

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO MESTRADO ACADÊMICO

Alinny Rodrigues Lamas

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA
PREVALENTES NOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

RIO DE JANEIRO

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ALINNY RODRIGUES LAMAS

**FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA A DOENÇA ARTERIAL
CORONARIANA PREVALENTES NOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada à banca examinadora do
Programa de Pós-Graduação Mestrado em
Enfermagem da Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro como requisito parcial para
obtenção do grau mestre.

Linha de pesquisa: Enfermagem - O Cotidiano da
Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar,
de
Pesquisar e de Ensinar.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Enedina Soares
Co-Orientador: Prof^º. Dr^º. Roberto Carlos Lyra

RIO DE JANEIRO

2010

Lamas, Alinny Rodrigues.
L217 Fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana prevalentes nos trabalhadores de enfermagem / Alinny Rodrigues Lamas, 2010.
74f.

Orientador: Enedina Soares.
Co-orientador: Roberto Carlos Lyra.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

1. Enfermeiros – Fatores de risco. 2. Técnicos de enfermagem – Fatores de risco. 3. Sistema cardiovascular – Doenças. 4. Ambientes de trabalho. 5. Qualidade de vida no trabalho. 6. Saúde. I. Soares, Enedina. II. Lyra, Roberto Carlos. III. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CCD – 610.73069

ALINNY RODRIGUES LAMAS

**FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA
PREVALENTES NOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada à banca examinadora do
Programa de Pós-Graduação Mestrado em
Enfermagem da Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro como requisito parcial para
obtenção do grau mestre.

Aprovada em 20 de janeiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof^o. Dr. Enedina Soares
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

1º Examinador: Prof^o. Dr. Enéas Rangel Teixeira
Universidade Federal Fluminense - UFF

2º Examinador: Prof^o. Dr. Luiz Carlos Santiago
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Suplente: Prof^o. Dr. Silvia Tereza Carvalho de Araújo
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Suplente: Prof^o. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

RIO DE JANEIRO

2010

AGRADECIMENTOS

À Deus

Por ter estendido a sua mão e ter me erguido em momentos que me senti fraca. Por ter me dado coragem para prosseguir em momentos mais difíceis.

A Minha Família

Pela compreensão dos motivos de minha ausência em momentos que se fazia necessária minha presença. Em especial aos meus pais, Carlos Roberto e Maria Rodrigues, por terem aberto as portas de meu futuro e por me ajudarem a alcançar um objetivo tão sonhado.

Ao Roberto Galvão

Pela presença em todos os momentos deste caminhar.

À professora Enedina Soares

Pela sua presença marcante. Por dedicar seu tempo e sua experiência para que esse trabalho fosse efetivado. Agradeço à recepção, orientações, compreensão e paciência.

A todos os professores e coordenadores do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem pelos conhecimentos e experiências transmitidas durante e após as disciplinas administradas.

As minhas companheiras do mestrado que estiveram próximas incentivando-me nos momentos difíceis.

Às todos que, embora não citados, se fizeram presentes.

RESUMO

Os trabalhadores de enfermagem no processo de trabalho lidam com situações intervenientes, por exemplo, o estresse, conflitos, falta de tempo para o autocuidado, que os predispõem a hábitos de vida não saudáveis, que na maioria das vezes, favorecem ao desenvolvimento de fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana e, conseqüente, aparecimento da doença. A doença arterial coronariana é a mais comum das doenças cardiovasculares, tendo como principais fatores de risco modificáveis, que são suscetíveis ao tratamento ou mudanças no estilo de vida: estresse, obesidade, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, dentre outros. Este estudo objetivou descrever a prevalência dos fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana em trabalhadores de enfermagem das unidades de internação hospitalar pertencentes à rede pública e privada do município do Rio de Janeiro. Pesquisa quantitativa com complementação de dados qualitativos, cuja amostra foi composta de 68 trabalhadores de enfermagem. A estatística frequencial simples foi aplicada aos dados quantitativos, e a análise de conteúdo, tipo temática, aos dados qualitativos. Os resultados apontaram o estresse (69,1%), hábitos alimentares (57%) e o sedentarismo (53%) como os fatores de risco modificáveis mais prevalentes entre os trabalhadores de enfermagem; além, da prevalência de outros fatores que demandam mudanças de estilo de vida: redução do peso, frequência de pré-obesidade e obesidade de 36,7% e 7,5%, respectivamente; conscientização da necessidade de restrição de álcool, por 38,2% ter relatado seu consumo; realização de exercícios físicos regularmente, considerando importante número de sedentários (53%) e, adesão de uma política antitabagista, 17,6% declararam usuários ou ex-usuários do tabaco. Dos dados qualitativos, emergiram duas categorias: o estilo de vida, entendido pelos trabalhadores de enfermagem como fator de risco coronariano, relacionando-o as formas pouco saudáveis de viver atreladas à atividade laboral; e o ambiente de trabalho, considerado como favorável ao desenvolvimento de fator (es) de risco modificáveis para a doença arterial coronariana, uma vez que influencia no modo de viver de cada trabalhador de enfermagem, refletindo na qualidade de vida e produtividade no trabalho. Esses resultados assinalam a importância da identificação e quantificação dos diferentes fatores de risco para doença arterial coronariana, no desenvolvimento de ações preventivas para esta doença. O conhecimento dos fatores de risco, associado à construção de hábitos saudáveis na melhoria da qualidade de vida, certamente trará benefícios não só para os trabalhadores de enfermagem, como também à clientela e à sociedade, na medida em que poderá servir como agente educador, promovendo a saúde e prevenindo doenças.

Palavras-chave: enfermagem, fatores de risco, doenças cardiovasculares, estilo de vida, ambiente de trabalho.

ABSTRACT

Nursing workers are in the process of dealing with work situations involved, for example, stress, conflict, lack of time to self-care, which lead to patterns of unhealthy lifestyles, which in most cases, favor the development of factors modifiable risk for coronary artery disease and, consequently, the disease outbreak. Coronary artery disease is the most common cardiovascular diseases, the main risk factors, which are susceptible to treatment or changes in lifestyle, stress, obesity, smoking, physical inactivity, alcoholism, among others. This study describes the prevalence of modifiable risk factors for coronary artery disease in nursing units of hospital belonging to the public and private facilities in Rio de Janeiro. Complement quantitative research with qualitative data, whose sample consisted of 68 nursing workers. A simple statistical frequency was applied to quantitative data, and content analysis, thematic type, the qualitative data. The results showed the stress (69.1%), diet (57%) and inactivity (53%) as risk factors more prevalent among nursing workers, in addition, the prevalence of other factors that require life style changes of life: relief, frequency of overweight and obesity of 36.7% and 7.5% respectively, raising the need for restriction of alcohol, 38.2% have reported their consumption, physical exercises regularly considering large number of sedentary (53%), and membership of an anti-smoking policy, 17.6% said users or former users of tobacco. Qualitative data, two categories emerged: life style, perceived by nursing personnel as coronary risk factor, relating the unhealthy ways of living tied to the labor activity, and the work environment, considered as favorable for the development of factor (s) modifiable risk for coronary artery disease because it influences the lifestyle of each worker nursing, reflecting the quality of life and productivity at work. These results highlight the importance of identification and quantification of different risk factors for coronary artery disease, the development of preventive measures for this disease. Knowledge of risk factors associated with the building of healthy habits to improve the quality of life, certainly bring benefits not only for nursing workers, but also to customers and society, as it could serve as an educator, promoting health and preventing disease.

Key words: nursing, risk factors, cardiovascular disease, life style, work environment

LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS E FIGURA

Gráfico 1: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com a faixa etária. rio de janeiro 2009, f.38.

Tabela 1: Distribuição das variáveis laborais dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional. Rio de Janeiro 2009, f.39.

Gráfico 2: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com os setores de atuação. Rio de Janeiro 2009, f.42.

gráfico 3: Distribuição dos fatores de risco mais prevalentes para o desenvolvimento da DAC que os trabalhadores de enfermagem acreditam estar vulneráveis. rio de janeiro 2009, f.43.

Tabela 2: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional e a frequência do consumo de alimentos fritos por semana. Rio de Janeiro 2009, f.44.

Tabela 3: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional e a realização de atividade física. Rio de Janeiro 2009, f.45.

Tabela 4: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional e o IMC. Rio de Janeiro 2009, f.46.

Tabela 5: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional e o hábito de fumar. Rio de Janeiro 2009, f.47.

Tabela 6: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional e o uso de bebidas alcoólicas. Rio de Janeiro 2009, f.48.

Gráfico 4: Distribuição da prevalência dos antecedentes familiares (pai, mãe, irmãos) de HAS, DM, DAC, dislipidemias e obesidade entre os trabalhadores de enfermagem. Rio de Janeiro 2009, f.49.

Figura 1: Categoria de Análise, f.50.

LISTA DE SIGLAS

AVE: Acidente Vascular Encefálico

CEP: Conselho de Ética em Pesquisa

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CTI: Centro de Terapia intensiva

DAC: Doença Arterial Coronariana

DCV: Doenças Cardiovasculares

DM: *Diabetes Mellitus*

DLP: Dislipidemias

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL: High Density Lipoprotein (Lipoproteína de Alta Densidade)

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio

IMC: Índice de Massa Corporal

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social

LDL: Low Density Lipoprotein (Lipoproteína de Baixa Densidade)

PCR: Proteína-C Reativa

SBC: Sociedade Brasileira de Cardiologia

UNIRIO: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

VLDL: Very Low Density Lipoprotein (Lipoproteína de Muito Baixa Densidade)

SUMÁRIO

1.	
INTRODUÇÃO.....	10
Problematização.....	10
Objeto de Estudo.....	12
Relevância e Justificativa.....	13
2. APROXIMAÇÃO DA TEMÁTICA.....	15
2.1 Panorama das Doenças Cardiovasculares.....	15
2.1.1 Doença Arterial Coronariana.....	18
2.1.2 Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana.....	19
2.2 Enfermagem e Aspectos Peculiares do Trabalho.....	24
2.2.1 Dinâmica Laboral Hospitalar.....	26
2.2.2 Relação Ambiente de Trabalho e Fatores de Risco.....	28
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	31
3.1 Abordagem e Tipologia de Estudo.....	31
3.2 Campo e População do Estudo.....	33
3.3 Método e Instrumento de Coleta de Dados.....	33
3.4 Tratamento e Análise de Dados.....	34
3.5 Aspectos Éticos.....	36
4.	
RESULTADOS.....	37
4.1 Análise e discussão dos dados quantitativos.....	37
4.1.1 Perfil dos trabalhadores de enfermagem.....	37
4.1.2 VARIÁVEIS LABORAIS.....	38
4.1.3 VARIÁVEIS DO ESTILO DE VIDA.....	42
4.2 Análise e discussão dos dados qualitativos.....	50
Categoria Temática 1: Estilo de Vida.....	50
Categoria Temática 2: Ambiente de Trabalho.....	54
5. CONCLUSÃO.....	59

6. REFERÊNCIAS.....	62
7. APÊNDICES.....	69
8. ANEXOS.....	73

1. INTRODUÇÃO

Problematização

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte, sendo responsáveis por 29,4% dos óbitos, das quais destacam-se: o acidente vascular encefálico (AVE), a doença arterial coronariana (DAC) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que na maior parte dos casos têm etiologia conhecida, sendo causadas por fatores de risco bem estabelecidos (BRASIL, 2009).

A doença arterial coronariana é a mais comum das DCV, tendo como principais fatores de risco *não modificáveis*: sexo, idade, etnia e história familiar; e os *modificáveis*, que são suscetíveis ao tratamento ou mudanças no estilo de vida: estresse, obesidade, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, hipertensão arterial, dentre outros (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

Durante vivência de dois anos como Enfermeira Residente do Programa de Cirurgia Cardiovascular de um grande hospital-escola do Rio de Janeiro, atuando na Enfermaria de Cardiologia e de Semi-Intensiva de Cirurgia Cardíaca, Unidade Coronariana e no CTI de Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca, surgiu o interesse em estudar os fatores de risco modificáveis para a Doença Arterial Coronariana (DAC) prevalentes nos trabalhadores de enfermagem.

Pude observar, empiricamente, que alguns trabalhadores de enfermagem apresentavam fatores de risco para doença coronariana e outros já tinham sido acometidos por algum evento coronariano, como Angina Estável/Instável ou Infarto Agudo do Miocárdio implicando no afastamento de suas atividades laborais.

Pesquisas realizadas por Gonçalves, Melo e Lombas *et al* (2005) evidenciaram que as doenças cardiovasculares são a quarta causa de afastamento entre trabalhadores de enfermagem de um hospital de São Paulo, sendo a primeira causa, as doenças osteomusculares, seguidas pelos transtornos mentais e doenças do aparelho respiratório, respectivamente. E ainda corroborando com Besser, Silva e Oliveira (2006), que afirmam que as doenças cardiovasculares são uma das causas mais frequentes de aposentadoria precoce,

ocupando lugar relevante entre as enfermidades determinantes de incapacidade laboral definitiva.

De forma contundente, o que me inquieta é o fato de serem trabalhadores de saúde envolvidos com o processo do cuidar, que entendo como atividades de diagnóstico, prevenção e tratamento de pacientes acometidos pela doença coronariana, revelarem carências no seu autocuidado, que podem ser evidenciadas pelos fatores de risco aos quais estão expostos aumentando a possibilidade de serem acometidos por algum evento coronariano.

Estudo realizado por Jesus, Freitas, Carneiro *et al* (2001) acerca da compreensão dos trabalhadores de enfermagem sobre o cuidar de si, evidenciou que as ações do autocuidado têm pouco significado no processo de seu trabalho, necessitando resgatar ou adotar práticas que incentivem autocuidado.

Sabemos que o cuidar com qualidade denota a necessidade de os trabalhadores de enfermagem cuidarem de si. Quando se ressalta o ato de “pensar na própria saúde”, de maneira alguma representa egocentrismo, mas sim, aproximar o olhar para a saúde daquele que representa uma clientela interna específica que, muitas vezes, necessita de um conjunto de cuidados. Como a saúde é um direito garantido pela Constituição Federal e consolidado pelo Sistema Único de Saúde, entende-se que os preceitos legais são válidos para todos incluindo os trabalhadores da área da saúde sem distinção de classe.

Este estudo inseriu-se na linha de pesquisa “Enfermagem - O Cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar” do Mestrado Acadêmico da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, pois se entende que o cuidado é algo ontológico ao ser humano e necessário para a qualidade de vida e bem-estar.

Desse modo, considerando que as doenças cardiovasculares são a quarta causa de afastamento entre os trabalhadores de enfermagem e que a noção de autocuidado tem pouco significado entre esses profissionais, questionamos:

- Qual a prevalência dos fatores de risco modificáveis para a doença coronariana nos trabalhadores de enfermagem?
- De que maneira as condições sócio-demográficas e as atividades laborais dos trabalhadores de enfermagem os tornam vulneráveis ao desenvolvimento de fatores de risco modificáveis para a doença coronariana?

- Qual a relação entre o autocuidado e a prevalência de fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana entre os trabalhadores de enfermagem?

Essas questões problematizadoras emergem no momento em que buscamos delimitar o objeto de estudo para esta pesquisa, dando-nos a oportunidade de aprofundar nossas reflexões, não somente acerca da realidade das doenças coronarianas entre os trabalhadores de enfermagem, considerando-se tratar de um assunto ainda pouco discutido e pesquisado, mas também para que possamos pensar em possíveis estratégias para minimizar os fatores de riscos, sobretudo, os modificáveis.

Dessa forma, delimitamos como objeto de estudo:

- Fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana prevalentes nos trabalhadores de enfermagem.

A doença arterial coronariana, cujos riscos dependem também de fatores modificáveis relacionados aos hábitos de vida, poderá ter maior ou menor prevalência entre os trabalhadores de enfermagem, considerando a especificidade das ações de autocuidado desenvolvidas por eles. Nesse sentido, torna-se imprescindível, a fim de que possamos pensar em estratégias possíveis de minimização desses riscos, alcançarmos os seguintes objetivos nesse estudo:

- Descrever a prevalência dos fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana em trabalhadores de enfermagem;
- Relacionar a associação entre os fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana e as variáveis sócio-demográficas, laborais, estilo de vida e biologia do indivíduo.
- Discutir as implicações do déficit de autocuidado e a prevalência de fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana em trabalhadores de enfermagem.

Relevância e Justificativa

A relevância e justificativa desta investigação têm sua razão de ser, primeiramente, pela escassez de publicações sobre a prevalência dos fatores de risco coronarianos em trabalhadores de saúde, em particular, de enfermagem. Há sim, inúmeras publicações e investigações clínicas realizadas em grupos populacionais, tanto no Brasil como no exterior, revelando a epidemiologia, as causas comuns de internação hospitalar e a mortalidade relacionada às doenças cardiovasculares.

A preocupação constante em melhorar a qualidade de vida deste grupo de trabalhadores e a conscientização em relação ao risco coronariano, despertou-me grande interesse em abordar este assunto. Acredito na possibilidade, posteriormente, de implementar estratégias e ações que aumentem a efetividade do controle dos fatores de risco coronarianos.

