



**CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

JOYCE CRISTINA BOTTON MIGUEL

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E FATORES DE RISCO
CARDIOVASCULAR EM DOCENTES DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LINS
- UNILINS**

**Guarulhos
2014**

JOYCE CRISTINA BOTTON MIGUEL

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E FATORES DE RISCO
CARDIOVASCULAR EM DOCENTES DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
REGIÃO CENTROESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Josiane Lima de Gusmão

**Guarulhos
2014**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas Fernando Gay da Fonseca

M636p

Miguel, Joyce Cristina Botton

Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular em docentes do Centro Universitário de Lins - Unilins / Joyce Cristina Botton Miguel. -- 2014.

92 f.; 31 cm.

Orientadora: Prof^a. Dra. Josiane Lima de Gusmão

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Pós Graduação e Pesquisa, Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, 2014.

1. Hipertensão 2. Fatores de risco 3. Doenças cardiovasculares 4. Saúde do trabalhador 5. Docentes I. Título II. Gusmão, Josiane Lima de, (Orientadora). III. Universidade Guarulhos

CDD. 610.73



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, intitulada “Prevalência de Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Cardiovascular em Docentes de um Centro Universitário da Região Centro-Oeste do Estado de São Paulo”, em sessão pública realizada em 31 de Julho de 2014, considerou a candidata Joyce Cristina Botton Miguel aprovada.

1. Profa. Dra. Josiane Lima de Gusmão Josiane L. Gusmão

2. Profa. Dra. Grazia Maria Guerra Grazia Maria Guerra

3. Profa. Dra. Arlete Silva Arlete Silva

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus. Ao meu esposo Adriano, meus filhos Luiza e Matheus e meus familiares.

AGRADECIMENTOS

Ao querido mestre Jesus, por ter caminhado ao meu lado e me carregado em seu colo quando precisei.

Ao meu Adriano, esposo, namorado, amigo, companheiro, grande incentivador que não me permitiu desistir em nenhum momento. A caminhada não foi nada fácil, só nós dois sabemos de todas as dificuldades. Minha eterna gratidão a ti, meu amor!

Aos meus filhos, Luiza e Matheus, presentes de Deus em minha vida! Meus amores sei que são pequenos demais para compreender, porém queria deixar registrado que, todos os momentos de ausência da Mamãe durante estes 10 meses, foram necessários para que pudesse oferecer uma melhor qualidade de vida à vocês. Obrigada por me escolherem como Mãe!

Aos meus familiares, em especial meus pais Aparecida Luiza e José, pela minha vida e pelos ensinamentos oferecidos. Às minhas irmãs, Jôse e Janine, pelo carinho e incentivo. À minha sogra, Cidinha, pelo apoio e preocupação. Faltam-me palavras para agradecer todo carinho, amor e cuidado oferecido aos meus pequenos para que eu pudesse concluir este trabalho.

A todos os professores do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos, em especial à minha orientadora, Dr^a Josiane Lima de Gusmão, pelos ensinamentos, paciência e credibilidade.

Às professoras Dr^a Arlete Silva e Dr^a Grazia Maria Guerra pelas sugestões no exame de qualificação.

Aos colegas de turma, pela convivência e companheirismo dispensado em sala.

Aos professores da Unilins, que tão gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e compreensão durante os momentos em que estive ausente em algumas atividades.

Obrigada, a todos que, direta ou indiretamente colaboraram para a conclusão desta pesquisa.

***“Temos em nós a sabedoria das lagartas
que trazem em si a essência das
borboletas. Alcancemos os céus!”***

Lilian Evangelista

RESUMO

A saúde de um indivíduo trabalhador pode ser influenciada por seus hábitos de vida, suas condições sócio-econômico-culturais e por suas atividades laborativas. Nesse sentido, docentes estão sujeitos a desenvolver inúmeras alterações, devido à extensa jornada de trabalho, ao inadequado estilo de vida adotado, às cobranças e ao estresse a que são submetidos. Dentre essas alterações, estão as doenças cardiovasculares, que representam a primeira causa de morte no Brasil e no mundo, sendo a hipertensão arterial um dos principais fatores de risco para seu desenvolvimento. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de hipertensão arterial e analisar os fatores de risco cardiovascular em docentes de um centro universitário da região noroeste do estado de São Paulo. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de campo, com abordagem quantitativa dos dados. Para tanto, foram incluídos 75 docentes de um centro universitário localizado na cidade de Lins. Os dados foram coletados em duas etapas, a primeira por meio de questionários e a segunda por meio de formulários e realização de exames clínicos. Considerou-se na análise de dos dados $p < 0,05$. Os resultados mostraram que os indivíduos tinham idade média de $48,6 \pm 12,0$ anos, eram, em sua maioria, homens (80%), casados (81,3%), brancos (90,7%), residentes em Lins (56%) e renda média de $15,5 \pm 12,1$ salários mínimos. Em relação à formação acadêmica, 68,0% possuíam formação na área de exatas e eram mestres. Quanto aos dados profissionais 70,7% atuam na área de exatas. A maioria dos docentes (70,7%) trabalhava aos fins de semana e 80,0% trabalhavam em casa. Em relação à vida profissional, 54,7% sente-se muito satisfeito. Sobre os hábitos de vida, 64,0% afirmam ingerir bebida alcoólica, 76,0% relatam não fumar, 61,3 % praticam exercício físico, 69,3% adquirem alimentos *in natura* e processados e 58,7% preparam alimentos cozidos. A maioria dos docentes (65,3%) apresentou-se não vulneráveis ao estresse. Em relação à morbidade referida, 60,0% possuem boa percepção sobre o estado de saúde, 61,3% relataram não ter problema de saúde e 34,5% responderam sentir dor. Quanto aos exames clínicos, 84% dos docentes apresentaram pressão arterial normal durante a medida, a maioria dos homens (60,0%) e mulheres (53,3%) tinham circunferência abdominal normal e 73,4% estavam com sobrepeso ou obesidade. A associação de hipertensão referida com as variáveis estudadas mostrou que indivíduos hipertensos tinham idade média significativamente maior ($57,8 \pm 10,2$) que os não-hipertensos ($43,7 \pm 9,9$) e, conseqüentemente, tempo maior de formação; o grupo de docentes que referiu hipertensão teve significativamente mais ex-fumantes (46%) do que o grupo de normotensos que apresentou significativamente mais indivíduos que referiram nunca ter fumado (90%); normotensos referiram perceber seu estado de saúde como ótimo significativamente mais (31,3%) do que hipertensos (26,9%); dentre os homens, a circunferência abdominal aumentada foi significativamente maior no grupo que referiu hipertensão (62,5%) do que entre os normotensos (22,9%); hipertensos referiram significativamente mais diabetes (27%) do que normotensos (2%); a pressão sistólica dos hipertensos foi significativamente maior ($129,54 \pm 20,42$) do que normotensos ($120,52 \pm 16,01$); normotensos foram mais ativos (74,1%) ou irregularmente ativos (62,2%) do que hipertensos (25,9% e 37,8%, respectivamente). Os resultados mostram uma alta prevalência de hipertensão arterial na população estudada e significância estatística na associação de hipertensão referida com as

variáveis de risco cardiovascular: sexo, idade, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso ou obesidade e diabetes.

Palavras-chave: Hipertensão arterial; risco cardiovascular; trabalhadores; docentes.

ABSTRACT

The working individual's health may be influenced by their lifestyle habits, their social, economical and cultural conditions, and by their laborious functions. In these terms, professors are bound to develop various health alterations due to their long working hours, their inadequate adopted lifestyle, the demands and stress they are subordinated. Cardiovascular diseases are among those alterations, representing the first cause of death in Brazil and all around the world. Besides, the arterial hypertension is one of the main risk factors for the development of the above diseases. The study is classified as a descriptive cross-sectional, field survey, with quantitative approach, and it is aimed at examining the predominance of arterial hypertension and analyzes cardiovascular risk factors on professors at a university center in the northwestern region of the state of São Paulo, Brazil. To that effect, the study comprehends 75 professors of a university center in the city of Lins, in the state of São Paulo, Brazil. The data was collected in two phases. The first one was by questionnaires and the second one was by forms and clinical examinations. The data analysis considered was $p < 0,05$. The results stated that the individuals showed average age of $48,6 \pm 12,0$ ans were mostly men (80%), married (81,3%), white (90,7%), residing in Lins (56%) and with average income of $15,5 \pm 12,1$ minimum wages. Relating to the academic level, 68,0% had graduation in exact sciences with a master degree. As for the professional data, 70,7% work in the exact sciences area. Most professors (70,7%) work on weekends and 80,0% work at home. In relation to professional life, 54,7% feel very satisfied. As for lifestyle habits, 64,0% say they consume alcoholic drinks, 76,0% reported not smoking, 61,3% practice physical exercises, 69,3% consume fresh and processed food, and 58,7% prepare cooked meals. Most professors were displayed as not vulnerable to stress. In relation to the referred morbidity, 60% have good perception of their health, 61,3% confirm that they do not have health problems, and 34,5% claim to feel pain. As for the clinical examinations, 84% of professors presented normal blood pressure during the act of measurement, most men (60,0%) and women (53,3%) had normal waist circumference, and 73,4% were overweight or obese. The association of the referred hypertension to the studied variables showed that the hypertensive individuals had a significantly higher age average ($57,8 \pm 10,2$) than the normotensive ones, consequently, longer graduation period; the group of hypertensive professors had significantly more former smokers (46%) than the normotensive group, which comprehended more individual claiming to have never smoked before (90%); the normotensive group claimed to notice their state of health as great (31%), significantly more than the hypertensive (26,9%); among men, larger waist circumference was significantly higher in the hypertensive group (62,5%) than among the normotensive group (22,9%); the hypertensive significantly reported more diabetes (27%) than the normotensive (2%); the systolic pressure in the hypertensive group was significantly higher ($129,54 \pm 20,42$) than in the normotensive group ($120,52 \pm 16,01$); the normotensive were more active (74,1%) or irregularly active (62,2%) than the hypertensive (25,9% e 37,8%, respectively). The results show a high prevalence of arterial hypertension in the analyzed population and statistic significance in the association of referred hypertension to the cardiovascular risk variables: sex, age, tobaccoism, sedentariness, overweigh or obesity, and diabetes.

Keywords: Arterial hypertension; cardiovascular risk; working individuals; professors

RESUMEM

La salud de un individuo trabajador puede estar influenciada por su estilo de vida, sus condiciones socio-económicas y por sus actividades laborales. En este sentido, los profesores son propensos a desarrollar muchos cambios debido a las extensas horas de trabajo, adopción de estilo de vida inadecuado, las cargas y el estrés que sufren. Entre estos cambios están las enfermedades cardiovasculares, que son la principal causa de muerte en Brasil y en todo el mundo, y encabezando está la hipertensión – que es uno de los principales factores de riesgo para su desarrollo –. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de hipertensión arterial y analizar los factores de riesgo cardiovascular en los profesores de una universidad en la región noreste de São Paulo. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, de campo, con enfoque de datos cuantitativos. Para ello, se incluyeron 75 profesores de una universidad ubicada en la ciudad de Lins. Los datos fueron recolectados en dos etapas: la primera a través de encuestas y la segunda a través de cuestionarios y realización de exámenes clínicos. Se consideró en el análisis de los datos $p < 0,05$. Los resultados mostraron que los sujetos tenían edad media de $48,6 \pm 12,0$ años, eran, en gran parte, hombres (80%), casados (81,3%), blancos (90,7%) residentes en Lins (56%) e ingreso promedio de $15,5 \pm 12,1$ sueldos mínimos. En cuanto a la formación académica, el 68,0% eran diplomados en exactas y tenían másteres. En cuanto a los datos profesionales el 70,7% trabajan en las ciencias exactas. La mayoría de los profesores (70,7%) trabajaba los fines de semana y el 80,0% trabajaban en casa. En relación a la vida profesional, el 54,7% se siente muy satisfecho. Sobre los hábitos de vida, el 64,0% dicen que consumen alcohol, el 76,0% reportó no fumar, el 61,3% hacen ejercicio regularmente, el 69,3% consumen alimentos frescos y procesados, y el 58,7% preparan alimentos cocinados. La mayoría de los maestros (65,3%) no presentó vulnerabilidad al estrés. En cuanto a la morbilidad, el 60,0% tienen una buena percepción del estado de salud, el 61,3% reportaron no tener problemas de salud y el 34,5% contestaron que sintieron dolor. En cuanto a los exámenes clínicos, el 84% de los docentes tenían presión arterial normal durante la medición; la mayoría de los hombres (60,0%) y mujeres (53,3%) tenían la circunferencia de la cintura normal y el 73,4% tenían sobrepeso u obesidad. La asociación de hipertensión que se refiere a las variables estudiadas mostró que los individuos hipertensos tenían edad media significativamente mayor ($57,8 \pm 10,2$) que los no hipertensos ($43,7 \pm 9,9$) y, en consecuencia, mayor tiempo de diplomado; el grupo de maestros que reportó hipertensión tenía significativamente más ex fumadores (46%) que el grupo de normotensos que mostró significativamente más personas que nunca reportaron haber fumado (90%); normotensos informaron que percibían su estado de salud como excelente significativamente más (31,3%) que los hipertensos (26,9%); entre los hombres, la circunferencia de la cintura fue significativamente mayor en el grupo que informó la hipertensión (62,5%) que entre los normotensos (22,9%); los hipertensos informaron significativamente más diabetes (27%) que los normotensos (2%); la presión sistólica de los pacientes hipertensos fue significativamente mayor ($129,54 \pm 20,42$) que los normotensos ($120,52 \pm 16,01$); los normotensos fueron más activos (74,1%) o irregularmente activos (62,2%) que los hipertensos (25,9% y 37,8%, respectivamente). Los resultados han mostrado una alta prevalencia de hipertensión en la población estudiada y conveniencia estadística en la asociación de

hipertensión referida con variables de riesgo cardiovascular: sexo, edad, tabaquismo, inactividad física, sobrepeso u obesidad y diabetes.

