS SÉRICOS

Exames	Valores	Triglicéridos	mg/Dl
Glicemia	mg/Dl		
Colesterol	mg/Dl		
HDL	mg/Dl		
LDL	mg/Dl		

**CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA
E DE TRABALHO**

1. Qual seu Estado Civil?

- 1 () Solteiro
2 () Casado
3 () Viúvo
4 () Amasiado ou amigado
5 () Separado
6 () Divorciado

2. Quantos filhos o(a) Sr(a) tem? _____

3. Qual sua Renda Mensal Individual?

- 1 () 1 a 3 salários mínimos
2 () 3 a 5 salários mínimos
3 () 5 a 8 salários mínimos
4 () 8 a 10 salários mínimos

4. Quantos dependentes da renda familiar o(a) Sr(a) possui, além de você? _____

5. Quantos são os responsáveis pela sua renda familiar, além de você?

6. O(a) Sr(a) mora em ?

- 1 () Casa própria
2 () Alugada
3 () Cedida
4 () Outra

7. Qual a Categoria Profissional que exerce na unidade atualmente?

- 1 () Enfermeiro
2 () Técnico de enfermagem
3 () Auxiliar de enfermagem

8. Qual o seu setor de atuação no hospital?

- 1 () Administrativo
2 () Assistencial
3 () Outros

9. Qual o seu turno de trabalho no hospital?

- 1 () Diurno
2 () Noturno

10. Qual o seu tempo de atuação no hospital?

11. Qual o seu vínculo de trabalho com o hospital atualmente?

- 1 () Celetista/Carteira assinada
2 () Estatutário/Concursado/Funcionário Público

12. Quantos vínculos empregatícios o(a) Sr(a) está atuando no exercício profissional de enfermagem atualmente?

13. Quantas horas por semana de trabalho no exercício profissional de enfermagem o(a) Sr(a) realiza atualmente? _____

14. Qual o seu meio de transporte para ir ao trabalho

- 1 () Carro
2 () Ônibus
3 () Motocicleta
4 () Outros _____

15. Quanto tempo Sr(a) costuma levar para se deslocar até o trabalho (domicílio para o trabalho) _____ min.

**COM BASE NOS SEUS ÚLTIMOS 30 DIAS.
RESPONDA SIM OU NÃO AS PERGUNTAS
SEGUINTE**

16. Você tem dores de cabeça frequente?

- () Sim () Não

17. Tem falta de apetite? () Sim () Não

18. Dorme mal? () Sim () Não

19. Assusta-se com facilidade? () Sim () Não

20. Tem tremores nas mãos? () Sim () Não

21. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?

- () Sim () Não

22. Tem má digestão? () Sim () Não

23. Tem dificuldades de pensar com clareza?

- () Sim () Não

24. Tem se sentido triste ultimamente?

- () Sim () Não

25. Tem chorado mais do que costume?
() Sim () Não
26. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?
() Sim () Não
27. Tem dificuldades para tomar decisões?
() Sim () Não
28. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?
() Sim () Não
29. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?
() Sim () Não
30. Tem perdido o interesse pelas coisas?
() Sim () Não
31. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?
() Sim () Não
32. Tem tido ideia de acabar com a vida?
() Sim () Não
33. Sente-se cansado (a) o tempo todo?
() Sim () Não
34. Você se cansa com facilidade?
() Sim () Não
35. Tem sensações desagradáveis no estômago?
() Sim () Não

EM RELAÇÃO AOS SEUS HÁBITOS DE ATIVIDADE FÍSICA

36. Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por SEMANA () Nenhum *ir para 38*

37. Nos dias em que você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

38. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por ex: pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei

recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **MODERADAMENTE** sua respiração ou batimentos do coração (NÃO INCLUIA CAMINHADA)

dias _____ por SEMANA () Nenhum *ir para 40*

39. Nos dias em que você fez essas atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

40. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por ex: correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por SEMANA () Nenhum *ir para 42*

41. Nos dias em que você fez essas atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado(a) todo dia: no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, descansando, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

42. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas _____ minutos

43. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de final de semana**?

_____ horas _____ minutos

EM RELAÇÃO AOS SEUS HÁBITOS DE BEBIDA ALCOOLICA (AUDIT) E CONSUMO DE TABACO (FARGESTRON) NOS ÚLTIMOS 12 MESES

44. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

- () 0 = nunca *caso seja nunca ir, para a 54*
 () 1 = uma vez por mês ou menos
 () 2 = duas a quatro vezes por mês
 () 3 = duas a três vezes por semanas
 () 4 = quatro ou mais vezes por semana

45. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- () 0 = uma ou duas
 () 1 = três ou quatro
 () 2 = cinco ou seis
 () 3 = de sete a nove
 () 4 = dez ou mais

46. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- () 0 = nunca
 () 1 = menos de um vez por mês
 () 2 = pelo menos uma vez por mês
 () 3 = pelo menos uma vez por semana
 () 4 = diariamente ou quase diariamente

47. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- () 0 = nunca
 () 1 = menos de um vez por mês
 () 2 = pelo menos uma vez por mês
 () 3 = pelo menos uma vez por semana
 () 4 = diariamente ou quase diariamente

48. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- () 0 = nunca
 () 1 = menos de um vez por mês
 () 2 = pelo menos uma vez por mês
 () 3 = pelo menos uma vez por semana
 () 4 = diariamente ou quase diariamente

49. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- () 0 = nunca
 () 1 = menos de um vez por mês
 () 2 = pelo menos uma vez por mês
 () 3 = pelo menos uma vez por semana
 () 4 = diariamente ou quase diariamente

50. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimento de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- () 0 = nunca
 () 1 = menos de um vez por mês
 () 2 = pelo menos uma vez por mês
 () 3 = pelo menos uma vez por semana
 () 4 = diariamente ou quase diariamente

51. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- () 0 = nunca
 () 1 = menos de um vez por mês
 () 2 = pelo menos uma vez por mês
 () 3 = pelo menos uma vez por semana
 () 4 = diariamente ou quase diariamente

52. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- () 0 = não
 () 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
 () 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

53. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- () 0 = não
 () 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
 () 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

54. Você fuma?

- () não *ir para 62*
 () já fumei *ir para 55*
 () sim *ir para 56*

55. Caso ex-fumante, há quanto tempo parou de fumar? (anos)

56. Caso fume, há quanto tempo? (anos)

57. Você acha difícil deixar de fumar em lugares onde é proibido? Sim () Não ()

58. Que cigarro você mais sofreria em deixar?

- () O primeiro da manhã
 () Qualquer um

59. Quantos cigarros você fuma por dia?

- () 31 ou mais
 () 21-30
 () 11-20
 () 10 ou menos

60. Você fuma mais durante as primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?

- Sim
 Não

61. Você fuma mesmo estando tão doente que precise ficar de cama quase todo o dia?

- Sim
 Não

EM RELAÇÃO AS SITUAÇÕES DE ESTRESSE VIVENCIADAS NO TRABALHO. JOB STRESSE

62. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

- Frequentemente Às vezes Raramente
 Nunca ou quase nunca

63. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

- Frequentemente Às vezes Raramente
 Nunca ou quase nunca

64. Seu trabalho exige demais de você?

- Frequentemente Às vezes Raramente
 Nunca ou quase nunca

65. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

- Frequentemente Às vezes
 Raramente Nunca ou quase nunca

66. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

- Frequentemente Às vezes Raramente
 Nunca ou quase nunca

67. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

- Frequentemente Às vezes Raramente
 Nunca ou quase nunca

68. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

- Frequentemente Às vezes
 Raramente Nunca ou quase nunca

69. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

- Frequentemente Às vezes Raramente
 Nunca ou quase nunca

70. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

- Frequentemente Às vezes Raramente
 Nunca ou quase nunca

71. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

- Frequentemente Às vezes Raramente
 Nunca ou quase nunca

72. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

- Frequentemente Às vezes Raramente
 Nunca ou quase nunca

73. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalhar.