Justifica-se ainda, porque pretendemos delinear o perfil destes trabalhadores atuantes em unidades hospitalares, o que poderá subsidiar outras pesquisas, em particular aquelas que objetivam estudar os déficits de autocuidado, o que não é objetivo desse estudo; mas, sobretudo, a partir do diagnóstico desse perfil, pensar em práticas/ações que visem no âmbito administrativo e gerencial, minimizar o impacto e as consequências dos fatores de risco para o desenvolvimento de eventos coronarianos nesse grupo de trabalhadores.

Esta investigação se faz necessária, principalmente, pela necessidade de produzir dados que reforcem o entendimento de que a oferta de cuidados de enfermagem exige que o trabalhador esteja bem consigo mesmo para cuidar de seus clientes, favorecendo a melhoria da qualidade da assistência e satisfação no trabalho.

No ensino, justifica-se como produção científica e, enquanto pensamos estar contribuindo para motivar e/ou (re) avaliar as ações de autocuidado adotadas pelos docentes e acadêmicos, estes últimos, futuros trabalhadores de enfermagem. Observando a graduação, acreditamos ser este o espaço apropriado à aplicação do conhecimento e estímulo à superação de barreiras importantes, como a resistência à mudança, à distância entre o conhecimento científico e a sua aplicabilidade e o despertar para o autocuidado.

Na assistência, justifica-se o estudo como pesquisa na medida em que pensamos que poderá encorajar os trabalhadores de enfermagem a reverem seu estilo de vida e maneiras de

lidar com o seu contexto laboral, favorecendo uma busca por uma melhor qualidade de vida que

certamente trará benefícios não só para estes trabalhadores, como também à clientela que prestam assistência e à sociedade, na medida em que poderá servir como agente educador, promovendo a saúde e prevenindo doenças.

Por isso, consideramos que este estudo produzirá dados que nos permitirá em pesquisas futuras, programar políticas voltadas a minimização dos agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem subsidiando a implementação de ações de saúde em planos de prevenção primária da doença arterial coronariana.

2. APROXIMAÇÃO DA TEMÁTICA

2.1 PANORAMAS DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

No ano de 1947 na Conferência de Alma Ata, a Organização Mundial de Saúde conceituou saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença. Este conceito, abrangente e complexo, nos dá a noção do quão difícil é adquirir o *status* de plenamente saudável, tanto que existem críticas a esta definição, por entender que saúde é um estado geral de equilíbrio, em vários aspectos e dos vários sistemas humanos, conduzindo uma sensação de bem-estar (BRASIL, 2002).

Com este conceito (ou a partir dele) a saúde passa a ser entendida não apenas como ausência de doenças. Nesta perspectiva, a partir da década de 60, movimentos realizados em várias partes do mundo, realçaram a determinação econômica e social da saúde abrindo caminho para a busca de uma abordagem político-social, visando superar a influência de conceitos centrados no modelo biomédico.

As mudanças paradigmáticas na saúde foram registradas nas Conferências Internacionais de Promoção de Saúde: Carta de Otawa (1986), Carta de Bogotá (1992), Carta de Caribe (1993) e Declaração de Jacarta (1997). Estas cartas não se prendem a compreensão de saúde como meros conceitos, mas como projetos políticos relacionados com a sociedade e como esta concentra e distribui seus bens materiais.

Essa ampliação do conceito de saúde abriu espaço para um novo entendimento e uma nova maneira de intervir no processo saúde-doença:

Já o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social é um conceito que tem sido rotulado de pouco operativo. Pode-se estabelecer parâmetros desejáveis em termos orgânicos (peso ideal, tensão arterial normal, etc.), e mesmo em termos de equilíbrio mental ou social (salário, escolaridade, condições de vida, etc.), mas a expressão bem-estar envolve um componente subjetivo dificilmente quantificável (SCILAR, 1987, p.33).

Deste modo, tornou-se possível intervir na história natural da doença de forma a impedir que ela se manifeste através de medidas de promoção da saúde, como: o saneamento básico, a alimentação adequada e a proteção específica contra doenças. Destas, podemos citar as vacinas e a educação em saúde que visam mudanças de hábitos de vida em conjunto com a

participação do sujeito. Neste sentido, é importante enfatizar os aspectos subjetivos da vida e os aspectos objetivos determinados pelas condições sociais.

É sabido que os agravos à saúde não ocorrem ao acaso. Sua distribuição desigual é produto da ação de fatores que se distribuem desigualmente na população, modelada pela instabilidade econômica e diminuição das condições de vida das classes menos favorecidas, como tempo de educação, renda familiar, entre outros fatores (PEREIRA, 2007). Porém, o perfil de morbidade e mortalidade nas diversas populações mostra um grau de complexidade que não é facilmente explicado somente pela diferenciação entre classes sociais.

Ao aproximarmos-nos da literatura que trata da epidemiologia das doenças cardiovasculares, verificamos que, no final do século XVIII a humanidade começou a passar por significativas transformações sociais, ambientais e trabalhistas, que foram responsáveis por mudanças no perfil epidemiológico das populações ditas desenvolvidas ocasionando índice maior de morbidade e mortalidade. Atribui-se o fato também às doenças crônico-degenerativas, em substituição às infecciosas (SIVIERO; SCATENA; JÚNIOR COSTA, 2005).

Observou-se um crescimento epidêmico das doenças cardiovasculares, principalmente, a partir do final do século XIX. Isso afetou, inicialmente, as classes sociais mais elevadas e, posteriormente, alastrou-se por todas as outras. Com a precarização das condições socioeconômicas, as co-morbidades cardiovasculares tornaram-se a principal causa de morte nos países desenvolvidos.

Mais tarde, as condições de vida ou socioeconômicas ressurgem no final do século XX como importantes determinantes de saúde e um dos principais fatores de risco cardiovascular, associados aos chamados fatores de risco clássicos, como o *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemias, sedentarismo, obesidade e tabagismo (SOUZA; MATOS; SILVA, 2003).

Entende-se como fator de risco, o fenômeno/a condição que condiciona o indivíduo à probabilidade de adoecer (ALMEIDA FILHO, 2000).

No Brasil, Silva e Souza (1998) e Lotufo (1996) revelaram que essas transformações puderam ser observadas a partir da década de quarenta, num processo denominado transição demográfica. O avanço na tecnologia biomédica, as vacinas e os antibióticos tornaram possível prevenir e tratar doenças infecciosas que dizimavam as populações, levando a um aumento da expectativa de vida. Conseqüentemente, com essa maior expectativa de vida,

houve também mais exposição da população aos fatores de risco cardiovascular, ao mesmo tempo em que eram eliminadas as doenças que com ela competiam quanto ao risco de morte, levando-a a ocupar os primeiros lugares em causa de óbito no país, além de serem também, descritas como incapacitantes.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano, com projeções para o ano de 2020 de sua manutenção como causa principal de mortalidade e incapacitação. Atualmente, as regiões em desenvolvimento contribuem mais marcadamente para o ônus das doenças cardiovasculares que as regiões desenvolvidas (AVEZUM; GUIMARÃES; PIEGAS, 2005).

Estudos realizados por Ramos, Alves e Tavares *et al* (2006) apontaram que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, com 32% dos óbitos para todas as faixas etárias. Dentre estas doenças, o acidente vascular encefálico (AVE) aparece como a principal causa de mortalidade seguida da doença arterial coronariana (DAC), que na maior parte dos casos têm etiologia conhecida, sendo causadas por fatores de risco bem estabelecidos.

Dados epidemiológicos constatados por Neto, Chagas e Luz (1999); Ramos, Alves e Tavares *et al* (2006), também apontam que essas doenças são responsáveis por aproximadamente 45% das mortes, vitimando cerca de 300.000 pessoas por ano, o que corresponde a 820 óbitos por dia e 16,2% do total de gastos do Sistema Único de Saúde.

Pesquisa realizada por Gonçalves, Melo, Lombas *et al* (2005) acerca das causas de afastamento entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital público evidenciou que as doenças do aparelho circulatório assumem a quinta importante causa, perdendo somente para as doenças do sistema osteomuscular, transtornos mentais/comportamentais e do aparelho respiratório.

E, ainda, Besser, Silva e Oliveira (2006) pesquisando as causas de incapacitações temporárias dos pacientes internados nas unidades hospitalares do INSS, evidenciaram que as doenças cardiovasculares são a terceira causa de internação em todos os anos e a causa mais freqüente de aposentadoria precoce, ocupando um lugar relevante entre as enfermidades determinantes de incapacidade laboral definitiva.

Percebe-se, diante deste sucinto quadro epidemiológico, que as doenças cardiovasculares são importantes problemas de saúde pública. Assim entendidas por sua elevada morbimortalidade, por sua repercussão na qualidade de vida e pelo impacto na economia global.

2.1.1 Doença Arterial Coronariana

É uma doença de evolução gradativa, podendo ocorrer o seu início ainda em fase precoce da vida, perdurando anos ou décadas, em razão da capacidade de remodelamento das artérias coronárias. É uma das mais prevalentes das doenças cardiovasculares, também denominada de Doença Aterotrombótica Coronariana (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

Na IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2009) encontra-se descrito o processo que resulta a doença arterial coronariana - aterosclerose. Esta consiste em uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial, acometendo principalmente a camada íntima de artérias. A formação da placa aterosclerótica inicia-se com a agressão ao endotélio vascular devido a diversos fatores de risco como elevação de lipoproteínas aterogênicas (LDL, VLDL), hipertensão arterial ou tabagismo.

Como consequência, a disfunção endotelial aumenta a permeabilidade da íntima às lipoproteínas plasmáticas favorecendo a retenção das mesmas no espaço subendotelial. O depósito de lipoproteínas na parede arterial, processo-chave no início da aterogênese, ocorre de maneira proporcional à concentração dessas lipoproteínas no plasma.

Outra manifestação da disfunção endotelial é o surgimento de moléculas de adesão leucocitária na superfície endotelial. As moléculas de adesão são responsáveis pela atração de monócitos e linfócitos para a parede arterial. Estes migram para o espaço subendotelial onde se diferenciam em macrófagos repletos de lípidos chamados de células espumosas e são o principal componente das estrias gordurosas, lesões macroscópicas iniciais da aterosclerose.

Alguns mediadores da inflamação estimulam a migração e proliferação das células musculares lisas da camada média arterial. Estas, ao migrarem para a íntima, passam a produzir não só citocinas e fatores de crescimento, como também matriz extracelular que formará parte da capa fibrosa da placa aterosclerótica.

A placa aterosclerótica plenamente desenvolvida é constituída por elementos celulares, componentes da matriz extracelular e núcleo lipídico. Estes elementos formam na placa aterosclerótica, o núcleo lipídico, rico em colesterol e a capa fibrosa, rica em colágeno. As placas estáveis, também conhecidas de placas duras, caracterizam-se por predomínio de colágeno, organizado em capa fibrosa espessa, escassas células inflamatórias e núcleo lipídico de proporções menores. As instáveis ou placas moles apresentam atividade inflamatória intensa, especialmente nas suas bordas laterais, com grande atividade proteolítica, núcleo

lipídico proeminente e capa fibrótica tênue. A ruptura desta capa expõe material lipídico altamente trombogênico, levando à formação de um trombo sobrejacente. Este processo, também conhecido por aterotrombose, é um dos principais determinantes das manifestações clínicas da aterosclerose.

A doença arterial coronariana é assim denominada, devido à estrutura anatômica das artérias coronárias que as tornam sensíveis ao processo aterosclerótico. Elas se torcem e viram à medida que fornecem o sangue para o miocárdio, criando, dessa forma, locais suscetíveis ao desenvolvimento de ateromas, os quais podem impedir o adequado aporte sanguíneo aos tecidos, que usualmente é progressivo, ocasionando o desequilíbrio entre a oferta e consumo, por fim, a isquemia miocárdica (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

A dor torácica é a principal manifestação da isquemia miocárdica. Quando esta dor é recorrente e acompanhada de lesão reversível das células miocárdicas, tem-se a Angina do Peito ou Angina *Pectoris*. Por vez, quando há isquemia grave com destruição celular (necrose tecidual) tem-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Tanto a Angina do Peito quanto o Infarto Agudo do Miocárdio são manifestações clínicas da doença arterial coronariana, estando estas associadas à presença de fatores de risco, que afetam parcela importante da população, causando incapacidades, aposentadorias precoces e mortes (COLOMBO; AGUILLAR, 1997).

Woods, Froelicher e Motzer (2005) referem que quando há uma diminuição repentina no aporte sanguíneo a partir da doença coronariana, o coração pode parar imediatamente, resultando na morte.

2.1.2 Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana

A diminuição da mortalidade por doenças infecciosas, o envelhecimento progressivo da população e a mudança no perfil de morbimortalidade levaram o campo de aplicação da Saúde Pública a se ampliar, tendo como objeto, qualquer dano ou agravo à saúde referente às populações assistidas. Dirigiu-se para o estudo das condições presentes em fases anteriores ao aparecimento de algumas alterações clínicas e anatomopatológicas, especialmente, os fatores de risco.

O conceito de campo de saúde surge como uma nova forma de analisar estes fatores que intervêm sobre a saúde, superando o modelo centrado na doença. Este conceito abrange: *a biologia humana*, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida; *o meio ambiente*, que consiste no território geográfico como algo vivo e dinâmico, envolvendo a ecologia e as relações nele existentes; *o estilo de vida*, do qual resultam decisões que afetam à saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios; *a organização da assistência à saúde*, que compreende a assistência e os serviços de saúde (SCILAR, 1987; LALONDE, 1974).

Numa perspectiva multifatorial na saúde, a doença arterial coronariana possui múltiplos fatores, desde fatores relacionados à história familiar até o estilo de vida. Este último é compreendido como modos de viver que conduzem a determinados hábitos e comportamentos aditivos. A forma de vida do sujeito varia de acordo com o grupo social e cultural que se encontra inserido. A decisão do indivíduo para manter uma forma peculiar de vida, envolve os aspectos externos e as condições mentais, consciente e inconsciente. Assim, os chamados fatores de riscos tais como tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, sedentarismo, estresse físico e psicológico são formas adaptativas do sujeito diante de tensões do cotidiano (MARTINS, 1993; TEIXEIRA; SILVA; LAMAS *et al*, 2006).

O conceito de fator de risco pressupõe que a exposição a uma condição, hábito ou característica genética, fisiológica, comportamental ou sócio-econômica esteja relacionada ao aumento da probabilidade de ocorrência de uma doença e que a intervenção e o controle dessa condição reduza o risco. A identificação dos indivíduos portadores de fatores de risco é particularmente útil no planejamento das estratégias de prevenção primária e na avaliação da efetividade das medidas adotadas.

O termo fator de risco foi descrito pela primeira vez nos achados do Framingham Heart Study no início da década de 60 do século XX, nos Estados Unidos da América. Neste estudo, houve a discussão acerca da relação entre estilo de vida e Doença Arterial Coronariana.

Tratava-se de um estudo pioneiro com o seguimento de uma amostra populacional de 5.209 indivíduos dos sexos masculino e feminino, residentes na cidade de Framingham e Massachusetts, objetivando identificar fatores de risco ao se comparar indivíduos que tinham desenvolvido DAC com aqueles que não tinham. Portanto, tudo que foi medido e mais tarde relacionado com uma maior incidência de doença foi denominado fator de risco, que significa aquele que desempenha um papel no desenvolvimento da doença (CARVALHO; 1992; GUIMARÃES, 1992).

Woods, Froelicher e Motzer definem fator de risco como um “aspecto de comportamento pessoal ou estilo de vida, uma exposição ambiental ou uma característica inata ou herdada, que com base na evidência epidemiológica, está associada com a ocorrência da doença” (2005, p. 863).

Vale lembrar, entretanto, que não há obrigatoriamente uma relação causal entre eles, podendo existir o fator e não ocorrer o acometimento da doença. Para que um fator possa ser considerado causal, deve preceder o aparecimento da enfermidade, ter uma associação dose-

dependente, ter capacidade de predição mantida em estudos, populações e locais diferentes e ser plausível patologicamente.

Para Kannel (1988), fator de risco não é meramente uma numerologia mecânica alheia ao exercício da medicina, pois a maior parte do que se faz na área da saúde com referência a diagnósticos e prognósticos têm uma base probabilística, ou seja, utiliza-se de conhecimentos obtidos de uma grande base de casos para que se possa determinar a melhor linha de ação, presumindo que o cliente manifeste a experiência, a média do grupo. Devido à presença constante destes fatores, utilizar-se-á esta base probabilística sempre que os dados de uma população se aplicarem para valorizar o risco de um indivíduo, que poderia estar protegido por meio de um estilo de vida mais adequado e tratamento mais preciso das enfermidades, o que seria alcançado por um conjunto de medidas voltadas para a saúde pública.

Embora, outros estudos afirmem que a idéia determinística e unicausal das doenças foi modificada pela idéia de multifatores causais, ainda há importâncias diferentes para os vários fatores envolvidos na determinação da doença.