Palabras clave: Hipertensión; riesgo cardiovascular; trabajadores; profesores.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório	30
Quadro 2 – Classificação do IMC conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população, segundo as características demográficas. Lins/SP, 2012	37
Tabela 2 – Distribuição da população, segundo a formação acadêmica. Lins/SP, 2012	38
Tabela 3 – Distribuição da população, segundo os dados profissionais. Lins/SP, 2012	39
Tabela 4 – Distribuição da população, segundo hábitos profissionais. Lins/SP, 2012	40
Tabela 5 – Distribuição da população, segundo a percepção com a vida profissional e colegas. Lins/SP, 2012	40
Tabela 6 – Distribuição da população, segundo hábitos de vida. Lins/SP, 2012	41
Tabela 7 – Distribuição da população, segundo AUDIT. Lins/SP, 2012	42
Tabela 8 – Distribuição da população, segundo estresse. Lins/SP, 2012.....	42
Tabela 9 – Distribuição da população, segundo morbidade referida. Lins/SP, 2012	42
Tabela 10 – Distribuição da população, segundo exames clínicos. Lins/SP, 2012 ..	43
Tabela 11 – Associação de hipertensão referida e características demográficas. Lins/SP, 2012	44
Tabela 12 – Associação de hipertensão referida e formação acadêmica. Lins/SP, 2012	45
Tabela 13 – Associação de hipertensão referida e dados profissionais. Lins/SP, 2012	45
Tabela 14 – Associação de hipertensão referida e hábitos profissionais. Lins/SP, 2012	46
Tabela 15 – Associação de hipertensão referida e a percepção com a vida profissional e com colegas. Lins/SP, 2012	47
Tabela 16 – Associação de hipertensão referida e hábitos de vida. Lins/SP, 2012 ..	48
Tabela 17 – Associação de hipertensão referida e AUDIT. Lins/SP, 2012	49
Tabela 18 – Associação de hipertensão referida e IPAQ. Lins/SP, 2012	49
Tabela 19 – Associação de hipertensão referida e vulnerabilidade ao estresse. Lins/SP, 2012	49

Tabela 20 – Associação de hipertensão referida e morbidade referida. Lins/SP, 2012	50
Tabela 21 – Associação de hipertensão referida e exames clínicos. Lins/SP, 2012	51
Tabela 22 – Associação de hipertensão referida e hipertensão não referida na avaliação clínica. Lins/SP, 2012	51
Tabela 23 – Associação de hipertensão referida e outros problemas de saúde. Lins/SP, 2012	52

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ART	Artigo
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CA	Circunferência abdominal
CAIC	Centro de atenção integral à criança
CE	Ceará
CLT	Consentimento livre e esclarecido
DM	Diabetes mellitus
DP	Desvio padrão
HA	Hipertensão arterial
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HDL	<i>High Density Lipoproteins</i>
IMC	Índice de massa corporal
IPAQ	International Physical Activity Questionnaires
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LDL	<i>Low Density Lipoproteins</i>
LER	Lesões por esforço repetitivo
DORT	Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho
MBA	<i>Master in Business Administration</i>
MG	Minas Gerais
MIN	Minutos
MS	Ministério da Saúde
N	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SAL	Salário mínimo
SOE	Sem outra especificação
UEM	Universidade Estadual de Maringá

UFMG Universidade Federal de Minas Gerais

UFV Universidade Federal de Viçosa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVOS	25
2.1. Objetivo Geral.....	25
2.2. Objetivos Específicos.....	25
3. MÉTODO.....	26
3.1. Tipo de Pesquisa	26
3.2. Local da Pesquisa	26
3.3. População.....	27
3.4. Coleta de Dados	28
3.4.1 Procedimentos de Coleta	28
3.4.1.1. Medida da Pressão Arterial	28
3.4.1.2. Medidas Antropométricas	30
3.4.2. Instrumentos de Coleta	31
3.4.2.1 Características Sócio-Demográficas, Profissionais e de Estilo de Vida	31
3.4.2.2 Morbidade Referida e Fatores de Risco	31
3.4.2.3 Avaliação do Sedentarismo	32
3.4.2.4 Avaliação do Alcoolismo.....	33
3.4.2.5 Avaliação do Estresse	33
3.4.3 Procedimentos Éticos	34
3.5 Apresentação e Análise de Dados	35
4. RESULTADOS	37
4.1 Características da População	37
4.2 Associação da hipertensão arterial com as variáveis avaliadas	44
5. DISCUSSÃO	54
6. CONCLUSÃO.....	61
7. REFERÊNCIAS.....	63
8. APÊNDICES	70
9. ANEXOS	78

1. INTRODUÇÃO

O trabalho tem a função de inserir o indivíduo no meio em que ele vive, contribuir na formação de sua identidade e permitir sua participação na vida social, sendo isso essencial para a saúde. No entanto, a forma como esse trabalho é organizado e executado na sociedade atual pode gerar efeitos negativos, entre eles o adoecimento e a morte¹.

O trabalho passou a ocupar um lugar central na vida do homem, e a vida sem o trabalho não tem significado, sendo que a qualidade de vida no trabalho é o maior determinante da qualidade de vida geral². Assim, a intensificação do trabalho, o aumento da jornada e o acúmulo de funções, faz com que o trabalhador tenha uma maior exposição a fatores de risco para a saúde³.

A saúde de um indivíduo trabalhador pode ser influenciada por seus hábitos de vida social, suas condições sócio-econômico-culturais e principalmente por suas funções laborativas⁴. É um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença, que são dinâmicos e estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico⁵. Portanto, a atenção à sua saúde e a capacidade para desempenhar suas funções podem ter repercussão relevante na sua vida⁶.

O trabalho é uma necessidade natural, ou seja, um processo entre o homem e a natureza que está determinado pela forma concreta em que se dá a produção, distribuição, intercâmbio e consumo dos meios de vida pelos diferentes grupos humanos. A população por ser heterogênea, se define pela posição que ocupa em cada grupo frente aos meios de produção, ou seja, pela classe social pertencente e a forma como participa na apropriação e transformação da natureza, através da organização social⁷.

O processo de trabalho pode gerar elementos de impactos e para compreender melhor como estes consomem a força de trabalho ou desgastam as capacidades vitais do trabalhador, criou-se o termo Cargas de Trabalho, que são categorias estruturadas para estudar estes elementos. Elas são divididas segundo sua natureza de trabalho ou característica básica como: 1- Cargas físicas (são derivadas principalmente das exigências técnicas para a transformação do objeto de

trabalho e caracterizam um determinado ambiente de trabalho, com o qual o trabalhador interage cotidianamente), 2- Cargas químicas (derivam principalmente do objeto de trabalho e dos meios auxiliares envolvidos em sua transformação, caracterizando o ambiente de trabalho e sua interação cotidiana com o trabalhador), 3- Cargas orgânicas (são derivadas do objeto de trabalho e das condições de higiene ambiental, incluem qualquer organismo animal ou vegetal que possa determinar danos à saúde do trabalhador), 4- Cargas mecânicas (são derivadas principalmente da tecnologia, devido a sua operação ou manutenção, aos materiais disponíveis ou ao próprio objeto de trabalho), 5- Cargas fisiológicas (são oriundas das diversas maneiras de se realizar as atividades e estão constituídas por elementos como esforço físico ou visual, deslocamentos e movimentos exigidos pelas tarefas, espaço de trabalho disponível, posições assumidas em sua execução, horas extras ou intensificação do trabalho, jornadas prolongadas e turnos noturnos e rotativos) e 6- Cargas psíquicas (constituem-se de elementos que acima de tudo são fontes de estresse)⁸.

O indivíduo trabalhador pode sofrer em sua vida, impactos gerados pelo seu trabalho. Um exemplo de trabalhador que esboça bem esta condição são os docentes, que devido à jornada de trabalho, ao estilo de vida adotado, às cobranças e ao estresse que são submetidos, desenvolvem inúmeras alterações em sua saúde⁹.

Dentre as doenças que acometem a população estão as cardiovasculares, que representam a primeira causa de morte tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles que estão em desenvolvimento¹⁰. São responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, correspondendo a 28,8% dos óbitos declarados, com 325 mil registros em 2010¹¹.

Fatores de risco como sedentarismo, tabagismo e dieta hipercalórica e hipersódica acabam sendo muito valorizados na determinação das doenças cardiovasculares e pouca atenção tem sido dada aos fatores de risco existentes nas atividades ocupacionais atuais ou anteriores. Assim, o aumento da ocorrência de transtornos agudos ou crônicos do sistema cardiocirculatório faz com que as relações das doenças com o trabalho mereçam maior atenção¹².

De acordo com a PORTARIA/MS N° 1.339/1999⁴, as doenças do sistema circulatório relacionadas ao trabalho são: hipertensão arterial e doença renal

hipertensiva ou nefrosclerose, angina *pectoris*, infarto agudo do miocárdio, cor pulmonale SOE ou doença cardiopulmonar crônica, placas epicárdicas ou pericárdicas, parada cardíaca, arritmias cardíacas, aterosclerose e doença aterosclerótica do coração, síndrome de Raynaudg e acrocianose e acroparestesia.

Considerando as doenças cardiovasculares, os fatores de risco para seu desenvolvimento passaram a ser melhores conhecidos após um estudo de coorte realizado na cidade de Framingham em Massachusetts, há 63 anos¹³. O objetivo foi identificar fatores ou características comuns que contribuíam para o aparecimento das doenças cardiovasculares, por um longo período de tempo, em um grande grupo de participantes que ainda não tinha desenvolvido os sintomas evidentes da doença ou sofrido um infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular encefálico. Foram recrutadas 5.209 pessoas entre 30 e 62 anos e acompanhados a cada dois anos para realização de exames físicos, laboratoriais e entrevista. Em 1971, 5.124 crianças da segunda geração dos primeiros participantes realizaram exames similares. Em 1994, estabeleceu-se um novo estudo que refletia uma comunidade mais diversificada. Em abril de 2002, o estudo entrou numa nova fase: a inclusão de uma terceira geração de participantes, os netos da coorte original¹³. O estudo permitiu a identificação dos principais fatores de risco cardiovascular, tais como hipertensão arterial, hipercolesterolemia, tabagismo, obesidade, diabetes mellitus e sedentarismo. Com a evolução do estudo, outros fatores de risco foram incorporados, tais como nível de triglicérides, fração do colesterol HDL- C (*high-density lipoprotein cholesterol*), idade, sexo e questões psicossociais. Embora a coorte do estudo seja principalmente de pessoas brancas, a importância dos principais fatores de risco cardiovascular identificados neste grupo foram mostradas em outros estudos para aplicar, quase universalmente, entre os grupos raciais e étnicos, apesar de os padrões de distribuição podem variar de grupo para grupo¹³.

A partir disso os fatores de risco para as doenças cardiovasculares foram divididos em não-modificáveis (sexo, idade e hereditariedade) e modificáveis (tabagismo, etilismo, sedentarismo, estresse, obesidade, hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e dislipidemias, caracterizadas por níveis plasmáticos sanguíneos alterados de colesterol (Colesterol Total, LDL Colesterol e HDL Colesterol) e triglicérides). Além destes, há também os fatores de risco específicos para

hipertensão arterial como ingestão excessiva de sal e álcool e fatores socioeconômicos¹⁴.

Em uma Universidade da região nordeste do país¹⁵ foi avaliado os principais fatores de risco cardiovascular em funcionários e verificou, dentre outros fatores, que mais da metade dos trabalhadores (55,1%) estavam na faixa de sobrepeso ou obesidade, 23,4% tinham pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg e 36,4% estavam com colesterol acima ou igual a 200 mg/dL. Resultados semelhantes foram encontrados na Universidade de Brasília, onde 37,9% dos servidores apresentavam hipertensão, 56,8% sobrepeso ou obesidade, 19,5% eram tabagistas, 53,6% referiram consumir bebidas alcoólicas e 48,4% eram sedentários¹⁶.