- Concordo totalmente
 Concordo mais que discordo
 Discordo mais que concordo
 Discordo

74. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

- Concordo totalmente
 Concordo mais que discordo
 Discordo mais que concordo
 Discordo

75. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

- Concordo totalmente
 Concordo mais que discordo
 Discordo mais que concordo
 Discordo

76. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.

- Concordo totalmente
 Concordo mais que discordo
 Discordo mais que concordo
 Discordo

77. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

- Concordo totalmente
 Concordo mais que discordo
 Discordo mais que concordo
 Discordo

78. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

- () Concordo totalmente
 () Concordo mais que discordo
 () Discordo mais que concordo
 () Discordo

EM RELAÇÃO AOS HÁBITOS ALIMENTARES

Enquanto esteve em seu **DOMICÍLIO** nos últimos 7 dias

79. Quantos dias você consumiu FRUTAS? (Por ex.: maçã, laranja, manga, banana, melancia, suco natural)

Dias _____ por SEMANA () Nenhum

80. Quantos dias você consumiu HORTALIÇAS? (Salada crua, salada cozida, tubérculos, tomate, alface, conve, brócolis)

Dias _____ por SEMANA () Nenhum

81. Quantos dias você consumiu ALIMENTOS RICOS EM GORDURAS? (carne bovina e suína, ovos; embutidos como calabresa, presuntos, queijo; enlatados como conserva, sardinha, salsicha, feijoadas; frituras como batata frita, salgadinhos, maionese, laticínios integrais)

Dias _____ por SEMANA () Nenhum

82. Quantos dias você consumiu produtos açucarados e calóricos? (bolo, sorvetes, doces, brigadeiros, pudim, dindim, sanduíches, pizza, biscoitos, macarrão instantâneo)

Dias _____ por SEMANA () Nenhum

83. Quantos dias você consumiu BEBIDAS INDUSTRIALIZADAS? (refrigerantes diet e light, energéticos, água saborizada, água tônica, suco)

Dias _____ por SEMANA () Nenhum

Enquanto esteve de **PLANTÃO** nos últimos 7 dias

84. Quantos dias você consumiu FRUTAS? (Por ex.: maçã, laranja, manga, banana, melancia, suco natural)

Dias _____ por SEMANA () Nenhum

85. Quantos dias você consumiu HORTALIÇAS? (Salada crua, salada cozida, tubérculos, tomate, alface, conve, brócolis)

Dias _____ por SEMANA () Nenhum

86. Quantos dias você consumiu ALIMENTOS RICOS EM GORDURAS? (carne bovina e suína, ovos; embutidos como calabresa, presuntos, queijo; enlatados como conserva, sardinha, salsicha, feijoadas; frituras como batata frita, salgadinhos, maionese, laticínios integrais)

Dias _____ por SEMANA () Nenhum

87. Quantos dias você consumiu produtos açucarados e calóricos? (bolo, sorvetes, doces, brigadeiros, pudim, dindim, sanduíches, pizza, biscoitos, macarrão instantâneo)

Dias _____ por SEMANA () Nenhum

88. Quantos dias você consumiu BEBIDAS INDUSTRIALIZADAS? (refrigerantes diet e light, energéticos, água saborizada, água tônica, suco)

Dias _____ por SEMANA () Nenhum

EM RELAÇÃO AOS HÁBITOS DO SONO - Mini Sleep Questionnaire

89. Com que frequência o(a) Sr(a) tem dificuldade de adormecer à noite ...?

- (1) nunca
- (2) muito raramente
- (3) raramente
- (4) às vezes
- (5) frequentemente
- (6) muito frequentemente
- (7) sempre
- (9) não informado

90. Com que frequência o(a) Sr(a) acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?

- (1) nunca
- (2) muito raramente
- (3) raramente
- (4) às vezes
- (5) frequentemente
- (6) muito frequentemente
- (7) sempre
- (9) não informado

91. Com que frequência o(a) Sr(a) toma tranquilizantes ou remédios para dormir?

- (1) nunca
- (2) muito raramente
- (3) raramente
- (4) às vezes
- (5) frequentemente
- (6) muito frequentemente
- (7) sempre
- (9) não informado

92. Com que frequência o(a) Sr(a) dorme durante o dia?

- (1) nunca
- (2) muito raramente
- (3) raramente
- (4) às vezes
- (5) frequentemente

- (6) muito frequentemente
- (7) sempre
- (9) não informado

93. Com que frequência ao acordar de manhã, o(a) Sr(a) ainda se sente cansado(a)?

- (1) nunca
- (2) muito raramente
- (3) raramente
- (4) às vezes
- (5) frequentemente
- (6) muito frequentemente
- (7) sempre
- (9) não informado

94. Com que frequência o(a) Sr(a) ronca à noite (que o(a) Sr(a) saiba)?

- (1) nunca
- (2) muito raramente
- (3) raramente
- (4) às vezes
- (5) frequentemente
- (6) muito frequentemente
- (7) sempre
- (9) não informado

95. com que frequência o(a) Sr(a) acorda durante à noite?

- (1) nunca
- (2) muito raramente
- (3) raramente
- (4) às vezes
- (5) frequentemente
- (6) muito frequentemente
- (7) sempre
- (9) não informado

96. Com que frequência o(a) Sr(a) acorda com dor de cabeça?

- (1) nunca
- (2) muito raramente
- (3) raramente
- (4) às vezes
- (5) frequentemente
- (6) muito frequentemente
- (7) sempre
- (9) não informado

97. Com que frequência o(a) Sr(a) sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente?

- (1) nunca
- (2) muito raramente
- (3) raramente
- (4) às vezes

- (5) frequentemente
- (6) muito frequentemente
- (7) sempre
- (9) não informado

98. Com que frequência o(a) Sr(a) tem sono agitado, como mudanças de posição ou movimentos de pernas/braços (que o(a) Sr.(a) saiba)?

- (1) nunca
- (2) muito raramente
- (3) raramente
- (4) às vezes
- (5) frequentemente
- (6) muito frequentemente
- (7) sempre
- (9) não informado

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES DE SAÚDE CARDIOVASCULAR

99. O(a) Sr(a) classificaria seu estado de saúde como:

- 1 () muito bom
- 2 () bom
- 3 () regular
- 4 () ruim
- 5 () muito ruim

100. O(a) Sr(a) possui alguma das seguintes doenças cardiovasculares?

- 1 () Infarto Agudo do Miocárdio
- 2 () Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
- 3 () Insuficiência Vascular Periférica
- 4 () Insuficiência Coronariana
- 5 () Diabetes tipo 1 ou 2
- 6 () Hipertensão Arterial
- 7 () Doença Renal Crônica
- 8 () Obesidade
- 9 () Dislipidemia (alteração no colesterol, triglicérides, HDL ou LDL;
- 10 () Nenhuma

101. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) Sr(a) tem hipertensão?

- 1 () sim
- 2 () não (ir para questão 104)

102. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para pressão alta?

- 1 () sim
- 2 () não

103. Atualmente, o(a) Sr(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?

- 1 () sim
2 () não

104. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes?

- 1 () sim
2 () não (ir para questão 109)

105. Se **mulher**, o diabetes foi apenas quando estava grávida?

- 1 () sim
2 () não
3 () nunca engravidou

106. Que idade o(a) Sr(a) tinha quando o médico disse que o(a) sr.(a) tem diabetes? _____ anos

107. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para diabetes?