Concordamos com esses autores quando consideram que os fatores de risco cardiovascular, tratados de modo individualizado, induzem à concepção de que saúde ou doença depende do indivíduo, e se este indivíduo se comportar bem, ter-se-á o controle das doenças associadas a estes fatores. Esta concepção de saúde-doença é bastante limitante, pois culpabiliza o indivíduo da existência da doença e negligencia o fato de que o ser humano vive numa sociedade complexa ao qual pertence. Portanto, o binômio saúde-doença depende do entendimento de como esta complexa rede causal, que envolve o indivíduo (com sua genética) interagindo com o seu ambiente e outros indivíduos, em família e sociedade, se organiza.

Neste sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde preconiza que para se obter intervenções eficientes sobre as doenças cardiovasculares, dentre elas a DAC, deve-se considerar o contexto social e as necessidades dos distintos grupos da população, estendendo as estratégias de controle e prevenção, à formulação de políticas públicas de saúde, a atividades comunitárias e a sensibilização dos serviços de saúde às pessoas que necessitam da assistência de saúde (MATOS; FISZMAN, 2003).

Consideramos que o conhecimento da prevalência dos principais fatores de risco para a doença da artéria coronariana é o primeiro passo para reduzir os efeitos deletérios sobre o sistema cardiovascular.

Há diversas formas de classificação dos fatores de risco, segundo Souza, Matos e Silva (2003, p.169-170). Esses fatores podem ser classificados quanto à possibilidade de serem modificáveis por alguma intervenção e pelas alterações fisiopatológicas.

Os fatores de risco quanto à possibilidade de intervenção: modificáveis, muito pouco modificáveis e não-modificáveis.

- Fatores de risco modificáveis: hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, tabagismo, sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares, uso excessivo de álcool, estresse psicossocial, condições de vida, classe sócio-econômica, condições ambientais.

- Fatores de risco muito pouco modificáveis: c-HDL baixo, hiperfibrinogenemia, hiper-homocisteinemia, resistência à aspirina.

- Fatores de risco não-modificáveis: idade, sexo, etnia, história familiar para coronariopatias.

Os fatores de risco quanto às alterações fisiopatológicas: internos ao próprio indivíduo e externos ou intercomunitários.

- Fatores de risco internos ao próprio indivíduo são aqueles dependentes de fatores genéticos, porém com evidentes interações com o meio ambiente, exemplos: alterações metabólicas (hiperglicemia, dislipidemias, hiperhomocisteinemia), alterações trombogênicas (hiperfibrinogenemia), alterações hormonais (hiperinsulinemia), alterações tróficas (hipertrofia ventricular esquerda), alterações da pressão arterial (dependente de múltiplos fatores), aumento do peso (dependente de múltiplos fatores).

- Fatores de risco externos ou intercomunitários podem ou não causar alterações, dependendo da base genética dos indivíduos e sua relação com o meio ambiente, por exemplo, uso de substâncias tóxicas que levam à dependência (tabagismo, alcoolismo, cocaína), sedentarismo, estresse, dieta rica em gorduras saturadas e dieta baixa em fibras ou outros hábitos alimentares, condições sócio-econômicas, de trabalho, ambientais e culturais determinadas pela pobreza, condições de vida incompatíveis com a dignidade humana (expressas por indicadores simples como o nível de escolaridade ou de renda).

Embora se utilizem nomenclaturas: internos ou externos, modificáveis e não-modificáveis, culturais, relacionados ao estilo de vida, ambientais, genéticos dentre outras; com as mudanças no conhecimento e com a sofisticação das intervenções qualquer classificação, sofrerá modificações no futuro. Portanto, “qualquer classificação dos fatores de risco é uma tentativa de sistematização para facilitar as intervenções e deve ser entendida dentro do modelo de causalidade complexa” (SOUZA; MATOS; SILVA, 2003, p.169).

Estes mesmos autores advertem que, raramente, os fatores de risco ocorrem isoladamente. Frequentemente, estão associados e parecem compartilhar mecanismos fisiopatológicos comuns, como exemplo, a associação entre a obesidade, o *diabetes mellitus*, a hipertensão arterial, as dislipidemias, atualmente conhecida como Síndrome Metabólica.

Ainda, ressaltam que a importância de vários fatores de risco tem se modificado, por exemplo, os triglicerídeos que parecem ter maior importância nas mulheres e nos diabéticos.

Já outros fatores como a proteína-C reativa (PCR) e o uso de substâncias tóxicas (cocaína, por exemplo) estão sendo identificados como novos fatores de risco cardiovascular. A PCR tem se destacado como um fator de risco importante por relacionar processos inflamatórios e/ou infecciosos com o desenvolvimento da aterosclerose, podendo ter importante papel nas estratégias de controle das doenças cardiovasculares.

Nota-se que aquelas classificações não se restringem somente aos fatores relacionados à biologia humana (como a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida), mas envolvem também, os fatores relacionados com o meio ambiente (a ecologia e as relações nela existentes, que inclui a alimentação, o local de trabalho entre outros), o estilo de vida (do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios) e a organização da assistência à saúde que compreende a assistência e os serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares.

2.2 Enfermagem e Aspectos Peculiares do Trabalho

A enfermagem sempre foi considerada como atividade tão antiga quanto o ser humano e vêm sendo relatada por vários autores como tendo nascida das necessidades de cuidados com saúde e a doença (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Horta (1979) definiu a profissão enfermagem como ciência e arte na assistência do ser humano, atendendo às necessidades básicas com a colaboração de outros profissionais. Percebe-se que esse conceito vem adequando-se, face às mudanças sociais, políticas e ideológicas, embora todas as definições e atribuições indicadas para a profissão estejam ligadas ao cuidado.

Em sua área de atuação, a profissão utiliza elementos do processo terapêutico do cuidado com seres humanos, nos quais estão implicadas as dimensões da vida social, afetiva, psicológica e espiritual. Como meta, a profissão busca o bem-estar individual e coletivo das pessoas assistidas. Os profissionais de enfermagem executam um trabalho cuja finalidade corresponde ao desejo de manutenção da saúde das pessoas (LEOPARDI, 1999).

Com os avanços científicos e apropriação de novos saberes e instrumentos, a enfermagem sofreu mudanças em suas concepções no decorrer dos tempos; buscou embasamento nas ciências (biológica principalmente) para execução de suas ações as quais, cada vez mais, apresentam-se pautadas em normas e técnicas mais elaboradas. O cuidado

prestado, outrora, por caridade assumiu aspecto profissional com valores de produção do mercado capitalista pós-moderno.

O fim da II Guerra Mundial marca intenso desenvolvimento científico-tecnológico na área da saúde e na enfermagem. Foram trocadas as práticas baseadas na intuição e na experiência empírica por outras com base, principalmente, nos conhecimentos da área médica. A procura da fundamentação científica leva também à necessidade de melhor definir a prática da enfermagem e o seu objeto (ROCHA, 1986).

Os fatos citados anteriormente, os quais envolvem a busca de novos referenciais para prática e consolidação da profissão na área médica, evidenciam um pouco a crise da profissão com relação à sua inserção e papel dentro da equipe de saúde. O enfermeiro por ocupar posição hierárquica distinta, é o que mais sofre em relação a esses aspectos relacionados à identidade profissional.

A profissão ainda está em busca de seu “espaço no mundo”, evidenciado por essa insatisfação que experimenta no trabalho fragmentado e desvinculado da totalidade do ser humano, bem como pela busca de visibilidade e de reconhecimento dentro da equipe de saúde. A inquietação do enfermeiro com os modelos de cuidado à saúde revela um profissional que está em constante busca por padrões mais humanizados de assistência (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

A enfermagem ocupa o maior espaço dentro da equipe de saúde, representando aproximadamente, 50% da força de trabalho em saúde. A equipe é composta de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. No grupo de trabalho, o enfermeiro é o que possui formação de nível superior ocupando o menor percentual de trabalhadores da classe.

Na Lei nº 7.498 de 25 de julho de 1986 (COFEN, 2008) há a descrição da hierarquia nas funções de cada profissional que compõe a equipe de enfermagem:

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

- “É atribuição do técnico de enfermagem exercer atividades de nível médio, sob orientação e/ou supervisão do enfermeiro. As ações desse profissional incluem o trabalho de

grau auxiliar como orientações e acompanhamento do trabalho assistencial de enfermagem, exceto atuações específicas do enfermeiro”.

- “O auxiliar de enfermagem exerce atividades de execução simples e de natureza repetitiva, como prestar cuidados de higiene e conforto ao cliente. O profissional deve ser capaz de observar, compreender e descrever sinais e sintomas”.

A subdivisão técnica do trabalho da enfermagem, consequência da sua diferenciação tecnológica, conduz à absorção de pessoal com diversos níveis de capacitação, abrangendo desde aqueles treinados em serviço, os técnicos de nível médio até o pessoal de nível superior e especializado (ROCHA, 1986).

Stacciarini e Tróccoli (2001) identificam alguns componentes reconhecidos como ameaçadores à estabilidade do enfermeiro, como o número reduzido de enfermeiros na equipe de enfermagem; as dificuldades de delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares e a falta de reconhecimento entre o público em geral, de quem é o enfermeiro. Outro fator socialmente difundido e culturalmente mantido é a questão do gênero na enfermagem. Pelo cuidado ser atribuído às mães, avós e irmãs de caridade, amas de leite, ou seja: mulheres, há um consenso de que a profissão do cuidado é própria de pessoas do gênero feminino. Trata-se de uma construção social e cultural que não pode excluir o homem no cuidado e no cuidado de si (BRASIL, 2008).

O aspecto de a profissão enfermagem ser atrelada ao gênero e ao papel social da mulher é algo reconhecido internacionalmente. A visão de mãe e de elemento-chave na família são fatores relevantes. Ao mesmo tempo, esta mesma vertente atribui à mulher uma subvalorização social relacionada ao gênero que acaba sendo projetada sobre a profissão.

A forte associação do cuidar à feminilidade, que decorre da história de prestação de cuidados e da enfermagem, é apontada como a principal razão para a falta de reconhecimento social e para o baixo status da profissão (SIMÕES; AMANSO, 2004).

2.2.1 Dinâmica Laboral Hospitalar

No contexto hospitalar, a enfermagem constitui-se na maior força de trabalho e suas atividades são freqüentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos, dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de pessoal, situação de exercício profissional que tem repercutido em elevado absenteísmo e afastamentos por doenças. Os agravos à saúde podem ser de natureza física ou psicológica, gerando transtornos alimentares, de sono, de eliminação,

fadiga, agravos nos sistemas corporais, diminuição do estado de alerta, estresse, desorganização no meio familiar e neuroses. Fatos que, muitas vezes, levam a acidentes de trabalho e licenças para tratamento de saúde (BARBOZA; SOLER, 2003).

Cabe ressaltar que cada ambiente laboral possui determinado nível de demanda psicológica exigido pelo trabalho, proporcionando também variados graus de controle sobre as atividades desenvolvidas, isto pode variar de acordo com a função, cargo e setores.

Silva e Marziale (2000) referem que grande parte da responsabilidade pelo absenteísmo dos profissionais é atribuída à instituição de trabalho, enquanto organização e supervisão deficientes, através da repetitividade de tarefas, da desmotivação e desestímulo, das condições desfavoráveis de ambiente e de trabalho, da precária integração entre os empregados, a organização do trabalho. Somam-se os impactos psicológicos conseqüente de uma direção deficiente, que não visa uma política prevencionista e humanista.

O trabalho que se dá no interior do hospital é extremamente fragmentado, a começar pela diversidade de especializações médicas que apresentam várias visões parciais sobre o cliente - a doença é associada aos órgãos comprometidos, em que a visão do ser humano, na concepção de Braga (2000) é parcelada. Esta visão fragmentada repercute sobre a qualidade do trabalho da equipe de enfermagem.

O estudo das relações entre saúde-doença-trabalho tem merecido a atenção de muitos pesquisadores na área de saúde ocupacional, destacando-se como prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores: prolongadas jornadas de trabalho; ritmo acelerado de produção por excesso de tarefas; automação por realização de ações repetitivas com parcelamento de tarefas e remuneração baixa, em relação à responsabilidade e complexidade das tarefas executadas. Nestas situações, muitas vezes o trabalho deixa de significar satisfação, ganhos materiais e serviços sociais úteis, para tornar-se sofrimento, exploração, doença e morte (DEJOURS, 2000; BARBOZA; SOLER, 2003).

Santos (2001) ainda lembra que há um fator a ser considerado como relevante e influente no trabalho da enfermagem que são as mudanças tecnológicas que atingem os serviços de saúde e têm contribuído para a complexidade dos processos de trabalho do setor, variando de acordo com as especialidades dos serviços de saúde e propostas de atendimentos.

As tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo na área da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (BRASIL, 2000^a).

Os avanços tecnológicos introduzidos no processo produtivo possibilitaram às empresas o aumento da produção e, conseqüentemente, dos lucros. Estas mudanças trouxeram impactos à saúde do trabalhador, com manifestações tanto na esfera do físico quanto do psíquico e com o surgimento de novas enfermidades relacionadas às mudanças introduzidas no mundo do trabalho, as quais são apontadas por Murofuse, Abranches e Napoleão (2005).

Pitta (1994) ressalta a importância de pesquisas que associem o ambiente de trabalho e o adoecimento do trabalhador, seja no aspecto técnico, jurídico ou político. Percebe-se, portanto, que os trabalhadores da área de saúde não recebem, por parte das autoridades brasileiras ou mesmo dos demais empregadores, devida atenção voltada à saúde desses trabalhadores, a exemplo da periculosidade exigida nos serviços de radiologia, policiais entre outros.

Dessa forma, percebe-se que os riscos, vulnerabilidade e estressores laborais podem conduzir tensões, estresse e desgaste físico e psíquico.

2.2.2 Relação Ambiente de Trabalho e Fatores de Risco

Além de outros fatores já mencionados, Townsend (2002) nos lembra que a ocorrência ou não de determinada doença dependerá também da susceptibilidade do organismo receptor, com isso, é importante considerar a relação entre o indivíduo e o ambiente.

Rouquayrol e Filho (1999, p. 287) definem ambiente como “eventos externos ao corpo sobre os quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controle”. Nos últimos anos, o desenvolvimento do conhecimento científico, aliado a maior consciência das pessoas sobre a influência da qualidade ambiental na morbimortalidade, tem destacado o ambiente como um dos elementos mais importantes para o nível de saúde (CÂMARA, 2006).

O local onde são executadas as atividades laborais pode apresentar fatores estressógenos que estão relacionados ao papel do profissional na instituição, à carreira, às relações profissionais, à estrutura e ao clima organizacional (ARANTES; VIEIRA, 2003).

O trabalho da enfermagem requer uma organização complexa. Abranches (2005) adverte que além de representar a maior força do setor saúde é também a mais exposta a riscos provenientes de sua função. Nesse contexto, as relações do indivíduo com o trabalho acabam por influenciar na sua saúde e, dependendo de seu nível de envolvimento com o trabalho, impõem adaptações ao estilo de vida e mecanismos de enfrentamento.

Geralmente, os trabalhadores de enfermagem possuem mais de um vínculo empregatício, comprometendo o tempo dedicado ao lazer e família. Logo, as questões

relacionadas ao gênero também devem ser consideradas, uma vez que jornadas duplas ou triplas podem conduzir a mulher ao estresse emocional, decorrente do acúmulo de atribuições, adverte Spindola (2000).

Pafaro e Martino (2004); Januário (2005) lembram que a dupla jornada de trabalho é encarada como necessária pelos trabalhadores de enfermagem, devido à situação econômica e salários insuficientes para o sustento familiar, o que os conduz a procurar mais de uma fonte de renda. Conseqüentemente, o estilo de vida agitado surge das necessidades financeiras e sociais, conduzindo o trabalhador a um ritmo rígido em relação às atividades laborais. Essa situação vem a colaborar para o estresse. A lei trabalhista favorece o trabalhador decidir por longas jornadas de trabalho, aumentando sua exposição a fatores agravantes à saúde psíquica e física.

Sabemos que o trabalho da enfermagem possui como característica a grande demanda de atividades variadas, podendo afetar o desempenho físico, gerar distúrbios mentais, neurológicos, psiquiátricos, cardiovasculares e gastrintestinais (COSTA; MORITA; MARTINEZ, 2000). Por isso, concordamos com Labrador e Crespo (1993), que o modo de vida e a atividade de uma pessoa contribuem para determinar sua saúde e enfermidade.

O ambiente no qual o profissional trabalha ou vive pode aumentar a probabilidade de ocorrência de certas doenças. O processo de adoecimento se dá, devido aos fatores de risco que além de interrelacionarem genética, idade, fisiologia e estilo de vida somam-se ainda aos fatores relacionados ao local laboral (POTTER; PERRY, 2004).

O desenvolvimento de pesquisas sobre a influência do ambiente na saúde do trabalhador e sua resposta aos estímulos presentes nos locais laborais, podem gerar resultados capazes de despertar o senso crítico do trabalhador e empregador para mudanças.

É visível a contribuição de estudos na área da saúde do trabalhador. Atualmente muitos fatores são descritos como relacionados à morbidade e mortalidade nessa área, são exemplos notáveis as intoxicações, doenças cardiovasculares e o estresse (CÂMARA, 2006).