As doenças cardiovasculares comprometem a funcionalidade do sistema circulatório e do coração, geralmente estão relacionadas ao processo da aterosclerose cujo desenvolvimento é influenciado por algumas condições clínicas tidas como fatores de risco e podem ser caracterizadas como alterações crônicas e degenerativas⁶. São responsáveis pela maior taxa de morbidade e mortalidade na maioria dos países e, por essa razão têm sido alvo de vários estudos^{15,17,18}, e despertado interesse especial por atingirem grandes contingentes populacionais, além de representar elevado custo social e econômico^{Erro! Indicador não definido.}.

Em estudo realizado no interior do estado de São Paulo¹⁸, observou-se uma mortalidade por doenças cardiovasculares igual a 31,7% e um coeficiente de mortalidade de 195,9 óbitos por 100.000 habitantes. Para os sexos masculino e feminino, os coeficientes de mortalidade foram respectivamente iguais a 225,4 e 168,3 óbitos por 100.000 habitantes, notando-se um coeficiente de mortalidade 33,9% maior para os homens. As três principais causas foram, a doença cerebrovascular (coeficiente total de 53,6 óbitos por 100.000 habitantes e um coeficiente de 57,3 por 100.000 habitantes para o sexo masculino), o infarto agudo do miocárdio (coeficiente total de 48,4 óbitos por 100.000 habitantes, e um coeficiente de 59,5 óbitos por 100.000 habitantes para o sexo masculino) e a doença hipertensiva (coeficiente total de 11,8 óbitos por 100.000 habitantes, e um coeficiente de 13,2 óbitos por 100.000 habitantes para o sexo feminino). Os coeficientes de mortalidade por esses três agravos apresentaram grande aumento a partir dos 50 anos de idade (na doença cérebro vascular e infarto agudo do miocárdio os coeficientes foram sempre maiores para os homens e na doença

hipertensiva, a partir dos 70 anos, maiores em mulheres). Verificou-se um coeficiente de mortalidade por essas doenças 40% maior na área correspondente ao agrupamento de setores com os piores níveis socioeconômicos em relação ao agrupamento com os melhores níveis.

Dentre as doenças cardiovasculares, a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente. Apresenta-se como principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal¹⁹.

A hipertensão arterial representa grave problema de saúde no país, não só pela sua elevada prevalência (aproximadamente 30% da população adulta) como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento^{15,20}.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹⁴ e o Seven Joint Nacional Committee²¹, a hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ ou 90 mmHg de diastólica, em pelo menos duas medidas subseqüentes obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranqüilo.

Pesquisas^{9,16,20,22} têm sido realizadas, porém ainda não se conhece bem quais são os fatores sociais mais relevantes que farão com que uma pessoa desenvolva hipertensão e outra não. Existem evidências acerca de fatores como herança genética, idade, obesidade, tabagismo e alcoolismo, mas não são satisfatórios para o fenômeno da hipertensão²³. Em estudo realizado por Dressler & Santos²⁴, acredita-se que a elevação da pressão arterial varia significativamente em relação às variáveis sociais e culturais. O modelo proposto pelos autores, denominado *consonância cultural*, faz o indivíduo se aproximar dos seus próprios comportamentos, equilibrando sua percepção social e cultural e diminuindo o risco de uma doença. Este modelo pode ser definido como o grau em que os indivíduos, em seu próprio comportamento, aproximam-se do modelo cultural compartilhado de algum fenômeno em sua sociedade. Sugere-se que quanto mais perto os indivíduos sejam capazes de viver de acordo com os modelos culturais de sua sociedade, mais saudáveis seriam. Quando se fala em mudança de comportamento, é importante entender o que o indivíduo quer, como ele age e atua em sua vida. Algumas teorias

comportamentais, motivacionais e sociais nos ajudam a compreender porque as pessoas engajam-se em comportamentos de risco à sua saúde e, a partir daí, buscar melhores intervenções para se alcançar ações de melhoria do estilo de vida e de bem estar. A teoria de Modelo de Crenças em Saúde (MCS) considera que a decisão para um comportamento saudável é decorrente de quatro variáveis: 1- Percepção de Susceptibilidade (é a crença de que a doença pode afetá-lo particularmente), 2 – Percepção de Severidade (acreditar que essa doença pode ter graves consequências), 3 – Percepção de Benefícios (a crença de que essa doença pode ser prevenida por uma ação) e 4 – Percepção de Barreiras (acreditar que essa ação pode envolver aspectos negativos ou impedimentos).

As modificações no estilo de vida devem ser estimuladas, pois auxiliam na prevenção da hipertensão arterial e no processo terapêutico. Alimentação adequada, baixo consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, abandono do tabagismo e diminuição do consumo de álcool são hábitos que devem ser valorizados e amplamente difundidos. Fazendo o uso destes hábitos, é possível que se possa diminuir a dose e/ou quantidade de drogas usadas na terapia medicamentosa¹⁹.

O Trinômio trabalho, educação e saúde fundamentam a construção e desenvolvimento de uma sociedade e de uma nação, enfatizada nos projetos de governos e nos discursos políticos, mas nem sempre são bem cuidados²⁵

As condições de saúde e trabalho dos profissionais da educação têm despertado o interesse em pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento. Estudos recentes^{23,24,25} revelam a preocupação com as condições do exercício profissional dos trabalhadores da educação, tendo em vista a tendência crescente de transtornos de saúde manifestados nos últimos vinte anos. Porém, as relações entre processo de trabalho e a saúde destes não apresenta o mesmo destaque de investigação científica que outras categorias do setor industrial e de serviços.

Os docentes apresentam complicações de saúde como distúrbios psicológicos, exigências ergonômicas relacionadas ao trabalho e outros problemas de ordem geral, sendo que as doenças crônicas associadas ao estilo de vida apresentam-se como os de maior importância²⁶.

O estilo de vida, trabalho, modificações econômicas e políticas, assim como a expectativa de vida aumentada, tem gerado um aumento significativo de doenças

crônico degenerativas, especialmente as doenças do aparelho circulatório, dentre elas a hipertensão arterial^{27,28}. Doença crônica, multifatorial, de detecção quase sempre tardia, devido seu curso assintomático e prolongado, que apresenta elevada prevalência, sendo considerada como principal fator de risco de morbi-mortalidade cardiovascular²².

Conhecer a distribuição dos fatores de risco para hipertensão e demais fatores de risco cardiovascular em grupos populacionais específicos é essencial para a redução desse importante problema de saúde pública²⁹, principalmente considerando que a descrição do perfil de morbimortalidade e dos principais fatores de risco cardiovascular ainda não estão bem consolidados na área de Saúde do Trabalhador. Nesse sentido, a verticalização do conhecimento nesses aspectos permitirá atuar na prevenção de doenças cardiovasculares e na promoção da saúde em populações específicas de trabalhadores, como a de docentes.

No Brasil, a literatura sobre a saúde dos docentes tem sido ampliada, porém os temas abrangem principalmente doenças relacionadas ao aparelho respiratório (órgãos da fonação), lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho (LER/DORT), varizes de membros inferiores e distúrbios psíquicos não psicóticos. São poucas as pesquisas que abordam a prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular em docentes^{28,30,31,32}.

No interior do estado de São Paulo e na cidade de Lins ainda não existem estudos realizados sobre o tema.

Segundo dados do DATASUS, no ano de 2008, o município de Lins apresentou uma taxa de mortalidade de doenças do aparelho circulatório por faixa etária na ordem de 31% e um coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares de 63,4%³³.

Assim, o presente estudo possibilitará uma maior visibilidade da temática e contribuirá para a composição de um quadro geral da prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular em docentes de um centro universitário.

A motivação em desenvolver o estudo com docentes se deu ao fato de estar à frente de um projeto realizado com estes trabalhadores na instituição de ensino na qual trabalho e poder observar a presença de alteração de pressão arterial nesta população.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Verificar a prevalência de hipertensão arterial e analisar os fatores de risco cardiovascular em docentes de um centro universitário de Lins – UNILINS.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar os hábitos, estilo de vida, morbidade referida e estresse ocupacional desses trabalhadores;
- Avaliar os riscos para doenças cardiovasculares presentes nesses trabalhadores, considerando a medida da pressão arterial no consultório, IMC e circunferência abdominal;
- Verificar a associação de estilo de vida e fatores de risco entre docentes hipertensos e não hipertensos.

3. MÉTODO

3.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de campo, com abordagem quantitativa dos dados.

3.2. Local da Pesquisa

O estudo foi realizado no Centro Universitário de Lins - UNILINS, instituição de ensino superior privada, localizada na cidade de Lins, região noroeste do estado de São Paulo.

Foi criado há mais de 45 anos, engloba três escolas superiores: Escola de Engenharia de Lins, Faculdade de Informática de Lins e Faculdade de Serviço Social de Lins. É mantido pela Fundação Paulista de Tecnologia e Educação.

O Centro Universitário oferece cursos de graduação em Engenharia Civil, Engenharia Elétrica, Engenharia Eletrônica, Engenharia de Computação, Engenharia Ambiental, Engenharia de Controle e Automação, Marketing, Serviço Social, Secretariado Executivo, Enfermagem, Sistemas de Informação, Administração, Tecnologia em Análise e Desenvolvimento de Sistemas, Tecnologia em Sistemas para Internet, Tecnologia em Processos Químicos e Tecnologia em Processos Gerenciais, além de diversos cursos de Pós-Graduação *Lato-Sensu*, Sequenciais e Corporativos.

A cidade de Lins/SP, está localizada na região noroeste do estado, distante 440 Km da Capital. Tem a sua localização geográfica apoiada em um importante entroncamento rodoviário, formado pelas rodovias Transbrasiliana - BR153 e Marechal Rondon - SP300, sendo servida pela Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, privatizada e renomeada NOROESTE, por um aeroporto com capacidade para receber aeronaves de médio porte e está às margens da Hidrovia Tietê-Paraná. Está inserida na região administrativa de Bauru, que possui um contingente populacional com cerca de 1 milhão de pessoas, distribuído em 39 municípios com densidade

demográfica média de 61 habitantes por quilômetro quadrado em área predominantemente urbana.

Emancipada politicamente em 21 de abril de 1920, a cidade de Lins tem sua principal fonte de renda na indústria, apesar de contar com 10.000 hectares plantados com cana-de-açúcar, que gera uma safra de cerca de 8.000 toneladas/ano, e 2.000 hectares plantados com milho, produzindo uma safra de cerca de 9.600 toneladas/ano. Lins alcançou uma população de 70.554 pessoas, com uma taxa de crescimento populacional de 1,05% ao ano. Em um raio aproximado de 100 quilômetros, encontram-se quatro grandes cidades do interior paulista, sedes de governo de suas regiões administrativas: Bauru, com 350.492 habitantes, Araçatuba, com 179.717 habitantes, Marília, com 220.017 habitantes e São José do Rio Preto, com 406.826 habitantes. Com um PIB per capita em torno de R\$ 13.058,00 (2003), Lins apresenta um ótimo nível de desenvolvimento humano, figurando no Ranking por Unidades Federativas, como o 43º município do Estado e, no Ranking Nacional, aparece como o 161º município em nível de desenvolvimento humano (IDH-M).

3.3. População

Foram incluídos no estudo 75 docentes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- ter vínculo empregatício com o Centro Universitário, com regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT);
- ambos os sexos;

Foram excluídos do estudo 2 gestantes e 16 docentes não aceitaram participar da pesquisa.

Considerando uma proporção de hipertensão da população de 25%^{20,50,52}, uma precisão absoluta de 10% e o nível de significância de 5%, o tamanho da amostra estimado para esta população é de 72.

3.4. Coleta de Dados

Os dados foram coletados pela pesquisadora no período de março a junho de 2012.

A coleta ocorreu em duas etapas, sendo a primeira por meio de questionários e a segunda por meio de realização de exames clínicos.

3.4.1. Procedimentos de Coleta

1ª. ETAPA: Após a autorização da instituição (ANEXO A) para a coleta de dados da pesquisa e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos (ANEXO B), foi obtida a listagem dos nomes dos docentes junto ao Setor de Recursos Humanos do Centro Universitário de Lins – UNILINS, o que permitiu a identificação dos possíveis participantes da pesquisa. Foi, então, enviado uma carta convite (APÊNDICE A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) a cada professor. Estes deveriam retornar os documentos ao pesquisador num prazo de até 7 dias, limite estipulado na carta convite. Aqueles trabalhadores que não se manifestaram foram contatados pessoalmente pela pesquisadora na sala dos professores ou por telefone para reforçar o convite.

Aqueles que aceitaram participar da pesquisa receberam os questionários de identificação (APÊNDICE C), de morbidade referida e fatores de risco (APÊNDICE D), avaliação do sedentarismo (ANEXO C), alcoolismo (ANEXO D) e estresse (ANEXO E) que foram preenchidos e entregues no dia agendado para segunda etapa.

2ª. ETAPA: Os questionários preenchidos foram devolvidos à pesquisadora no dia agendado para a realização dos exames clínicos (APÊNDICE E). Essa etapa ocorreu no Laboratório de Enfermagem do Centro Universitário de Lins, conforme descrito a seguir:

3.4.1.1. Medida da Pressão Arterial

A medida da pressão arterial foi realizada conforme preconiza as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹¹.