- 1 () sim
2 () não

108. Atualmente, o(a) Sr(a) está tomando alguma medicação para controlar o diabetes?

- 1 () sim
2 () não

109. Algum médico já lhe disse que o Sr(a) tem colesterol ou triglicérides elevado?

- 1 () sim
2 () não (ir para questão 112)

110. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para colesterol ou triglicérides elevado?

- 1 () sim
2 () não

111. Atualmente, o(a) Sr(a) está tomando algum medicamento para colesterol ou triglicérides elevado?

- 1 () sim
2 () não

112. Atualmente, o (a) está tomando algum remédio para emagrecer?

- 1 () sim
2 () não

113. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para emagrecer?

- 1 () sim
2 () não

114. Atualmente, o(a) sr.(a) está percebendo mudança no seu peso ?

- 1 () sim
2 () não

115. Qual mudança?

- 1 () aumento do peso
2 () perda de peso

116. Atualmente, o(a) sr.(a) está realizando alguma dieta?

- 1 () sim
2 () não

117. O (a) sr.(a) possui algum familiar(laço de consanguíneo) com doença cardiovascular?

- 1 () sim
2 () não

Qual (ais) doença cardiovascular ? _____

APÊNDICE C - MANUAL DO ENTREVISTADOR



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO - ASSOCIADO UEPA/UFAM**



MANUAL DO ENTREVISTADOR

MANAUS

2020

ELABORAÇÃO

Enfermeira Gisele de Souza Costa
Enfermeira Gabriela Oliveira de Souza Ramos

COORDENAÇÃO

Prof^o. Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho
Prof. Dr^a. Noeli das Neves Toledo

APRESENTAÇÃO

Este manual tem por objetivo orientar os pesquisadores e colaboradores das pesquisas intituladas Síndrome Metabólica e a associação de fatores de risco cardiovascular em profissionais de enfermagem da atenção especializada de Manaus e Condições de Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem: um estudo epidemiológico a padronizar todas as ações e etapas da pesquisa.

As pesquisas aqui apresentadas neste manual são relevantes para a categoria de enfermagem por apresentar aspectos importantes sobre adoecimento dos profissionais de enfermagem. O ambiente hospitalar e a carga de trabalho produzida na dinâmica diárias desses profissionais fomentam mudanças no estilo de vida com adoção de práticas não saudáveis, quer sejam por escolhas individuais ou priorização das atividades laborais. Por esta razão se faz necessário conhecer a relação de adoecimento com a síndrome metabólica, hipertensão e os reflexos na qualidade de vida.

Devido a este panorama, são múltiplas as contribuições de ambos os estudos destacando -se: a produção de conhecimento sobre a temática, conhecimento do perfil de saúde dos profissionais de enfermagem da assistência especializada e informações sobre as condições de saúde cardiovascular dos profissionais locais e sensibilização para o auto cuidado. No que concerne à produção científica e intelectual fortalece a linha de pesquisa do programa de mestrado por trazer uma abordagem epidemiológica sobre uma realidade endêmica mundial que são a exposição aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, além de estimular outras pesquisas no âmbito da enfermagem que ampliem discussões sobre o tema.

Desta forma, todas as orientações das etapas da pesquisa vão proporcionar menor risco de equívocos no momento da coleta de dados e construção do banco de dados fidedigno.

SUMÁRIO

1. CONTEXTO DA PESQUISA	4
1.1 Tema em Investigação e objetivos.....	4
1.2 Agendamento da Coleta de Dados.....	6
1.3 Instrumento de coleta de dados: Caderno de entrevista.....	6
1.3.1 Ficha de exame físico.....	6
1.3.2 Formulário	7
2. ETAPAS E ORIENTAÇÕES PARA A COLETA DE DADOS	7
2.1 Etapas para a coleta de dados.....	7
2.2 Orientações para a realização dos Exames laboratoriais	7
2.3 Orientações para o Exame Físico Bioimpedância	8
2.4 Orientações para a Mensurações da Medida Casual da Pressão Arterial	8
3. EXAME FÍSICO E MEDIDA CASUAL DA PRESSÃO.....	8
3.1 Medidas de Perímetro	8
3.1.1 Estatura.....	8
3.1.2 Perímetro do Pescoço.....	9
3.1.3 Perímetro da Cintura	10
3.1.4 Perímetro do Abdômen	11
3.1.5 Perímetro do Quadril.....	12
3.2 Medidas de Bioimpedância	12
3.3 Medidas Pressóricas.....	15
4. PONTOS DE CORTE	16
4.1 Avaliação da Síndrome Metabólica.....	16
4.2 Avaliação dos Perímetros ou Circunferências.....	16
4.3 Avaliação de Bioimpedância.....	17
4.4 Avaliação da Medida Casual da Pressão Arterial.....	19
5. MATERIAL DA PESQUISA	19
REFERÊNCIAS.....	21

1. CONTEXTO DA PESQUISA

1.1 Tema em Investigação e objetivos

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) se configuram a partir do agrupamento das seguintes doenças: cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus (DM)¹, sendo a principal causa de morte em todo o mundo e um dos principais desafios de saúde do século XXI. Em 2016, elas foram responsáveis por 71% dos 57 milhões de mortes ocorridas no mundo².

Conforme os dados da mortalidade mundial por DCNTs apresentados pela Organização Mundial da Saúde em 2016, as doenças cardiovasculares (DCVs) foram responsáveis por 44% (17,9 milhões) de todas as mortes por DCNTs, representando 31% das causas de óbito no mundo. Neste cenário, 74% dos óbitos provocados no Brasil no ano de 2016 tiveram como causa as DCNTs, destas 28% foram em decorrência das doenças cardiovasculares².

As DCVs matam duas vezes mais que as doenças oncológicas, 2,5 vezes mais que todos os acidentes e mortes por violência e seis vezes mais que as infecções, incluídas as mortes por síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA)³. Os dois principais grupos de óbitos por DCVs foram as doenças isquêmicas do coração (DIC) e as doenças cerebrovasculares (DCBV) que compuseram, respectivamente, 30,8% e 30,0% dos óbitos no Brasil no ano de 2013³.

As DCVs estão causalmente ligadas a quatro fatores de risco comportamentais principais: uso de tabaco, uso nocivo de álcool, inatividade física e dieta pouco saudável. Por sua vez, esses comportamentos levam a quatro alterações metabólicas e fisiológicas importantes: aumento da pressão arterial, sobrepeso/obesidade, aumento da glicemia e aumento dos lipídios sanguíneos².

Dentre os fatores de risco cardiovascular destaca-se a síndrome metabólica (SM) que é uma condição clínica com alterações caracterizadas principalmente por hipertensão arterial, resistência à insulina, dislipidemia e obesidade abdominal, trata-se de um transtorno complexo, representado por um conjunto de fatores de risco⁴.

A prevalência de SM da população brasileira foi apresentada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) – 2013 adotando os critérios do *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NECP-ATP III-2005) com valores de 8,9% (IC_{99%} 8,4-9,5), com a proporção maior entre as mulheres (10,3% [IC_{99%} 9,6-11,2, p=0,001]) quando comparado com os homens (7,5% [IC_{99%} 6,7-8,3]). Destaca-se ainda neste estudo que, apenas 23,8% da população brasileira não apresentou nenhum dos componentes da SM, e 67,3% apresentam entre um e dois componentes para caracterizar este desfecho, o que demonstra elevado número de indivíduos sob o risco de desenvolver a SM⁵.

