

FLÁVIO AMÉRICO LOPES BARROSO

**PERFIL DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS DE FUNCIONÁRIOS DE UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DE SÃO LUÍS-MA**

Monografia apresentada ao curso de Pós graduação
de Medicina do Trabalho do Instituto Laboro, para
obtenção do grau de Médico do Trabalho.

Orientador: Profº Esp. Orlando Camelo da Silva

São Luís

2010

FLÁVIO AMÉRICO LOPES BARROSO

**PERFIL DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS DE FUNCIONÁRIOS DE UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DE SÃO LUÍS-MA**

Monografia apresentada ao curso de Pós graduação
de Medicina do Trabalho do Instituto Laboro, para
obtenção do grau de Médico do Trabalho

Aprovado em: ____/____/____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Profº Esp. Orlando Camelo da Silva (**Orientador**)
Especialista em Medicina do Trabalho

1º Examinador

2º Examinador

A Deus que sempre me ilumina.

A minha família, pelo apoio

AGRADECIMENTOS

Em especial à Deus por ter me dado: motivação, força, coragem e determinação para concretizar este sonho.

Aos meus queridos pais com muito amor e carinho pela confiança, atenção, carinho e pelo esforço que fizeram para que eu pudesse realizar este sonho.

À minha esposa, pela confiança e apoio para que eu realizasse esta obra maravilhosa.

A todos os professores do Curso de Medicina do Trabalho, pela atenção, apoio e pelas valiosas sugestões e respeito ao conteúdo do trabalho.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho científico.

"Para a saúde da mente e do corpo, os homens deveriam enxergar com seus próprios olhos, falar sem megafone, caminhar com sobre os próprios pés em vez de andar sobre rodas, trabalhar e lutar com seus próprios braços, sem artefatos ou máquinas."
(John Ruskin)

RESUMO

Perfil dos níveis pressóricos de funcionários de uma Maternidade Pública de São Luís-Ma, com essa temática, vimos que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença crônica mais comum entre os idosos, sendo que sua prevalência aumenta progressivamente com a idade. No Brasil, morrem anualmente milhares de pacientes em consequência de doenças cardiovasculares e a hipertensão arterial sistêmica é um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular no idoso que vive em instituições geriátricas. Os resultados obtidos pelo estudo, confirmaram minha suspeita sobre a baixa prevalência nesses funcionários. Tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo, de delineamento transversal não controlado, que avaliou a prevalência de HAS com funcionários de uma Maternidade Pública de São Luís-Ma. Como respaldo fundamentou-se com livros, artigos, periódicos, concernentes ao título proposto.

Palavras-chave: Perfil. Profissionais. Hipertensão arterial.

ABSTRACT

Profile of blood pressure levels of employees in a public maternity hospital in Sao Luis-Ma, with this theme, we found that hypertension (HTN) is the most common chronic disease among the elderly, but its prevalence increases with advancing age. In Brazil, thousands of patients die annually as a result of cardiovascular disease and hypertension is one of the most important risk factors for cardiovascular disease in the elderly living in geriatric institutions. The results from this study have confirmed my suspicions about the low prevalence of these employees. This was a quantitative, descriptive, uncontrolled cross-sectional study that evaluated the prevalence of hypertension with employees at a public maternity hospital in St. Louis, Ma. As support was based on books, articles, journals, concerning the proposed title.

Keywords: Profile. Professionals. Hypertension.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Sexo.....	23
Gráfico 2 –	Idade.....	24
Gráfico 3 –	Estado Civil.....	24
Gráfico 4 –	Raça.....	25
Gráfico 5 –	Função.....	26
Gráfico 6 –	Quantas horas trabalha por semana.....	26
Gráfico 7 –	Turno em que trabalha.....	28
Gráfico 8 –	Prática de atividade física.....	29
Gráfico 9 –	Fumante.....	30
Gráfico 10 –	Consumo de bebida alcoólica.....	31
Gráfico 11 –	Hipertenso.....	32
Gráfico 12 –	Controle Pressórico.....	32
Gráfico 13 –	Consulta médica nos últimos 12 meses.....	33
Gráfico 14 –	Quantidade de medicamentos usados nos últimos 15 dias.....	34
Gráfico 15 –	Cuidado com a alimentação.....	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	11
2.1	Dados epidemiológicos.....	11
2.2	Diagnóstico e classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	12
2.3	A Alimentação e a Hipertensão Arterial Sistêmica.....	15
2.4	Atividade física e a Hipertensão Arterial Sistêmica.....	16
3	METODOLOGIA.....	20
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
	CONCLUSÃO.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39
	APÊNDICE.....	43

1 INTRODUÇÃO

Mudanças sociais, econômicas, políticas e culturais ocorridas no Brasil a partir da década de 1960 refletiram significativamente no processo saúde-doença, o que propiciou um aumento acentuado das doenças crônicas como a hipertensão arterial (HA).

Mundialmente, a HA é responsável por cerca de 7,1 milhões de mortes prematuras e 64 milhões de casos de invalidez. No Brasil, está relacionada a 80% dos acidentes vasculares encefálicos (AVE) e a 60% dos casos de doença isquêmica do miocárdio.

Espera-se que em 2020, de cada 100 pessoas, 55 venham a morrer de problemas cardíacos e pressão elevada (BRASIL, 2002).

Essa realidade tem levado interessados no assunto a pesquisar os níveis de pressão arterial de determinadas populações, e, assim, o presente estudo, compartilhando a mesma preocupação, objetivou identificar o perfil dos níveis pressóricos de funcionários de instituições públicas de saúde, localizadas em São Luís-Ma.

A escolha dessa população deveu-se ao fato de que, com o avanço das doenças crônicas não transmissíveis, os locais de trabalho tornaram-se lugares potenciais de estudos causais e de intervenção. Também, o estudo dessas duas variáveis teve o intuito de contribuir para a prevenção da HA, bem como para o esclarecimento de casos sugestivos e a descoberta de casos desconhecidos.

2 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial, ou como denominada popularmente de "pressão alta", está relacionada com a força que o coração tem que fazer para estimular o sangue para o corpo todo. No entanto, para ser considerado hipertenso, é preciso que a pressão arterial além de mais alta que o normal, continue elevada (CICCO, 2010).

Smeltzer e Bare (2006) ressaltam que, uma vez identificada, a pressão arterial elevada deve ser monitorada a intervalos adequados, porque a hipertensão é uma condição para o resto da vida. Tendo como objetivo do tratamento impedir a morte e as complicações ao alcançar e sustentar a pressão arterial mais baixa que 140/90 mmHg.

Sabe-se que, toda mutação requer um procedimento educativo, e esse se dá de uma forma lenta e deve ser permanente. Portanto, as ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham com esses pacientes, devem atender às necessidades de cada um, à medida que se tenta conservar o tratamento por longo período (ALMEIDA, 2004).

2.1 Dados epidemiológicos

O envelhecimento populacional, fenômeno observado na maioria dos países e também no Brasil, implica em aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis – como as cardiovasculares –, tornando necessário que seus aspectos epidemiológicos, clínicos, terapêuticos, preventivos e de reabilitação sejam cada vez mais investigados.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença cardiovascular de grande interesse para a saúde pública, é largamente conhecida como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares. Apresenta alta prevalência na população adulta mundial, principalmente acima dos 40 anos (GUS, 2002).

Conforme a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002), 25% das mortes por doença arterial coronariana são causadas por hipertensão. Analisando a

prevalência de HAS em algumas cidades do Brasil, no ano de 1994, em Porto Alegre 26% da população adulta da cidade foi considerada hipertensa. Em relação ao gênero, o número de internações hospitalares por HAS mostra que as mulheres brasileiras apresentam uma prevalência maior de internações, sendo responsáveis em média por 350.000 internações no período de 1998 a 2001. Os homens foram responsáveis por 200.000 internações no mesmo período (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002).

No estudo realizado por Gus (2002), sobre a prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Rio Grande do Sul, foi verificado que 14,4% da população do estado são portadores de HAS. Dentre os fatores de risco associados, salientam-se a idade, obesidade e as dislipidemias, sendo que o baixo nível sócio-econômico não demonstrou relação com o aumento na prevalência da doença.

Frente aos dados acima, que demonstram que a hipertensão acomete parcela significativa da população, é vista a necessidade de mudanças nos hábitos diários, ressaltando-se o papel da dislipidemia e da obesidade no aumento da prevalência da doença e suas comorbidades.

2.2 Diagnóstico e classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

Conforme Murray e Oster (1985), os valores normais da pressão arterial variam conforme a idade. Em adultos maiores de 18 anos, dizemos que a pressão está alta quando a medida ultrapassa o valor de 140/90 mm/Hg. Em crianças e gestantes, valores superiores a 120/80 mm/Hg podem ser considerados anormais.

Conforme IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002) são considerados hipertensos os adultos acima de 18(dezoito) anos cujos níveis tensionais alcançam valor superior 140/90 mmHg. Este diagnóstico deve ser cauteloso, principalmente pelo fato de estar evidenciado que vários são os atoresque interferem nos resultados da pressão arterial.

No Quadro 1 são referenciadas as significâncias dos valores atribuídos aos níveis pressóricos conforme a diretriz anteriormente citada, para adultos acima de 18 (dezoito) anos.

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA	PRESSÃO DIASTÓLICA
Ótima	<120 mmHg	<80 mmHg
Normal	<130 mmHg	<85 mmHg
Limítrofe	130-139 mmHg	80-85 mmHg
Estágios Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Estágio 2 (moderado)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Estágio 3 (grave)	180 mmHg	110 mmHg
Sistólica isolada	140 mmHg	< 90 mmHg

Quadro 1: Classificação da Pressão Arterial

Fonte: IV diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002.

Durante a avaliação dos dados pressóricos deve-se dar especial importância para a técnica e ambiente para a verificação da pressão arterial, visto que atualmente vários estudos comprovam que existe associação entre a reatividade pressórica e as alterações do estado emocional das pessoas (OLIVEIRA JUNIOR, 2000).

Considerando-se a avaliação de um paciente com HAS, deve-se lembrar que as duas principais formas diferem bastante em sua prevalência. A hipertensão é arbitrariamente classificada como sendo essencial ou secundária. O primeiro diagnóstico é estabelecido por exclusão de causas secundárias notificáveis.