As medidas foram realizadas com aparelho automático oscilométrico validado OMRON 705CP, por três vezes consecutivas, com intervalo de 1 minuto entre cada medida, na posição sentada, e após cinco minutos de descanso em ambiente calmo e com temperatura agradável. Foi utilizado manguito com bolsa de borracha de tamanho adequado à circunferência do braço do indivíduo¹¹.

A escolha de um equipamento automático para realização das medidas de pressão arterial se deveu às inúmeras vantagens que esse método oferece em relação ao tradicional método auscultatório, como a minimização dos erros e preferências relacionados ao observador³⁴. O aparelho OMRON 705CP foi validado de acordo com as normas da *British Hypertension Society for the Advancement of Medical Instrumentation*³⁵.

Inicialmente foi realizada uma medida em cada membro superior e, em quando foi observado diferença, utilizou-se o braço com o maior valor de pressão para as medidas subsequentes¹¹.

O valor de pressão arterial considerado foi a média das duas últimas medidas. Quando as duas últimas pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentaram diferença maior que 4 mmHg entre elas, foram realizadas novas medidas até que se obtivessem medidas com diferença inferior ou igual a 4 mmHg, utilizando a média das duas últimas medidas como a pressão arterial real¹¹.

Para classificação da pressão arterial foram considerados os valores do Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)¹¹.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.		

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Além desta classificação, os indivíduos hipertensos foram ainda classificados como controlados e não controlados. Foram considerados hipertensos controlados aqueles que tinham a pressão arterial menor do que 140/90 mmHg e não controlados aqueles com pressão com valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg.

3.4.1.2. Medidas Antropométricas

Foi realizado o cálculo do índice de massa corporal (IMC) pela fórmula “peso dividido por estatura ao quadrado”, observando as medidas do peso em quilogramas e a da estatura em metros. As medidas foram realizadas em balança digital com antropômetro, marca Filizola, modelo PL180. Durante o procedimento os indivíduos estavam com roupas leves e sem sapatos. Para verificação da estatura foi solicitado que o indivíduo ficasse ereto na posição ortostática, com os braços ao longo do corpo, pés unidos e cabeça erguida com olhos fixos no horizonte.

O IMC foi classificado conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde^{36,37}:

Classificação	Valor IMC (kg/m²)
Baixo peso	< 18,4
Peso normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obeso	≥30,0
Obeso classe 1	30,0 – 34,9
Obeso classe 2	35,0 – 39,9
Obeso classe 3	≥40,0

A medida da circunferência abdominal foi realizada por meio de fita milimetrada flexível não distensível, no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca. Os valores superiores a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres foram considerados anormais³⁸.

3.4.2. Instrumentos de Coleta

Para a coleta de dados foram utilizados cinco instrumentos (APÊNDICES C e D, ANEXOS C, D e E).

3.4.2.1 Características Sócio-Demográficas, Profissionais e de Estilo de Vida

O instrumento de identificação (APÊNDICE C) que é constituído por 3 partes, sendo a primeira (parte A) composta por nove (9) questões relativas aos dados pessoais, a segunda (parte B) composta por onze (11) questões relativas aos dados profissionais e a terceira (parte C) composta por sete (7) questões relativas ao estilo de Vida.

3.4.2.2 Morbidade Referida e Fatores de Risco

O questionário sobre morbidade referida e fatores de risco (APÊNDICE D) que é constituído por 2 partes, sendo a primeira (parte A) composta por sete (7)

questões relativas a morbidade referida e a segunda parte (parte B) composta por três (3) questões relativas aos fatores de risco.

3.4.2.3 Avaliação do Sedentarismo

O nível de atividade física dos participantes foi avaliado mediante a aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Curta (IPAQ-8) (ANEXO C) proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a avaliação da atividade física em nível mundial. Esse instrumento contém oito (8) questões sobre a frequência (intensidade) e a duração da atividade física do indivíduo durante uma semana habitual, tanto em atividades ocupacionais quanto de esporte e lazer. Desse modo, os indivíduos podem ser classificados em:

1- MUITO ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:

a) VIGOROSA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão,

b) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + MODERADA e/ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão;

2- ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:

a) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; ou

b) MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou

c) Qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa);

3- IRREGULARMENTE ATIVO: aquele que realizou atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo, pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar a classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Este grupo foi dividido em dois sub-grupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação:

IRREGULARMENTE ATIVO A: aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade:

a) Frequência: 5 dias/semana ou,

b) Duração 150 min/semana e

IRREGULARMENTE ATIVO B: aquele que não atinge nenhum dos critérios de recomendação quanto à frequência nem quanto à duração;

4- SEDENTÁRIO: aquele que não realiza nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

No presente estudo foi considerado inativo os indivíduos classificados como sedentários e irregularmente ativo A e B e ativo os indivíduos classificados como muito ativos e ativos.

3.4.2.4 Avaliação do Alcoolismo

Para avaliação de alcoolismo foi usado o Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool – AUDIT (ANEXO D), elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por BABOR et al. (1992)³⁹ que detecta problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, permite a identificação de indivíduos que estão em risco de danos à saúde em razão do consumo abusivo de álcool ou em risco de dependência do álcool nos últimos doze meses. Foi validado no Brasil por Lima et al.⁴⁰ em 2005.

O instrumento é composto por dez questões, cada uma com um escore que varia de 0 a 4, possibilitando uma pontuação de 0 a 40 pontos. As três primeiras questões medem a quantidade e frequência do uso regular ou ocasional de álcool, as três questões seguintes investigam sintomas de dependência e as quatro finais são a respeito de problemas recentes na vida relacionados ao consumo do álcool. A pontuação que o sujeito atinge ao responder aos itens permite a classificação do uso da substância da seguinte forma: Zona I (baixo risco) = 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) = 8 a 15 pontos; Zona III (uso nocivo) = 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) = 20 ou mais pontos.

A OMS preparou duas versões do AUDIT: uma para auto-aplicação e outra para entrevista. Neste estudo, optou-se pela versão para auto-aplicação.

3.4.2.5 Avaliação do Estresse

Para avaliação do estresse, foi utilizado o Questionário de Vulnerabilidade ao Estresse (ANEXO E) desenvolvido por Smith LH no Centro Médico da Universidade de Boston⁴¹.

A vulnerabilidade ao estresse é estimada, usando-se pontuação a cada uma das questões. Cada item tem um escore de 1 a 5, sendo 1: quase sempre, 2: frequentemente, 3: algumas vezes, 4: raramente, 5: nunca. A pontuação é obtida através da soma dos escores; valores menores que 50, indicam que o indivíduo não é vulnerável ao estresse; valores entre 50-80 indicam moderada vulnerabilidade ao estresse; e valores acima de 80 indicam alta vulnerabilidade ao estresse.

Todos os resultados foram fornecidos aos participantes e, aqueles que após a avaliação das condições acima referidas necessitaram de acompanhamento médico, foram encaminhados para a Unidade Básica de Saúde do CAIC (Centro de Atenção Integral à Criança) (ANEXO F).

Os participantes que já estavam sob acompanhamento médico foram incentivados a continuarem o tratamento e se desejarem, podem dar continuidade ao seu tratamento na instituição descrita acima.

3.4.3 Procedimentos Éticos

Inicialmente, foi solicitada a autorização para a coleta de dados à Reitoria da Instituição (ANEXO A) para o posterior encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos, para análise e parecer conforme os preceitos da Resolução 466/12. Em observância a um dos itens desta Resolução, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em linguagem clara, acessível aos sujeitos da pesquisa; este termo inclui as informações sobre os objetivos e finalidades do estudo, a garantia do anonimato, o sigilo e confidencialidade dos dados, a descrição dos riscos para os participantes, os benefícios esperados, a liberdade de participar ou não, bem como a possibilidade de recusar-se a participar a qualquer momento sem que ocorra nenhum prejuízo; informa ainda do não pagamento pela participação e a concordância da divulgação dos resultados da pesquisa em eventos científicos e publicação em revistas científicas.

Portanto:

- **Métodos que afetem os sujeitos de pesquisa:** estavam relacionados a um possível desconforto durante a realização da entrevista.

- **Descrição de riscos com avaliação de gravidade:** apesar dos sujeitos não terem sido expostos a procedimentos invasivos, considerou-se a pesquisa de

risco mínimo. De maneira geral podia-se esperar que, durante o preenchimento dos instrumentos algumas pessoas pudessem se incomodar ou se sentissem constrangidas com algumas questões.

- **Medidas de proteção de riscos e à confidencialidade:** quanto às medidas de proteção de risco, se durante a realização do exame clínico de medida da pressão arterial o voluntário apresentasse uma Hipertensão estágio 3 ($PAS \geq 180$ mmHg e $PAD \geq 110$ mmHg), a própria pesquisadora encaminharia o indivíduo à Associação Hospitalar Santa Casa de Lins (ANEXO G) e após, se necessitasse de acompanhamento médico, seria encaminhado para Unidade Básica de Saúde do CAIC (Centro de Atenção Integral à Criança) (ANEXO F). A confidencialidade foi garantida por meio da identificação dos sujeitos por número e os dados foram apresentados de forma coletiva.

- **Previsão de ressarcimento de gastos:** os sujeitos de pesquisa não tiveram nenhum tipo de despesa bem como nada receberam para participar deste estudo.

- **Análise crítica de riscos e benefícios:** sem nenhum gasto para o participante, foram feitas avaliações, do risco cardiovascular, atividade física (sedentarismo), alcoolismo, vulnerabilidade ao estresse e conhecimento sobre hipertensão e adesão ao tratamento. Como já descrito anteriormente, tratou-se de uma pesquisa que expôs o sujeito a um risco mínimo.

- **Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa:** A pesquisa seria suspensa ou encerrada caso o número de desistências ou recusas fosse elevado e o número de voluntários fosse insuficiente.

Todas as informações referentes aos exames clínicos foram fornecidas aos participantes.

Foram assegurados o anonimato, o sigilo, a confidencialidade dos dados e todos os itens constantes no Termo de Consentimento.

Deve-se esclarecer que a pesquisadora estava disponível para prestar todos os esclarecimentos necessários aos docentes.

3.5. Apresentação e Análise de Dados

Foram analisados os dados dos voluntários que efetivamente completaram o protocolo de pesquisa.

Os dados obtidos foram apresentados utilizando-se um banco de dados criado em planilha no programa de computador Excel, apresentados na forma de tabelas e figuras e analisados quantitativamente. As variáveis contínuas foram apresentadas descritivamente em média e desvio-padrão, valores mínimos e máximos e as variáveis categóricas em número absoluto e/ou frequência relativa.

Para análise das variáveis categóricas foi utilizado o Teste Qui-quadrado e para as variáveis contínuas o Teste t de Student, Teste U de Mann-Whitney ou o Teste de Kruskal-Wallis, quando pertinentes. Para comparar as médias dos dados contínuos foi usada a análise de variância. Foi aceito como significativo $P \leq 0,05$. A análise multivariada em relação à prevalência de hipertensão foi feita a partir das variáveis que apresentaram significância estatística ($p \leq 0,05$) no modelo univariado.

4. RESULTADOS

4.1. Características da População

Tabela 1 – Distribuição da população, segundo as características demográficas. Lins/SP, 2012.

Variáveis	n	%
Idade (anos, média±dp)		48,6±12,0
28 a 40	25	33,3
41 a 50	17	22,7
51 a 60	19	25,3
>61	14	18,7
Sexo		
Masculino	60	80,0
Feminino	15	20,0
Estado civil		
Casado/União estável	61	81,3
Separado/Divorciado	9	16,0
Solteiro	4	5,3
Viúvo	1	1,3
Local de Moradia		
Lins	42	56,0
Outras cidades	33	19,0
Renda (média±sal. mín., média±dp)		15,5±12,1
5 a 10	32	42,7
11 a 15	17	22,7
16 a 20	16	21,3
>21	10	13,3
Etnia		
Branco	68	90,7
Amarelo	5	6,7
Negro	1	1,3
Pardo	1	1,3

dp - desvio padrão; sal – salário; mín - mínimo

Os dados da tabela 1 mostram que, a média de idade dos docentes é de 48,6 anos (12,0) e que a maioria possui idade entre 28-40 anos (33,3%). Observa-se ainda que 80% são do sexo masculino e 76,0% possuem união estável. Quanto ao local de moradia, 56,0% residem na cidade de Lins. A renda média em salários mínimos é de 15,5 salários (12,1), sendo que 42,7% recebem de 5 a 10 salários. Houve um predomínio da etnia branca (90,7%).

Tabela 2 – Distribuição da população, segundo a formação acadêmica. Lins/SP, 2012.