Dentre os fatores de risco para DCV considerados de grande impacto destaca-se a HAS que acometeu cerca de 24,7% da população brasileira, em 2018. A maior proporção está entre mulheres

(27,0%), quando comparada aos homens (22,1%). Para ambos os sexos, a frequência aumentou conforme o avanço da idade e teve maior proporção entre o estrato de menor escolaridade. Em Manaus, a frequência de HAS referida é semelhante ao percentual nacional (23,3%)⁶.

A hipertensão arterial (HÁ) que é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mm Hg. A pré-HAS é caracterizada por valores de PAS entre 121 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg⁷. A HÁ associa-se a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, sendo de extrema importância avaliar essa relação por constituir uma das principais causas de mortalidade⁷.

Outro estudo com uma população brasileira da Amazônia Legal no ano de 2007 apresentou prevalências de HÁ de 22,0% na população total, sendo 26,9% (IC95% 23,14 – 30,93) para o sexo masculino e 17,6% (IC95% 15,15 – 20,28) para o sexo feminino⁸.

Estudos apontam fatores como o estresse contribuindo para a elevação da frequência cardíaca, assim como elevação dos níveis pressóricos de forma contínua e consistente, podendo gerar aumento do risco para desenvolvimento da HAS⁹.

Uma revisão de literatura mostrou que fatores emocionais como a vulnerabilidade ao estresse e transtorno mental comum, podem influenciar no desenvolvimento da HAS e a reatividade cardiovascular¹⁰.

É neste sentido que as pesquisas que têm como campo de investigação as prevalências de fatores de risco cardiovascular vêm se intensificando, pois subsidiam maiores ações e apontam avaliações mais específicas, e essas investigações merecem especial destaque nos profissionais de enfermagem.

De acordo com a lei do exercício profissional de enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a Enfermagem no Brasil é exercida privativamente pelos respectivos profissionais: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteira¹¹. Desse quantitativo 77% são de profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem e 23% de enfermeiros, ou seja, quase $\frac{1}{4}$ da Força de Trabalho, sendo predominante em todas as categorias o sexo feminino (85,1%)¹².

O quantitativo de profissionais de enfermagem no país, levantado em 2013 e divulgado no ano de 2017 revelou que a categoria de enfermagem contava com 1.804.535 profissionais, e na Região Norte eram 143.611 profissionais, destes 28,63% encontravam-se no estado do Amazonas¹².

Apesar desse quantitativo muito representativo de profissionais, a categoria de enfermagem vem sofrendo uma série de situações que precarizam e desvalorizam a profissão, tais como: baixos salários em relação a outros trabalhadores da área de saúde, cumprimento de extensas jornadas e rodízio de escalas (inclusive noturnas), vivências de relações autoritárias e convívio constantes com dor, perda e morte de pacientes, o que torna por vezes o processo de trabalho difícil¹³.

A avaliação dos fatores de risco cardiovascular na equipe de enfermagem se sustenta no fato de que essa população está envolvida em atividades assistenciais e administrativas sujeitas a uma alta carga horária de trabalho exaustiva e estressante, com frágeis condições de trabalho. Essas circunstâncias podem interferir na qualidade de vida desses profissionais, que agregadas aos afazeres sociais potencializam o surgimento de agravo à saúde¹⁴.

Os objetivos propostos para as pesquisas aqui apresentadas são: Avaliar a prevalência de síndrome metabólica e sua associação com fatores de risco cardiovascular em profissionais de enfermagem que atuam em unidades de atenção especializada e verificar a associação entre pressão arterial elevada e hipertensão autorreferida com o estilo de vida, presença de transtorno mental comum e/ou vulnerabilidade ao estresse em trabalhadores da enfermagem.

Ambos os estudos são observacionais, transversais, com abordagem quantitativa. E tem como Orientadores os Doutores: Zilmar Augusto de Souza Filho e Noely Toledo e como pesquisadoras responsáveis Gisele de Souza Costa e Gabriela

1.2 Agendamento da Coleta de Dados

O agendamento deverá acontecer após a assinatura pelo participante do termo de consentimento. A data agendada deverá atender as necessidades dos participantes para realização da coleta de dados, respeitando os horários de coleta laboratorial das respectivas unidades de saúde. Esse agendamento ocorrerá pelos entrevistadores no livro de agendamento de coleta de dados.

1.3 Instrumento de coleta de dados: Caderno de entrevista

O caderno de entrevista será composto de 2 partes principais: Ficha de exame físico (parte I) e Formulário com 117 perguntas (parte II) conforme anexo.

1.3.1 Ficha de exame físico

O registro do exame físico (Apêndice 1) será através de uma ficha contendo espaço para o preenchimento dos valores dos níveis pressórico, das medidas antropométricas e checagem da presença ou ausência da *Acantose Nigricans* na região cervical. Trata-se de uma investigação complementar para o critério diagnóstico da SM, esta avaliação se dá por meio da inspeção visual da região cervical e dobras cutâneas com a presença de manchas hiperpigmentadas (marrons a cinzas) e aveludadas¹⁵. (livro Villar endocrinologia clínica)

Os registros dos níveis pressóricos serão anotados em milímetros de mercúrio (mmHg) após os valores mesurados. As variáveis antropométricas registradas obedecerão às seguintes grandezas: quilograma para peso corporal, de quilograma por metro quadrado (Kg/m²) para IMC, percentual (%) para gordura visceral, nível de gordura e músculo, quilocaloria (Kcal) para metabolismo basal e centímetros (cm) para altura, circunferência pescoço, quadril, cintura e abdômen.

1.3.2 Formulário

O formulário é composto dos seguintes itens: caracterização socioeconômica e do trabalho, antecedentes pessoais e familiares de saúde e avaliação dos comportamentos de risco e hábitos de vida. Para a investigação dos fatores de risco comportamentais como: o sedentarismo¹⁶, consumo de álcool¹⁷, consumo de tabaco¹⁸ e padrão de sono utilizar-se-á os questionários validados IPAC¹⁶, AUDIT¹⁷, Fargestron¹⁸ e MINI SLEEP¹⁹

2. ETAPAS E ORIENTAÇÕES PARA A COLETA DE DADOS

2.1 Etapas para a coleta de dados

Figura 1. Fluxo das etapas principais da coleta de dados



As etapas planejadas para a coleta de dados incluem:

1º) Realização de exame laboratorial que incluem: glicemia sérica, colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos;

2º) Exame físico com mensurações de medidas antropométricas (estatura, circunferência do pescoço (CP), abdominal (CA), cintura (CC), quadril (CQ) e relação cintura-quadril (RCQ), índice de conicidade (IC) e bioimpedância com medidas de peso, índice de massa corporal (IMC), percentual de gordura corporal, percentual de músculo esquelético, percentual de gordura visceral, metabolismo basal e idade corporal;

3º) Mensurações da Medida Casual da Pressão Arterial;

4º) Entrevista com a aplicação de formulário.

2.2 Orientações para a realização dos Exames laboratoriais

A principal recomendação antes da coleta de sangue aos participantes da pesquisa são: jejum calórico, com suspensão de ingestas de alimentos de no mínimo 8 horas e no máximo 12 hora²⁰;

Os resultados das análises de sangue serão encaminhados pelo laboratório ao pesquisador principal desta pesquisa e a posteriori serão anexados no caderno de entrevista (anexo) de cada participante e registrados na caderneta do participante.

2.3 Orientações para o Exame Físico Bioimpedância

Para a realização do exame físico e mensurações os participantes serão orientados para²¹:

- estar com vestimentas habituais leves e estarem com os pés descalços;
- não utilização de estimulantes e bebida alcoólica;
- não realização de atividade física.