A hipertensão secundária, que implica numa causa discernível e algumas vezes reversível para a pressão arterial elevada, provavelmente contribui com menos de 5% dos casos (KAPLAN; SADOCK e GREBB, 1997).

A HAS é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. É também reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM). Conforme a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002), é necessário conhecer os motivos que desencadeiam a hipertensão arterial, e, principalmente, os recursos para amenizar a doença, para que se obtenha uma melhor qualidade de vida.

Segundo Braunwald, Zippes e Libby (2003) o quadro hipertensivo leva a lesão endotelial, favorecendo formação de placa aterogênica e alterações fenóticas das células musculares lisas, promovendo vasodilatação com conseqüente aumento

da permeabilidade vascular, permitindo a entrada de macromoléculas e favorecendo a aderência leucocitária.

Devido à imposição de pressão aumentada sobre o ventrículo esquerdo, desenvolve-se a hipertrofia ventricular, que conseqüentemente irá propiciar a formação de placas ateromatosas nas artérias coronarianas. A presença de placas nas coronárias irá promover o desenvolvimento da doença arterial coronariana (BRAUNWALD; ZIPES; LIBBY, 2003).

Para o hipertenso, o risco para ocorrência de eventos coronarianos agudos é maior do que para o indivíduo não hipertenso. Porém, quando a hipertensão está controlada, os riscos para um evento coronariano são iguais para ambos (GUS, 2002).

Conforme estudo de Framingham apud Braunwald, Zipes e Libby, (2003), a prevalência de morte súbita e IAM sem sintomatologia específica foi mais prevalente entre os pacientes hipertensos, que tiveram índices de mortalidade pós-IAM superior aos pacientes não hipertensos.

Simonetti, Batista e Carvalho (2002), realizaram um estudo para verificar o comportamento dos pacientes hipertensos internados em uma unidade clínica, onde foi verificado que 100% dos pacientes hipertensos apresentavam comprometimento de órgãos alvo, com 43,8% de comprometimento cerebral, 34,3% cardíaco e cerebral, e 18,8% com comprometimento apenas cardíaco.

Para Oliveira (1998), a hipertensão acontece devido a diversas causas como: doença renal, hemorragia cerebral, insuficiência cardíaca e crises de edema agudo de pulmão. Porém, vários são os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos.

Visto que a medicina do trabalho trabalha na prevenção e na educação do autocuidado, é fundamental conhecer os hábitos e as principais dificuldades que os indivíduos tem em relação a sua saúde. Em especial o indivíduo idoso, que pode apresentar dificuldade de compreensão, necessitando, muitas vezes, de estímulo para desenvolver atividades rotineiras de auto-cuidado e de prevenção ou controle de patologias.

2.3 A Alimentação e a Hipertensão Arterial Sistêmica

Seguramente, a HAS aparece como uma das maiores e significativas doenças de saúde pública no Brasil, justamente por sua grandeza, risco e dificuldade de controle. É fator preponderante para o aparecimento de doenças graves como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Infarto agudo do Miocárdio (IAM). O controle e a prevenção de HAS são importantes para a diminuição de seqüelas oriundas desta doença (MOLINA et al., 2003).

O mesmo autor afirma que o tabagismo, sedentarismo, estresse, envelhecimento, fatores genéticos, raça, peso e condições nutricionais, além de fatores desconhecidos ou ainda não confirmados através de estudos são as principais causa da elevação da pressão arterial nos indivíduos adultos.

Os efeitos de uma dieta balanceada, rica em frutas, vegetais e pobre em gorduras são benéficos para a manutenção dos níveis tensionais pressóricos adequados, mas ainda não existe uma consolidação entre a doença e o consumo de alimentos, com exceção do consumo de álcool e sódio, que comprovadamente elevam os valores da pressão arterial. Dentre os fatores de nutrição, outra observação comprovada, é o peso do indivíduo. Uma pessoa mais magra e com menos níveis de gordura sérica tende a manter uma pressão arterial mais nivelada entre os parâmetros considerados normais. O problema da típica culinária regional acarreta problemas de investigação para avaliadores nutricionais (MOLINA et al., 2003).

O consumo de sal, seguramente é dentre os fatores nutricionais, o mais relevante, pois num estudo sobre a associação entre a ingestão de sal e a hipertensão arterial mostra índices de prevalência altos em amostras estudadas (MOLINA et al., 2003).

As questões relacionadas á sensibilidade ao sódio parecem ser de difícil resolução, quando são estudadas em seres humanos. Alguns indivíduos excretam maiores quantidades de sódio sem um aumento da pressão arterial e outros não. A resposta fisiológica a um aumento na ingestão de sódio resultaria na redução da atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona e um aumento na liberação do peptídeo natriurético atrial, sendo que esses sistemas interagem entre si, além de

auxiliar no controle da atividade renal. As diferenças genéticas destes indivíduos e seus respectivos mecanismos de ação ainda estão em fase de comprovação, não gerando ainda, informações significativas que possam acrescentar a este tema (MOLINA et al., 2003).

No tocante ao ponto de vista racial, evidências apontam que indivíduos negros têm uma maior sensibilidade ao sódio e conseqüentemente poderão desenvolver quadro de HAS em maiores proporções que indivíduos brancos (MOLINA et al., 2003).

Alem disso, os problemas nutricionais mais comuns em pessoas idosas em hospitais e asilos é a desnutrição protéico-calórica que é encontrada em 30-50% da população. A desnutrição protéico-calórica limítrofe é comum em pacientes idosos ambulatoriais. Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado que pessoas idosas freqüentemente consomem menos de 2/3 da quantidade diária recomendada de vários nutrientes (FORCIEA; LAVIZZO-MOUREY, 1998).

Este fato, combinado com os efeitos acumulados de doenças, medicamentos e circunstâncias sociais, repleta as reservas calóricas corpóreas para os estresse de doenças agudas ou cirurgias. Assim, com hospitalização, indivíduos idosos freqüentemente desenvolvem desnutrição protéico-calórica com sua morbidade e mortalidade associadas. Pacientes idosos ambulatoriais são menos propensos a ter uma desnutrição explícita, a não ser que estejam se recuperando de uma doença aguda (FORCIEA; LAVIZZO-MOUREY, 1998).

2.4 Atividade física e a Hipertensão Arterial Sistêmica

De acordo com Monteiro e Sobral Filho (2004), atualmente, o sedentarismo aparece como preponderante fator de risco para HAS. Indivíduos que não praticam exercício físico são mais propensos a desenvolverem HAS e sendo assim, aumentarem a taxa de eventos patológicos cardiovasculares, bem como o número de mortes e seqüelas decorrente da doença. Mulheres geralmente são mais sedentárias que os homens na população brasileira.

O mesmo autor salienta que modificações no estilo de vida são necessárias hoje, e o exercício físico é recomendado, fazendo parte deste novo panorama. A atividade física, além de saudável, causa sensações agradáveis ao corpo devido à liberação de um conjunto de substâncias opióides conhecidas como endorfinas, além de manter a estrutura corporal mais magra e rígida, atendendo as exigências atuais de estética e beleza. Mas é a melhora cardiovascular, sem dúvidas, o mais importante benefício obtido com a prática regular do exercício físico. Um estudo envolvendo pacientes com idade de 35 a 83 anos constatou que o exercício físico é uma das condutas não farmacológicas que mais promoveu efeitos redutores dos níveis de pressão arterial (FERREIRA; MELLO; SOBRAL FILHO, 1999).

A tendência de utilizar precocemente agentes medicamentosos está sendo substituída cada vez mais pela implementação da prática gradual e regular das atividades físicas, que visam não só uma redução estatística em números de hipertensos, mas também uma melhora natural das condições de vida da população (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004).

Paffenbarguer et al, apud Monteiro e Sobral Filho (2004), acompanharam em um estudo de seis a dez anos, indivíduos norte-americanos que praticavam exercício físico de forma regular, e constataram que estes apresentavam risco 35% menor de desenvolver HAS que indivíduos sedentários.

Fatores hemodinâmicos, humorais e neurais, explicam a princípio a relação entre a atividade física e HAS, sendo objeto de motivação pela busca de uma explicação para o efeito redutor do exercício sobre a pressão arterial de indivíduos nas comunidades científicas de todo o mundo (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004).

Os autores citam, em seu trabalho, que se justifica a redução da pressão arterial em indivíduos hipertensos pelas alterações humorais relacionadas à produção de substâncias vasoativas, como o peptídeo natriurético atrial ou ouabaina-like, modulada centralmente. Outros autores correlacionam esse fato à redução da noradrenalina plasmática, associada ao aumento da taurina sérica e prostaglandinas e interferindo na recaptação da noradrenalina nas fendas sinápticas.

No que concerne ao efeito agudo do exercício sobre a curva da pressão arterial nas 24 horas em pacientes avaliados através da monitorização ambulatorial da pressão arterial, Marceau apud Monteiro e Sobral Filho (2004), apresentou que indivíduos treinados a 50% e a 70% do Volume de oxigênio máximo apresentaram diversos perfis de curva pressórica. O primeiro grupo manteve a redução exclusivamente durante o período de vigília e o segundo grupo manteve a redução durante o sono.

A sociedade Brasileira de Cardiologia (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2002) preconiza que indivíduos com diagnósticos de HAS iniciem a prática de exercícios físicos regulares, como forma de tratá-la de forma saudável e natural, desde que exames preliminares atestem a capacidade do indivíduo e direcionarem qual a prática mais recomendada, o tempo de duração e a intensidade do exercício, sempre atentando para os índices de consumo máximo de oxigênio que não deve ultrapassar os 80%. Entidades internacionais, com algumas ressalvas, concordam com as normas dispostas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Em resumo, pode-se dizer que durante um período de exercício, o corpo humano sofre adaptações cardiovasculares e respiratórias a fim de atender às demandas aumentadas dos músculos ativos e, à medida que essas adaptações são repetidas, ocorrem modificações nesses músculos, permitindo que o organismo melhore o seu desempenho. Entram em ação processos fisiológicos e metabólicos, otimizando a distribuição de oxigênio pelos tecidos em atividade. Portanto, os mecanismos que norteiam a queda pressórica pós-treinamento físico estão relacionados a fatores hemodinâmicos, humorais e neurais (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004).

Representando um subgrupo de atividades físicas planejadas, o exercício, quando realizado com repetições sistemáticas de movimentos orientados, produzindo aumento de consumo de oxigênio no praticante e um conseqüente dispêndio muscular, gerando assim, trabalho, é excelente maneira de prevenir e tratar a HAS, promovendo, portanto a homeostasia do organismo (equilíbrio fisiológico do mesmo) (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004).