Variáveis	n	%
Área graduação *		
Exatas	51	68,0
Humanas	19	25,3
Biológicas	10	13,3
Pós graduação **		
Mestrado	51	68,0
Lato sensu	37	49,3
Doutorado	23	30,7
MBA	4	5,3
Número graduações (média±dp)		
		1,1±0,5
Um	66	88,0
2 a 3	8	10,7
>4	1	1,3
Tempo formação (média±dp)		
		21,7±11,6
1 a 5	3	4,0
6 a 10	11	14,7
11 a 20	23	30,7
21 a 30	21	28,0
>31	17	22,7

dp – desvio padrão

*Mais de uma área de graduação

**Mais de uma área de pós-graduação

De acordo com a tabela 2, 68,0% dos docentes possuem graduação na área de exatas e são mestres. A média de número de graduações é de 1,1 graduações (0,5), sendo que 88,0% possuem somente uma graduação. Quanto ao tempo de formação, a média é de 21,7 anos (11,6), 30,7% dos docentes tem de 11 a 20 anos de formação.

Tabela 3 – Distribuição da população, segundo os dados profissionais. Lins/SP, 2012.

Variáveis	n	%
Área de atuação		
Exatas	40	
Exatas + Humanas	10	
Exatas + Biológicas	1	
Humanas	16	
Humanas + Exatas	1	
Humanas + Biológicas	0	
Biológicas	5	
Biológicas + Exatas	1	
Biológicas + Humanas	0	
Cargo		
Docente	59	78,7
Docente + Gestão	9	12
Docente + Técnico	0	0
Gestão	5	6,7
Gestão + Docente	1	1,3
Gestão + Técnico	0	0
Técnico	0	0
Técnico + Docente	1	1,3
Técnico + Gestão	0	0
Possui outras atividades		
Sim	52	69,3
Não	23	30,7
Tempo de serviço (média±dp)		
	15,0±11,2	
1 a 5	13	17,3
6 a 10	25	33,3
11 a 20	18	24,0
21 a 30	9	12,0
>31	10	13,3
Número de cursos (média±dp)		
	1,5±0,8	
Um	45	60,0
2 a 3	26	34,7
>4	4	5,3
Número de cargos(média±dp)		
	1,1±0,4	
Um	64	85,3
2 a 3	11	14,7
Horas trabalhadas semanalmente (média±dp)		
	23,0±14,1	
Horas trabalhadas semanalmente em outras atividades (média±dp)		
	27,6±24,0	

dp – desvio padrão

Na tabela 3, observa-se que a maioria dos docentes atuam na área de exatas (70,7%). Em relação ao cargo, houve predomínio do cargo docente (78,7%). Quanto

a possuir outras atividades, 69,3%) relataram ter. A média de tempo de serviço foi de 15,0 anos (11,2), sendo que 33,3% possuem de 6 a 10 anos de serviço. Observa-se ainda que a média do número de cursos que trabalha foi de 1,5 cursos (0,8), ou seja, 60,0% dos docentes trabalham em um curso. A média do número de cargos que ocupa foi de 1,1 cursos (0,4), sendo que 85,3% possuem somente um cargo. Quanto às horas trabalhadas semanalmente e horas trabalhadas em outras atividades, as médias foram respectivamente, 23,0 horas (14,1) e 27,6 horas (24,0).

Tabela 4 – Distribuição da população, segundo hábitos profissionais. Lins/SP, 2012.

Variáveis	n	%
Trabalha aos fins de semana		
Sim	53	70,7
Não	22	29,3
Trabalha em casa		
Sim	60	80,0
Não	15	20,0
Tira férias anualmente		
Sim	60	80,0
Não	15	20,0
Aproveitar férias p/ descanso		
Sim	64	85,3
Não	11	14,7

Verifica-se na tabela 4 que a maior parte dos docentes trabalha aos fins de semana (70,7%). Quanto a trabalhar em casa e tirar férias anualmente 80,0% responderam que sim. Em relação a aproveitar as férias anualmente, 85,3% relataram aproveitar.

Tabela 5 – Distribuição da população, segundo a percepção com vida profissional e com colegas. Lins/SP, 2012.

Variáveis	n	%
Percepção sobre vida profissional		
Sente-se muito satisfeito	41	54,7
Poderia melhorar	29	38,7
Não está satisfeito	5	6,7
Percepção sobre relação colegas		
Muito bom	44	58,7
Bom	30	40,0
Ruim	1	1,3

Em relação à percepção sobre a vida profissional e relação com colegas, os dados da tabela 5, mostram que, 54,7% dos docentes sentem-se muito satisfeito com a vida profissional e 58,7% possuem uma relação muito boa com os colegas.

Tabela 6 – Distribuição da população, segundo hábitos vida. Lins/SP, 2012.

Variáveis	n	%
Ingere bebida		
Sim, bebo	48	64,0
Não, nunca bebi	21	28,0
Não, parei	6	8,0
Tabagismo		
Não, nunca fumei	57	76,0
Não, parei	16	21,3
Sim, fumo	1	2,7
Exercício físico		
Sim, pratico	46	61,3
Não, parei	19	25,3
Não, nunca pratiquei	10	13,3
*Frequência exercício		
Até 2 vezes	20	43,5
3 vezes	13	28,3
Mais que 3 vezes	11	23,9
<i>Missing</i>	2	4,34
**Aquisição alimentos		
Ambos	52	69,3
"In natura"	28	37,3
Processado	11	14,7
**Preparo alimentos		
Cozido	44	58,7
Grelhado	35	46,7
Assado	34	45,3
Frito	15	20,0
Ensopado	8	10,7

*2 pessoas disseram praticar exercício, mas não informaram a frequência (*missing*)

**Mais de uma resposta por questão

Pelos dados da tabela 6, observa-se que a maior parte (64,0%) dos docentes referiram ingerir bebida alcoólica. Em relação ao tabagismo, 76,0% responderam que nunca fumaram. Quanto ao exercício físico e a frequência do exercício, 61,3% disseram praticar, mas 43,5% o faziam numa frequência de até 2 vezes por semana. A maioria dos docentes (69,3%) responderam adquirir alimentos tanto "*in natura*" quanto processados e 58,7% prepararam os alimentos de forma cozido.

Tabela 7 – Distribuição da população, segundo AUDIT, Lins/SP, 2012.

Variáveis	n	%
Classificação do uso		
Baixo risco	66	88
Uso de risco	8	10,7
Uso nocivo	1	1,3
Provável dependência	0	0

De acordo com a tabela 7, 88% dos docentes apresentaram baixo risco em consumo abusivo de álcool ou em risco de dependência do álcool.

Tabela 8 – Distribuição da população, segundo estresse, Lins/SP, 2012.

Variáveis	n	%
Estresse		
Não vulnerável	49	65,3
Moderada vulnerabilidade	26	34,7

Os dados da tabela 8 mostram que, a maior parte dos docentes (65,3%) se mostraram não vulneráveis ao estresse.

Tabela 9 – Distribuição da população, segundo morbidade referida. Lins/SP, 2012.

Variáveis	n	%
Percepção sobre estado saúde		
Bom	45	60,0
Ótimo	17	22,7
Regular	13	17,3
Problema saúde		
Não	46	61,3
Sim	29	38,7
Faz tratamento		
Sim	37	49,3
Não	34	45,3
Pressão alta		
Não	48	64
Sim	26	34,6
Diabetes		
Não	66	88
Sim	8	10,6
Colesterol		
Não	52	69,3
Sim	22	29,3

Em relação à morbidade referida, os dados da tabela 9 mostram que, 60,0% dos docentes consideram o seu estado de saúde bom. Quanto ao problema de saúde, a maioria (61,3%) responderam não ter problema de saúde. Sobre fazer o tratamento, 49,3% docentes responderam que fazem. A pressão alta foi referida por 34,6% dos docentes. A maioria (88%) não possui diabetes. Em relação ao colesterol, 69,3% relataram não ter.

Tabela 10 – Distribuição da população, segundo os exames clínicos. Lins/SP, 2012.

Variáveis	n	%
Pressão arterial medida (média±dp)	123,6±18,05 / 73,8±10,3	
Normal (<140/90 mmHg)	63	84,0
Elevada (≥ 140/90 mmHg)	12	16,0
Circunferência abdominal		
Homens		
Normal	36	60,0%
Anormal	24	40,0%
Mulheres		
Normal	8	53,3%
Anormal	7	46,7%
IMC (média±dp)	28,1±4,7	
Sobrepeso	29	38,7
Obesidade	26	34,7
Peso normal	18	24,0
Baixo peso	2	2,7

Os dados da tabela 10 mostram que, a maior parte (84,0%) dos docentes apresentaram pressão arterial normal durante a medida. A maioria dos homens (60,0%) e mulheres (53,3%) possuem circunferência abdominal normal. A média do índice de massa corpórea (IMC) foi de 28,1 (4,7), sendo que a maioria (38,7%) apresentou sobrepeso.

4.2. Associação da hipertensão arterial com as variáveis avaliadas

Tabela 11 – Associação de hipertensão referida e características demográficas. Lins/SP, 2012.

	Não		Sim		P-valor
	N	%	N	%	
Idade (anos; média±dp)	43,7±9,9		57,8±10,2		0,001
Sexo					
Feminino	13	27	2	8	0,052
Masculino	36	73	24	92	
Estado civil					
Casado/ União estável	37	77,1	24	92,3	0,100
Separado/ Divorciado	7	12,5	2	7,7	0,525
Solteiro	4	8,3	0	0	0,130
Viúvo	1	2,1	0	0	0,459
Etnia					
Amarelo	2	4	3	12	0,262
Branco	46	94	22	85	
Negro	1	2	0	0	
Pardo	0	0	1	4	
Renda (sal. mín.; média±dp)	14,7		17,3		0,375

dp – desvio padrão; sal – salário; mín - mínimo

Na tabela 11, pode-se observar que apenas idade apresentou associação significativa ($p < 0,05$) com hipertensão referida. Os indivíduos que referiram ser hipertensos apresentaram uma idade média maior (10,2 anos) do que aqueles que não referiram (9,9 anos). Observa-se também que houve uma tendência ($p = 0,052$) de homens referirem mais hipertensão do que mulheres. Não houve associação nas variáveis estado civil, etnia e renda.

Tabela 12 – Associação de hipertensão referida e formação acadêmica. Lins/SP, 2012.

	Não		Sim		P-valor
	N	%	N	%	
Área graduação					
Exatas	32	66,7	18	69,2	0,563
Humanas	11	22,9	6	23,1	0,854
Biológicas	4	8,3	2	7,7	0,525
Tempo formação (anos; média±dp)	18,0±9,7		28,9±11,8		0,001

De acordo com a tabela 12, a maioria dos docentes não hipertensos (66%) e hipertensos (69,2%) possuem graduação na área de exatas. Foi observada associação significativa em relação ao tempo de formação, onde a média de anos dos hipertensos (11,8 anos) foi relativamente maior que os não hipertensos (9,7 anos).

Tabela 13 – Associação de hipertensão referida e dados profissionais. Lins/SP, 2012.

	Não		Sim		P-valor
	N	%	N	%	
Área atuação					
Exatas	32	66,7	18	69,2	0,822
Humanas	11	22,9	6	23,1	0,988
Biológicas	4	8,3	2	7,7	0,923
Cargo					
Docente	44	91,7	23	88,5	0,653
Gestão	3	6,3	3	11,5	0,426
Técnico	1	2,1	0	0,0	0,459
Possui outras atividades					
Sim	36	73	16	62	0,286
Não	13	27	10	38	
Número de cursos (média±dp)	1,59±0,89		1,54±0,76		0,796
Número de cargos (média±dp)	1,14±0,41		1,19±0,40		0,617
Horas trabalhadas semanalmente (horas; média±dp)	22,1±14,1		24,8±14,5		0,438
Horas trabalhadas semanalmente em outras atividades (horas; média±dp)	24,8±16,3		33,8±36,2		0,228

dp – desvio padrão

A tabela 13 mostra que em relação aos dados profissionais, a maior parte dos não hipertensos (66,7%) e hipertensos (69,2%) atuam na área de exatas. Quanto ao

cargo, maioria dos não hipertensos (91,7%) e hipertensos (88,5%) são docentes. A maioria dos não hipertensos (73%) e dos hipertensos (62%) relataram possuir outras atividades. A média de número de cursos que atuam, número de cargos que ocupam e horas trabalhadas semanalmente foram semelhantes entre os não hipertensos (0,89; 0,41; 14,1 respectivamente) e hipertensos (0,76; 0,40; 14,5 respectivamente). Os hipertensos apresentaram uma média de horas trabalhadas semanalmente em outras atividades (36,2 horas) maior que os não hipertensos (16,3 horas). Nenhuma variável profissional apresentou associação com hipertensão.

Tabela 14 – Associação de hipertensão referida e hábitos profissionais. Lins/SP, 2012.

	Não		Sim		P-valor
	N	%	N	%	
Trabalha aos fins de semana					
Sim	37	76	16	62	0,206
Não	12	24	10	38	
Trabalha em casa					
Sim	40	82	20	77	0,627
Não	9	18	6	23	
Tira férias anualmente					
Sim	39	81,3	21	80,8	0,960
Não	9	18,8	5	19,2	
Aproveita férias p/ descanso					
Sim	42	87,5	22	84,6	0,729
Não	6	12,5	4	15,4	

De acordo com a tabela 14, 76% dos não hipertensos e 62% relataram trabalhar aos fins de semana. Em relação a trabalhar em casa, 82% dos não hipertensos e 77% dos hipertensos disseram trabalhar. Quanto às férias anuais, 81,3% dos não hipertensos e 80,8% dos hipertensos tiram férias anualmente. Em relação a aproveitar férias, 87,5% dos não hipertensos e 84,6% dos hipertensos relataram aproveitar. Observa-se que não houve associação entre hábitos profissionais e hipertensão referida.