Fatores ligados ao ambiente - risco biológico, físico e químico e a necessidade de lidar com a tecnologia hospitalar complexa, justificam, em parte, a tensão e a ansiedade apresentada pelos trabalhadores da área da saúde, em especial os da enfermagem, tornando-os mais vulneráveis ao afastamento do serviço por motivos de doenças. O próprio ato de cuidar de clientes com agravos diversos, traumas agudos e enfermidades graves e terminais conduzem ao desgaste psíquico e físico.

Esse contato com pessoas fisicamente doentes, adoecidas gravemente, com frequência, impõe um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas ou aterrorizadas, muitas vezes que requerem para seu exercício, ou adequação prévia à escolha de ocupação, ou um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas (PITTA, 1994, p. 62).

Dessa forma, os estudos científicos que envolvem as tensões e a organização do trabalho por profissionais de saúde buscam o entendimento dos processos mórbidos provocados pelos fatores estressantes inseridos no ambiente laboral, a fim de motivar intervenções voltadas para o autocuidado ou pela adoção de medidas institucionais que minimizem os fatores de riscos do ambiente laboral.

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Abordagem e Tipologia de Estudo

Considerando que estaremos trabalhando com o estudo da prevalência dos fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana e a análise da associação entre estes fatores de risco e as variáveis sócio-demográficas e laborais dos trabalhadores de enfermagem, entendemos que seria pertinente utilizarmos diferentes técnicas para a produção, tratamento e análise dos dados. Desta forma, para tratar os dados quantitativos optamos pela utilização da estatística, de modo a verificarmos a frequência simples; e, pela análise de conteúdo, de modo que possa ser possível trabalharmos com os dados qualitativos.

A opção pelo método quantitativo com complementação de dados qualitativos reside no fato de que esse estudo não objetiva apenas descrever os dados, mas também, a partir da sua descrição, apontar as possíveis relações ou implicações para prática profissional do grupo estudado.

Diante das particularidades, limites e possibilidades dos métodos quantitativo e qualitativo na busca de resultados que transcenda a simples compreensão do fenômeno, Richardson (1985) ressalta que a estratégia metodológica de se utilizar à complementaridade entre os dados quantitativos e qualitativos proporciona maior nível de integração e profundidade na análise.

Desta forma, os dados quantitativos (frequência simples) foram enriquecidos com os dados qualitativos pela análise de conteúdo, permitindo uma visão aprofundada do fenômeno e do objeto estudado.

Também buscamos apoio em Minayo (1996, p.22), acerca da escolha do método, quando descreve que “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, não se opõem, ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

A opção por essa estratégia metodológica deve-se ao fato de não querermos nos limitar apenas a compreensão do fenômeno estudado, mas procurar dentro das possibilidades reais, avançar em busca de possíveis explicações.

Como optamos por esta estratégia metodológica, entendemos que deveríamos organizar as informações do questionário em dois momentos distintos, a fim de que pudessemos contemplar os dados quantitativos e os qualitativos.

Para organização, tratamento e análise dos dados quantitativos optamos pela estatística a fim de identificarmos apenas a frequência simples. Para os dados qualitativos, utilizamos a Análise de Conteúdo, modalidade análise temática. Cabe salientar que a escolha por esses

métodos de análise deve-se a sua adequação ao desenho do estudo, a abordagem metodológica utilizada, o objeto estudado e os objetivos a serem alcançados.

Sobre a estatística, Castro (1998) ressalta que se baseia na premissa de que, ao observarmos o resultado de uma pesquisa, existem duas explicações possíveis para os resultados encontrados: um motivo, que é a causa da diferença entre os grupos para os quais foi planejada a pesquisa; e o acaso, que é a ausência de uma causa para explicar a diferença, sendo esta devida à casualidade ou azar. Assim, sempre que uma aumenta a outra diminui.

Quanto à Análise de Conteúdo, modalidade Temática, Minayo (1999) nos diz que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado.

Com relação à Análise de Conteúdo, Bardin (1988, p.42) descreve como:

...um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicações muito vasto: as comunicações.

Esse conjunto de técnicas de análise das comunicações visa, entre outros aspectos, tratar as informações oriundas de discursos/falas de sujeitos previamente investigados acerca de um determinado assunto, onde seja possível o nucleamento de idéias afins e que apontem para uma categorização de temas.

Operacionalmente, a Análise de Conteúdo, modalidade temática envolve três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 1999).

A pré-análise, como primeira etapa, pode ser decomposta em três tarefas: leitura flutuante do conjunto de informações, a constituição do *corpus* e formulação de hipótese e objetivos.

A segunda etapa, denominada de exploração do material, consiste segundo Bardin (1988), na transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. E, posteriormente, estes dados brutos são submetidos ao tratamento de operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que permitem colocar em evidência as informações obtidas. A partir daí, o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico.

Cabe ressaltar, no entanto, que na concepção de Minayo (1999), a análise temática é por demais formal e mantém a sua crença na significação da regularidade. Assim, na análise do material empírico produzido, a análise temática objetivou a busca dos significados manifestos e latentes nos dados qualitativos, a partir do discurso dos sujeitos envolvidos no estudo. Enquanto, a análise estatística objetivou a descrição de frequências simples.

3.2 Campo e População do Estudo

O campo desse estudo foram unidades de internação hospitalar pertencentes à rede pública e privada do município do Rio de Janeiro. É importante salientar que não utilizamos critério de inclusão e/ou de exclusão acerca da unidade hospitalar ou de cuidado específico.

A escolha dos sujeitos foi aleatória e obedeceu apenas à livre e espontânea vontade de cada um em participar do estudo. Estes foram trabalhadores de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) atuantes nas mais diversas unidades de internação hospitalar pertencentes à rede pública e privada do município do Rio de Janeiro. Vale ressaltar que nas instituições não existiam auxiliares de enfermagem na equipe.

A amostra da pesquisa correspondeu, portanto, a 59% de técnicos de enfermagem (n=40) e 41% de enfermeiros (n=28).

3.3 Método e Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de março a maio de 2009, sendo realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), onde está vinculada à pesquisa.

Os dados foram produzidos a partir da utilização do questionário (Apêndice 1), que consistiu em um conjunto de questões pré-elaboradas, sistemática e sequencialmente dispostas em itens que constituíram o tema do estudo, cuja finalidade foi de suscitar dos informantes respostas por escrito sobre o assunto.

Optou-se pelo questionário pelas vantagens que permitem aos respondentes de se sentirem mais confiantes devido ao anonimato que lhes foram garantidos e a possibilidade de coletar informações e respostas mais reais, o que poderia não acontecer na entrevista (LEOPARDI, 2001).

Acreditamos que a aplicação do questionário foi excelente estratégia para garantir isenção de nossa parte na produção de dados, pois conforme Polit e Hungler (1995), isso garantiu a não tendenciosidade das respostas que poderiam refletir a reação do respondente ao entrevistador e não às perguntas em si, justamente por dispensar a presença do pesquisador no momento em que as questões são respondidas.

O questionário foi entregue diretamente ao participante mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2), posteriormente, respondido e devolvido em data combinada.

3.4 Tratamento e Análise de Dados

Os dados quantitativos e qualitativos foram organizados em dois momentos, utilizando técnicas específicas para tratamento e análise de cada um. Deste modo, a estatística frequencial simples foi aplicada aos dados quantitativos, e a análise de conteúdo, modalidade temática, aos dados qualitativos.

Cabe ressaltar que a escolha por esses métodos de análise se deve a sua adequação ao tipo de estudo, a abordagem metodológica utilizada e ao objeto estudado.

Os dados quantitativos foram organizados com auxílio do programa Microsoft Excel Office XP, de acordo com codificações pré-determinadas, visando facilitar o processamento e cálculo estatístico. As variáveis estudadas foram:

- a) Variáveis dicotômicas: sexo, jornada de trabalho, duplicidade de vínculo empregatício, fatores de risco modificáveis para DAC, satisfação no trabalho.
- b) Variáveis de atributo: setor atual de trabalho na instituição, categoria profissional, grau de escolaridade, carga horária semanal.
- c) Variáveis contínuas: idade, tempo de trabalho na instituição.

Dentre os fatores de risco coronarianos, foram de interesse nesta pesquisa somente alguns fatores de risco modificáveis: tabagismo, etilismo, obesidade, sedentarismo, estresse e hábito alimentar.

Os dados qualitativos foram organizados a partir da identificação de núcleos de sentido presentes nas respostas às questões abertas. A partir da identificação desses núcleos, foram organizadas categorias de análise temática.

Os dados quantitativos e qualitativos foram trabalhados na análise e discussão dos resultados, considerando a necessidade de complementaridade entre os dados de diferentes naturezas.

Nesse sentido, Polit e Hungler (1995) salientam que a opção pelo método quantitativo com complementação de dados qualitativos deve-se à busca da complementaridade entre números e palavras, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana.

Considerando que objeto proposto nesse estudo é de certo modo complexo, por envolver diferentes variáveis, entendemos que um único referencial teórico talvez não fosse capaz de, isoladamente, permitir uma análise e discussão mais aprofundada acerca do objeto proposto. Por isso, optamos pela multireferencialidade, a qual foi definida *a posteriori*, tão logo os dados produzidos foram tratados e organizados metodologicamente.

Apoiando-nos nas idéias de Ardoíno (1993), encontramos na multireferencialidade, a possibilidade de trabalhar com diferentes idéias, teóricos e disciplinas na análise e discussão dos dados produzidos.

Sabendo-se que a multireferencialidade é um método de análise e de leitura aplicada a situações relacionais, destacamos uma posição de Ardoíno (1993) para uma reflexão metodológica que ocasiona o assenhoramento de numerosos dados, nos quais a complexidade da situação a ser tratada solicita a indispensável pluralidade da leitura, destinada a fazer o objeto falar, a fim de que o olhar torne-se um saber para a reaproximação de toda a experiência.

3.5 Aspectos Éticos

Atendendo aos princípios éticos da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 196/96, que visa assegurar os direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos da pesquisa e respeitando-se os princípios de justiça, equidade e segurança, foi encaminhado o projeto ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade que está vinculada à pesquisa para análise e aprovação (Anexo 1).

E ainda, em observância à legislação, que discorre sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos da pesquisa, onde foram informados da proposta da pesquisa, da sua participação voluntária, do direito ao anonimato e sigilo dos dados informados, além do direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa, se assim o desejarem.

Ressalta-se que não houve nenhum ônus para os sujeitos do estudo e nem para as Unidades de Internações Hospitalares onde se desenvolveu a pesquisa.

4. RESULTADOS

Após a apuração dos dados quantitativos, procurou-se organizá-los com auxílio do programa Microsoft Excel Office XP, de acordo com codificações pré-determinadas visando facilitar o processamento e cálculo estatístico.

Quanto aos dados qualitativos, emergiram duas categorias de análise temática a partir da identificação de núcleos de sentido presentes nas respostas às questões abertas.

4.1 Análise e discussão dos dados quantitativos

4.1.1 Perfil dos trabalhadores de enfermagem

Fizeram parte da pesquisa sessenta e oito (n=68) trabalhadores de enfermagem. A maioria pertenceu ao sexo feminino. Total de 44 (65%) mulheres e 24 (35%) homens.

A oferta de empregos na área da enfermagem mantém-se através de décadas, atraindo homens e favorecendo as mulheres que buscam uma participação mais ativa na sociedade contemporânea. O emprego de mulheres no setor público aumentou significativamente durante a década de 1980. Atualmente, as mulheres representam mais de 44% do funcionalismo federal, número significativo tendo em vista a média nacional desses trabalhadores (PENA; CORREIA, 2003).

O setor público é uma das fontes mais importantes de empregos para mulheres por três razões. A primeira, por incluir muitas colocações nas profissões de magistério e enfermagem, tradicionalmente, atrativas para as mulheres. A segunda razão justifica-se pelos baixos salários, que tornou o setor social do serviço público uma opção de emprego menos atrativa para os homens e por último, o governo tende a seguir as leis trabalhistas e ser menos discriminador em relação ao gênero (BRASIL, 1998).

A participação do gênero feminino com o maior número de trabalhadores no setor saúde, principalmente na enfermagem, é algo vislumbrado na literatura científica desde a década de 80 (MACHADO, 1986).

Com relação à faixa etária, o mais jovem declinava vinte (20) anos de vida e o mais velho, cinquenta e sete (57) anos. Tratava-se de uma amostra homogênea quanto à idade, onde a maioria (73%) possuía entre 20 a 30 anos de idade conforme especificado no gráfico 1.

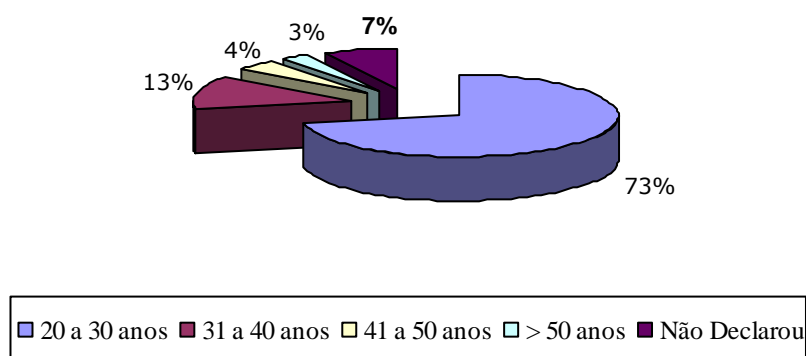


Gráfico 1: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com a faixa etária. Rio de Janeiro 2009.

A média de idade da amostra do estudo de 30 anos ficou próxima daquela observada em estudo realizado por Araújo (2003) com população de trabalhadores de enfermagem. Ana Pita (1994), em seu estudo com trabalhadores de hospital, encontrou maior número de profissionais na faixa de 30 a 40 anos.

A idade é um fator de risco não modificável para doença arterial coronariana, cujo risco aumenta progressivamente. No Brasil, em 2000, segundo informações do Ministério da Saúde (2003), 36,5% dos óbitos por doenças do aparelho circulatório ocorreram antes dos 65 anos. No grupo estudado todos os trabalhadores de enfermagem tinham menos de 65 anos. A maioria, apresentava idade entre 20 e 30 anos, faixa etária cujo risco é menor quando comparado aos mais velhos.

4.1.2 Variáveis laborais

A maior parte da população do estudo foi de técnicos de enfermagem (59%). É sabido que a maior quantidade de trabalhadores de enfermagem encontra-se nesta categoria. A própria divisão hierarquizada e vertical da equipe de enfermagem, com base na redistribuição de tarefas entre diferentes níveis de qualificação, gera importante demanda por profissionais menos qualificados e, conseqüentemente, custos mais baixos (BELANCIERI; BIANCO, 2004).

A maioria dos trabalhadores (52,9%) possuía mais de um vínculo empregatício com carga horária semanal média de 49 horas, predominando o turno misto de trabalho (75%), tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das variáveis laborais dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional. Rio de Janeiro 2009.

VARIÁVEIS LABORAIS	ENFERMEIROS		TÉC. ENFERMAGEM		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Número de Empregos						
1 vínculo	12	17,6	20	29,5	32	47,1
2 ou mais vínculos	16	23,4	20	29,5	36	52,9
Turno de Trabalho						
Diurno	8	11,7	4	5,9	12	17,6
Noturno	-	-	5	7,4	5	7,4
Misto	20	29,3	31	45,7	51	75
Carga Horária Semanal						
Até 36 h	6	8,8	7	10,3	13	19,1
36 a 60 h	13	19	12	17,7	25	36,7
> 60 h	9	13,2	21	31	30	44,2
TOTAL	28	41	40	59	68	100

A carga horária semanal média de trabalho observada neste estudo (49h/semana) esteve próxima daquela encontrada em estudos similares (ARAÚJO, 1999; ARAÚJO, 2003).

O trabalhador de enfermagem possui carga horária semanal relativamente alta, na maioria das vezes justificada pelos baixos salários e pela busca de mais um vínculo empregatício com o objetivo de complementar sua renda mensal. A maioria dos trabalhadores (52,9%) possuía mais de um vínculo empregatício, exercendo uma segunda jornada de trabalho em outra instituição. Estes percentuais são preocupantes, pois constituem em duplas ou triplas jornadas de trabalho que pode causar desgastes físicos e/ou mental refletindo na qualidade de vida e produtividade no trabalho.

Apesar da equipe de enfermagem ser a maior e a mais presente, participando ativamente do cuidado, é a que possui ganhos salariais inferiores, sendo este referido como um dos principais problemas da profissão (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Sabe-se que a carga horária semanal excessivamente alta que, muitas vezes, se somam ao trabalho em turnos contribui como estímulo ao estresse. Estudos apontam inclusive que esses fatores são motivos para abandono da profissão (ANGERAMI; GOMES; MENDES, 2000).

Evidenciou-se no grupo estudado, o predomínio do trabalho em turnos mistos (75%), entendido como serviço diurno e noturno.

O trabalho em turnos, noturnos ou rotativos, tem propiciado sérios distúrbios na vida dos trabalhadores, quer sejam de ordem física, psíquica e social. Os distúrbios qualitativos e quantitativos do sono, as alterações cardiovasculares, as alterações gastrointestinais e as

perturbações psiconeuróticas são destacadas por Fischer e Lieber (2003) como os principais problemas relacionados aos trabalhos em turnos.