O sistema cardiovascular é beneficiado de forma direta, se for bem executado o exercício. Como ocorre um aumento das demandas metabólicas, mecanismos específicos aceleram o funcionamento do sistema cardiovascular, onde

são acionadas sob a forma de arcos reflexos constituídos de receptores, vias aferentes, centros integradores, vias eferentes e efetores entre outros. Esses mecanismos são multifatoriais, permitindo ao sistema operar de maneira efetiva nas mais diversas circunstâncias. Os ajustes fisiológicos são processados a partir das demandas metabólicas, chegando ao cérebro através do tronco cerebral, onde se situam os neurônios encarregados da regulação central do corpo humano (ARAÚJO, 2001).

Podendo ser classificados em agudos imediatos, agudos tardios e crônicos, os efeitos fisiológicos do exercício físico podem auxiliar na redução dos níveis tensionais arteriais (ARAÚJO, 2001).

Os efeitos do exercício físico sobre a capacidade funcional do idoso sadio são benéficos, assim como alguns cuidados especiais como as condições ambientais e a hidratação nessa faixa etária. Além disso, é importante a prescrição de exercício na cardiopatia aterosclerótica, que apresenta maior prevalência entre os indivíduos idosos (PETROIANU; PIMENTA, 1999).

Os melhores tipos de exercícios físicos indicados aos idosos são a caminhada, atividades aquáticas como natação, hidroginástica ou caminhadas na água, porém todo exercício deve ser feito com cautela para evitar força contra uma glote fechada e prevenir complicações cardiovasculares (PETROIANU; PIMENTA, 1999).

3 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo, de delineamento transversal não controlado, que avaliou a prevalência de HAS com funcionários de uma Maternidade Pública de São Luís-Ma. O tipo de estudo permitiu que a natureza determinasse seu curso no qual o investigador mediu, porém não interviu na pesquisa.

O delineamento da pesquisa é o ponto de partida para uma investigação do estudo do pesquisador. Através do delineamento pode-se traçar os objetivos da investigação, a abordagem metodológica e as hipóteses do estudo (DUNCAN; SCHMITD, 2005).

Os estudos transversais medem a prevalência das doenças e são freqüentemente denominados estudos de prevalência (BEAGLEHOLE; BONITA; KJELLSTRÖM, 1996).

Este tipo de estudo é útil para determinar a prevalência de fatores de risco e a freqüência dos casos de uma doença para uma determinada população, medindo ainda a situação de saúde vigente, planejando e incluindo prioridades para o controle dessas doenças (JEKEL; ELMORE; KATZ, 1999).

Para Fletcher e Wagner (2002, p. 93 - 94):

Qualquer fator que aumente a duração da doença ou da manifestação clínica de um paciente aumenta a chance de tal paciente ser identificado em um estudo de prevalência. Alega ainda: Os estudos de prevalência podem ser usados para investigar potenciais relações causais entre fatores de risco e uma doença, ou entre fatores prognósticos e um desfecho.

Na descrição quantitativa descrevemos a predominância, a freqüência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

As variáveis quantitativas, por sua vez, envolvem distinções não substanciais, no sentido de diferenças ou desigualdades de grau, freqüência, intensidade, volume. Referem-se às propriedades que mantêm a mesma natureza em toda a sua extensão ou dimensão, que se mostram ora com maior, ora com

menor expressão, podendo ser manifestada em termos numéricos (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 1999).

Trata-se um estudo descritivo porque tem como objetivo fundamental expor características de uma determinada população (grupo), ou seja, o sexo, a idade, entre outros fatores (GIL, 2002).

O pesquisador é quem conduz a pesquisa descritiva, observando-a, contando-a, descrevendo-a e classificando-a (POLIT, BECK; HUNGLER, 2004).

A coleta de dados ocorreu através de entrevista estruturada, com aplicação de instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) contendo questões fechadas, no período de junho a julho de 2010. As perguntas foram formuladas aos funcionários, visando facilitar a compreensão, e as respostas registradas pelo pesquisador, no instrumento.

Inicialmente, os funcionários foram convidados a participar da pesquisa sendo orientados sobre os objetivos do estudo, ainda sendo esclarecidos quanto a preservação de sua identidade e respostas.

Mediante o aceite por parte do funcionário, este foi esclarecido acerca do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), e após a assinatura do mesmo, aplicou-se o instrumento de coleta de dados.

Foram utilizados os horários cedidos pela direção da Maternidade, a fim de não interferir no processo das atividades realizadas pelos funcionários.

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados eletrônico, submetidos à tabulação em planilhas eletrônicas, e posteriormente submetidos ao tratamento estatístico.

A análise dos dados foi realizada pelo software Excel. A análise estatística foi realizada utilizando estatística descritiva, com médias e porcentagens, distribuição de freqüências, média e desvio padrão que avaliou a associação entre as variáveis e os desfechos.

Foi apresentado ao funcionário o TCLE, onde está esclarecido que a sua participação se deu de forma voluntária, que o pesquisado poderá por livre e espontânea vontade deixar de fazer parte do estudo, se assim o desejar, sem

prejuízo à sua pessoa ou à sua assistência, que seus dados serão mantidos em sigilo, preservando assim seu anonimato.

O Instrumento de coleta de dados somente foi aplicado após autorização do responsável pela Maternidade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com os dados colhidos através de 100 funcionários, obteve-se o seguinte resultado:

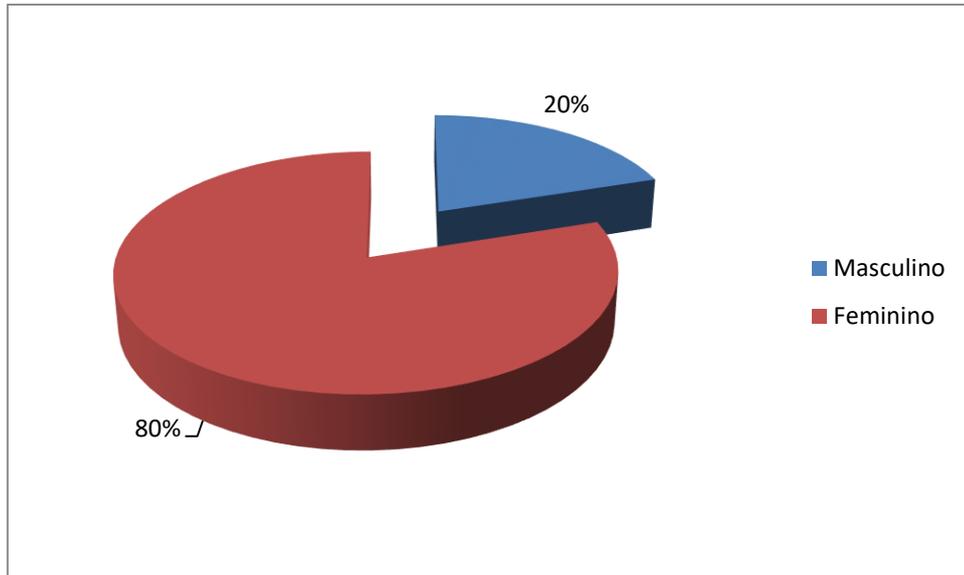


Gráfico 1 - Sexo

O Gráfico 1 mostra que 80% da população estudada era feminina, e 20% era masculina.

Apesar dos homens têm maior probabilidade de desenvolver hipertensão que mulheres. As mulheres desenvolvem hipertensão 10 anos após os homens, mas ambos têm como principal causa de morte, as doenças cardiovasculares.

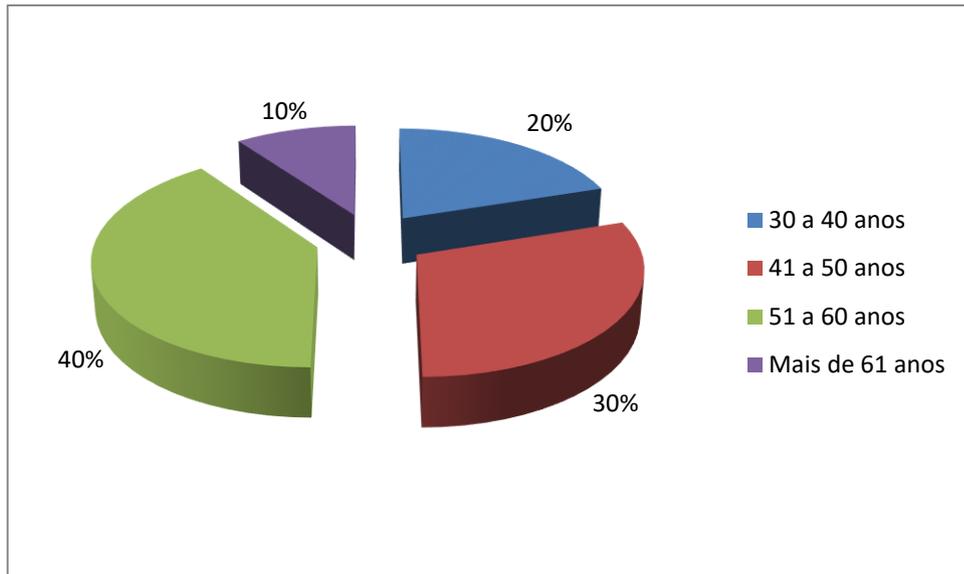


Gráfico 2 – Idade

Dentro da faixa de idade pré-estabelecida no Gráfico 2, em subgrupos etários, em porcentagem, existe uma paridade de hipertensos que variam de 51 a 60 anos, onde encontramos o maior número de hipertensos. O gráfico mostra que na população pesquisada, 40% dos funcionários hipertensos tem idade de 51 a 60 anos, 30% de idade entre 41 a 50 anos, na faixa compreendida entre 30 a 40 anos, 20% são hipertensos e com mais de 61 anos 10%.

Yamamoto e Diogo (2002) reforçam a idéia que é alta a prevalência de HAS em idosos, não referindo em seus estudos qual subgrupo possa ser mais hipertenso que o outro.