2.4 Orientações para a Mensurações da Medida Casual da Pressão Arterial

As mensurações dos níveis pressóricos atenderão as recomendações da VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2016⁷ cabendo ao participante ser orientado:

- não estar com a bexiga cheia no momento da aferição;
- não ter ingerido bebida alcoólica, café, fumo até 30 minutos anteriores.

3. EXAME FÍSICO E MEDIDA CASUAL DA PRESSÃO

3.1 Medidas de Perímetro

3.1.1 Estatura

O que não pode ser esquecido antes da aferição?

- Retire os sapatos;
- Retire "roupas pesadas" (casacos, jaquetas, blusas grossas);
- Remova enfeites e prendedores de cabelo (fivelas, tiaras, lenços, presilhas, laço, faixa, etc);
- Desfaça qualquer tipo de penteado (rabo-de-cavalo, coque, trança etc²²).

Para mensuração da estatura, o participante deverá²²:

- a) Estar descalço (ou com meias) e vestindo roupas leves de modo que se possa observar o contorno do corpo;
- b) Ficar em pé com as pernas e pés paralelos, peso distribuído em ambos os pés, braços relaxados ao lado do corpo e palmas das mãos voltadas para o corpo;
- c) Colocar as costas voltadas para a parede;
- d) Encostar calcanhar, panturrilhas, nádegas, costas e a parte posterior da cabeça na parede (figura 2).
- e) Posicionar a cabeça do indivíduo no plano de Frankfurt (alinhar horizontalmente a borda inferior da abertura do orbital com a margem superior do condutor auditivo externo);
- f) Deslizar o cursor delicadamente, fixando-o contra a cabeça do examinado, com pressão suficiente para comprimir o cabelo, caso necessário;

9

g) Realizar a leitura e registrar a medida com arredondamentos para posterior uso na balança de bioimpedância.

Figura 2. Posição para aferição da estatura



Fonte: Apostila de Avaliação Nutricional – PUC Goiás 2014

3.1.2 Perímetro do Pescoço

O que não pode ser esquecido antes da aferição?

- Expor a região cervical;
- Retirar adornos que atrapalhem o deslizamento da fita.

Para a mensuração da circunferência do pescoço, o participante deverá ²²:

- a) Ficar em posição ereta, com a cabeça posicionada no plano horizontal de Frankfurt;
- b) Posicionar a borda superior da fita métrica logo abaixo da proeminência da laringe (pomo de adão) e aplicada perpendicularmente ao longo do eixo do pescoço; (figura 3)
- c) Realizar a leitura e registrar a medida sem arredondamentos.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE

Em participantes muito altos e que o entrevistador tenha dificuldade de alcançar a região cervical deve-se proceder da seguinte forma:

- a) Colocar o participante sentado em posição ereta (com as costas no encosto da cadeira);
- b) Posicionar a cabeça no ângulo Frankfurt;
- c) Realizar a medida e registrar sem arredondamentos.

Figura 3. Posição para aferição do perímetro do pescoço



Fonte: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2015_703.html

3.1.3 Perímetro da Cintura

O que não pode ser esquecido antes da aferição?

- Mover parte da roupa na região de interesse.

Para a mensuração da circunferência da cintura, o participante deverá ²³:

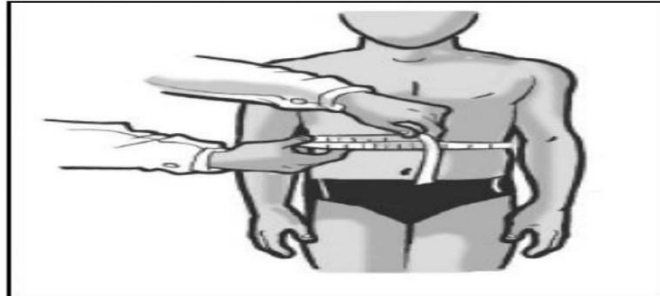
- a) Permanecer ereto, com o abdome relaxado (ao final da expiração), os braços estendidos ao longo do corpo e as pernas fechadas;
- b) Posicionar-se em frente para a pessoa e localize o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca;
- c) Passe a fita por trás do participante ao redor deste ponto **na parte mais estreita entre o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca** (figura 4);
- d) Verificar se a fita está bem posicionada, ou seja, se ela está no mesmo nível em toda a extensão de interesse, sem fazer compressão na pele;
- e) Pedir para a pessoa que inspire e, em seguida, que expire totalmente. A medida deve ser feita neste momento, antes que a pessoa inspire novamente
- f) Realizar a leitura e registrar a medida sem arredondamentos.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE

Para pacientes obesos deve se proceder da seguinte forma para a mensuração da cintura.

- a) Posicionar o paciente adequadamente conforme item a e b presentes na descrição da medida do perímetro da cintura;
- b) Posicionar-se em frente para a pessoa e localize o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca passe a fita entre esse espaço sem considerar o ponto mais estreito;
- c) Considerar o espaço logo abaixo da última costela em pacientes de difícil localização do perímetro da cintura;
- d) Verificar se a fita está bem posicionada, ou seja, se ela está no mesmo nível em toda a extensão de interesse, sem fazer compressão na pele;
- e) Pedir para a pessoa que inspire e, em seguida, que expire totalmente. A medida deve ser feita neste momento, antes que a pessoa inspire novamente
- f) Realizar a leitura e registrar a medida sem arredondamentos.

Figura 4. Posição de aferição da circunferência da cintura



Fonte: Apostila de Avaliação Nutricional – PUC Goiás 2014

3.1.4 Perímetro do Abdômen

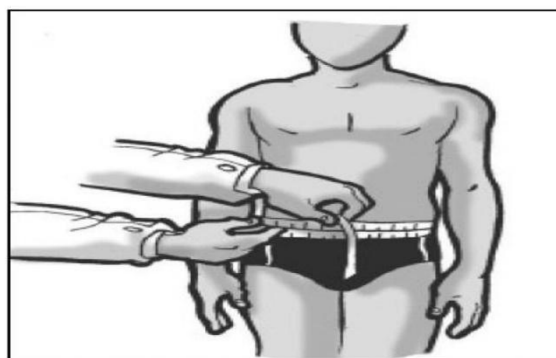
O que não pode ser esquecido antes da aferição?

➤ Mover parte da roupa na região de interesse.

Para a mensuração da circunferência do abdômen, o participante deverá ²³:

- a) Permanecer ereto com os braços estendidos ao longo do corpo e pernas fechadas;
- b) Posicionar-se em frente ao participante com a fita na maior extensão do abdome num plano horizontal a partir do **ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca posicionando a fita na cicatriz umbilical** ²⁴ (figura 5);
- c) Apertar o botão central da fita e passa- lá na parte posterior do avaliado, seguindo a extensão a ser medida, sem comprimir a pele, com a extremidade zero abaixo do valor a ser registrado;
- d) Realizar a medida ao final da expiração normal;
- e) Realizar a leitura e registrar a medida sem arredondamentos.

Figura 5. Posição de aferição da circunferência do abdomen



Fonte: Apostila de Avaliação Nutricional – PUC Goiás 2014

3.1.5 Perímetro do Quadril

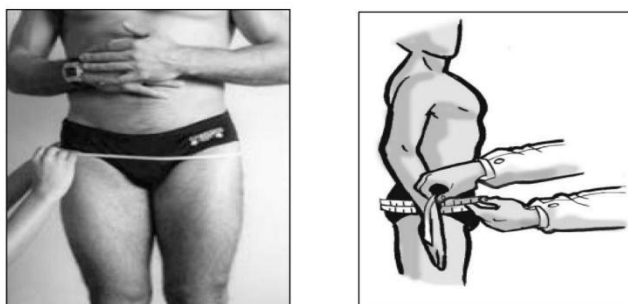
O que não pode ser esquecido antes da aferição?