A Constituição do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, reflete a importância do assunto sobre a saúde dos trabalhadores estabelecendo em seu artigo 7º, inciso XIV, “a jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva” (BRASIL, 1988).

A literatura sugere uma discreta associação entre o aumento da prevalência de doenças cardiovasculares e o trabalho em turnos, como exemplo, os estudos realizados por Knutsson (1989). Estes estudos constataram que o risco relativo de doença arterial coronariana elevava-se progressivamente com o aumento do período de exposição ao trabalho em turnos até 20 anos de atividade. A partir daí, houve queda acentuada do risco atribuída à seleção dos trabalhadores para a atividade laborativa resultando em um grupo de indivíduos mais saudáveis.

Outros estudos como o de Olsen e Kristensen (1991) e o de Tuchsén (1993) indicam uma elevação do risco de doença cardiovascular, especialmente, da doença arterial coronariana em trabalhadores de turnos. Foram também constatados por Ely e Mostardi (1986) em trabalhadores de turnos, níveis séricos elevados de noradrenalina.

A interferência do trabalho em turnos sobre a prevalência de alguns fatores de risco coronarianos também tem sido investigada. Hipertensão arterial, tabagismo, elevação dos níveis séricos de colesterol e/ou triglicérides e obesidade também podem estar associados ao trabalho em turnos e aumentar o risco de doença cardiovascular (HEINEMANN, ENDERLEIN, STARCK, 1998; KNUTSSON, 1989).

No Brasil, um estudo realizado por Dantas e Teixeira (1990) numa refinaria de petróleo, avaliou a prevalência dos principais fatores de risco coronarianos em 403 trabalhadores em turnos ininterruptos de revezamento e em um grupo controle de 464 trabalhadores em horário diurno, todos eles do sexo masculino. Concluíram que o trabalho em turnos ininterruptos de revezamento está associado à elevação precoce dos níveis séricos de colesterol e da prevalência do tabagismo em grupo mais jovem de trabalhadores.

Dantas (2003) explica que vários são os mecanismos fisiopatológicos que podem estar envolvidos no aumento do risco de doença cardiovascular associado à organização do trabalho em turnos. A modificação do ritmo circadiano e os seus efeitos adversos sobre a qualidade e a quantidade do sono, a carga psíquica, a dinâmica psicossocial, os hábitos alimentares e a prática regular de exercícios físicos produzem alterações na qualidade de vida dos trabalhadores, com repercussão negativa sobre os fatores de risco coronarianos.

É provável que o trabalho em turnos, interferindo no estilo de vida saudável e modificando a história natural dos fatores de risco, aumente o risco relativo de doença arterial coronariana. Atenção especial deve ser dispensada na adequação da organização do trabalho em turnos, nas ações de prevenção das doenças cardiovasculares e nos processos de promoção da saúde nesses grupos de trabalhadores. Além do trabalho em turnos ininterruptos de revezamento, a carga de trabalho corrobora também para o aumento do risco de doença cardiovascular.

A carga de trabalho é um conceito básico da ergonomia utilizado no estudo da interface entre o trabalho e a saúde. Este conceito fornece elementos para entendermos os mecanismos pelos quais os processos de trabalho interferem na qualidade da vida produtiva e na saúde, e explicarmos a conexão entre a atividade do trabalho e o desgaste do trabalhador.

A ergonomia trata a carga de trabalho como um instrumento conceitual auxiliar na busca do entendimento sobre as repercussões da atividade de trabalho sobre a saúde e o desempenho do trabalhador, orientando a formulação de critérios de intervenção sobre situações de trabalho específicas (DEJOURS, 2000).

Entendemos que a noção de carga de trabalho deve ser interpretada a partir da identificação e compreensão da dinâmica operatória frente aos objetivos da produção, às exigências da tarefa e às condições de execução da atividade em situações de trabalho específicas (ECHTERNACHT, 1998).

Wisner (1987) considera que todas as atividades, inclusive o trabalho, têm pelo menos três aspectos: físico, cognitivo e psíquico. Cada um deles pode determinar sobrecarga ou sofrimento. Estes aspectos se interrelacionam e, via de regra, a sobrecarga de um deles é acompanhada de uma carga muito elevada nos outros dois campos. Esta separação tem a finalidade apenas taxonômica, devendo-se considerar as múltiplas dimensões da carga de trabalho de uma forma integral.

Nos países industrializados, as inovações tecnológicas propiciam uma melhoria das condições ambientais no trabalho, caracterizando uma tendência para redução da carga física imposta aos trabalhadores. Por outro lado, estudos revelam que as novas tecnologias têm imposto cada vez mais exigências de natureza cognitiva implicando aceleração do ritmo, a elevação da complexidade e da intensidade do trabalho que, associados à organização do trabalho autoritária e inflexível, conduzem ao aumento da carga psíquica e cognitiva dos trabalhadores (DANTAS, 2003).

Na tentativa de contemplar a homogeneidade entre os trabalhadores de enfermagem das unidades de internação hospitalar, optamos em não selecionar os sujeitos pela experiência na unidade, e sim, pela vontade declarada de cada um deles em participar da investigação.

Ficou evidente que a maioria dos trabalhadores de enfermagem, participante do estudo, atua em unidades de emergência (Gráfico 2). O fato pode ser justificado por se tratar de um setor, cujo quantitativo de enfermeiros e técnicos de enfermagem é significativo e, também, dado o interesse de todos na participação do estudo.

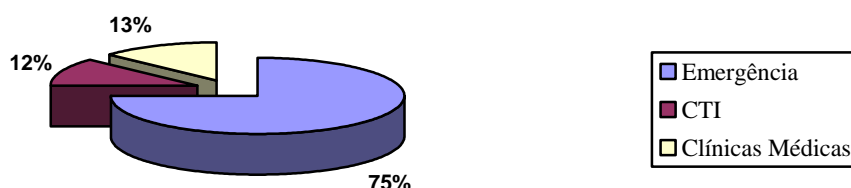


Gráfico 2: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com os setores de atuação. Rio de Janeiro 2009.

4.1.3 Variáveis do estilo de vida

A maior parcela dos trabalhadores deste estudo (97%) identificou sua vulnerabilidade aos fatores de risco para o desenvolvimento da doença arterial coronariana, relacionando-a ao seu estilo de vida e ambiente de trabalho.

Isto corrobora com as especificações de Matos e Fiszman (2003, p.135) quando referem que “o estilo de vida é um fator de risco importante na prevalência das doenças cardiovasculares”. Contudo, a crítica que reduz as estratégias de controle dessas doenças aos aspectos do estilo de vida, que colocam grande responsabilidade apenas no indivíduo, tem pouca influência na morbimortalidade.

Dentre os fatores de risco coronarianos, os de maiores prevalências apontados pelos trabalhadores de enfermagem que acreditam estar vulneráveis foram o estresse (69,1%), hábitos alimentares não saudáveis (57%) e sedentarismo (53%). Todos são fatores de risco modificáveis que estão presentes no dia-a-dia do trabalhador, quer no ambiente trabalho ou doméstico (Gráfico 3).

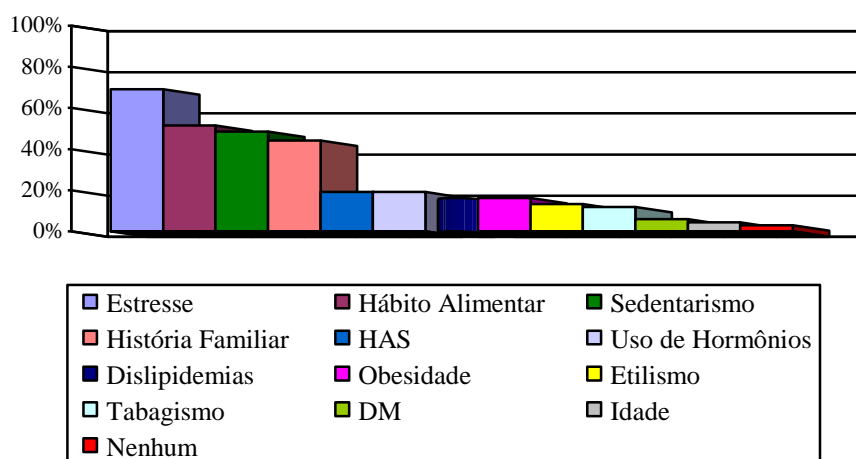


Gráfico 3: Distribuição dos fatores de risco mais prevalentes para o desenvolvimento da DAC que os trabalhadores de enfermagem acreditam estar vulneráveis. Rio de Janeiro 2009.

Selye, em 1956, utilizou o termo estresse como um conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido à situação que exige esforço para a adaptação. De acordo com seus estudos, um estímulo percebido como ameaçador à homeostase, seja físico, químico, biológico ou psicossocial conduz o organismo a responder de forma uniforme, inespecífica, no aspecto anatômico e fisiológico, caracterizando uma síndrome (RODRIGUES; GASPARINI, 1992).

Com a evolução de estudos sobre a temática, o termo é entendido atualmente como qualquer situação em que determinada demanda inespecífica exige do indivíduo uma ação ou reação (SEYLE *apud* POTTER; PERRY, 2004).

O estresse pode exigir do trabalhador adaptações de forma intensa e rápida, sejam fisiológicas e/ou psicológicas, podendo sobrevir à doença quando não ocorre adaptação do indivíduo aos estímulos ou fatores estressores.

Pitta (1994) identifica em seu estudo algumas estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para lidar com situações estressantes no trabalho hospitalar. São elas: parcelamento de tarefas para reduzir o tempo junto ao paciente, fator gerador de angústia; despersonalização e negação da importância do indivíduo, que se traduz em uso de uniformes e consideração de que todo o paciente é igual; distanciamento e negação dos sentimentos; eliminação de decisões através do estabelecimento de rotinas e protocolos; redução do peso da responsabilidade por meio do parcelamento e supervisão de tarefas. Estas estratégias são

observadas no trabalho da enfermagem o que pode denotar desgaste psíquico e sofrimento em função de sua organização.

Concordamos com Silva (2007) quando descreve que o ambiente laboral e/ou doméstico possui íntima relação com o bem-estar dos trabalhadores, bem como, pode provocar conseqüências às quais se manifestam sob a forma de problemas de saúde física e mental. Dantas (2003) afirma que há uma relação entre condições de trabalho adversas (particularmente, baixo nível de controle sobre o próprio trabalho) e a doença coronariana.

Quanto ao hábito (s) alimentar (es) apontado como o segundo fator de risco coronariano mais prevalente, pode-se evidenciar pelos resultados que todos os trabalhadores usam frituras, sendo que 42,6% consomem diariamente ou mais que três vezes por semana (Tabela 2). Os trabalhadores relacionam os hábitos alimentares poucos saudáveis à jornada de trabalho, a falta de tempo e cansaço.

Tabela 2: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional e a frequência do consumo de alimentos fritos por semana. Rio de Janeiro 2009.

FREQUÊNCIA DO CONSUMO	ENFERMEIRO		TÉC. ENFERMAGEM		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Diariamente	1	1,5	5	7,4	6	8,9
Mais que 3 vezes	11	16	12	17,7	23	33,7
Menos que 3 vezes	12	17,6	14	20,6	26	38,2
Raramente	4	5,9	9	13,3	13	19,2
TOTAL	28	41	40	59	68	100

Estudos realizados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009) apontam que além do consumo de colesterol, a elevada ingestão de gorduras saturadas também é associada ao desenvolvimento da doença arterial coronariana, enquanto o consumo de gorduras insaturadas está associado à diminuição deste risco. Os alimentos ricos em gorduras saturadas e que, portanto, devem ser restritos, são as gorduras de origem animal (gorduras das carnes, leite e derivados), alguns óleos vegetais (palma, coco e dendê) e alguns frutos, principalmente o abacate e o coco.

Hadley e Saamann (1991) destacam a importância da ingestão das fibras solúveis como a pectina que está associada à diminuição dos níveis de colesterol total. Estão presentes na maçã e frutas cítricas que devem fazer parte de uma dieta equilibrada. As fibras insolúveis, cujo componente fundamental é a celulose, como exemplo as verduras, não tem ação sobre o colesterol, mas são úteis na diminuição da ingestão calórica.

Dados referentes aos hábitos alimentares não saudáveis são importantes quanto à necessidade de limitar seu consumo, pois o excesso pode favorecer o desenvolvimento e/ou progressão da DAC.

O sedentarismo foi o terceiro fator de maior vulnerabilidade para a DAC apontada pelos trabalhadores. Estes justificam o comportamento sedentário pela elevada carga de trabalho e falta de tempo. A maioria, 53% (n = 36) não exercia nenhuma atividade física, contrapondo, 47% (n = 32) que realizava (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional e a realização de atividade física. Rio de Janeiro 2009.

ATIVIDADE FÍSICA	ENFERMEIRO		TÉC. ENFERMAGEM		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sim	13	19	19	28	32	47
Não	15	22	21	31	36	53
TOTAL	28	41	40	59	68	100

Woods, Froelicher e Motzer (2005) verificaram que o risco para morte por DAC para pessoas sedentárias é duas vezes maior do que para aquelas com atividade física regular e o risco de infarto do miocárdio foi 40% mais alto nos sedentários.

A vida sedentária representa um fator de risco independente e sua presença aumenta em duas vezes a probabilidade de doença aterosclerótica. Há evidências que indicam associação favorável entre a prática de exercícios aeróbios, ocupacional e/ou recreativa, e a proteção contra a aterosclerose e a doença arterial coronariana (JORGE, 2006).

Os mecanismos responsáveis por esse benefício estão relacionados com a diminuição da demanda de oxigênio pelo miocárdio, a melhoria da eficiência miocárdica e da estabilidade elétrica, a elevação dos níveis de colesterol-HDL, a diminuição de triglicérides, a redução do excesso de peso e da pressão arterial, a melhoria da sensibilidade à insulina, a diminuição da agregação plaquetária e o aumento da fibrinólise (SBC, 2009).

Jorge (2006) recomenda a prática de pelo menos 30 minutos de exercícios aeróbicos, de intensidade moderada, 3 a 4 vezes por semana. A atividade física regular bem orientada melhora a capacidade aeróbica, a flexibilidade e a resistência muscular localizada e contribui efetivamente para o controle da obesidade, da hipertensão arterial, das dislipidemias e do diabetes. Considerando esta recomendação, do total de trabalhadores estudados, 47% exerciam uma atividade física que pudesse ser considerada protetora em relação à DAC.

Outro fator de risco modificável investigado neste estudo foi à obesidade através do cálculo de índice de massa corporal (IMC). As variáveis antropométricas, peso e altura, foram informadas pelos sujeitos que compuseram a amostra. Portanto, utilizou-se a classificação da Organização Pan-Americana da Saúde (2003), anexo dois, que utiliza o IMC para determinar os diferentes graus de obesidade e os riscos de co-morbidades.

Avaliando-se o IMC da amostra obteve-se uma média de 25,48 kg/m², dado preocupante, uma vez que se constata a transformação do Brasil em um país de obesos. A frequência de pré-obesidade e obesidade foi de 36,7% e 7,5%, respectivamente, porém, 55,8% apresentavam-se eutróficos, conforme tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional e o IMC. Rio de Janeiro 2009.

IMC Kg/m ²	ENFERMEIRO		TÉC. ENFERMAGEM		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Baixo Peso (<18,5)	–	–	–	–	–	–
Normal (18,5-24,9)	19	27,8	19	28	38	55,8
Pré-Obeso (25-29,9)	7	10,2	18	26,5	25	36,7
Obeso Classe I (30-34,9)	1	1,5	3	4,5	4	6
Obeso Classe II (35-39,9)	1	1,5	–	–	1	1,5
Obeso Classe III (= ou >40)	–	–	–	–	–	–
TOTAL	28	41	40	59	68	100

A obesidade está associada com a hipertensão arterial, o diabetes tipo II, a hipertrigliceridemia, a hipercolesterolemia e o colesterol-HDL baixo. Provoca hiperinsulinemia e aumenta a resistência à insulina. Aumenta a mortalidade cardiovascular, mas, apesar da controvérsia, não é considerada um fator de risco independente para aterosclerose quando estudada através de análises multivariadas de estudos epidemiológicos. Além disso, predispõe aos distúrbios osteomusculares e reduz a capacidade aeróbica dificultando o exercício de determinadas atividades ocupacionais (DANTAS, 2003; SBC, 2009).

Quanto aos comportamentos aditivos, descritos no estudo de Teixeira, Silva e Lamas *et al* (2006), como hábitos ou atitudes repetitivas que se apresentam de forma frequente e excessiva, aprendidas e seguidas por alguma gratificação emocional e que são possíveis de serem modificados por alguma intervenção, neste estudo foram investigados o alcoolismo e tabagismo como fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana. Foram considerados fumantes aqueles trabalhadores que, na ocasião, fumavam qualquer quantidade

de cigarros por dia, e ex-fumantes aqueles que interromperam o hábito de fumar há, pelo menos, um ano (Tabela 5); e, consumidores de bebida alcoólica todos os que referiram fazer uso de álcool, independente da quantidade, tipo ou frequência de uso (Tabela 6).