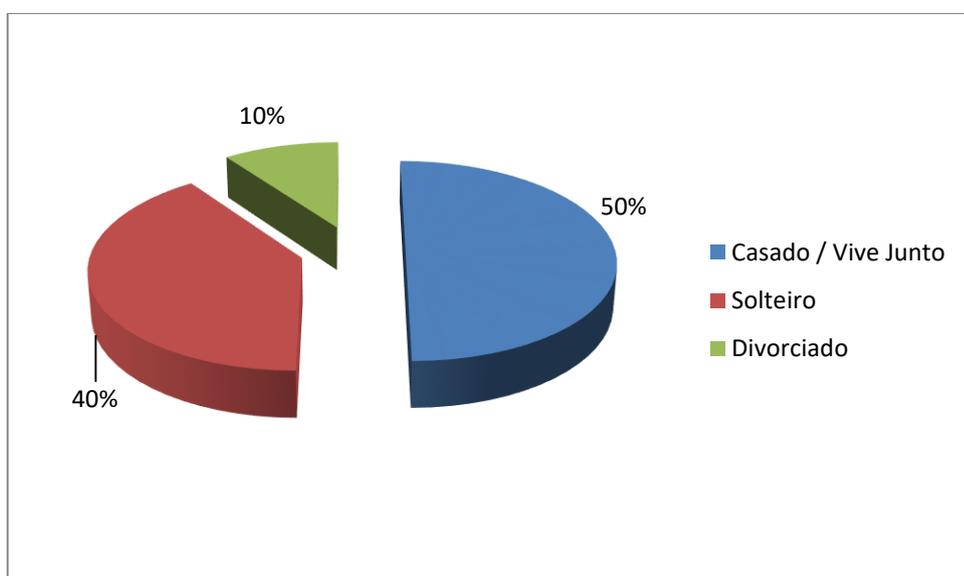


Gráfico 3 – Estado Civil

Segundo o gráfico 3, observa-se que 50% dos entrevistados eram casados ou viviam juntos, 40% solteiros e 10% divorciados

O estado civil contribui para adesão ao tratamento, pois segundo Smeltzer e Bare (2002), as pessoas que vivem só enfrentam outros problemas além daqueles relacionados à doença, sendo assim, um envolvimento de um membro da família é componente facilitador para a adesão ao tratamento medicamentoso.

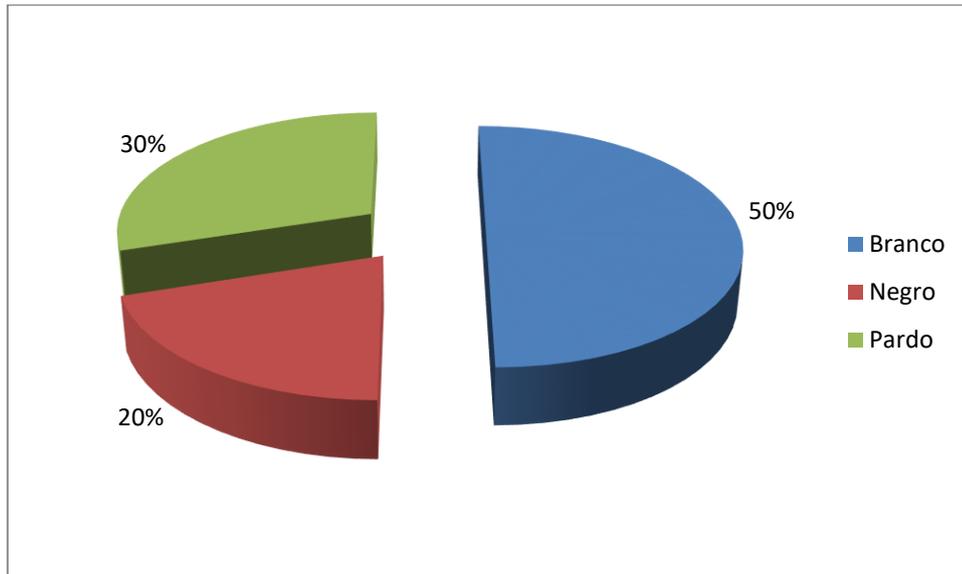


Gráfico 4 – Raça

A população de etnia branca ou caucasiana como sendo a grande prevalente entre os funcionários pesquisado. 50% dos funcionários são da etnia branca, 30% são pardos e 20% são de origem negra.

No tocante ao ponto de vista racial, evidências apontam que indivíduos negros têm uma maior sensibilidade ao sódio e conseqüentemente poderão desenvolver quadro de HAS em maiores proporções que indivíduos brancos, conforme Molina et al. (2003). Levamos em conta que a amostra da pesquisa era estatisticamente de significância pequena nesta Maternidade, assim contrapondo o que Molina et al. (2003), afirmaram em seu estudo, pois a grande população, quase o dobro dos hipertensos do lar, é de origem étnica branca.

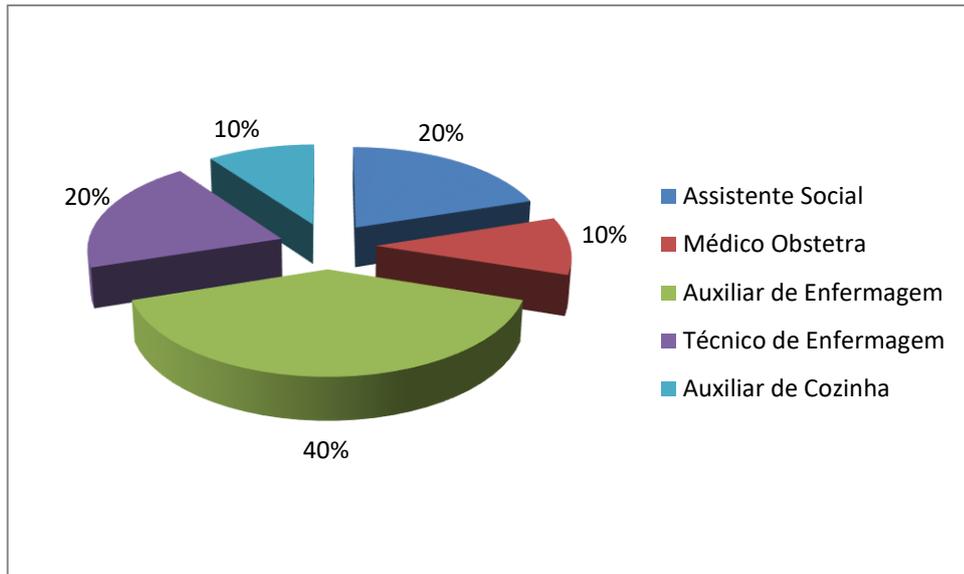


Gráfico 5 – Função

Nota-se através do Gráfico 5, que 40% dos funcionários eram Auxiliar de Enfermagem, 20% Assistente Social e Técnico de Enfermagem e 10% Médico Obstetra e Auxiliar de cozinha, respectivamente.

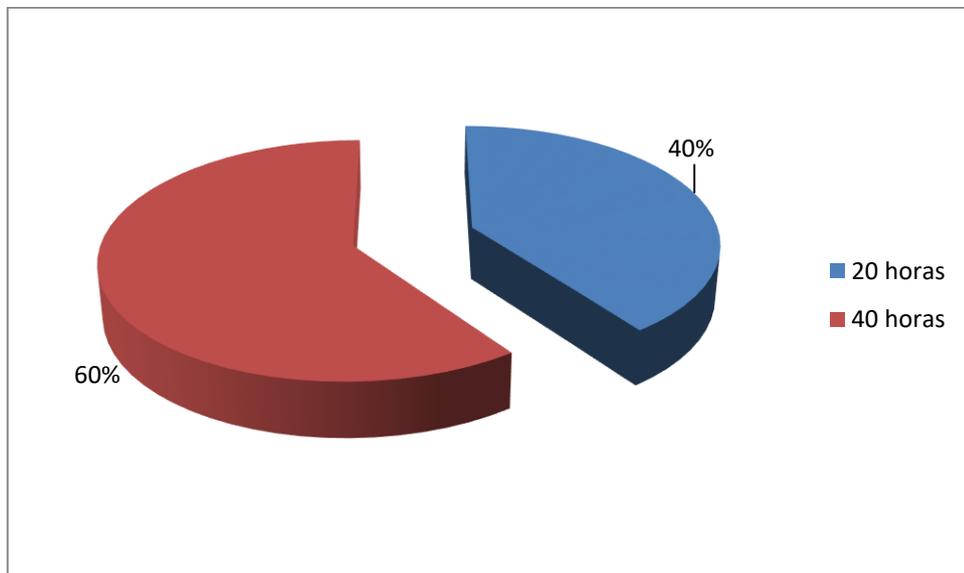


Gráfico 6 – Quantas horas trabalha por semana

No gráfico 6, demonstra-se que 60% dos funcionários trabalham por semana 40 horas, enquanto que 40% somente 20 horas.

O trabalho, do ponto de vista de Ferreira (1995, p. 642), é uma “atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento”. É definido também como a “aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim”.

No entender de Sampaio; citado por Beck (2001, p. 15), “existe uma onipresença do trabalho humano em todas as expressões da vida social, situando o trabalhador numa hierarquia social de valores, com prestígio social diferenciado e remetendo-os a diferentes possibilidades de consumo, facilidade, adoecimento e morte”.

Moretto (2001, p. 54), argumenta que o ser humano é “a principal preocupação para a saúde e o define como [...] ser único, biológico, social, político e econômico em constante interação com seu meio”. Também é “capaz de controlar os fatores determinantes de sua saúde, desenvolvendo-se pela vivência em ambientes favoráveis, pelo acesso a informações, experiências e habilidades e pela oportunidade de escolha de uma vida mais sadia [...]”. O indivíduo “é possuidor de direitos constitucionais que o tornam participante do sistema de saúde através da comunidade a que pertence [...] é portador de uma bagagem cultural específica [...]”. O autor conceitua saúde como resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, considerando que estes fatores que norteiam a saúde devem ser interpretados como recursos para viver a vida e não como objetivo de viver.