➤ Posicionamento correto do avaliador.

Para mensuração do perímetro do quadril o participante deverá ²³:

- a) Posicionar o indivíduo ereto, com o abdome relaxado, os braços estendidos ao longo do corpo e as pernas fechadas;
- b) Posicionar-se lateralmente ao avaliado de forma que a máxima extensão glútea possa ser vista, **a circunferência do quadril será medida no ponto mais largo em torno do trocânter maior sobre a região glútea**;
- c) Passar a fita inelástica neste nível, ao redor do quadril, no plano horizontal, sem fazer compressão.
- d) Verificar se a fita está bem posicionada, ou seja, se ela está no mesmo nível em toda a extensão de interesse;
- e) Realizar a leitura e registrar a medida sem arredondamentos.

Figura 6. Medida da circunferência do Quadril



Fonte: Apostila de Avaliação Nutricional – PUC Goiás 2014

3.2 Medidas de Bioimpedância

O que não pode ser esquecido antes do início da realização da impedância ²¹?

- Colocar os dados pessoais de cada participante tais como: idade, sexo e altura, deverão ser digitados pelo pesquisador no monitor da balança de bioimpedância antes do participante subir na balança.
- Não usar esta balança se for usuário de marca-passo ou outro dispositivo médico implantado;
- Não usar telefones móveis celulares ou outros dispositivos que geram fortes campos elétricos ou eletromagnéticos próximos à balança. Isso pode resultar em uma falha no funcionamento;
- Colocar a balança em superfície plana evitando áreas com carpete ou tapetes;
- Manter os cabos livres estrangulamento ou enroscamento;

13

- Substituir as pilhas usadas por novas (4 pilhas) ao mesmo tempo, não misturar as pilhas. Remova as pilhas se for guardar o aparelho por mais de três meses;
- Não submeter a balança a choques fortes, como deixar a unidade cair ou bater em outras superfícies.
 - O entrevistador deve previamente programar preparar a balança de bioimpedância:
- Ligar a balança no botão presente na parte inferior;
- Em seguida pressionar o botão Guest e inserir os dados de idade, gênero e altura sempre confirmando a cada dado inserido apertando no botão set;

Figura 7. Botões de configuração



Fonte: Manual da Balança de Bioimpedância- 2014

- Posteriormente os participantes da pesquisa deverão ser orientados ²¹ a:
 - a) Subir na balança com os pés descalços, e colocar os pés nos eletrodos com o peso distribuído igualmente;
 - b) Receber os eletrodos de aderência da balança nas mãos, e a posicionar ambos os dedos médios ao longo das ranhuras nos eletrodos de aderência e o polegar e dedo indicador deverão firmar-se no eletrodo interno e os dedos anular e mindinho segurarão os eletrodos de aderência externo;
 - c) Posicionar o eletrodo de aderência das mãos no ângulo de 45° graus esperar imóvel a sinalização da balança por duas vezes com o valor do peso (sinal de start) aparecer no visor da balança;

Figura 8. Posicionamento inicial ângulo de 45° graus



Fonte: Manual da Balança de Bioimpedância- 2014

- d) Estender os braços formando um ângulo de 90° em relação ao seu corpo para a realização de todas as medidas;

Figura 09. Angulação para a realização das medidas



Fonte: Manual da Balança de Bioimpedância- 2014

- e) Fazer o reconhecimento da leitura pela balança com a presença da barra de leitura completa;

Figura 10. Leitura da barra



Fonte: Manual da Balança de Bioimpedância- 2014

- f) Em seguida apertar nos botões referentes peso, IMC, gordura corporal, peso musculoesquelético, metabolismo basal, idade corporal e gordura visceral quando a medição for concluída, os participantes serão orientados a descer da plataforma de medição ²¹.

Figura11. Botões da balança de bioimpedância



Fonte: Manual da Balança de Bioimpedância- 2014

- g) Registrar os valores apresentados pela balança sem arredondamentos no caderno de entrevista do participante.

3.3 Medidas Pressóricas

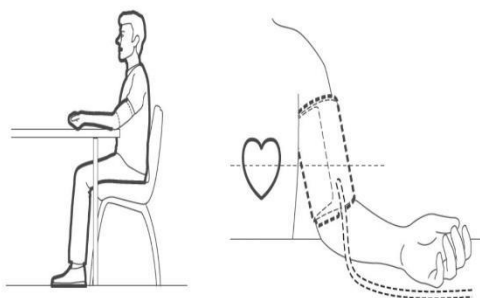
O que não pode ser esquecido antes da aferição ^{7, 25?}

- Averiguar se o participante não está com a bexiga cheia, não tenha ingerido bebida alcoólica, café e fumado até 30 minutos anteriores;
- Solicitar que o participante permaneça imóvel e não fale durante a medição;

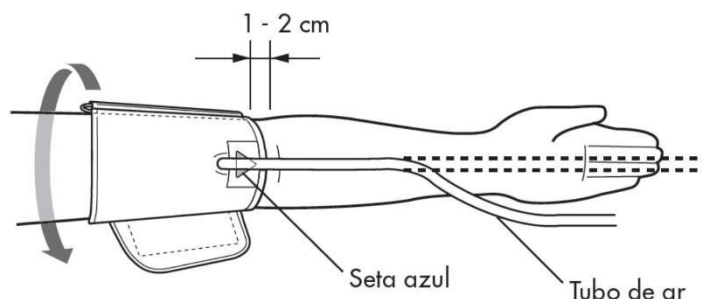
Para a realização da aferição da pressão arterial o participante deverá ^{7, 25?}:

- a) Estar confortavelmente sentado, serão orientados a apoiar os pés retos no chão e as costas e braço apoiados conforme figura 11;
- b) Posicionar a fossa ante cubital ao nível do coração e coloque a braçadeira na parte superior do braço esquerdo de modo que a seta azul fique centralizada na parte interna do braço e alinhada com seu dedo médio. O tubo de ar corre ao longo da parte interna do seu braço. A parte inferior da braçadeira deve ficar cerca de 1-2 cm acima do seu cotovelo conforme figura 12;
- c) Prender firmemente a braçadeira em torno do braço, usando o velcro ajustando no membro superior esquerdo o manguito, sem pressionar fortemente os músculos do bíceps e tríceps do braço para facilitar o mecanismo de inflação do aparelho;
- d) Realizar a medição apertando no botão de START;
- d) Aguardar 2 a 3 minutos entre as medições (3 no total no membro superior esquerdo). O tempo de espera permite que as artérias retornem à condição anterior à medição da pressão arterial;

Figura 11. Posicionamento adequado para aferição da Pressão Arterial



Fonte: Manual de Instrução monitor de pressão arterial automático OMRON HEM 710

Figura 12. Posicionamento da Braçadeira de Pressão Arterial

Fonte: Manual de Instrução monitor de pressão arterial automático OMRON HEM 710

Informações adicionais

As mensurações dos níveis pressóricos atenderão as recomendações da VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2016⁷

As aferições da pressão arterial se darão através da técnica oscilométrica, por meio do aparelho automático digital (OMRON HEM 705CP) de braço validado, estando também calibrado. Serão efetuadas três medições consecutivas no membro superior esquerdo, com intervalo de três minutos entre uma e outra medida e será considerada a média das duas últimas medidas.