Tabela 5: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional e o hábito de fumar. Rio de Janeiro 2009.

HÁBITO DE FUMAR	ENFERMEIRO		TÉC. ENFERMAGEM		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Fumante	1	1,5	4	5,9	5	7,4
Ex-Fumante	4	5,8	3	4,4	7	10,2
Não Fumante	23	33,7	33	48,7	56	82,4
TOTAL	28	41	40	59	68	100

Estudos epidemiológicos consideram o fumo como um dos principais fatores de risco para a doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral isquêmico, doença arterial periférica e aneurisma da aorta abdominal. A interação entre o fumo e a hipercolesterolemia tem um forte componente sinérgico na gênese do infarto agudo do miocárdio. Há também um efeito sinérgico entre o fumo e o uso de pílulas anticoncepcionais, especialmente em mulheres acima de 35 anos.

A taxa de fumantes no Brasil é estimada entre 12,9% e 25,2% (BRASIL, 2008). O presente estudo identificou 17,6% de trabalhadores de enfermagem que declararam ser ou ex-usuários de cigarro, índice semelhante ao encontrado no inquérito em médicos do Rio Grande do Sul (18,3%), cujo perfil profissional se assemelha ao da amostra deste estudo (HALTY, HUNTTNER, NETTO, 2002).

No Brasil, estão em vigor a Portaria Interministerial N° 3257 de 22 de setembro de 1988 e a Lei N° 9294 de 13 de julho de 1996. A legislação proíbe o fumo em recintos coletivos de trabalho e incumbe às Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) a função de promover campanhas educativas demonstrando os efeitos nocivos do fumo. Além da questão da segurança e prevenção de incêndios, o fumo nos locais de trabalho acarreta exposição ocupacional involuntária (fumantes passivos) entre os trabalhadores. Pesquisas recentes demonstraram que a inalação passiva de fumaça do cigarro por terceiros envolve um risco significativo (WELLS, 1994; GLANTZ; PARMLEY, 1995). Estima-se que 53 mil

mortes anualmente são atribuídas à fumaça de cigarro no ambiente (FCA), tornando-se a terceira causa de morte passível de prevenção nos EUA (WOODS, FROELICHER E MOTZER, 2005; SIVIERO, SCATENA, JÚNIOR COSTA, 2005).

O fumo altera a função endotelial, aumenta a concentração plasmática de fibrinogênio e a adesividade das plaquetas, ações fundamentais na formação de trombos arteriais. Portanto, o mecanismo fisiopatológico que o fumo exerce sobre o sistema cardiovascular é predominantemente trombogênico. Em fumantes há redução dos níveis sanguíneos de colesterol-HDL e elevação de colesterol-LDL e de triglicérides. Há, também, elevação da frequência cardíaca e da pressão arterial. O fumo aumenta o consumo de oxigênio pelo músculo cardíaco e diminui a oferta de oxigênio para a célula, descreve Woods, Froelicher e Motzer (2005).

Estudo realizado Varartiainen (1994) na Finlândia constatou que a diminuição de 16% do percentual de homens fumantes provocou uma queda de 10% da mortalidade por doença coronariana. Por outro lado, houve um aumento de 9% de mulheres fumantes, com elevação da mortalidade por doença coronariana em 11%.

A interferência do trabalho em turnos sobre a prevalência do tabagismo também tem sido investigada. Observou-se maior prevalência de tabagismo em trabalhadores de turnos em comparação com os de horário diurno (KNUTSSON, 1989; DANTAS; TEIXEIRA, 1990).

Quanto ao etilismo, parcela importante dos trabalhadores de enfermagem (38,2%) declarou uso de bebidas alcoólicas, embora à maioria não seja usuária (61,8%). Porém, revelou-se inferior ao encontrado no inquérito da Universidade Federal do Ceará que é de 57,7%, realizado por Ramos, Alves e Tavares *et al* (2006), tabela 6.

Tabela 6: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a categoria profissional e o uso de bebidas alcoólicas. Rio de Janeiro 2009.

BEBIDAS ALCOÓLICAS	ENFERMEIRO		TÉC. ENFERMAGEM		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sim	13	19	13	19,2	26	38,2
Não	15	22	27	39,8	42	61,8
TOTAL	28	41	40	59	68	100

Dantas (2003) refere que o trabalho é considerado um dos fatores de risco psicossociais capazes de influenciar no desenvolvimento do alcoolismo. As práticas de

ingestão alcoólica realizadas por colegas, após a jornada de trabalho, podem ser expressões das estratégias coletivas de defesa psicológica. Estas práticas seriam formas de manter afastada da consciência a lembrança das ameaças e dos perigos e riscos ocupacionais.

O álcool é um exemplo de substância depressora do sistema nervoso central. O raciocínio, a memória, a concentração, os reflexos e a coordenação motora ficam prejudicados. Além disso, o alcoolismo provoca aumento do absenteísmo, diminui a produtividade no trabalho e prejudica o relacionamento com a família, podendo levar o indivíduo ao desemprego e à desagregação familiar.

A ingestão excessiva de bebida alcoólica é uma causa comum de hipertensão arterial reversível, obesidade e hipertrigliceridemia. O álcool tem uma ação nociva sobre o miocárdio, deprime a função do ventrículo esquerdo e pode desencadear a miocardiopatia alcoólica e arritmias, lembra Woods, Froelicher e Motzer (2005).

Embora a história familiar não seja um fator de risco modificável, tornou-se um dado importante neste estudo, uma vez que 44% dos trabalhadores de enfermagem informaram este dado especificado no gráfico 4.

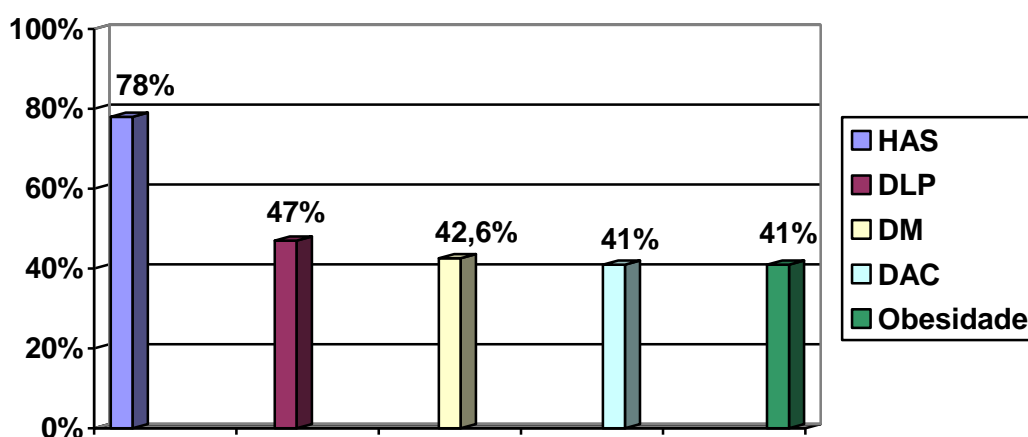


Gráfico 4: Distribuição da prevalência dos antecedentes familiares (pai, mãe, irmãos, avós) de HAS, DM, DAC, Dislipidemias e Obesidade entre os trabalhadores de enfermagem. Rio de Janeiro 2009.

A hereditariedade é um fator de risco importante na ocorrência da aterosclerose, em familiares do primeiro grau. É considerada um fator de risco independente para doença coronariana, principalmente, quando ocorre de forma prematura, antes dos 55 anos nos homens e antes dos 65 anos nas mulheres. Além disso, os efeitos genéticos podem influenciar outros fatores de risco, especialmente, a hipertensão, as dislipidemias, o diabetes e a obesidade (FARMER; GOTTO, 1997). Considerou-se o total de frequência de cada fator de risco (isolado ou associado a outro

fator de risco): 78% dos trabalhadores de enfermagem declararam possuir história familiar de hipertensão arterial sistêmica; 47%, de dislipidemias; 42,6%, diabetes melito e, 41% da doença coronariana e obesidade. declararam possuir história familiar de hipertensão arterial sistêmica, 47%, de dislipidemias; 42,6%, diabetes melito e 41% da doença coronariana e obesidade

4.2 Análise e discussão dos dados qualitativos

Cumprindo com a proposta metodológica da pesquisa, a organização e apresentação dos dados qualitativos possibilitaram a identificação das unidades de registro através dos elementos que foram extraídos dos formulários, agregando-os em unidade de significação, constituindo duas categorias temáticas (Figura 1).

Categoria Temática	Unidades de Registro
1) Estilo de Vida como Fator de Risco Modificável para DAC	- Déficit de atividade física/lazer; - Vida sedentária; - Hábitos alimentares; - Comportamentos aditivos; - Carga horária de trabalho; - Estresse.
2) Ambiente de Trabalho favorável ao desenvolvimento de Fatores de Risco Modificáveis para a DAC	- Estresse Laboral (Físico); - Condição de Trabalho.

Figura 1 – Categoria de Análise.

Fonte: Dados da Pesquisa

Categoria 1: Estilo de Vida

Esta categoria surgiu do entendimento dos trabalhadores de enfermagem acerca do estilo de vida como fator de risco para a doença arterial coronariana.

Estilo de vida é definido por Lalonde¹, 1974 *apud* Colombo e Aguillar (1997), como um conjunto de decisões que afetam a saúde e sobre os quais pode exercer certo grau de controle. Assim, as decisões e os hábitos pessoais que são maus a saúde criam riscos originados pelo próprio indivíduo. E ainda, quando estes riscos resultam em enfermidade ou morte se pode afirmar que o estilo de vida contribuiu ou causou a enfermidade ou disfunção.

A teoria do estilo de vida passou a ser utilizada para explicar a ocorrência de doenças crônicas não-transmissíveis, a exemplo das doenças do aparelho circulatório, em que a principal idéia nela contida resulta de formas pouco saudáveis de viver (LESSA, 1998).

Para a maioria dos trabalhadores de enfermagem (61%) seu estilo de vida é um fator de risco para DAC e o relacionam as formas pouco saudáveis de viver atreladas à atividade laboral, como podemos observar nas falas que se seguem:

...faço lanches rápidos, não tenho tempo para praticar esportes ou atividade física, pois trabalho em dois empregos. (Enf. 04)

...pela associação de jornada de trabalho excessiva (72h/semanal) e sedentarismo, maus hábitos alimentares. (Enf. 07)

...porque tenho uma vida sedentária com uma dieta incorreta. Trabalho em dois lugares e não durmo direito. (Enf. 17)

...sedentarismo (...) carga horária de trabalho excessiva. Maus hábitos alimentares (ingestão de doces, refrigerantes, frituras) (Enf. 27).

Acredito que meu estilo de vida seja um fator de risco pelo mau hábito alimentar, pelo estresse diário e pelo sedentarismo. (Tec. Enf. 01)

...não possuo padrão de sono satisfatório. Meu trabalho é estressante (...) sou tabagista, me alimento mal por quase nunca estar em casa (...) realizo atividade física três vezes por semana, mas para isso tenho que deixar de dormir (falta de tempo). (Tec. Enf. 09)

...este mundo capitalista não nos permite viver adequadamente, pois não temos tempo para lazer, comer e descansar (...) o stress e alimentação inadequada são uns dos fatores que desencadeiam os problemas cardíacos. (Tec. Enf. 16)

Por causa da dieta incorreta, bebida alcoólica, história na família de problema no coração, além de tabagismo e estresse. (Tec. Enf. 27)

Deparamo-nos, atualmente, com uma sociedade produtiva, individualista e competitiva, a qual reflete no estilo de vida do sujeito, podendo gerar estresse, consumo de alimentos *fast food*, déficit de lazer e atividades físicas, além de comportamentos aditivos compensatórios, como tabagismo e alcoolismo. Estas condições de vida contribuem sensivelmente para o desenvolvimento da doença arterial coronariana. É uma forma adaptativa do sujeito diante das tensões do cotidiano e, talvez, por esses motivos, os trabalhadores de enfermagem tendem em possuir mais de um vínculo empregatício, comprometendo o tempo dedicado à saúde e a família (MARTINS, 1993). As falas a seguir indicam estas afirmativas:

Trabalho em dois empregos. Tenho filho, marido e casa para cuidar. Normalmente ando estressada, mas não desconto em ninguém, mas consigo perceber que estou diferente com pouca paciência. (Enf. 04)

...são muitas horas de trabalho, preocupação com o bom funcionamento do trabalho. (Enf. 13)

...sobrecarga de trabalho e dedicação a família e responsabilidade do lar, havendo pouco tempo para dedicação pessoal. (Enf. 15)

Acumular empregos traz um estresse muito grande (...) considero que tenho pouco tempo para o lazer (...) tudo que faço está sempre relacionado ao pouco tempo que tenho disponível. Além disso, me alimento mal, com pouca salada e verduras (...) bebo muito refrigerante (...) tudo isso contribui para que meu organismo trabalhe de forma anormal. Então considerando que o coração é a máquina principal, ele também fica prejudicado. (Tec. Enf. 14).

...devido à alta carga horária de trabalho não mantendo uma boa alimentação e sono. (Tec. Enf. 17)

A carga horária semanal e os baixos salários oferecidos para o profissional de saúde acabam reduzindo as possibilidades de se ter hábitos de vida saudáveis, levando sempre ao estresse e ao sedentarismo. (Tec. Enf. 20)

Nestes relatos identificamos a existência da dupla jornada de trabalho, que é encarada como necessária pelos trabalhadores de enfermagem decorrente dos baixos salários, insuficientes para o sustento da família, o que os conduz a procurar mais de uma fonte de renda. Potter e Perry (2004), também fazem essa contextualização, quando dizem que o processo de adoecimento se dá devido aos fatores de risco que além de interrelacionar genética, idade, fisiologia e estilo de vida, somam-se ainda aos fatores relacionados a atividades laborais.

A doença arterial coronariana, como já descrito, é multifatorial abrangendo fatores de risco relacionados desde a herança familiar, o estilo de vida até as condições sócio-econômicas. Neste sentido, não deve ser compreendida apenas pela relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e pelo estilo de vida que o indivíduo, enquanto ser biológico e psicológico, encontra-se inserido. Além da objetividade do estilo de vida, Mello (1992) entende que este envolve também a subjetividade do sujeito em seu contexto social, de modo que a objetivação da saúde e/ou a doença tem como base uma perspectiva sóciosomática.

Boff (1999) alerta a sociedade quanto ao distanciamento do ser humano ao cuidado consigo próprio, apesar de todo o seu desenvolvimento nas áreas do conhecimento técnico-científico. Contudo, torna-se preocupante quando deparamo-nos com trabalhadores da área de saúde envolvidos com o cuidar do outro, porém alheios ao cuidar de si.

Neste estudo, evidenciamos que as ações do autocuidado são poucas significativas no processo de trabalho e modo de vida dos trabalhadores de enfermagem, necessitando resgatar ou adotar práticas que incentivam autocuidado. Estudo realizado por Jesus, Freitas, Carneiro e Soares (2001) acerca da compreensão dos trabalhadores de enfermagem sobre o cuidar de si, corrobora com essa evidência.

O autocuidado, contido na teoria de Orem, é uma atividade executada pelo indivíduo para si mesmo e para seu ambiente com o objetivo de melhorar sua saúde, sua vida e atingir o bem-estar. Esta teoria é formada por três teorias, “Autocuidado”, “Déficit de Autocuidado” e “Sistemas de Enfermagem”, interligadas e interrelacionadas, tendo como essência o autocuidado (GEORGE, 2000).

A Teoria do Déficit do Autocuidado adéqua-se à problemática deste estudo, pois se identificou déficit das ações de autocuidado nos trabalhadores de enfermagem, relacionado ao seu estilo de vida e ao ambiente de trabalho, que os tornam vulneráveis ao desenvolvimento de fatores de riscos para a doença arterial coronariana.

Na ótica de Orem, o termo déficit de autocuidado não significa uma "desordem humana", podendo, no entanto estar relacionada "com a figura de uma desordem funcional ou estrutural do homem", por isso é identificado a partir da relação entre as demandas de autocuidado e a incapacidade de ação dos indivíduos para atendê-las (GEORGE, 2000).

Os fatores condicionantes para o autocuidado são fatores internos e externos ao indivíduo que afetam sua capacidade de engajar no autocuidado. Dos fatores internos tem-se: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde; e dos externos, fatores socioculturais, familiares e ambientais; e aspectos relativos ao sistema de assistência à saúde, padrão de vida e disponibilidade de recursos.

Dos fatores que justificam o déficit do autocuidado dos sujeitos deste estudo, identificamos:

- Sexo: a maioria (65%) eram mulheres que exerciam duplas ou triplas jornadas de trabalho (profissional/doméstica/materna) com carga horária semanal de mais de 40h/semanal;
- Fatores ambientais: ambiente laboral estressante, mais de um vínculo empregatício, carga horária excessiva;
- Padrão de vida: sedentarismo, hábitos alimentares poucos saudáveis, comportamentos aditivos, falta de lazer, repouso/sono deficiente.