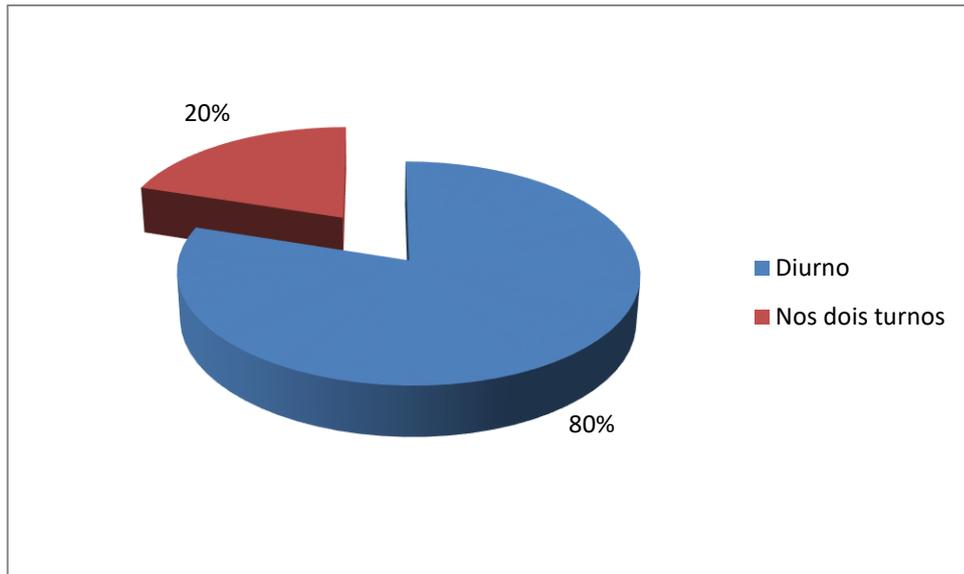


Gráfico 7 – Turno em que trabalha

Segundo o Gráfico 7, nota-se que 80% dos profissionais trabalham no turno diurno e 20% nos dois turnos (diurno e noturno).

Quanto a análise da dupla jornada de trabalho é complexa e articula diversos fatores localizados nas esferas pública e privada. As possíveis repercussões da dupla jornada de trabalho sobre a saúde também são diversificadas: sobrecarga psicológica, fadiga física ou burnout; tempo insuficiente para lazer, para descanso, horas de sono e alimentação. Pesquisas revelam que altas demandas familiares, combinadas com situações pobres de trabalho, estão associadas a maior frequência de sintomas de depressão entre os profissionais do que quando há apenas uma dessas condições (ARAÚJO, et al., 2003).

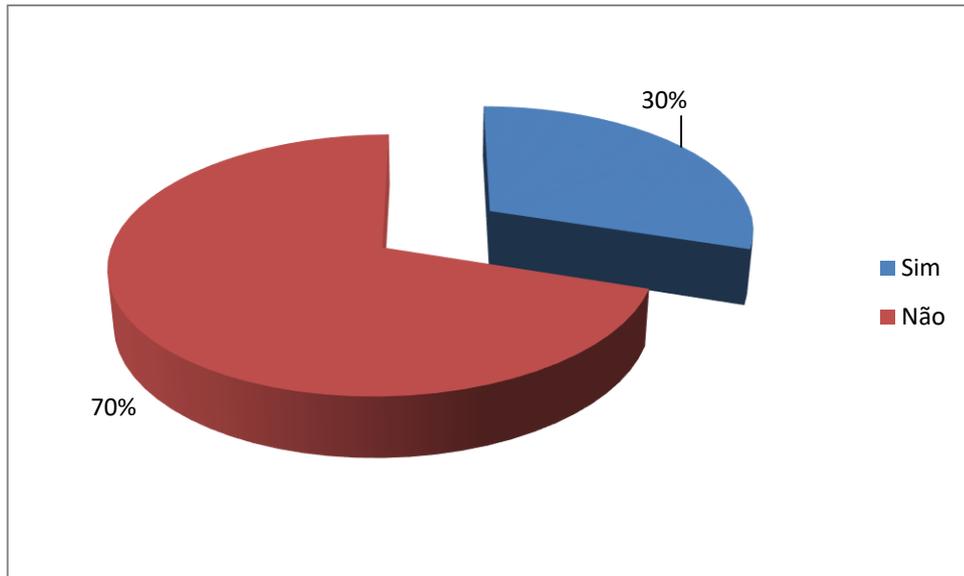


Gráfico 8 – Prática de atividade física

O Gráfico 8 mostra de maneira bem clara que a grande maioria dos funcionários desta Maternidade, 70%, ou seja, não praticam qualquer forma de atividade física, e apenas 30% deles, afirmam praticar algum tipo de atividade física. No geral, praticam caminhadas, ginástica, danças e outras atividades menos citadas.

Segundo Araújo (2001), o sistema cardiovascular é beneficiado de forma direta, se for bem executado o exercício. Assim, os efeitos fisiológicos dessas atividades podem auxiliar na redução dos níveis tensionais arteriais.

A prática de atividade física regularmente tem como princípio melhorar a condição física e a saúde, pois melhora o funcionamento do organismo, reforçando a função circulatória, muscular, pulmonar, óssea e as articulações. Além disso, auxilia na redução e/ou na manutenção do peso corporal e, sobretudo, contribui para a prevenção de doenças crônicas (GUS, 2002).

A prática de exercícios físicos aeróbicos é considerada um tratamento não medicamentoso muito efetivo para HAS, entretanto, para ser eficaz, o exercício deve ser realizado na intensidade baixa a moderada, com duração de 30 a 60 minutos, e no mínimo três vezes por semana (CASTRO; ROLIM; MAURÍCIO, 2005).

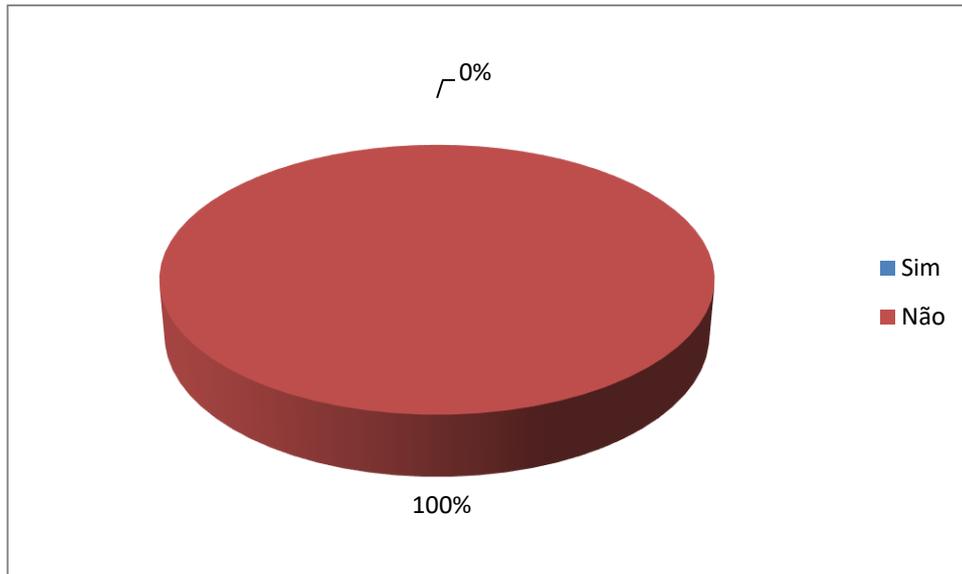


Gráfico 9 – Fumante

O gráfico 9, demonstra que 100% dos entrevistados não são fumantes.

Apesar de não terem aparecido fumantes, vale ressaltar a importância da prevenção do fumo ao hipertenso de acordo com os seguintes autores.

As pessoas fumam principalmente influenciadas pela publicidade maciça do cigarro nos meios de comunicação de massa. Pais, professores, ídolos amigos também exercem uma grande influência. A publicidade sabe aliar demandas sociais e as fantasias dos diferentes grupos adolescentes, mulheres, faixas economicamente mais pobres etc., ao uso do cigarro fazendo crer que ao fumar, esses desejos serão realizados, aumentando o consumo do tabaco entre as pessoas mais facilmente influenciáveis (FILHO, 2006).

O tabaco é a maior mistura de substâncias tóxicas introduzidas voluntariamente no organismo humano em forma de: charuto, cachimbo e cigarro; destaca-se a nicotina por estar relacionada ao infarto e ao câncer tendo como principal papel à promoção da dependência obrigando o indivíduo a fazer uso contínuo do fumo (BRASIL, 2002).

De acordo com Smeltzer e Bare (2002), a nicotina causa a diminuição do volume interno das artérias, provocando endurecimento das artérias ou arteriosclerose além da aceleração da frequência cardíaca e conseqüentemente a hipertensão. Em união com o monóxido de carbono, provoca diversas doenças

cardiovasculares, problemas pulmonares como câncer, mas é igualmente nocivo para outros órgãos como estômago, a garganta, o coração, úlcera gástrica, e de desencadear a liberação de toxinas no pulmão, podendo provocar enfisema pulmonar.

A modernidade conduz o homem a hábitos alimentares desfavoráveis à saúde, a uma vida sedentária, a exposição a condições estressantes e a aquisição de hábitos que geram prazer, como o tabagismo, mas que do ponto de vista fisiológico agridem o organismo (PEREIRA FILHO, 2003).

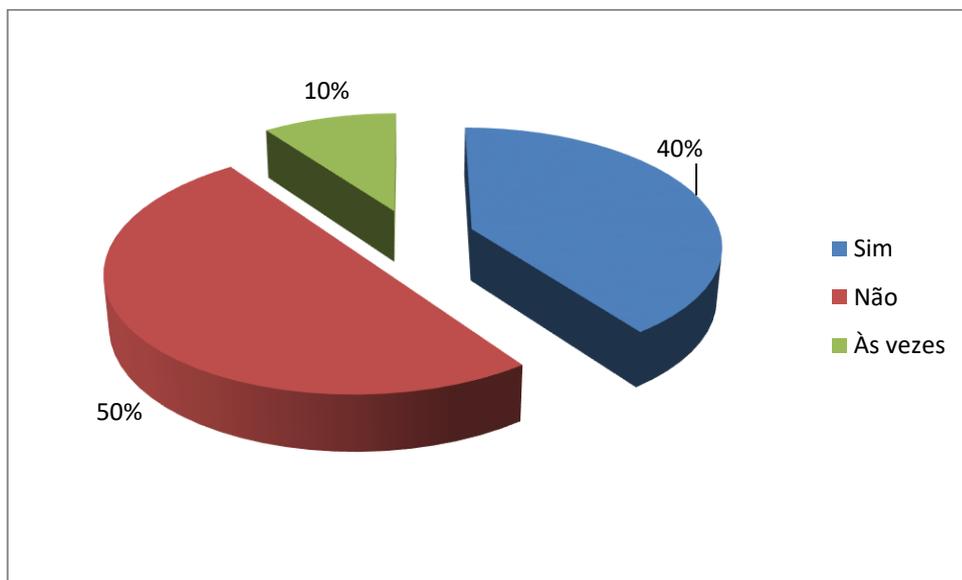


Gráfico 10 – Consumo de bebida alcoólica

De acordo com o gráfico 10, 50% dos funcionários não consomem bebida alcoólica, 40% consomem e 10% às vezes.