4. PONTOS DE CORTE

4.1 Avaliação da Síndrome Metabólica

O critério diagnóstico a ser adotado para definir a prevalência de Síndrome Metabólica, será o da I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, publicado no ano de 2005⁵. Esta diretriz segue as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III), e aponta que a síndrome metabólica representa a combinação de pelo menos três componentes, respeitando os respectivos pontos de corte: 1) Pressão Arterial ≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg; 2) Glicemia em jejum ≥ 110 mg/dl; 3) HDL Colesterol homens: <40 mg/dL e mulheres <50 mg/dl; 4) Triglicérides ≥ 150 mg/dL e 5) Obesidade abdominal por meio da circunferência abdominal homens: >102 cm e mulheres: >88 cm⁴.

4.2 Avaliação dos Perímetros ou Circunferências

Os pontos de corte dos perímetros obedecerão aos critérios estabelecidos por diversos autores conforme quadro abaixo:

Quadro 1. Pontos de coorte para as Medidas dos Perímetros ou Circunferências

Medida	Ponto de coorte	Referência
Perímetro Pesçoço	for ≥ 37 cm para os homens e ≥ 34 cm para as mulheres ²⁸ .	Bem-Noun 2001
Perímetro da Cintura	Não se aplica Valor utilizado será para o cálculo da relação cintura e quadril	Não se aplica
Perímetro do Abdômen	homens: >102 cm e mulheres: >88 cm ⁴	I Diretriz de Síndrome Metabólica
Perímetro do Quadril	Não se aplica Valor utilizado será para o cálculo da relação cintura e quadril	Não se aplica
Relação Cintura quadril A relação cintura-quadril (RCQ) será calculada dividindo a circunferência da cintura (cm) pela circunferência do quadril (cm)	RCQ aumentada será de $> 1,00$ cm para homens e $>0,85$ cm para mulheres ^{24,27}	Chang DC 2003 Pitanga FJG 2005
Índice de conicidade $\text{Índice C} = \frac{\text{CircunferênciaCintura}}{0,109 \sqrt{\frac{\text{PesoCorporal}}{\text{Estatura}^2}}}$	Quanto aos pontos de corte do índice C encontram-se valores de 1,25 para homens e 1,18 para mulheres valores acima indicam risco coronariano elevado ²⁹	Pitanga FJG 2005

4.3 Avaliação de Bioimpedância

Na avaliação dos valores apresentados na bioimpedância serão adotados os pontos de coorte da própria balança estabelecidos pelo fabricante Omron Healthcare, Gallanger para a gordura corporal e OMS no que se refere aos valores de IMC.

Os valores de IMC apresentados na balança de bioimpedância, serão classificados segundo os pontos de corte recomendados pelo World Health Organization 2000²⁸. Para melhor classificação dos

participantes será convenionado chamar de sobrepeso o IMC de 25 a 29,9 kg/m² e obesidade o IMC maior ou igual a 30 kg/m² ²⁹.

Quadro 2. Pontos de corte do índice de Massa Corporal-IMC ²⁸

IMC	Ponto de corte
Baixo peso	<18,5
Peso normal	18,5-24,9
Sobrepeso	≥ 25
Pré-obeso	25,0 a 29,9
Obeso I	30,0 a 34,9
Obeso II	35,0 a 39,9
Obeso III	III ≥ 40,0

A gordura corporal terá como ponto de corte de classificação ³⁰ os valores recomendados por Gallanger e estão apresentados quadro 3.

Quadro3. Classificação do percentual de gordura corporal

Idade (anos)	Homem				Mulher			
	Baixo	Normal	Alto	Muito Alto	Baixo	Normal	Alto	Muito Alto
18-39	< 8,0	8,0-19,9	20,0-24,9	≥25,0	< 21,0	21,0-32,9	33,0-38,9	≥39,0
40-59	< 11,0	11,0-21,9	22,0-27,9	≥28,0	< 23,0	23,0-33,9	34,0-39,9	≥40,0
≥ 60	< 13,0	13,0-24,9	25,0-29,9	≥30,0	< 30,0	24,0-35,9	36,0-41,9	≥42,0

Valores para percentual músculo esquelético terão como ponto de corte o que for estabelecido pela Omron Healthcare²¹ e estão apresentados no quadro4.

Quadro 4. Classificação do percentual músculo esquelético

Idade (anos)	Homem				Mulher			
	Baixo	Normal	Alto	Muito Alto	Baixo	Normal	Alto	Muito Alto
18-39	< 33,3	33,3-39,3	39,4-44,0	≥44,1	< 24,3	24,3-30,3	30,4-35,3	≥35,4
40-59	< 33,1	33,3-39,3	39,2-43,8	≥43,9	< 24,1	24,1-30,1	30,2-35,3	≥35,2

A gordura visceral seguirá os pontos de corte adotadas pela balança de bioimpedância :normal ≤ 9 ; alto ≥ 10 e ≤ 14 ; muito alto ≥ 15 ²¹.

O metabolismo basal e a idade corporal seguirão com valores apresentados na balança de bioimpedância ²¹.

4.4 Avaliação da Medida Casual da Pressão Arterial

O ponto de corte adotado para os valores mensurados obedecerá aos critérios estabelecidos pela I Diretriz Brasileira para Síndrome Metabólica que consideram pressões elevadas valores acima de ≥ 130 mmHg PAS ou ≥ 85 mmHg PAD ⁴ e para avaliação de Hipertensão Arterial isolada os valores adotados serão segundo a VII Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Figura 13. Pontos de corte para Hipertensão Arterial Sistêmica conforme a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão

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

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

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Fonte: VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial

5. MATERIAL DA PESQUISA

Estadiômetro

Figura 14. Estadiômetro



Fonte: <https://www.ispsaude.com.br/estadiometro-md-fixo-de-parede-modelo-fita-macrosul->

Aparelho de Pressão Arterial

Figura 15. Aparelho Omrom Digital



Fonte: https://produto.mercadolivre.com.br/MLB-aparelho-de-preso-bracadeira-omron-hem-c124-32-a-42cm-_JM

Balança de bioimpedância

Figura 16. Balança de Bioimpedância



Fonte: Manual da Balança de Bioimpedância- 2014

Fita inelástica

Figura 17. Fita Inelástica



Fonte: <https://www.extra-imagens.com.br/BelezaSaude/SaudeCuidadosPessoais/fita-metrica-de-15-metros-para-avaliacao-de-medidas-13753780.jpg>

REFERÊNCIAS


1. 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. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.
2. World Health Organization (WHO). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014. Report of a WHO Consultation [Internet]. Geneva; 2014 [cited 2021 Apr 22]. Available from: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>.
3. Rocha RM, Martins W de A. Manual de prevenção de doenças cardiovasculares. Planmark [Internet]. 2017 [Citado 2021 Abr 22]; 1(1): 1-96. Disponível em: https://socerj.org.br/antigo/wp-content/uploads/2017/05/Manual_de_Prevencao_Cardiovascular_SOCERJ.pdf
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2005 [Citado 2021 Abr 22];84 (Suple 1):1–27. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-23299>.
5. Ramires EKNM, Menezes RCE de, Longo SG, Santos TG dos, Marinho P de M, Silveira JAC da. Prevalence and Factors Associated with Metabolic Syndrome among Brazilian Adult Population: National Health Survey- 2013. Arq Bras Cardiol. 2018; 110(5): 455–66. doi:10.5935/abc.20180072.
6. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019 vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federa. Vigitel. 2020. 276 p.
7. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2016 [citado 2021 Abr 22]; 107(3):1-83. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. doi: 10.5935/abc.20160152
8. Silva EC, Martins MSAS, Guimarães LV, Segri NJ, Lopes MAL, Espinosa MM. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. Rev Bras Epidemiol. 2016; 19(1): 38–51. doi: 10.1590/1980-5497201600010004.