Tabela 15 – Associação de hipertensão referida e a percepção com vida profissional e com colegas. Lins/SP, 2012.

	Não		Sim		P-valor
	N	%	N	%	
Percepção sobre vida profissional					
Sente-se muito satisfeito	28	57	13	50	0,455
Poderia melhorar	19	39	10	38	
Não está satisfeito	2	4	3	12	
Percepção sobre relação colegas					
Muito bom	30	61	14	54	0,587
Bom	18	37	12	46	
Ruim	1	2	0	0	

Os dados da tabela 15 mostram que, 57% dos não hipertensos e 50% dos hipertensos sentem-se muito satisfeitos com a vida profissional. Quanto à percepção sobre a relação com os colegas, 61% dos não hipertensos e 54% dos hipertensos relataram ter uma relação muito boa. Não houve associação com ter ou não ter hipertensão.

Tabela 16 – Associação de hipertensão referida e hábitos vida. Lins/SP, 2012.

	Não		Sim		P-valor
	N	%	N	%	
Ingere bebida					
Sim, bebo	30	61	18	69	0,077
Não, nunca bebi	17	35	4	15	
Não, parei	2	4	4	15	
Tabagismo					
Não, nunca fumei	44	90	13	50	0,001
Não, parei	4	8	12	46	
Sim, fumo	1	2	1	4	
Exercício físico					
Sim, pratico	30	62,5	16	61,5	0,935
Não, parei	12	25,0	6	23,1	0,854
Não, nunca pratiquei	6	12,5	4	15,4	0,729
*Frequência exercício (semanal)					
Até 2 vezes	14	46,7	6	37,5	0,550
3 ou mais vezes	16	53,3	7	43,8	0,536
**Aquisição alimentos					
Ambos	34	56	18	60	0,536
“In natura”	18	30	10	33	
Processado	9	15	2	7	
***Preparo alimentos					
Cozido	27	32	17	33	0,746
Assado	23	27	11	21	
Grelhado	19	23	16	31	
Frito	9	11	6	12	
Ensopado	6	7	2	4	

*2 pessoas disseram praticar exercício, mas não informaram a frequência (*missing*)

**Mais de uma resposta por questão

Na tabela 16, podemos observar uma tendência significativa em ingerir bebida, entre os hipertensos 69% relataram beber e 15% terem parado. Foi observada associação significativa entre tabagismo e hipertensão, onde 46% relataram terem parado de fumar e 4% ainda fumarem. Sobre a prática de exercício físico, 62,5% dos não hipertensos e 61,5% dos hipertensos relataram praticar exercício. A maioria dos docentes não hipertensos (53,3%) e hipertensos (43,8%) realizam o exercício físico com uma frequência de 3 ou mais vezes na semana. Em relação a aquisição de alimentos, 56% dos não hipertensos e 60% dos hipertensos adquirem alimentos “in natura” e processado. Sobre o preparo dos alimentos, 32% dos não hipertensos e 33% dos hipertensos relataram preparar alimento cozido. Não foi observada associação nas demais variáveis.

Tabela 17 – Associação de hipertensão referida e AUDIT. Lins/SP, 2012.

	Não		Sim		P-valor
	N	%	N	%	
Classificação do uso					
Baixo risco	44		21		
Uso de risco	3		5		
Uso nocivo	1		0		
Provável dependência	0		0		

*1 não sabe: baixo risco

De acordo com a tabela 17, os docentes que referiram ser hipertensos possuem menor risco de consumo abusivo de álcool ou de dependência que os hipertensos.

Tabela 18 – Associação de hipertensão referida e IPAQ. Lins/SP, 2012.

	Não		Sim		P-valor
	N	%	N	%	
Ativo	20	74,1	7	25,9	0,001
Irregularmente ativo	23	62,2	14	37,8	0,036
Sedentário	6	54,5	5	45,5	0,670

Os dados da tabela 18 mostram que, os docentes que referiram não ser hipertensos são mais ativos (74,1%) e mais irregularmente ativo (62,2%) que os hipertensos.

Tabela 19 – Associação de hipertensão referida e vulnerabilidade ao estresse, Lins/SP, 2012.

	Não		Sim		P-valor
	N	%	N	%	
Estresse					
Não vulnerável	33	67	16	62	0,693
Moderada vulnerabilidade	16	33	10	38	

De acordo com a tabela 19, a maioria dos docentes não hipertensos (67%) e hipertensos (62%) se mostraram não vulneráveis ao estresse. Observa-se que não houve associação entre estresse e hipertensão.

Tabela 20 – Associação de hipertensão referida e morbidade referida. Lins/SP, 2012.

	Não		Sim		P-valor
	N	%	N	%	
Percepção sobre estado saúde					
Bom	28	58,3	17	65,4	0,553
Ótimo	15	31,3	7	26,9	0,021
Regular	5	10,4	2	7,7	0,066
Problema saúde					
Não	33	67	13	50	0,142
Sim	16	33	13	50	
Faz tratamento					
Sim	13	29	22	96	0,0000
Não	32	71	1	4	
Diabetes					
Não	46	98	19	73	0,001
Sim	1	2	7	27	
Colesterol					
Não	32	70	19	73	0,75
Sim	14	30	7	27	

Na tabela 20, observa-se associação significativa entre hipertensão e estado de saúde, onde 31,3% dos não hipertensos possuem uma ótima percepção. Em relação ao problema de saúde, 67% dos não hipertensos e 50% dos hipertensos disseram não ter problema. A maior parte dos hipertensos relataram fazer tratamento. Os hipertensos referiram ter mais diabetes que os não hipertensos. A ausência de colesterol foi relatada pela maioria dos não hipertensos.

Tabela 21 – Associação de hipertensão referida e exames clínicos. Lins/SP, 2012.

		Não		Sim		P-valor
		N	%	N	%	
Pressão arterial medida						
Normal (<140/90 mmHg)		44	90	19	73	0,060
Elevada (≥ 140/90 mmHg)		5	10	7	27	
Circunferência abdominal						
Homens	Normal	27	77,1	9	37,5	0,002
	Anormal	8	22,9	15	62,5	0,002
Mulheres	Normal	8	61,5	0	0	0,104
	Anormal	5	38,5	2	100	0,104
IMC						
Sobrepeso		17	35,4	12	46,2	0,366
Peso normal		15	31,3	3	11,5	0,059
Obesidade		14	29,2	11	42,3	0,254
Baixo peso		2	4,2	0	0,0	0,291

Na tabela 21, podemos observar uma tendência significativa em relação à pressão arterial medida, em que hipertensos apresentaram mais pressão arterial elevada que não hipertensos. Foi observada associação significativa em relação à circunferência abdominal, onde homens hipertensos apresentaram circunferência abdominal mais elevada que não hipertensos. Quanto ao IMC, também foi observada uma tendência significativa, em que não hipertensos apresentaram mais peso normal que hipertensos.

Tabela 22 – Associação de hipertensão referida e hipertensão não referida na avaliação clínica. Lins/SP, 2012.

	Não		Sim		P-valor
	Média	dp	Média	dp	
PAS	120,52	16,01	129,54	20,42	0,039
PAD	73,20	8,91	75,02	12,59	0,471

Na tabela 22, observa-se que, a média de PAS (20,42 mmHg) dos docentes hipertensos foi significativamente maior que dos não hipertensos (16,01 mmHg).

Tabela 23 – Associação de hipertensão referida e outros problemas de saúde. Lins/SP, 2012.

	Não		Sim		P-valor
	N	%	N	%	
Diabetes					
Não	48	98	19	73	0,001
Sim	1	2	7	27	
Colesterol					
Não	34	69	19	73	0,738
Sim	15	31	7	27	
Infarto					
Não	48	98	24	92	0,235
Sim	1	2	2	8	
Derrame					
Não	48	98	25	96	0,644
Sim	1	2	1	4	
Varizes					
Não	38	78	23	88	0,248
Sim	11	22	3	12	
Dor nas costas					
Não	24	49	14	54	0,688
Sim	25	51	12	46	
Cólica renal					
Não	43	88	21	81	0,416
Sim	6	12	5	19	
Cálculo renal					
Não	39	80	21	81	0,903
Sim	10	20	5	19	
Doença venérea					
Não	46	94	25	96	0,676
Sim	3	6	1	4	
Infecção urinária					
Não	39	80	22	85	0,595
Sim	10	20	15	14	
Doenças respiratórias					
Não	41	84	21	81	0,752
Sim	8	16	5	19	

Os dados da tabela 23 mostram uma associação significativa entre diabetes e hipertensão, em que docentes hipertensos possuem mais diabetes que não hipertensos. A maioria dos docentes não hipertensos relataram não ter diabetes (98%), colesterol (69%), infarto (98%), derrame (98%), varizes (78%), cólica renal (88%), cálculo renal (80%), doença venérea (94%), infecção urinária (80%) e

doenças respiratórias (84%; 81%). Quanto a dor nas costas, a maior parte dos não hipertensos (51%) disseram ter dor e a maior parte dos hipertensos (54%) referiram não ter dor. Não foi observada associação nas demais variáveis.

5. DISCUSSÃO

Os dados obtidos no presente estudo revelaram que mais da metade da população constituiu-se de docentes do sexo masculino (80,0%) com idade média de 48,6 anos. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado com 145 professores universitários na Universidade de Viçosa/MG, onde aproximadamente 71% eram homens e possuíam uma idade média de 45,86 anos³⁰ e no interior do estado de São Paulo, em que 67,7% das pessoas pertencentes à categoria dos professores eram do sexo masculino e a com idade média de 46,8 anos³². Em relação ao sexo, estes resultados divergem da maioria das pesquisas, que geralmente encontram a prevalência do sexo feminino^{42,43,44}. Provavelmente, tal fato se justifique devido ao Centro Universitário de Lins possuir a maior parte de seus cursos de graduação na área de engenharias, na qual se observa o predomínio deste sexo. Sabe-se que a prevalência de Hipertensão Arterial é mais elevada no sexo masculino até a quarta década de vida e, que no sexo feminino as elevações de pressão ocorrem após essa idade, com a chegada do climatério⁴⁵.

Em relação ao estado civil, 76,0% eram casados e/ou possuíam união estável, dado semelhante ao encontrado em professores da Universidade do Mato Grosso do Sul, onde 72,3% eram casados⁴⁶. Nos Estados Unidos, estudo realizado com 3,5 milhões de pessoas, mostrou que, para os casados, o risco de desenvolver qualquer doença cardiovascular é 5% menor em comparação com os solteiros⁴⁷. No México, levantamento realizado com 200 hipertensos de um centro de saúde da cidade de Toluca encontrou 59% de indivíduos casados⁴⁸.

A renda familiar da maioria dos docentes foi maior que 10 salários mínimos (57,3%), achado semelhante foi verificado em estudo realizado com 454 professores universitários que observou renda familiar mensal superior a 11 salários mínimos em 72,7% dos participantes⁴⁹. Já em outra pesquisa realizada no interior do estado de São Paulo, a renda da maioria dos docentes (53,3%) foi mais elevada (superior a 15 salários mínimos)⁵⁰. Esse achado não deve ser observado isoladamente, uma vez que a titulação influencia diretamente na renda do docente. No presente estudo o mestrado foi observado em 68,0% da amostra, frequência superior ao encontrado em Pelotas/RS, onde 55,4% possuem pós-graduação⁵¹ e em Bagé/RS, onde 59% de 414 professores possuíam pós-graduação⁵². A titulação encontrada está de

acordo com o que reza o artigo 52, inciso II da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), que determina que, pelo menos, um terço do corpo docente de Centros Universitários tenham titulação acadêmica de mestrado ou doutorado⁵³. No novo plano de carreira proposto pelo Governo Federal que entrou em vigor no ano de 2013, um professor em dedicação exclusiva terá um salário de 8.179,39 como especialista, de 10.312,48 como mestre e de 17.057,74 como doutor; trabalhando 40 horas terá um salário de 4.968,76 como especialista, de 5.832,66 como mestre e de 7.859,6 como doutor e trabalhando 20 horas terá um salário de 3.591,02 como especialista, de 4.196,59 como mestre e de 5.041,94 como doutor⁵⁴. A maior parte dos indivíduos é graduada na área de exatas e atuam nessa temática, pelo fato da instituição possuir a maioria dos cursos de graduação nesta área.

A maioria dos docentes referiu ter outras atividades, o que de acordo com Malacrida, serve como complementação de renda⁵⁵. No extremo Sul Catarinense, 154 docentes foram avaliados e 116 possuíam outro emprego, sendo que 92 tinham dois empregos, 22 três, e dois tinham quatro empregos⁵⁶.

Segundo a percepção em relação à vida profissional e relacionamento com colegas, a maioria sente-se muito satisfeito e tem relação muito boa com colegas. Resultados semelhantes aos encontrados em docentes universitários do estado de Santa Catarina, onde 51,1% apresentavam satisfação no trabalho⁵⁷.