Estudos têm indicado prevalência mais elevada de hipertensão arterial em indivíduos que consomem duas, três ou mais doses de álcool por dia, equivalendo a 45g ou mais de etanol (BRAGA; COVELLO, 2004). Diante do número significativo de pessoas que fazem uso de álcool, entendemos ser importante a implementação de atividades relacionadas à informação sobre os prejuízos do álcool, particularmente para o grupo feminino e em risco de Hipertensão Arterial.

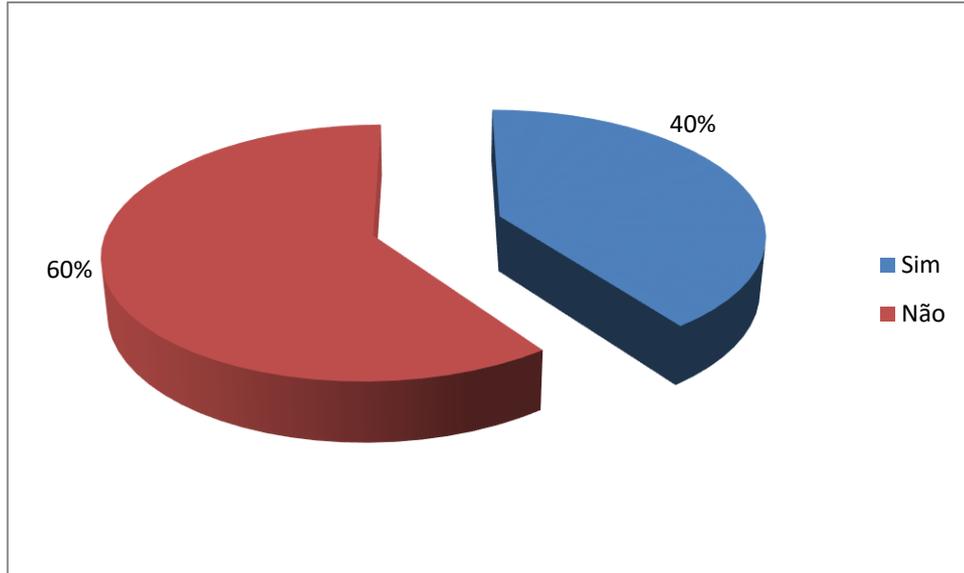


Gráfico 11 – Hipertenso

De acordo com 60% dos funcionários não são hipertensos, enquanto que 40% afirmam serem hipertensos.

Esse resultado comprova o que segundo Monteiro e Sobral Filho (2004) afirmam, dizendo que atualmente o sedentarismo aparece como preponderante fator de risco para HAS em adultos e idosos. Indivíduos que não praticam exercício físico são mais propensos a desenvolverem HAS e sendo assim, aumentarem a taxa de eventos patológicos cardiovasculares, bem como o número de mortes e seqüelas decorrente da doença.

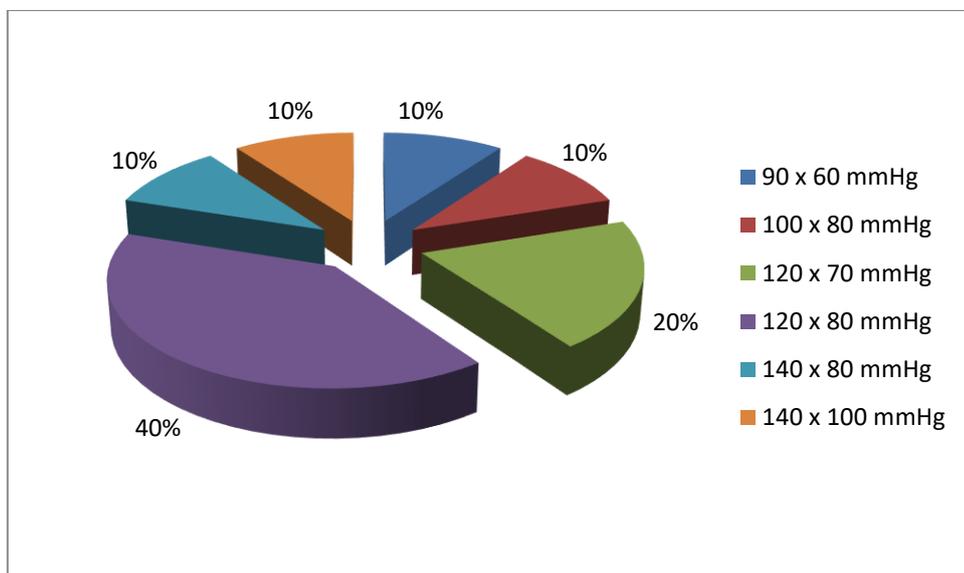


Gráfico 12 – Controle Pressórico

Quanto ao Gráfico 12, referente ao controle pressórico, nota-se que 40% tem controle de 140 x 80mmHg, 20% 120 x 70 mmHg, 10% 90 x 60 mmHg, 100 x 80 mmHg, 140 x 80 mmHg e 140 x 100 mmHg.

Considerando as diretrizes para hipertensão arterial e seu manejo, qualquer nível de pressão arterial acima de 140 x 90 mmHg é considerado hipertensão arterial. Também a faixa entre 130 a 139, e a entre 85 a 89 para pressões sistólica e diastólica, respectivamente, foram consideradas dentro da faixa de pressão normal alta, e o critério normal seria qualquer nível abaixo de 130 x 85 mmHg. E a pressão arterial ótima seria abaixo de 120 x 80 mmHg nesta nova classificação (LUNA, 2009).

No estudo HOT (Hypertension Optimal Treatment) avaliou-se a relação entre níveis de pressão diastólica diferentes (menor ou igual a 90, menor ou igual 85 ou menor ou igual a 80 mmHg) e os eventos cardiovasculares em pacientes hipertensos⁽⁵⁾. Resultados mostraram significativamente menos infarte do miocárdio em pacientes com níveis pressóricos diastólicos menores, mas subgrupos de pacientes idosos não têm tido tamanho de amostra suficiente para produzir achados estatisticamente significantes (LIBERMAN, 2007).

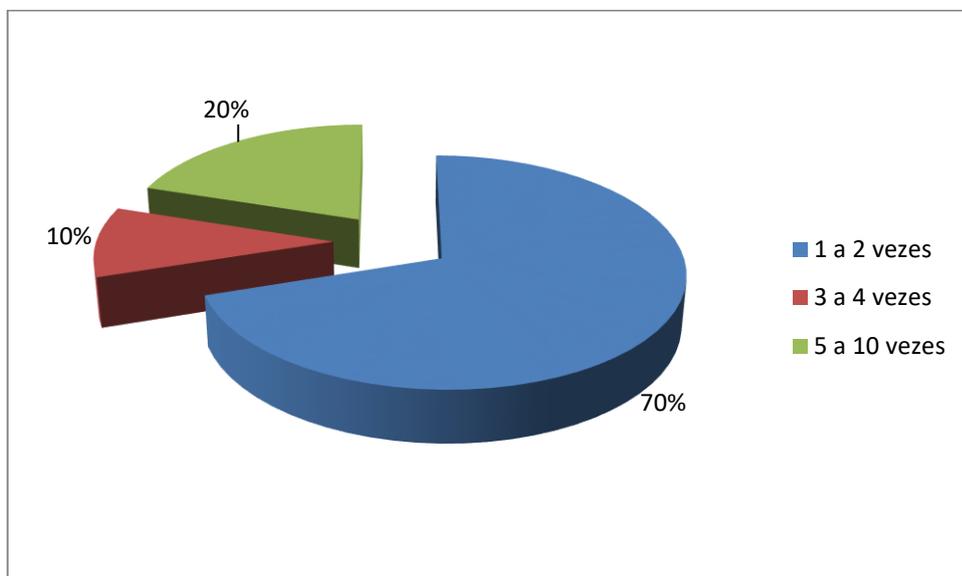


Gráfico 13 – Consulta médica nos últimos 12 meses

No gráfico 13, ver-se que 70% dos profissionais durante 12 meses vão fazer consulta de 1 a 2 vezes, 20% de 5 a 10 vezes e 10% de 3 a 4 vezes. Assim, uma vez diagnosticadas, o protocolo de manejo dessa enfermidade (Hipertensão)

recomenda acompanhamento periódico pela consulta médica. Outra limitação baseia-se no fato de não terem sido investigados os motivos das consultas, já apontados como importantes determinantes (COSTA; FACCHINI, 2007).

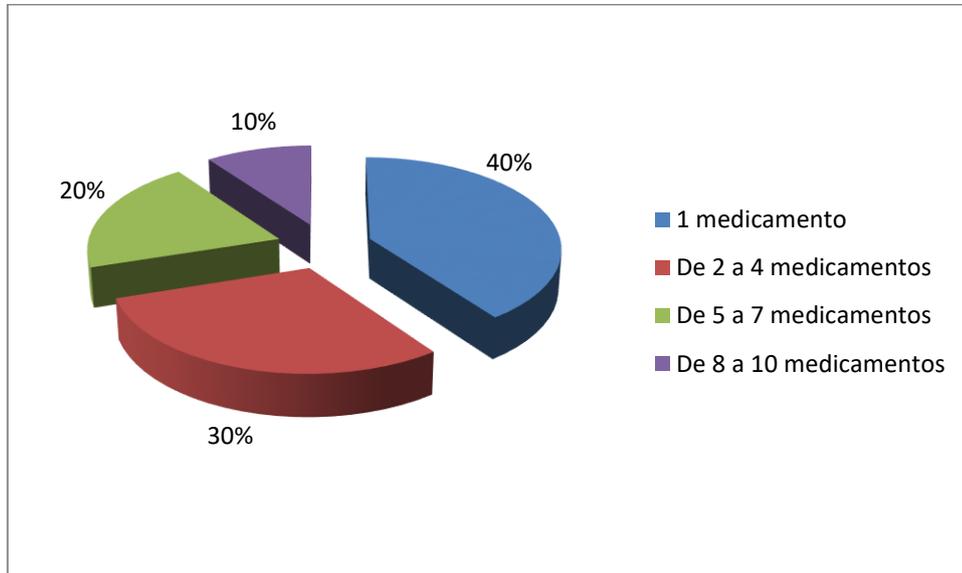


Gráfico 14 – Quantidade de medicamentos usados nos últimos 15 dias

O gráfico 14 demonstra que 40% dos entrevistados administram 1 medicamento, 30% de 2 a 4 medicamentos, 20% de 5 a 7 medicamentos e 10% de 8 a 10 medicamentos.