9. Margis R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.*2003;25(1): 65-74. doi: 10.1590/S0101-81082003000400008.
10. Fonseca, F. de C. A. et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *J. bras. psiquiatr.*2009;58(20):128-134. Available from access on 23 Aug. 2019. doi: 10.1590/S0047-20852009000200011.
11. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Acessado em 22 de Abr de 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm.
12. Conselho Federal de Enfermagem (cofen), Fundação Oswaldo Cruz (fiocruz). Perfil da Enfermagem no Brasil. *Cons Fed Enferm* [Internet]. 2013 [Ciatado 2021 Abr 22]; 1(1): 1-11. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/bloco2/tabelas/sul/pr/Enfermeiros.pdf>.
13. Felli VEA, Costa TF, Baptista PCP, Guimarães AL de O, Anginoni BM. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho e suas consequências. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2016; 49(spe2): 98–105.
14. Paulino M, Farias C, Souza Q De, Cristina K, Lemes T, Nayara D, et al. Cardiovascular Risk Assessment in the Nursing Team of a Cardiology Hospital. 2016; 6(7): 541–8. doi:10.4236/ojn.2016.67057.
15. Villar L. *Endocrinologia Clínica.* Lucio Vilar 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
16. Oliveira JEP de, Júnior RMM, Vencio S. Diretrizes 2017-2018 [Internet]. 2018. 3–383 p. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>.
17. Benedetti TRB, Antunes PDC, Rodriguez-añez CR. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. 2007; (6): 11–6.
18. Silva W, Federal U. Medindo consumo de álcool: análise fatorial confirmatória do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). 2013;121–30
19. Quintal C. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Psico-USF* 2009; 27: 37–56.
20. Falavigna A, Bezerra MLS, Teles AR, Kleber FD, Velho MC, da Silva RC et al. Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. *Sleep Breath* [Internet]. 2011 [cited 2021 Apr 22];15(3):351-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20652835/>. doi: 10.1007/s11325-010-

0392-x.

21. Omoron Healthcare. Balança de Bioimpedância. Manual de instruções Balança de Controle Corporal: balança de controle corporal OMRON. 2014;1–48.
22. Menezes AP. Pesquisa Nacional de Saúde. Inst Bras Geogr Estat IBGE [Internet]. 2013 [Citado 2021 Abr 22];31–3. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>
23. Pontificia Universidade Católica de Goiás. Departamento de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Gastronomia. Apostila de Avaliação Nutricional. 2014 [citado 2021 Abr 22]; 1–84. Disponível em: <https://idoc.pub/documents/idocpub-2nv8j002eylk>
24. Chan DC, Watts GF, Barrett PHR, Burke V. Waist circumference, waist-to-hip ratio and body mass index as predictors of adipose tissue compartments in men. *QJM - Mon J Assoc Physicians*. 2003; 96(6): 441–7. doi: 10.1093/qjmed/hcg069.
25. Vera-Cala L.M, Orostegui M, Angel L.I.V, López N, Bautista L.E. Precisão do Aparelho Omron HEM-705 CP na Medida de Pressão Arterial em Grandes Estudos Epidemiológicos. *Arq Bras Cardiol* 2011;96(5):393-398. doi: doi.org/10.1590/S0066-782X2011005000038.
26. Ben-Noun LL, Sohar E, Laor A. Neck circumference as a simple screening measure for identifying overweight and obese patients. *Obes Res*. 2001; 9(8): 470–7. doi: 10.1038/oby.2001.61.
27. Pitanga FJG, Lessa I. Sensibilidade e especificidade do índice de conicidade como discriminador do risco coronariano de adultos em Salvador, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 7(3): 259–69. doi: 10.1590/S1415-790X2004000300004.
28. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation [Internet]. Geneva; 2000 [cited 2021 Apr 22]. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/2000.
29. Mancini MC. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. VI Diretrizes Bras Obesidade. Roca [Internet]. 2016 [Citado 2021 Abr 22]; 4(1): 1–186. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>.
30. Gallagher D, Heymsfield SB, Heo M, Jebb S A, Murgatroyd PR, Sakamoto Y. Healthy percentage body fat ranges: An approach for developing guidelines based on body mass index. *Am J Clin Nutr*. 2000; 72(3): 694–701. doi: 10.1093/ajcn/72.3.694.

APÊNDICE E - FICHA DE AGENDAMENTO E ORIENTAÇÕES

 ORIENTAÇÕES PARA EXAME FÍSICO E LABORATORIAL
<p>Caro participante as pesquisas intituladas Prevalência de Síndrome Metabólica e associação de fatores de risco cardiovascular em profissionais de enfermagem e Condições de Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem: um estudo epidemiológico visa avaliar aspectos saúde cardiovascular dos profissionais de enfermagem e para isso necessitará de sua colaboração na realização das orientações abaixo antes da coleta do exame físico (bioimpedância, perimetria e aferição da PA) e laboratorial.</p>
Agendamento do Exame Físico e Laboratorial
Instruções Pré Exame Físico e Laboratorial
Jejum de 8 horas no mínimo e no máximo de 12 horas;
Estar com vestimentas habituais leves;
Não utilização de estimulantes e bebida alcoólica;
Não realização de atividade física 12 horas antes;
Não estar com a bexiga cheia no momento da aferição da Pressão Arterial;
Não ter ingerido bebida alcoólica, café, fumo até 30 minutos anteriores.
ATENÇÃO
Trazer o cartão do SUS no dia do exame físico e laboratorial
Agendamento da entrevista
Parabéns por cuidar de vc !
Pesquisadora Gisele Costa 98144-7880
Pesquisadora Gabriela O. de Souza Ramos 99176-1363

APÊNDICE F- CARTÃO DE EXAME DO PARTICIPANTE

CARTÃO DO PARTICIPANTE						
NOME :						
DATA DO EXAME :			CONTATO:			
PERÍMETRIA			BIOIMPEDÂNCIA			
CIRCUNFERÊNCIA	VALOR	MEDIDAS		RESULTADOS		
Pescoço	cm	Peso		kg		
Cintura	cm	IMC		cm		
Abdômem	cm	Gordura Corporal		%		
Quadril	cm	Músculo Esquelét.		%		
Altura	cm	Metabolismo Basa		Kcl		
<i>Acantose nigricans ?</i>		Idade Corporal		anos		
sim () não ()		Gordura Visceral		%		
MEDIDA CASUAL DA PRESSÃO						
Sistólica			Diastólica mmHg			
VALORES DE REFERÊNCIA						
Circunferência do Pescoço		alterado homens: maior ou igual 37 e mulheres: maior ou igual 34 cm				
Circunferência do Abdômem		alterado homens: maior que 102 cm mulheres: maior que 88 cm				
Índice de Massa Corporal IMC		sobrepeso 25 a 29,9 kg/m ² e obesidade maior ou igual a 30 kg/m ²				
Gordura Visceral		normal: menor ou igual a 9 /alto: maior ou igual 10 e menor ou igual 14 / muito alto: maior ou igual a 15				
Pressão Arterial		normalidade PAS: menor que 120 e PAD: menor que 80 mmHg				
Músculo Esquelético						
Anos	Homens			Mulheres		
	normal	alto	muito alto	normal	alto	muito alto
18-39	33,3-39,3	39,4-44,0	≥44,1	24,3-30,3	30,4-35,3	≥35,4
40-59	33,3-39,3	39,2-43,8	≥43,9	24,1-30,1	30,2-35,3	≥35,2
Gordura Corporal						
18-39	8,0-19,9	20,0-24,9	≥25,0	21,0-32,9	33,0-38,9	≥39,0
40-59	11,0-21,9	22,0-27,9	≥28,0	23,0-33,9	34,0-39,9	≥40,0
maior 60	13,0-24,9	25,0-29,9	≥30,0	24,0-35,9	36,0-41,9	≥42,0