Entende-se que a saúde do trabalhador/cuidador é imprescindível para o fluir de um processo de trabalho em saúde mais qualificado. O verbo cuidar tem sua origem no latim *cogitare*, significando: aplicar atenção, o pensamento, a imaginação, atentar; prevenir-se, acautelar-se, ter cuidado consigo mesmo, com a sua saúde, a sua aparência ou apresentação (FERREIRA, 1986).

Por vezes, o cuidador vive sua prática cotidiana imerso na necessidade de atender às demandas dos clientes, tornando-se alheio às suas necessidades. Por isso, destacamos a importância do autoconhecimento para todos aqueles que exercem profissões relacionadas com o cuidado do outro, pois acreditamos que quanto mais conhecemos as nossas carências e nossas próprias forças, mais qualificados nos tornamos para lidar com as carências dos clientes e familiares.

Os trabalhadores de enfermagem em seu processo de trabalho lidam com muitas questões intervenientes, por exemplo: estresse, conflitos, falta de tempo para o autocuidado e outros, que os predispõem a hábitos de vida não saudáveis, que na maioria das vezes, favorecem ao desenvolvimento de fatores de risco modificáveis para a doença da artéria coronária e, conseqüente, aparecimento da doença. Esta questão causa estranhamento quanto à importância que o autocuidado adquire no ambiente laboral.

Jesus, Freitas, Carneiro e Soares (2001, p.23) corroboram afirmando que “para que possamos estar integralmente numa ação cuidativa com o outro, torna-se necessário experienciá-lo em nós mesmo”. Esta afirmativa é extremamente relevante, em particular, quando pensamos que o trabalhador de enfermagem desenvolve uma ação cuidativa que deve ser fundamentada em atitudes e comportamentos coerentes.

Vale à pena lembrar que cuidar segundo Ferreira (1986), envolve ter cuidado consigo mesmo, com a sua saúde, a sua aparência ou apresentação.

Waldow (1998) faz menção ao cuidado dos cuidadores quando se refere à administração de enfermagem e ao cuidado, afirmando que as administradoras e/ou líderes, ao valorizar o processo de cuidar, deverão desenvolvê-lo com a equipe e não só com a clientela. Mas, para isso é necessário que as instituições de saúde e os gerentes desses serviços abram espaços para que os profissionais exercitem a prática do autocuidado e as relações interpessoais no ambiente de trabalho, o que promoveria, certamente, melhoria a qualidade dos serviços prestados.

Categoria 2: Ambiente de Trabalho

A maioria dos trabalhadores de enfermagem deste estudo (82%, n=56) considerou o seu ambiente de trabalho como favorável ao desenvolvimento de fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana, como podemos evidenciar nas seguintes falas:

Causa estresse emocional, poucas horas de sono, má alimentação e alimentação rápida. (Enf. 13)

Estresse físico e mental derivam-se da jornada de trabalho longa, carga horária elevada. (Enf. 14)

...por envolver com situações de estresse e alimentação inadequada. (Enf. 15)

...primeiro, devido ao estresse emocional ao desgaste físico do trabalho. (...) segundo, devido à má alimentação durante o período longo de plantão e o tempo encurtado no horário das refeições (...) juntos podem contribuir para obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial e até outras complicações. (Enf. 26)

...ambiente extremamente estressante (...) carga horária de trabalho excessiva, dificultando disposição para fazer atividades físicas. Alimentação incorreta devido ao trabalho excessivo e serviço noturno. (Enf. 27)

...porque mesmo tentando, meu ambiente de trabalho não permite que eu tenha uma alimentação correta e hábitos saudáveis (...) e o mesmo é estressante. (Enf. 28)

...estresse (...) carga horária elevada que acarreta aumento no consumo de tabaco, diminuição da atividade física, diminuição do padrão do sono, diminuição de hábitos alimentares saudáveis. (Tec. Enf.09)

Entendemos por ambiente de trabalho, o espaço onde o trabalhador de enfermagem encontra-se inserido e onde expõe como é construído o seu estilo de vida, o que inclui hábitos e comportamentos autodeterminados adquiridos social ou culturalmente de modo individual ou em grupo, em consonância com o que refere Rouquayrol e Filho (1999).

Pode-se afirmar perante as falas dos trabalhadores deste estudo, que o local onde são desenvolvidas as atividades laborais influencia no seu modo de viver, pois grande parte desses profissionais convive diuturnamente nesses locais.

Identificamos que o estresse se desenvolve de forma dinâmica entre os trabalhadores e o ambiente, repercutindo em hábitos não saudáveis de vida. Dessa forma, para se compreender o estresse como reação, há de se considerar as percepções da pessoa em relação ao ambiente de trabalho.

É interessante ressaltar a idéia de que cada trabalhador apresenta resposta peculiar às situações de estresse do cotidiano. Logo, para alguns trabalhadores, o local onde são desenvolvidas as atividades laborais, pode trazer sentimentos de tranquilidade e satisfação, para outros o inverso.

O trabalho do enfermeiro, por sua própria natureza e características, revela-se suscetível ao fenômeno do estresse ocupacional (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001). As razões principais seriam: o cuidado direto prestado as pessoas com sofrimento físico e psicológico; a exposição aos

agentes ambientais, relacionamento interpessoal na equipe e as grandes demandas de trabalho. Soma-se a esses fatores o déficit das ações de autocuidado por parte dos trabalhadores, principalmente, devido à dinâmica de trabalho, a qual envolve dedicação e elevado número de horas trabalhadas.

O desgaste que os trabalhadores são submetidos no ambiente laboral e nas relações com o trabalho é considerado um dos fatores mais significativos na determinação de doenças. Rodrigues e Gasparini (1992) advertem que os estressores ambientais são tão potentes quanto os microorganismos ou a insalubridade.

Cooper (1993, p.37) considera que os estressores do ambiente de trabalho podem ser categorizados em seis grupos:

1. Fatores intrínsecos no trabalho (condições inadequadas, turno de trabalho, carga horária de trabalho, quantidade de trabalho);
2. Papéis estressores (papel ambíguo e/ou conflituoso, grau de responsabilidade para com pessoas e coisas);
3. Relações no trabalho (relacionamento difícil com o chefe, colegas subordinados, clientes sendo diretamente ou indiretamente associados);
4. Estressores na carreira (falta de desenvolvimento na carreira, insegurança no trabalho devido à reorganização ou declínio da instituição);
5. Estrutura organizacional (estilos de gerenciamento, falta de participação, problemas de comunicação);
6. Interface trabalho-casa (dificuldade no manejo desta interface).

Neste estudo constatamos que todos estes grupos de estressores encontram-se presentes nos relatos dos sujeitos.

...porque muitas das vezes o ambiente de trabalho é muito estressante pelo grande número de atendimentos e pelas cobranças. Além da carga horária excessiva. (Enf. 09)

...porque o ambiente de trabalho é estressante devido aos conflitos com os pacientes devido à demora (...) demanda de trabalho intensa, carga horária excessiva e ansiedade devido ao tratamento do paciente (...) muitas vezes não temos recursos suficiente para dar o melhor atendimento. (Enf. 21)

...pelo estresse do dia-a-dia verifico a responsabilidade de cuidar de vidas e trabalhar sobre pressão. (Enf. 05)

...existe muito estresse em minha vida profissional, pouco tempo para realizar atividades físicas e manter uma dieta equilibrada. (Enf. 08)

A sobrecarga de trabalho e dedicação a família e responsabilidade do lar, havendo pouco tempo para dedicação pessoal. (Enf. 15)

Percebe-se que o ambiente de trabalho possui íntima relação com o bem-estar dos trabalhadores, bem como pode causar conseqüências às quais se manifestam sob a forma de problemas de saúde física e mental. E ainda, o papel do ambiente na gênese do estresse está relacionado diretamente à forma de organização do espaço laboral e com a dinâmica de trabalho.

Ponzetto (2002), Adán e García (2003) descrevem que qualquer estímulo oriundo do ambiente laboral, que se manifesta de forma excessiva, expõe o trabalhador de enfermagem ao estresse laboral mais grave, conhecido como Síndrome de *Burnout*. Nos discursos dos trabalhadores deste estudo, pode-se identificar alguns estímulos estressores que corroboram com a descrição desses autores: a sobrecarga laboral, o trabalho em turnos, constante estado de atenção e ansiedade, prejudicada relação interpessoal e outros.

A síndrome do esgotamento profissional (*Burnout*) se refere a um tipo de estresse ocupacional e institucional com predição para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente, quando essa atividade é considerada de ajuda como médicos, enfermeiros e professores (BELANCIERI, 2005).

A síndrome surge como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto, excessivo e estressante com o trabalho, fazendo com que a pessoa perca a maior parte do interesse sobre sua relação com o trabalho.

Nas últimas décadas, estudos epidemiológicos têm contribuído para melhor compreensão dos elos entre fatores do ambiente social, a origem e o curso dos distúrbios mentais (ARAÚJO, 1999; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

Durante vários anos foram identificadas as conseqüências da organização do trabalho e sua relação com o estresse, a saúde e o bem-estar do trabalhador. A intensidade do fenômeno estresse e o impacto sobre a economia também podem ser evidenciados através da baixa produtividade, afastamentos e absenteísmos (NORIEGA, 2000).

A associação entre os fatores de riscos coronarianos e o estresse foi verificada neste estudo. Pesquisas referentes a esta temática sugerem que o estresse esteja relacionado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, por exemplo, Heslop (2002) que investigou a associação entre satisfação no trabalho e as doenças cardiovasculares e ainda, Vögele (2002) que identificou a relação dos fatores de risco, incluindo os psicológicos, para o melhor entendimento da morbidade e mortalidade cardiovascular.

Dessa forma, os estressores ocupacionais têm recebido especial atenção pelos pesquisadores, considerando-se o impacto que esse fator produz sobre a vida dos trabalhadores influenciando negativamente sua saúde e bem-estar.

Acredita-se que o desenvolvimento de pesquisas sobre a influência do ambiente na saúde do trabalhador e sua resposta aos estímulos presentes nos locais laborais, podem gerar resultados capazes de motivar intervenções para o autocuidado e/ou pela adoção de medidas institucionais que minimizem os fatores estressantes do ambiente laboral.

5. CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu-nos experienciar as tendências em saúde que não se restringem apenas às pessoas doentes, mas também àquelas que estão saudáveis ou em risco de adoecer. Desenvolver a pesquisa junto aos trabalhadores em seu próprio local de trabalho favoreceu a detecção dos profissionais que apresentam risco de desenvolver coronariopatia.

Na investigação da prevalência dos fatores de risco (FR) modificáveis para a doença arterial coronariana e a associação destes com as variáveis sócio-demográficas, laborais, estilo de vida e biologia do indivíduo, podemos concluir que:

- A maioria dos trabalhadores identificou sua vulnerabilidade aos fatores de risco para o desenvolvimento da doença arterial coronariana, relacionando-a ao seu estilo de vida e ambiente de trabalho;
- O estresse, hábitos alimentares poucos saudáveis e o sedentarismo foram os fatores de risco modificáveis da doença arterial coronariana com maior prevalência entre os trabalhadores de enfermagem;
- O estilo de vida é entendido pelos trabalhadores como fator de risco coronariano, relacionando-o as formas pouco saudáveis de viver atreladas à atividade laboral: déficit de atividade física/lazer, vida sedentária, alimentação desequilibrada, comportamentos aditivos, excessiva carga horária de trabalho e estresse;
- Há déficit das ações de autocuidado nos trabalhadores deste estudo relacionado ao estilo de vida e ao ambiente de trabalho, que os tornam vulneráveis ao desenvolvimento de fatores de riscos para a doença arterial coronariana;
- O ambiente de trabalho influencia no modo de viver de cada trabalhador de enfermagem, sendo considerado como favorável ao desenvolvimento de fator (es) de risco modificável (eis) para a doença arterial coronariana;
- O trabalho em turnos, noturnos ou rotativos, tem propiciado desgastes físicos e/ou mental, refletindo na qualidade de vida e produtividade no trabalho;
- É provável que o trabalho em turnos, interferindo no estilo de vida e modificando a história natural dos fatores de risco, aumenta o risco de doença arterial coronariana entre os trabalhadores.

Estes resultados assinalam a importância da identificação e quantificação dos diferentes fatores de risco para doença arterial coronariana no desenvolvimento de ações preventivas para esta doença.

O conhecimento dos fatores de risco, associado à construção de hábitos saudáveis na melhoria da qualidade de vida, certamente trará benefícios não só para os trabalhadores de enfermagem, como também à clientela e à sociedade na medida em que poderá servir como agente educador, promovendo a saúde e prevenindo doenças.

Neste sentido, os trabalhadores de enfermagem precisam ser encorajados a rever seu estilo de vida e maneiras de lidar com o seu contexto laboral para encontrar de acordo com seus recursos melhor qualidade de vida. Sabemos que não se trata de um processo fácil, pois requer desejo e motivação para mudanças.

O desenvolvimento de medidas de promoção de saúde e prevenção quanto aos fatores de risco é imperativa no cenário desta pesquisa, já constatada a significativa prevalência desses fatores para a DAC, uma vez que os trabalhadores incluídos neste estudo são exemplos e potenciais transformadores de hábitos para a comunidade que estão inseridos. E, estas mudanças devem começar no ambiente de trabalho, visto que os avaliados permanecem longos períodos no ambiente hospitalar.

Observou-se que o ambiente e a organização do trabalho contribuem para o desenvolvimento de fatores de risco coronarianos, através de mecanismos ligados a fatores ambientais. Se considerarmos que estes fatores também podem induzir ou reforçar hábitos e comportamentos individuais ou coletivos, fica claro o quanto podem ser benéficos os programas preventivos neste setor.

Defendemos que o enfoque das medidas de prevenção e promoção de saúde não pode limitar a modificações de estilos de vida ou medidas de caráter individual, mas utilizar estratégias coletivas que permitam modificações ambientais e sociais mais amplas para que sejam eficazes. Podemos iniciar pela superação de barreiras importantes, entre elas, a resistência à mudança, à distância entre o conhecimento científico e a sua aplicabilidade e o despertar para o autocuidado.

Espera-se que este estudo possa contribuir para subsidiar a tomada de decisões pelas autoridades competentes, no sentido de fomentar mudanças nas políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos em trabalhadores. Especialmente, os trabalhadores de enfermagem, mediante alocação de recursos financeiros para a área e reorganização da dinâmica de trabalho nos serviços de saúde quanto à carga horária, serviços em turnos, melhoria salarial, refeições oferecidas, práticas de exercícios laborais, período de descanso noturno, espaço para o diálogo/reflexão.

Além, da estruturação da vigilância de controle dos fatores de risco e fortalecimento da capacidade institucional por meio da valorização dos trabalhadores envolvidos no ensino e na pesquisa, importantes âncoras para efetivação de mudanças de mentalidades.

Desta forma, minimizando e/ou erradicando os fatores de risco modificáveis para a doença da artéria coronária, evitando suas manifestações clínicas e conseqüentemente, reduzindo a sua incidência, o índice de absenteísmo e aposentadoria precoce, e por fim, melhorando a qualidade de vida e produtividade no trabalho.

6. REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S.S. Situação ergonômica do trabalho da enfermagem em unidade básica de saúde. 2005. Tese (doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.

ADÁN, J.C.M.; GARCÍA, S.P. Estrés en la enfermería: el cuidado del cuidador. Madrid: Díaz de Santos, 2003.

ALMEIDA FILHO, N. A ciência da saúde. São Paulo: Hucitec, 2000.

ANGERAMI, E.L.S.; GOMES, D.L.S.; MENDES, I.J.M. Estudo da permanência dos enfermeiros. Rev. Latino-am Enfermagem, v.08, n. 50, p. 52-57, out. 2000.

ARANTES, M.A.A.C.; VIEIRA, M.J.F. Estresse. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ARAÚJO, T.M. Distúrbios psíquicos menores entre mulheres trabalhadoras de enfermagem. 1999. Tese (doutorado em saúde pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 1999.

_____. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem, Rev. Saúde Pública, v.37, n. 04, p. 424-33, 2003.

ARDOÍNO, J. L'approche multiférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives. In Pratiques de Formation (ANALYSES) L'approche multiférentielle, Univesité de Paris: VIII, n. 25-26, p. 15-34, abr. 1993.

AVEZUM, A.; GUIMARÃES, H.P.; PIEGAS, L.S. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo e no Brasil. In: NOBRE, F.; SERRANO, C.V. Jr. Tratado de Cardiologia SOCESP. São Paulo: Manole, 2005.

BARBOZA, D.B.; SOLER, Z.A.S.G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. Rev. Latino-am Enfermagem. v.02, n. 11, p. 177-83, mar-abr. 2003.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Tradução Luiz Antero Reto Augusto Pinheiro. Lisboa: Setenta, 1988.

BELANCIERI, M.F. Enfermagem: estresse e repercussões psicossomáticas. Bauru: EDUSC, 2005.

_____; BIANCO, M.H.B.C. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário. Texto Contexto Enferm. v.13, n. 01, p.124-131, jan-mar. 2004.

BELLATO, R.; PASTI, M.J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem, v.05, n. 01, p. 75-841, jan. 1997.