Os medicamentos para hipertensão são divididos em seis classes principais: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueadores dos canais de cálcio e antagonistas do receptor AT_2 da angiotensina II (AII). A combinação de fármacos é freqüentemente utilizada, já que a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40 a 50% dos casos (SHIRASSU, 2002).

Doses plenas de combinações apropriadas, tais como um inibidor de enzima conversora de angiotensina (IECA) ou antagonista de receptores de angiotensina (ARA), bloqueador de canal de cálcio (BCC) e um diurético tiazídico, são geralmente muito efetivas e bem toleradas. Pacientes com hipertensão resistente freqüentemente têm retenção de líquidos e a terapia diurética efetiva é essencial para o controle da PA (CARVALHO, 1998).

Diuréticos tiazídicos de longa ação são efetivos em muitos pacientes com hipertensão resistente. Diuréticos de alça são preferíveis em pacientes com insuficiência renal crônica se o *clearance* de creatinina for menor que 30 mL/min. A furosemida tem meia-vida curta e conseqüentemente ação também curta, devendo ser prescrita em, no mínimo, duas vezes ao dia. O potássio sérico necessita ser monitorado, principalmente para pacientes em uso de doses elevadas de diuréticos, idosos e com disfunção renal (KOHLMANN, PLAVNIK, 2003).

Antagonistas de receptores de mineralocorticóide promovem significativa redução adicional na PA independentemente dos níveis de aldosterona/renina em pacientes com hipertensão resistente. Pesquisadores têm descrito os efeitos de baixas doses (12,5 a 25 mg/dia) de espironolactona em pacientes com PA não controlada apesar de estarem tomando quatro outras medicações, incluindo um IECA ou ARA e um diurético. Após seis meses de seguimento, a PAS foi reduzida em 25 mmHg e a PAD, em 12 mmHg. Reduções na PA foram similares em pacientes com e sem hiperaldosteronismo, e a resposta da PA à espironolactona não foi predita pela CAP e ARP basais ou por excreção urinária de 24 horas de aldosterona. Os benefícios foram similares em pacientes afro-americanos e caucasianos (PEREZ, et al., 2003).

Dados do estudo ASCOT também demonstraram um significativo efeito da espironolactona na redução da PA15. A espironolactona foi geralmente bem tolerada nesses estudos, embora ginecomastia tenha ocorrido em cerca de 10% dos homens. A eplerenona, um antagonista seletivo de receptor de mineralocorticóides, é mais bem tolerada do que a espironolactona, com menor incidência de ginecomastia, disfunção sexual e irregularidades menstruais, e tem mostrado efetividade na redução da PA (LESSA, 1998).

Hipercalemia, com ou sem insuficiência renal aguda, foi incomum apesar do uso concomitante de um IECA ou ARA, embora pacientes mais velhos, com diabetes e com doença renal crônica, apresentem risco aumentado de hipercalemia. Níveis séricos de potássio e creatinina devem ser monitorados em pacientes tratados com antagonistas de receptores de mineralocorticóides, principalmente se eles estão recebendo concomitante terapia com IECA ou ARA. Suplementação de potássio ou substitutos que contenham potássio deve ser descontinuada ou reduzida

em pacientes que estão iniciando terapia com antagonistas de receptor de mineralocorticóide (FUCHS; WANNMACHER, 2008).

Fuchs e Wannmacher (2008, p. 28), demonstram os medicamentos usados no tratamento da hipertensão:

Os medicamentos mais importantes usados no tratamento da hipertensão são mostrados nas sete categorias principais mostradas abaixo.	
Diuréticos tiazídicos	Bendrofluazida, clortalidona, ciclopentiazida, hidroclorotiazida, indapamida
Betabloqueadores	Hidrocloreto de celiprolol, hidrocloreto de esmolol, hidrocloreto de labelatol, tartarato e metoprolol, nadolol, hidrocloreto de oxiprenolol, pindolol, hidrocloreto de sotalol, maleato de timolol
Bloqueadores do canal de cálcio	Bezilato de amlodipina, hidrocloreto de ditiazem, felodipina, isradipina, lacidipina, hidrocloreto de lercadinipina, hidrocloreto de micardipina, nifedipina, risoldipina, hidrocloreto de verapamil
Inibidores da ECA	Captopril, cilazapril, maleato de enalapril, fosinopril, lisinopril, quinapril, ramipril, trandolapril
Alfabloqueadores	Doxazosin, hidrocloreto de fenoxibenzamina, indoramin, mesilato de fentolamina, prazosin, terazosin
Drogas de ação central	Hidrocloreto de clonidina, metildopa, moxonidina
Antagonistas do receptor de angiotensina	Candersatan cilexetil, irbesartan, losartanpotássico, valsartan

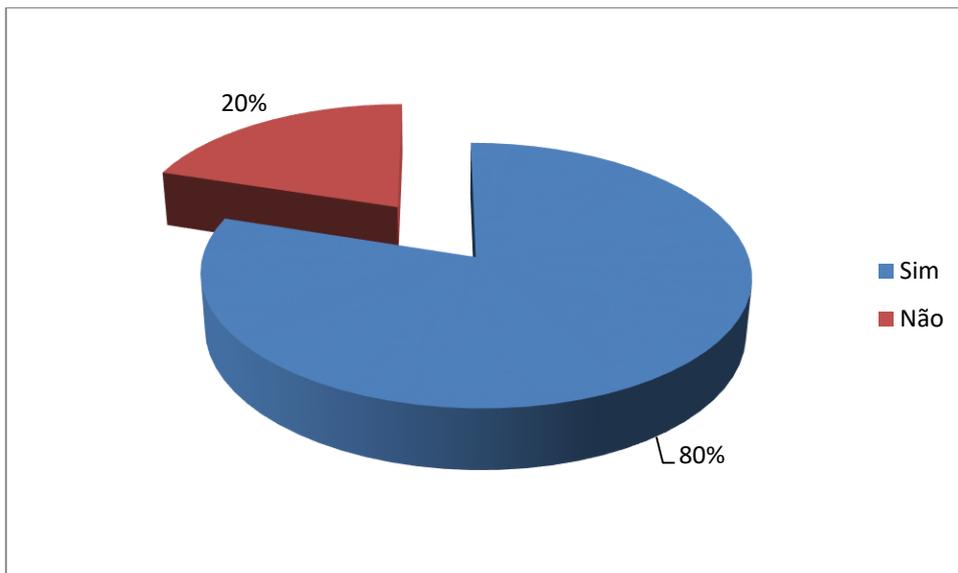


Gráfico 15 - Cuidado com a alimentação

De acordo com o Gráfico 14, 80% afirmam que cuidam da alimentação, enquanto 20% não cuidam muito bem.

Molina et al. (2003), afirma que as condições nutricionais são fatores preponderantes para a manutenção de uma população saudável, no que diz respeito as doenças cardiovasculares que geralmente são resultados finais de estágios de HAS, não controlados e assim agravados.

Os efeitos de uma dieta balanceada, rica em frutas, vegetais e pobre em gorduras são benéficos para a manutenção dos níveis tensionais pressóricos adequados, mas ainda não existe uma consolidação entre a doença e o consumo de alimentos, com exceção do consumo de álcool e sódio, que comprovadamente elevam os valores da pressão arterial. Dentre os fatores de nutrição, outra observação comprovada, é o peso do indivíduo. Uma pessoa mais magra e com menos níveis de gordura sérica tende a manter uma pressão arterial mais nivelada entre os parâmetros considerados normais. O problema da típica culinária regional acarreta problemas de investigação para avaliadores nutricionais (MOLINA et al., 2003).

O consumo de sal, seguramente é dentre os fatores nutricionais, o mais relevante, pois num estudo sobre a associação entre a ingestão de sal e a hipertensão arterial mostra índices de prevalência altos em amostras estudadas (MOLINA et al., 2003).

As questões relacionadas á sensibilidade ao sódio parecem ser de difícil resolução, quando são estudadas em seres humanos. Alguns indivíduos excretam maiores quantidades de sódio sem um aumento da pressão arterial e outros não. A resposta fisiológica a um aumento na ingestão de sódio resultaria na redução da atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona e um aumento na liberação do peptídeo natriurético atrial, sendo que esses sistemas interagem entre si, além de auxiliar no controle da atividade renal. As diferenças genéticas destes indivíduos e seus respectivos mecanismos de ação ainda estão em fase de comprovação, não gerando ainda, informações significativas que possam acrescentar a este tema (MOLINA et al., 2003).

5 CONCLUSÃO

Este trabalho de pesquisa acadêmica, sobre o perfil dos níveis pressóricos de funcionários de uma Maternidade Pública de São Luís-Ma, através da visualização gráfica, a percepção da cena encontrada em campo de pesquisa.

Pôde ser constatado que 40% dos funcionários pesquisados são portadores de HAS, em sua grande maioria e que eles no geral, desconhecem as nuances da doença, bem como medidas de profilaxia, tratamento e as condições saudáveis que poderiam desfrutar, apesar de estarem dentro de uma Unidade de Saúde (Maternidade) necessitam de um suporte mínimo de informações sobre os mecanismos da HAS, a correlação com os problemas cardiovasculares, as seqüelas definitivas que essa patologia implica em muitos casos e os multifatores que influenciam direta e indiretamente na doença.

Foi descrito no trabalho, conforme seus objetivos, a relação dos idosos com a HAS e os multifatores importantes que aparecem como condição predisponente para o aumento das chances dessa população pesquisada em adquirir a HAS, ou complicar seu quadro, pois foi observado através das análises o quanto Hipertenso é essa população investigada. Sexo, Etnia, prática de atividades físicas, consulta médica, jornada de trabalho, medicação, cuidado com a alimentação foram alencados neste trabalho no intuito de proporcionar melhor compreensão por parte do leitor e ao mesmo tempo servir de subsídios para uma acurada discussão dos resultados, tendo em vista a facilidade que os gráficos proporcionam na avaliação dos mesmos.