De acordo com os hábitos de vida, 64% referiram ingerir bebida alcoólica. Resultados convergentes foram encontrados em 52 docentes de Niterói/RJ, onde 66,7% dos participantes relataram consumir bebidas alcoólicas^{Erro! Indicador não definido.}. O álcool contribui para o agravamento da pressão arterial, o aumento de suas taxas no sangue eleva a PA de forma lenta e progressiva, na proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente⁵⁸. A redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas⁵⁹. Recomenda-se limitar o consumo de bebidas alcoólicas a, no máximo, 30 g/dia de etanol para homens e 15 g/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso⁶⁰. O álcool, em doses moderadas, desempenha efeito protetor no sistema cardiovascular^{61,62}. Recentemente, foi demonstrado que os polifenóis do vinho tinto apresentam efeitos que atuam como antioxidantes no colesterol LDL, inibindo a adesão de moléculas de expressão,

inibindo a agregação plaquetária, induzindo a liberação de óxido nítrico e promovendo vasodilatação⁵⁷. Em um novo estudo publicado no American Heart Association, 67 homens com alto risco de doença cardíaca apresentaram valores menores de pressão arterial depois de beber vinho tinto não alcoólico todos os dias, durante quatro semanas⁶³.

A maioria dos docentes nunca fumou. Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com 23 professores, onde 82,3% declararam que não fumam²⁰. Em outra pesquisa realizada na cidade de Pelotas/RS, 80,0% dos professores nunca fumaram⁵¹. Resultados semelhantes foram encontrados no Sul do Brasil, onde 66,9% dos professores relataram nunca terem fumado⁶⁴. De acordo com o Ministério da Saúde, hipertensos que fumam devem ser estimulados a abandonar este hábito por meio de aconselhamentos e medidas terapêuticas específicas⁵⁹. O cigarro duplica o risco na doença arterial coronariana e 30% delas são atribuídas ao número de cigarros fumados⁶⁵. O tabaco provoca lesões arterial, hipercolesterolemia, aumento LDL, ativação das plaquetas e dos leucócitos, aumento do fibrinogênio e formação de placas inflamatórias, trombos e embolias⁶⁶. Esses achados podem ter relação com a Lei antifumo implantada no estado de São Paulo, em pesquisa encomendada pela secretaria de saúde do estado, 49% dos participantes admitem ter reduzido o consumo do cigarro desde o início da vigência em agosto de 2009⁶⁷.

A prática de exercício físico foi referida por 61,3% dos docentes. Em estudo realizado com docentes de uma universidade pública, 71,9% dos participantes disseram praticar alguma atividade física regularmente²⁰. Em outra pesquisa realizada com professores de uma cidade do Sul do Brasil, 65,2% dos sujeitos eram ativos fisicamente⁵². O exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso⁵⁹.

A prática de exercício físico com frequência de até 2 vezes por semana foi relatada por 43,5% dos participantes. Em estudo realizado com professores de uma Universidade do Paraná, 51% dos participantes praticam exercício físico e 21,9% com uma frequência de 3 vezes na semana⁶⁸. Sabe-se que o exercício físico de intensidade baixa a moderada realizado regularmente possui implicações clínicas importantes na abolição ou diminuição de medicamentos anti-hipertensivos e na melhora na qualidade de vida⁶⁹.

Em relação ao estresse, 65,3% dos docentes se mostraram não vulneráveis. Na Universidade Federal de Goiás, verificou-se que 76,1% dos docentes participantes apresentaram baixa vulnerabilidade ao estresse⁷⁰. Na cidade de Niterói, 70% dos docentes participantes de um estudo não apresentaram estresse. Os efeitos do stress excessivo e contínuo não se limitam apenas ao comprometimento da saúde. Além de desencadear inúmeras doenças, prejudica a qualidade de vida e a produtividade do indivíduo⁷¹.

O estado de saúde foi considerado como bom em 60,0% da população. Em estudo realizado em uma Universidade Regional do Rio Grande do Sul 59% docentes que participaram do estudo consideraram sua saúde de regular a boa⁷².

Segundo os exames clínicos, 84,0% dos docentes apresentaram pressão arterial normal durante a medida, tal fato ocorreu devido os sujeitos estarem com a pressão controlada por medicação. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado em uma instituição de ensino superior privada, onde, 93,3% dos participantes apresentaram valores de pressão arterial normais⁷³. Entre 30 docentes que participaram de um estudo realizado na UFMG, 90% (27) apresentaram pressão arterial normal durante a medida³².

Em relação à circunferência abdominal 60% dos homens e 53,3% das mulheres apresentaram valores normais, estes resultados podem ser justificados pelo fato de 61,3% dos docentes relatarem praticar exercício físico, com uma frequência de até 2 vezes na semana (43,5%) e mais que 3 vezes na semana (23,6%). Sabe-se que existe uma relação entre risco cardiovascular e gordura abdominal, assim uma circunferência abdominal <102 cm para homens e <88 cm para mulheres pode prevenir o aparecimento da hipertensão arterial⁷⁴.

O sobrepeso foi encontrado em 38,7% da população. Em estudo realizado com 67 docentes de uma instituição privada de ensino superior de Fortaleza/CE, verificou-se que 33% dos entrevistados apresentaram sobrepeso⁷⁵. Resultados semelhantes foram encontrados em 1.482 docentes no Sul do Brasil, onde 37,6% apresentaram excesso de peso ($IMC > 25 \text{Kg/m}^2$)⁶⁸. Em uma Universidade pública de Minas Gerais, 50% dos docentes apresentaram sobrepeso³². O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso⁵⁹.

A associação entre hipertensão arterial referida e características demográficas mostraram que, os indivíduos hipertensos apresentaram uma média de idade maior que os não hipertensos. A idade possui uma relação direta com a PA e a prevalência de HAS é muito observada em indivíduos >60 anos⁷⁴. A musculatura lisa e o tecido conjuntivo dos vasos sanguíneos podem sofrer alterações devido envelhecimento⁷⁶. Em estudo realizado com docentes de uma Universidade Federal de Minas Gerais, observou-se que a maioria dos indivíduos possuíam uma idade média de 48,3 anos³². Resultados semelhantes também foram observados em entre docentes de Niterói/RJ, onde 67,9% possuíam mais de 47 anos^{Erro! Indicador não definido.}. Em outra pesquisa realizada no Sul do Brasil 49,5% da amostra tinham entre 45 a 54 anos de idade⁶⁴.

O sexo masculino foi predominante em 73% dos não hipertensos e 92% dos hipertensos, pois a maioria da população foi constituída por homens. Na maioria das pesquisas realizadas entre docentes, observa-se uma alta prevalência do sexo feminino^{20,Erro! Indicador não definido.,52}. Porém, resultados semelhantes foram encontrados em uma Instituição de ensino Superior de Fortaleza/CE, onde 58,2% dos docentes eram do sexo masculino⁷⁵. Na cidade de Maringá/PR 52,87% dos docentes que participaram de uma pesquisa eram do sexo masculino⁶⁴. Em um estudo realizado em Viçosa/MG, 71,03% dos docentes eram homens³⁰.

Quanto ao estado civil, 77,1% dos docentes não hipertensos e 92,3% dos hipertensos referiram ser casados ou ter união estável. Sabe-se que o estado civil é uma característica muito importante para indivíduos hipertensos, pois, o cônjuge, juntamente com os demais membros da família, pode oferecer um suporte que facilita a inserção do hipertenso no contexto da doença e tratamento⁷⁷. No município de Bagé/RS, 53,7% dos professores referiram ser casados⁵². Na UEM/PR 75,4% dos docentes da que participaram de uma pesquisa eram casados⁶⁴.

A HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca, contudo deve-se levar em consideração que, não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil¹⁴. Em relação a cor, 94% dos não hipertensos e 22% dos hipertensos que participaram desta pesquisa relataram serem brancos. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado na cidade de São Paulo em uma Instituição de ensino Superior Privada, onde 93,4% dos doentes eram de raça branca⁷³. Dados divergentes foram encontrados docentes

de Niterói, em que 90% referiam ter cor da pele parda e/ou negra^{Erro! Indicador não definido.}

A renda foi semelhante entre os indivíduos, os não hipertensos relataram receber em média 14,7 salários mínimos e os hipertensos 17,3. O argumento de que a renda afeta a saúde de um indivíduo é bastante questionável, pois vivemos em um país onde a desigualdade social é muito notória. Esta influencia diretamente o indivíduo na aquisição de bens e serviços de saúde, acesso aos serviços de saúde, condições de moradia e educação⁷⁸.

Em relação ao tempo de formação, observa-se que os docentes hipertensos possuem mais anos de formados que os não hipertensos. Estes dados sugerem que, a qualidade de vida e a saúde destes indivíduos está sendo comprometida na medida em que eles se consolidam profissionalmente⁵².

As horas trabalhadas semanalmente em outras atividades foram maiores entre dos docentes que relataram ser hipertensos, do que os não hipertensos. Tal fato pode ser justificado pela necessidade de complementação da renda^{55Erro! Indicador não definido.}, assim, os docentes acabam desenvolvendo atividades em outras instituições ou até mesmo como autônomos na sua área de formação. Devido ao grande número de horas trabalhadas, estes indivíduos acabam muitas vezes descuidando de sua saúde e ficando exposto a alguns fatores de risco modificáveis que podem desencadear o aumento da pressão arterial como, excesso de sal, excesso de peso e obesidade, sedentarismo e ingestão de álcool¹⁴.

O tabagismo não se fez presente em 90% dos não hipertensos. Em uma Universidade Federal de Minas Gerais, 93,4% dos docentes também relataram não fumar³². Estudo realizado com docentes da Universidade Federal de Goiás mostrou que 82,3% não fumam²⁰. No município de Bagé/RS, 51 docentes disseram não ser fumantes⁵². A relação entre o tabagismo e o desenvolvimento da hipertensão arterial ainda é motivo de controvérsias¹⁴. Apesar dos efeitos agudos do cigarro sobre a pressão arterial, vários estudos epidemiológicos não demonstraram associação entre o tabagismo e a hipertensão arterial¹⁴.

A validade das medidas da morbidade referida tem sido investigada em várias pesquisas⁷⁹. Porém, é importante ficar atento para uma possível limitação da população na percepção de aspecto referentes à sua condição de saúde⁵². A percepção da saúde foi referida como sendo boa em 58,3% dos não hipertensos e

65,4% dos hipertensos. Em uma cidade do Sul do Brasil, aproximadamente 85% dos docentes avaliaram sua saúde como boa⁵². Na UEM/PR 57,8% dos docentes se sentem satisfeitos com a saúde⁶⁴.

Os valores de CA se apresentaram anormais em 62,5% dos homens hipertensos e em 100% das mulheres hipertensas. A OMS estabelece como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado medida de circunferência abdominal ≥ 102 cm em homens e ≥ 88 cm em mulheres³⁸. Em pesquisa realizada com professores da UFV/MG, aproximadamente 14% dos homens e 28% das mulheres apresentaram CA dentro da faixa de risco “muito elevado” (≥ 102 cm ♂ e ≥ 88 cm ♀)⁸⁰. Nesta mesma universidade foi realizada outra pesquisa, onde 22,2% dos homens e 42% das mulheres apresentavam CA ≥ 102 cm e ≥ 88 cm⁸¹. A CA é um índice utilizado para detectar uma possível hipertensão arterial, assim a obesidade central passa a ser um indicativo de maiores riscos cardiovasculares⁸².

Entre os docentes que responderam ser diabéticos, 27% são hipertensos e 2% não são hipertensos. A HA aumenta o risco de complicações micro e macrovasculares. O risco de eventos coronarianos aumenta 2x no homem e 4x em mulheres e também aumentam as complicações renais e retinianas. A diminuição de 10 mmHg na PAS em diabéticos do tipo 2 reduz em 12% qualquer complicação relacionada ao diabetes, 11% de infarto do miocárdio e 13% das complicações microvasculares⁸³. A possibilidade de associação da HA e do DM é na ordem de 50%, requerendo, na maioria das vezes, o manejo das duas doenças em um mesmo indivíduo⁸².

A PAS dos docentes hipertensos se apresentou relativamente mais alta, que os não hipertensos.

Quanto ao nível de atividade física, observou-se significância estatística, pois 74,1% dos docentes não hipertensos são mais ativos que os 25,9% dos hipertensos. Em pesquisa realizada com docentes em uma cidade do Sul do país, aproximadamente 65,2% dos participantes foram classificados como ativos⁵². Em uma Universidade de Pouso Alegre/MG, 67% dos professores foram classificados como ativos⁸⁴. A realização de atividade física regular é a primeira estratégia usada em condutas não medicamentosas de prevenção e tratamento da HA⁸⁵. É indicada a indivíduos hipertensos, até mesmo aqueles sob tratamento medicamentoso, pois reduz a pressão arterial sistólica e diastólica em 6,9/4,9 mmHg⁷⁴.