BESSER, H.W; SILVA, N.A.S; OLIVEIRA, G.M.M. A epidemiologia clínica das doenças cardiovasculares incapacitantes do ponto de vista laborativo. Rev SOCERJ, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 318-325, jul/ago. 2006.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano-convivência com o mundo. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRAGA, D. Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas – um olhar da saúde do trabalhador. 2000. Dissertação (mestrado em saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro. 2000.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Escola Nacional de Administração Pública. Diagnóstico da situação da mulher na administração pública federal: Relatório de Pesquisa. Brasília: ENAP, 1998.

_____. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2000^a.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF), 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

CARVALHO, J.J.C. Antecedentes da doença coronariana: os fatores de risco. Arq Bras Cardiol, v.58, n.4, p.263-267. 1992.

CASTRO, A.A. Medicina baseada em evidências. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

COLOMBO, R.C.R; AGUILLAR, O.M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. Rev Latino-am de Enfermagem, São Paulo, v.5, n.2, p.69-82, abr. 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Código de ética e legislações mais utilizadas no dia a dia da enfermagem. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Enfermagem, 2005-2008.

COOPER, C.L. Identifying workplace: costs, benefits and the way forward. Proceedings of the European Conference on Stress at Work, 1993, nov. p.9-10. Brussels: Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1993.

COSTA, E.S.; MORITA, I.; MARTINEZ, M.A.R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital

universitário do Estado de São Paulo. Cad. Saúde Pública, v.16, n. 02, p. 553-55, abr-jun. 2000.

DANTAS, J. Patologia cardiovascular relacionada ao trabalho. In: MENDES, R. Patologia do trabalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 200_ ; TEIXEIRA, J. W. Fatores de risco coronariano em trabalhadores de turnos ininterruptos de revezamento. Saúde Ocupacional e Segurança, São Paulo, v.1, p.6-20, 1990.

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

ECHTERNACHT, E. H. O. A produção social das lesões por esforços repetitivos no atual contexto da reestruturação produtiva brasileira. 1998. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação de Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE/UFRJ, Rio de Janeiro. 1998.

ELY, D. L.; MOSTARDI, R. A. The effect of recent life events stree, life assets and temperament pattern on cardiovascular risk factors for Akron City police officers. Journal Human Stress, v.12, n.2, p.77-91, 1986.

FARMER, J. A.; GOTTO, A. M. Dyslipidemias and other risk factors for coronary artery disease. In: BRAUNWALD, E. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Philadelphia: Saunders, p. 1126-1160, 1997.

FERREIRA, A.B.H. Novo dicionário da língua portuguesa. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FISCHER, F. M.; LIEBER, R. R. Trabalho em turnos. In: MENDES R. Patologia do trabalho. 2.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003.

GEORGE, Julia B. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GLANTZ, A. S.; PARMLEY, W. W. Passive smoking and heart disease. JAMA, Chicago, v.273, p.1047-1053, 1995.

GONÇALVES, J.R.S.; MELO, E.P.; LOMBAS, S.R.L.; MARIANO, A.S.; BARBOSA, L.; CHILIDA, M.S. Causas de afastamento entre trabalhadores de enfermagem de um hospital público do interior de São Paulo. Rev Mineira Enfermagem, Minas Gerais, v.9, n.4, p.309-314, out/dez. 2005.

GUIMARÃES, A. cardiopatia coronária: aspectos epidemiológicos e preventivos. Arq Bras Cardiol, v.59, s/ n., p.5-11. 1992.

HADLEY, S.A.; SAAMANN, L. Lipid physiology and nutritional considerations in coronary heart disease. Crit. Care Nurs., v. 11, n.10, p.28-39, 1991.

HALTY, L.S.; HUNTTNER, M.D.; NETTO, I.O. Pesquisa sobre tabagismo entre médicos do Rio Grande/RS: prevalência e perfil do fumante. Jornal de Pneumologia, Rio Grande do Sul, v.28, n. 2, p.77-83, 2002.

HESLOP, P. Sleep duration and mortality: the effects of short or long sleep duration on cardiovascular and all-cause mortality in working men and women. Sleep Med, v. 3, p. 305-314, 2002.

HEINEMANN, L.; STARCK, H. The risk factor concept in cardiovascular disease. In: STELLMAN, J. M. Encyclopaedia of occupational health and safety. 4th ed. Geneva: International Labour Office, 1998.

HORTA, V.A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

JANUÁRIO, F.V. O trabalho de enfermagem na unidade de terapia intensiva: consequências e implicações no corpo das enfermeiras. 2005. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2005.

JESUS, D.S.S.; FREITAS, M.E.A.A ; CARNEIRO, M.L.M.; SOARES, S.M. Cuidar do outro e de si mesmo: A compreensão de uma equipe de enfermagem. Rev Mineira Enfermagem, Minas Gerais, v.5, n.1/2, p.20-26, jan/dez. 2001.

JORGE, J.E.L. O efeito do exercício físico na prevenção das doenças cardiovasculares. Revista Nursing, v.95, n.9, p.762-765.2006.

KANNEL, W.B. Una perspectiva sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. El desafio de la Epidemiologia: problemas e lecturas seleccionadas. Washington: Organización Panamericano de Salud, 1988.

KNUTSSON, A. Relationship between serum triglicérides and gammaglutamyltransferase among shift and day workers. Journal of Internal Medicine, Oxford, v.226, p.337-339. 1989.

LABRADOR, F.J.; CRESPO, M. Estrés: Transtornos psicofisiológicos. Salamanca: Eudema, 1993.

LALONDE, M. A new perspective on the health of canadians: a working document. Ottawa, April. 1974.

LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco, 1998.

LEOPARDI, M.T. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Mari: Pallotti, 2001.

LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública, v.19, n.06, p.1713-20, nov-dez. 2003.

LOTUFO, P.A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação e proposta de modelo teórico. Rev SOCESP, São Paulo, v.6, s/n., p. 541-547. 1996.

MACHADO, M.H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil – 1970/80. Cad. Saúde pública, v.02, n.04, out-dez. 1986.

MARTINS, L.M.M. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. Rev Esc. Enf USP, v.34, n. 01, p. 52-8, mar. 1993.

MATOS, M.F.D.; FISZMAN, R. Estratégias de prevenção para as doenças cardiovasculares e promoção de saúde. Rev SOCERJ, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.133-139, abr/mai/jun. 2003.

MELLO, F.J. Psicossomática hoje. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1992.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis/RJ: Vozes, 1996.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FNS/CENEPI – Sistema de Informações sobre Mortalidade. 2003. Disponível em: URL:<http://www.saude.gov.br/> Acesso em: 03 jan. 2003.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. Rev Latino-am de Enferm, v.13, n. 02, p. 255-614, mar-abr. 2005.

NETTO, J.R.F; CHAGAS, A.C.P; LUZ, P.L. Síndromes coronarianas: avanços na fisiopatologia. Rev SOCESP, São Paulo. 1999. Disponível em: www.soces.org.br. Acesso em 23 de agosto de 2006.

NORIEGA, M. Interacción de las exigências de trabajo em la generación de sufrimiento mental. Cad. Saúde Pública, v.16, n.04, p. 1011-19, out-dez.2000.

OLSEN, N.; KRISTENSEN, T. S. Impact of work environment on cardiovascular diseases in Denmark. Journal of Epidemiology and Community Health, London, v.45, p.4-10. 1991.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília (DF), 2003.

PAFARO, R.C.; MARTINO, M.M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho de um hospital de oncologia pediátrica de Campinas, Rev Esc Enferm USP, v. 38, n. 02, p. 152-60. 2004.

PENA, M.V.J.; CORREIA, M.C. A questão de gênero no Brasil. Brasília: Banco Mundial, 2003.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

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

POLIT, D. F; HUNGLER, B. P. Fundamentos da pesquisa em enfermagem, 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PONZETTO, G. Mapa de riscos ambientais: manual prático. São Paulo: LTR, 2002.

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

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

RICHARDSON. Pesquisa Social: Métodos e técnicas. São Paulo. Atlas, 1985.

ROCHA, J.S.Y. Acerca do saber e da prática de enfermagem. Cad. Saúde pública, v.2, n.3, p. 297-303, jul-set. 1986.

RODRIGUES, L.; GASPARINI, A.L.F. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. Rev. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, ano 04, n.43, p.93-107.1992.

ROUQUARYOL, M.Z.; FILHO, N.A. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: _____. Epidemiologia e saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1999.

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

SCILAR, M. Do mágico ao social. Porto Alegre/RS: L & PM, 1987.

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

SILVA, J.L.L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.

SILVA, M.A.D; SOUZA A.C.M.R. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: estudo FRICAS. Arq Bras Cardiol, v.74, s/n., p. 667-675. 1998.

SIMÕES, J.; AMANSO, L. Gênero e Enfermagem: um estudo sobre a minoria masculina. Sociologia Oeiras, s/v, s/n, jan. 2004

SIVIERO, I.M.P.S; SCATENA, A.C.A; JÚNIOR COSTA, M.L. Fatores de risco numa população de infartados. Rev Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.13, s/n, p.319-324. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLGIA. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009.

SOUZA, N.R.M; MATOS, M.F.D; SILVA, N.A.S. Fatores de risco cardiovascular: a complexa relação causal entre a saúde e doença como base conceitual para intervenção e controle. Rev SOCERJ, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.167-180, jul/ago/set. 2003.

SPINDOLA, T. Mulher, mãe e...trabalhadora de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 34, n. 04, p.354-61. 2000.

STACCIARINI, J.M.; TRÓCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev Latino-am de Enfermagem , v. 9, n.2, p.17-25, mar. 2001.

TEIXEIRA, E.R.; SILVA, J.C.; LAMAS, A.R.; MATOS, R.M. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. Rev Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 10, n.03, p. 378-384, dez. 2006.

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

TÜCHSEN, F. Working hours and ischaemic heart disease in Danish men: a 4-year cohort study of hospitalization. International Journal of Epidemiology, London, v.22, p.215-221. 1993.

VARARTIAINEN, E. Changes in risk factor explain changes in mortality from ischaemic heart disease. British Medical Journal, London, v. 309, p. 23-27. 1994.

VÖGELE, C. Psychosomatic pathways to essential hypertension: the combined effect of anger and family history of cardiovascular disorders on cardiovascular reactivity. Int Cong Ser, v. 1241, p. 87-9. 2002.

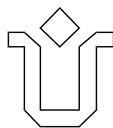
WALDOW, V.R. Cuidado humano: resgate necessário. Porto Alegre: Sangra Luzzato, 1998.

WELLS, A. J. Passive smoking as a cause of heart disease. JAMA, London, v.24, p.546-554. 1994.

WISNER A. Por dentro do trabalho: ergonomia, método e técnica. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S.; MOTZER, S. U. Enfermagem em Cardiologia. 4 ed. São Paulo: Manole, 2005.

APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

Pesquisadores: Alinny Rodrigues Lamas, Enedina Soares, Roberto Carlos Lyra.

Solicitamos a gentileza de responder a todas as perguntas. Na maioria das questões, você terá apenas que assinalar com “x”, e outras, responda resumidamente.

Desde já, agradecemos por sua atenção.

1-Perfil dos Trabalhadores de Enfermagem

1.1 Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
1.2 Idade	
1.3 Categoria Profissional	<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem
1.4 Grau de Escolaridade	<input type="checkbox"/> Curso Técnico em Enfermagem <input type="checkbox"/> Graduação em Enfermagem <input type="checkbox"/> Pós Lato-senso <input type="checkbox"/> Pós Stricto-senso
1.5 Tempo de trabalho na instituição	Anos: _____
1.6 Setor atual de trabalho	
1.7 Jornada de trabalho	<input type="checkbox"/> Diarista <input type="checkbox"/> Plantonista Escala: _____ Turno: _____
1.8 Carga horária semanal	_____hs/semanal
1.9 Tem outro emprego?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos: _____

2-Fatores de Riscos para a Doença Arterial Coronariana (DAC)

2.1-Dados Relacionados ao Estilo de Vida

2.1.1 Dos fatores abaixo relacionados como risco para o desenvolvimento de Doença Arterial Coronariana (Angina do Peito, Infarto Agudo do Miocárdio), aponte aquele que você acredita estar vulnerável:

- ☐ Dieta incorreta
- ☐ *Diabetes Mellitus*
- ☐ Ingestão de álcool
- ☐ Dislipidemias (Colesterol Alto)
- ☐ Sedentarismo
- ☐ Hipertensão Arterial
- ☐ Obesidade
- ☐ História familiar
- ☐ Tabagismo
- ☐ Estresse
- ☐ Idade
- ☐ Uso de hormônios

2.1.2 Você considera que o seu estilo (hábitos) de vida é um fator de risco para a Doença Arterial Coronariana? ☐ Sim ☐ Não

Explique:

2.1.3 Com que frequência você consome alimentos fritos (frituras)?

- ☐ diariamente ☐ mais de 3 vezes por semana
- ☐ menos de 3 vezes por semana ☐ raramente

2.1.4 Com que frequência você consome doces e refrigerantes?

- ☐ diariamente ☐ mais de 3 vezes por semana
- ☐ menos de 3 vezes por semana ☐ raramente

2.1.5 Possui hábito de alimentar-se no intervalo das refeições? ☐ Sim ☐ Não

2.1.6 Faz uso de bebidas alcoólicas? ☐ Sim ☐ Não

Tipo:

Frequência semanal:

2.1.7 Com relação ao hábito de fumar:

- ☐ Fumante Há Quanto tempo?_____ Quantidade cigarros/dia?____
- ☐ Ex-fumante Há Quanto tempo?_____ Quantidade cigarros/dia?____
- ☐ Não fumante

2.1.8 Realiza alguma atividade física regularmente? ☐ Sim ☐ Não

Tipo: ☐ corrida ☐ caminhada ☐ ginástica ☐ natação ☐ outros

2.1.9 Frequência semanal: ☐ menos de 3X ☐ 3X ☐ mais de 3X

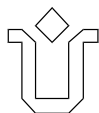
2.1.10 Considera-se mais estressado (a) em situações que ocorrem em que tipo de ambiente?

- ☐ doméstico ☐ trabalho ☐ outro_____

2.1.11 Apresenta alterações do sono com frequência? ☐ Sim ☐ Não

- Atribui essas alterações a quais fatores?

APÊNDICE 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

Pesquisadores: Alinny Rodrigues Lamas, Enedina Soares, Roberto Carlos Lyra.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar de uma pesquisa sobre os Fatores de Risco Modificáveis para a Doença Arterial Coronariana em Trabalhadores de Enfermagem. Os objetivos desta pesquisa são: estudar a prevalência dos fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana em trabalhadores de enfermagem e analisar a associação entre estes fatores com as variáveis sócio-demográficas e laborais.

O estudo baseia-se no preenchimento de um questionário sobre sua saúde, trabalho profissional e hábitos de vida. Os resultados da pesquisa ajudarão a compor o perfil de saúde dos trabalhadores de enfermagem. Nossa meta é que este estudo possa contribuir para a prevenção do risco de desenvolver eventos coronarianos (infarto do miocárdio e angina do peito) a partir do conhecimento da prevalência dos fatores de risco coronarianos.

Você tem total liberdade para se recusar a participar da pesquisa sem punição alguma e sem prejuízo a sua atividade profissional. Sua participação não envolve nenhum gasto, desconforto ou alteração de sua rotina. Além disso, a pesquisa é anônima, o que garante sua privacidade e o fato que seu nome não estará associado a nenhum tipo de informação ou resultado da pesquisa.

Os resultados poderão vir a ser apresentados em congressos ou publicados, respeitando-se sempre o sigilo e a confidencialidade das informações.

Concordo em participar da pesquisa acima descrita

Assinatura do participante

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____.

Assinatura do responsável pela pesquisa

ANEXO 1



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

ATA DE PARECER CONSUBSTANCIADO

FR 279590

027/2009

CAAE: 0019.0.313.000-09

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ALINNY RODRIGUES LAMAS

PROJETO: "FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM"

INSTITUIÇÃO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO


DATA DE ENTRADA NO CEP: 24/07/2009.

O projeto de pesquisa intitulado "FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM" foi avaliado e posteriormente **APROVADO** pelo CEP-UNIRIO em 27/08/2009.

Solicita-se ao pesquisador que envie a este CEP, anualmente, os relatórios parciais sobre o decurso do projeto, eventuais informações de alterações no encaminhamento e o relatório final em via escrita.

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2009.




Ricardo Silva Cardoso
Coordenador do CEP-UNIRIO

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.
Telefones: 21- 22295-5737, ramal 345. E-mail: cep.unirio@gmail.com e cep-unirio@unirio.br

RICARDO CARDOSO
COORDENADOR
CEP – UNIRIO
PROP6 – DPO

ANEXO 2

Tabela - Classificação do peso corporal e do risco de comorbidades de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC).

Classificação	IMC (kg/m²)	Risco de Co-morbidades
Baixo Peso	<18.5	Baixo, embora aumente o risco de outros problemas clínicos.
Intervalo Normal	18.5-24.9	-
Excesso de Peso	Igual ou Maior a 25	Médio
Pré-Obeso	25-29.9	Aumentado
Obeso Classe I	30-34.9	Moderado
Obeso Classe II	35-39.9	Severo
Obeso Classe III	Igual ou Superior a 40	Muito severo

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (2003).

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)