Com a idéia de que esse trabalho possa servir de algum modo para futuros pesquisadores, para acadêmicos da área da saúde no geral, afirmo que muito tem que ser feito em relação aos indivíduos Hipertensos, pois concluir algum estudo definitivo sobre esse tema seria surreal, ou no mínimo um deriva. Devemos estar imbuídos de perseverança, de trabalho e de empenho para mudarmos essa realidade ainda tão aquém de nossas expectativas, quer seja pela ótica científica, quer seja pelo prisma social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Introdução à epidemiologia moderna**. 2.ed. Belo Horizonte: COOPMED, Salvador: APCE, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

ALMEIDA, K.M.S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz- RN**. 2004. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ARAÚJO, Cláudio Gil Soares de. **Fisiopatologia do exercício físico e hipertensão arterial**: uma breve introdução. Revista de Hipertensão, v. 4, 2001.

ARAÚJO, T.M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C.O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. **Rev Saúde Pública** 2003; 37(4):424-33.

BEAGLEHOLE, Maria Swarzs; BONITA, Clara Hoffman; KJELLSTRÖM, Pedro Van Basten. **Estudos de prevalência**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BECK, C. L. C. **O sofrimento do trabalhador**: da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem. Florianópolis: [s.n.], 2001.

BRAGA, F.L.M.; COVELLO, C.M. Follow-up como modalidade da assistência de enfermagem ao hipertenso. Revista Brasileira de Enfermagem, v.47, n.2, p.165-77, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: manual de hipertensão e diabetes mellitus. Brasília (DF); 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Apresentação do Programa Hiperdia. **Data SUS**, Brasília: MS, 2002. Disponível em: [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em: 15 nov. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas Públicas. Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. **Rev Saúde Pública** 2001out; 35 (5): 490-93.

BRAUNWALD, Eugene; ZIPPE Douglas P.; LIBBY, Peter. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. 6. ed. São Paulo: Roca, 2003.

CARVALHO, E.C. de; PESSUTO, J. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. vol.6, n.1, p. 33-39.1998.

CASTRO, M.E.; ROLIM, M.O.R.; MAURICIO, T.F. **Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores.** *Acta Paul Enferm.* 2005;18(2):184-9

CICCO,L.H.S. **Hipertensão arterial? E agora?** Disponível em: <www.saudevidaonline.com.br/hipert.htm - 15k>. Acesso em: 17 nov. 2010.

COSTA JSD, FACCHINI LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Rev Saúde Pública.** 1997;31(4):360-9.

DUNCAN, Antônio de; SCHIMTD, Mário Souza. **Processos Metodológicos em Pesquisa Quantitativa.** São Paulo: Abril, 2005.

FANGHANEL-SALMÓN, G.; SÁNCHEZ-REYES, L.; ARELLANO-MONTAÑO, S.; VALDÉS-LIAZ, E.; CHAVIRA-LÓPEZ, J.; RASCÓN-PACHECO, R.A. Prevalência de factores de riesgo de enfermedad coronariana em trabajadores del Hospital General de México. **Salud Pública Méx** 1997 Sep./Oct; 39 (5): 427-32.

FERREIRA, K. V. S.; MELLO, A. M., SOBRAL FILHO, D. C., et al. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 73, supl. IV, p. 110, 1999.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário básico da língua portuguesa.** Folha de São Paulo (19 fascículos). São Paulo: Nova Fronteira, 1995.

FLETCHER, Rodolfo Paz Fletcher e; WAGNER, Adão. **Metodologia científica aplicada.** São Paulo: Abril, 2002.

FORCIEA, Mary Ann; LAVIZZO-MOUREY, Risa. **Segredos em geriatria.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

FUCHS, F.D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia clínica: Fundamentos da Terapêutica Racional.** 4. ed. Rio de Janeiro, RJ : Guanabara Koogan, 2008.

GIL, Ana Paula. **Metodologia Aplicada.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

GUS, Iseu. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Rio Grande do Sul e fatores de risco associados.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 78, n. 5, p. 478 – 483, 2002.

JEKEL, Mauro de Oliveira; ELMORE, João Paulo; KATZ, Flávia Moura. **Pesquisa acadêmica.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica** . 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KOHLMANN, O. J, PLAVNIK, F, L. Complicações da hipertensão arterial. In. PIERIN, A. M. G. (Org). **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar.** 1. Ed. Barueri: Manole, cap 17. P25-36. 2003.

LESSA, I. (Colaborador). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.

LIBERMAN, A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. **Rev Bras Hipertens**, 2007;14:17-20.

LUNA, R.L. **Hipertensão Arterial**. Rio de Janeiro: Editora Medica e Cientifica Ltda, 2009.

MOLINA, Maria del Carmen Bisi; CUNHA, Roberto de Sá; HERKENHOFF, Luis Fernando; MILL, José Geraldo. **Hipertensão arterial e o consumo de sal em população urbana**. Revista de Saúde Pública, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18017.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2006.

MONTEIRO, Maria de Fátima; SOBRAL FILHO, Mário. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista de Saúde Pública**. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000600008>. Acesso em: 27 dez. 2005.

MORETTO, E. S. **Os enfermeiros e o SUS: da realidade a possibilidade**. Passo Fundo: UPF. 2001. (Série Dissertações Enfermagem, 7).

MURRAY, Epstein; OSTER, James R. **Hipertensão: uma abordagem em prática**. Rio de Janeiro: Discos CBS, 1985.

OLIVEIRA, de Alexandre Roberto Diogo. **Plantão médico: urgências e emergências**. Rio de Janeiro: Biologia e Saúde, 1998.

OLIVEIRA JUNIOR, Wilson de. **Fatores de Risco: Estresse mental como fator de risco para hipertensão arterial**. Hipertensão, Pernambuco, v. 3, n. 3, p. 107 – 109, 2000.

PEREIRA FILHO, Armênio Soares. **Manual para Implantação de Programa de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças**. UNIMED – Confederação das Unidades do Estado de São Paulo, 2006.

PEREIRA, A.L.; MELO, E.C.P.; AMORIM, W.M.; TONINI, T.; FIGUEIREDO, N.M.A. Programas de atenção à saúde. In: Figueiredo NMA, organizadora. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2005.

PETROIANU, Andy; PIMENTA, Luiz Gonzaga. **Clínica e cirurgia geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

POLIT, César; BECK, Cláudio Muniz; HUNGLER, Amanda. **Pesquisa técnica: ensaio metodológico**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.

SHIRASSU, M.M. **Hipertensão arterial sistêmica**. Documento técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2002.

SIMONETTI, Janete Pessuto; BATISTA, Lígia; CARVALHO, Lídia Raquel de. **Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 10, n. 3, 2002.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. Ed.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, 10^o ed, v.2.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/publicações/diretrizes>>. Acesso em: 02 jan. 2006.

YAMAMOTO, Akemi; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, set./out. 2002. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a6.pdf>. Acesso em 09 jan. 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Questionário**INSTITUTO LABORO
CURSO DE MEDICINA DO TRABALHO****QUESTIONÁRIO**

1 - Sexo

 Masculino Feminino

2 – Idade

 30 a 40 anos 41 a 50 anos
 51 a 60 anos Mais de 61 anos

3 – Estado Civil

 Casado/Vive junto Solteiro
 Viúvo Divorciado

4 – Raça

 Branco Negro
 Pardo Indígena

5 – Em qual setor e função trabalho

6 – Quantas horas trabalha por semana

 Menos que 10 horas 10 horas
 20 horas 40 horas
 Mais que 40 horas

7 – Turno em que trabalha

 Diurno Noturno
 Nos dois

8 – Você realiza regularmente, algum tipo de atividade física no seu lazer?

 Sim Não

9 – É Fumante

 Sim Não

10 – Consome bebida alcoólica

 Sim Não

11 – É hipertenso

() Sim

() Não

12 – Qual o seu controle pressórico

() 90 x 60 mmHg

() 100 x 80 mmHg

() 120 x 70 mmHg

() 120 x 80 mmHg

() 140 x 80 mmHg

() 140 x 100 mmHg

13 – Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou o médico?

() Nenhuma

() 1 a 2 vezes

() 3 a 4 vezes

() 5 a 10 vezes

14 – Quantidade de medicamentos usados nos últimos 15 dias

() 1 medicamento

() de 2 a 4 medicamentos

() De 5 a 7 medicamentos

() De 8 a 10 medicamentos

15 – Tem cuidado com a alimentação

() Sim

() Não

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa tem o objetivo de obter informações sobre o perfil dos níveis pressóricos de funcionários de uma Maternidade Pública de São Luís-Ma,

Aceitando participar da pesquisa, você responderá a um instrumento de pesquisa sobre seu conhecimento acerca de hipertensão, a prática de atividades físicas e seus hábitos alimentares.

Com esta pesquisa, não haverá qualquer interferência na sua assistência e na rotina das atividades da Maternidade.

O presente estudo é proposto pelo acadêmico do curso de Pós Graduação em Medicina do Trabalho **FLÁVIO AMÉRICO LOPES BARROSO**, sob a orientação do professor Esp. **ORLANDO CAMELO DA SILVA**.

Declaro pelo consentimento informado que fui esclarecido de forma clara e detalhada dos objetivos da pesquisa, e estou ciente: da garantia do esclarecimento de qualquer dúvida a cerca do estudo, da segurança de que não serei identificado, mantendo confidencial todas as informações coletadas e de que o trabalho será usado para fins de conhecimento exclusivamente científico.

Estando ambas as partes de acordo,

Assinatura do sujeito do estudo

Flávio Américo Lopes Barroso
Acadêmico

Orlando Camelo da Silva
Orientador

São Luís-Ma, ____ de _____ de 2010.

**INSTITUTO LABORO
CURSO PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO**

FLÁVIO AMÉRICO LOPES BARROSO



São Luís
2010

INSTITUTO LABORO
CURSO PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

FLÁVIO AMÉRICO LOPES BARROSO

**PERFIL DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS DE FUNCIONÁRIOS DE UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DE SÃO LUÍS-MA**

São Luís
2010