6. CONCLUSÃO

Com base nos dados do presente estudo é possível concluir que:

- A prevalência de hipertensão arterial na população estudada se manteve acima da média da maioria das pesquisas;
- Em relação às variáveis demográficas: houve um predomínio do sexo masculino, em sua maioria casados/união estável e brancos.
- Nas características profissionais: a maior parte dos docentes possui graduação na área de exatas, são mestres, com apenas uma graduação, atuam na área de exatas, desenvolvem outras atividades, dão aula em somente um curso, possuem um cargo, trabalham aos fins de semana e em casa, tiram férias anualmente e aproveitam, sentem-se satisfeitos com a vida profissional e tem uma percepção muito boa com os colegas;
- Em relação aos hábitos e estilo de vida: o uso de bebida alcoólica foi relatado pela maior parte dos participantes, a maioria nunca fumou, pratica exercício físico até 2x por semana, ingere alimentos “in natura” e processados e prepara os alimentos de forma cozida;
- Na identificação da morbidade referida: a maior parte da população tem boa percepção sobre o estado de saúde, não tem problemas de saúde e faz tratamento de saúde;
- Na identificação do estresse a maioria se mostrou não vulnerável;
- Na avaliação dos riscos para as doenças cardiovasculares: a PA se manter normal durante a medida em grande parte dos docentes, a CA também se apresentou normal na maioria e o IMC de menos da metade dos participantes se manteve na faixa do sobrepeso;

- A associação de hipertensão referida com as variáveis estudadas mostrou que indivíduos hipertensos tinham idade média significativamente maior que os não-hipertensos e, conseqüentemente, tempo maior de formação; o grupo de docentes que referiu hipertensão teve significativamente mais ex-fumantes do que o grupo de normotensos que apresentou significativamente mais indivíduos que referiram nunca ter fumado; normotensos referiram perceber seu estado de saúde como ótimo significativamente mais do que hipertensos; dentre os homens, a circunferência abdominal aumentada foi significativamente maior no grupo que referiu hipertensão do que entre os normotensos; hipertensos referiram significativamente mais diabetes do que normotensos; a pressão sistólica dos hipertensos foi significativamente maior do que normotensos; normotensos foram mais ativos ou irregularmente ativos do que hipertensos.

7. REFERÊNCIAS

-
- 1 Mendes R, Dias EC. Saúde dos trabalhadores. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N de. Epidemiologia e saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999; 43-456.
 - 2 Haddad M do CL. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. 2000. [acesso em: 2012 mai 20]. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm>.
 - 3 Azambuja EP, Kerber NP da C, Kirchhof AL. A saúde do trabalhador na concepção dos acadêmicos de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2007; 41(03):355-362.
 - 4 Ministério da Saúde do Brasil Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil - Doenças relacionadas ao trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde - Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114 Brasília/DF – Brasil 2001.
 - 5 Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: saúde do trabalhador. 2002. [acesso em 2011 Mai 23]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf.
 - 6 Meira LF de. Capacidade para o trabalho, fatores de risco para as Doenças Cardiovasculares e Condições Laborativas de trabalhadores de uma Indústria Metal-Mecânica de Curitiba/PR [dissertação de mestrado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004.
 - 7 Facchini LA. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Rocha LE, Rigotto RM, Buschinelli JTP. Isto é trabalho? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1993. 179-181.
 - 8 Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.
 - 9 Silva JLL da, Andrade LA de F, Pereira LC de L, Silva P R B da. Estresse e fatores de risco para a hipertensão arterial entre docentes de uma escola estadual de Niterói, RJ. Revista de Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco On Line. 2010; 04(3):1347-1356.
 - 10 Laurenti R, Buchalla CM, Caratin CV de S. Doença Isquêmica do Coração. Interações, Tempo de Permanência e Gastos. Brasil, 1993 a 1997. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2000; 74(6):483-487.
 - 11 Ministério da Saúde. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010. 2011. [acesso em 2013 set 24]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap4.pdf.
 - 12 Dias EC. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Representação no Brasil da OPAS/OMS. Brasília: Editora MS. 2001.

13 The Framingham Heart Study: The town that changed America's Heart. [acesso em 2011 mai 15]. Disponível em: <http://www.framingham.com/heart/backgrnd.htm>.

14 Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2010; 95(1 supl.1):1-51.

15 Palmeira CS. Fatores de risco cardiovascular em funcionários de uma Instituição de Ensino Superior [dissertação de mestrado]. Salvador: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; 2004.

16 Conceição TV, Gomes FA, Tauil PL, Rosa TT. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovascular em servidores da Universidade de Brasília. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2006; 86(1): 26-31.

17 Simão M, Nogueira MS, Hayashida M, Cesarino EJ. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2002; 4(2):27-35.

18 Godoy MF de, Lucena JM de, Miquelin AR, Paiva FF, Oliveira DL de Q, Augustin Junior JL et al . Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2007; 88(2):200-206.

19 Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: hipertensão arterial sistêmica [texto na internet]. 2006 [acesso em 2011 mai 23]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf.

20 Silva JLL, Souza SL de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2004; 06(3): 330-335.

21 The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). [acesso em 2014 fev 13]. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf>.

22 Sousa ALL. Prevalência da Hipertensão Arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo – SP (1982-1990) [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo;1996.

23 Gandarillas MA, Camara SG, Scarparo H. Estressores sociais da hipertensão em comunidades carentes. Psicologia: reflexão e crítica. 2005; 18(1):62-71.

24 Dressler WW, Santos JE dos. Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. Cadernos de Saúde Pública [serial on the Internet]. 2000; 16(2):303-315.

25 Cruz MR, Lemos JC. Atividade docente, condições de trabalho e processos de saúde. 2005 [acesso em 2013 set 29]. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/viewFile/742/%203887>.

26 Garrido MP. Análisis comparativo. In: Condiciones de trabajo y salud docente. Santiago de Chile: OREALC, UNESCO; 2005.

-
- 27 Lessa I. Doenças não-transmissíveis. In: Rouquayrol MZ, organizadora. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 1994. 269-279.
- 28 Colombo RCR, Aguillar OM. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. Revista Latino Americana de Enfermagem. 1997 abril; 5(2):69-82.
- 29 Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. Revista Brasileira de Hipertensão. 2006; 13(2):134-143.
- 30 Moreira OC, et al. Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários Revista Brasileira de Educação Física e Esporte. 2011; 25(3):397-406.
- 31 Hoehne EL. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em trabalhadores de uma universidade: estudo de fatores de risco para seu controle – HIPERTRAB. [dissertação de mestrado]. Campinas: UNICAMP; 2001. [acesso em: 2013 nov 11]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000240103>.
- 32 Xavier F dos A, Barboza LF, Monteiro AMP, Santos LC dos, Oliveira DR de. Fatores de risco cardiovascular entre docentes de uma universidade pública de Minas Gerais. Revista Mineira de Enfermagem. 2010; 14(4): 465-472.
- 33 Ministério da Saúde. Cadernos de Informações de Saúde São Paulo. 2008. [acesso em 2013 set 25]. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/SP.htm.
- 34 IV Diretriz para uso da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e II Diretriz para uso da Monitorização Residencial da Pressão Arterial. Arquivos Brasileiro de Cardiologia. 2005; 85(Supl I):5-18.
- 35 Artigão LM, Llavador JJ, Puras A, Lopez Abril J, Rubio MM, Torres C, et al. Evaluation and validation of Omron Hem 705 CP and Hem 706/711 monitors for self-measurement of blood pressure. Atencion Primaria. 2000; 25(2): 96-102.
- 36 World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO. 1995.
- 37 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.
- 38 I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2005; 84(Suplemento I).
- 39 Babor TF, Fuente JR, Saunders J & Grant M. AUDIT. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. WHO (World Health Organization)/PAHO. 1992; 4:1-29.
- 40 Lima C, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M and Prince M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. Alcohol Alcohol. 2005; 40: 584-589.

-
- 41 Alvarez BR. Qualidade de vida relacionada à saúde de trabalhadores: um estudo de caso. [dissertação de mestrado]. Florianópolis: UFSC; 1996.
- 42 Reis MG dos, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2001; 9(3): 51-57.
- 43 Jardim PCBV, Godim MRP, Montenegro ET, Moreira HG, Vitorino PVOliveira, Souza WKSB et al . Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*. 2007; 88(4): 452-457.
- 44 Ducan BB, Schmidt MI, Polanczyk CA, Homrich CS, Rosa RS, Achutti AC. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em area metropolitan na região sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. *Revista de Saúde Pública*. 1993; 27(1):143-148.
- 45 Brandão AP, Brandão AA, Magalhães MEC, et al. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. 2003; 13(1): 7-19.
- 46 Lima M de FEM, Lima-Filho D de O. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. *Ciências e Cognição*. 2009; 14(3): 62-82.
- 47 Alviar CL, Rockman C, Adelman M, Berger J. Association of matrial sataus with vascular diease in different arterial territories: a population based study of over 3.5 million subjects. *Journal of the American College of Cardiology*. 2014; 63(12). [acesso em 2014 mai 28]. Disponível em: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1856001>.
- 48 Reza CG, Nogueira MS. O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluca, México. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2008; 12(2): 265-270.
- 49 Battistella LF, Velter NA, Grohmann MZ, Casasola FP. Aplicação da Escala-NEP para a mensuração da consciência ecológica de professores universitários: perfil e implicações para estudos futuros. *Desenvolvimento em questão*. 2012; 19(10): 207-238.
- 50 Magalhais LCB, Yassaka MCB, Soler ZASG. Indicadores da qualidade de vida no trabalho entre docentes do curso de graduação em enfermagem. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 2008; 15(3):117-124.
- 51 Rombaldi AJ, Borges TT, Canabarro LK, Corrêa LQ, Neutzling MB. Conhecimento de professores de educação física sobre fatores de risco para doenças crônicas de uma cidade do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*. 2012; 14(1):61-72.
- 52 Santos MN dos, Marques AC. Condições de saúde, estilo de vida e características de trabalho de professores de uma cidade do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(3): 837-846.
- 53 Brasília. Ministério da Educação. Supervisão especial da composição de corpo docente de Universidades e Centros Universitários. 2009. [acesso em 2014 mai 28]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/relatorio_supervisao2_0709.pdf.

-
- 54 Ministério da Educação. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Governo concede reajuste a todos os professores de ensino superior da rede federal. 2013. [acesso em 2014 jun 15]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=14751.
- 55 Malacrida VA, B HF de. A ação do docente no século XXI: novos desafios. *Colloquium Humanarum*. 2011; 8(esp.): 511-518.
- 56 Marqueze EC, Moreno CR de C. Satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho entre docentes universitários. *Psicologia em Estudo*. 2009; 14(1): 75-82.
- 57 Di Castelnuovo AD, Rotondo S, Iacoviello L, El atl. Metanalysis of wine and beer consumption in relation to vascular risk. *Circulation*. 2002; 105:2836-2844.
- 58 Mion Junior D. Hipertensão: aspectos práticos. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Departamento de Hipertensão Arterial, 1988.16p.
- 59 Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: hipertensão arterial sistêmica. 2006 [acesso em 2014 mai 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf.
- 60 Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*. 2006; 47: 296-308.
- 61 Rats H, Soares Filho PR, Castro I, Stahlschmidt A. Efeito do Vinho Tinto Associado ao Exercício Físico no Sistema Cardiovascular de Ratos Espontaneamente Hipertensos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2011; 96(4): 277-283.
- 62 Amodeo C, Lima NKC. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Medicina, Ribeirão Preto*. 1996; 29: 239-243.
- 63 American Heart Association. Non-alcoholic red wine may help reduce high blood pressure. 2012. [acesso em 2014 jun 15]. Disponível em: <http://newsroom.heart.org/news/non-alcoholic-red-wine-may-help-238090>.
- 64 Filho A de O, Netto-Oliveira ER, Oliveira AAB de. Qualidade de vida e fatores de risco de professores universitários. *Revista da Educação Física/UEM*. 2012; 23(1):57-67.
- 65 Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*. 2002; 78(5): 478-483.
- 66 U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
- 67 Brasil. Lei n. 13.541 de 7 de maio de 2009. Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica. [acesso em 2014 jun 15]. Disponível em: <http://www.leiantifumo.sp.gov.br/usr/share/documents/legislacao.pdf>.

68 Mendes FMP. Incidência de Burnout em professores universitários. [dissertação de mestrado]. Santa Catarina: UFSC; 2002.

69 Moraes RX de. Hipertensão e exercício físico: uma breve introdução. Departamento de fisiologia do instituto de biociências-usp. 2004:19-21.

70 Bachion MM, Abreu L de O, Godoy LF, Costa EC. Vulnerabilidade ao estresse entre professores de uma universidade pública. Revista de Enfermagem UERJ. 2005; 13(1): 32-37.

71 Sadir MA, Bignotto MM, & Lipp MEN. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. 2010; 45(20):73-81. [acesso em 2014 mai 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n45/a10v20n45.pdf>.

72 Fontana RT, Pinheiro DA. Condições de saúde auto-referidas de professores de uma universidade regional. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2010; 31(2): 270-276.

73 Alves FG, Nakashima LMA, Klein GFS. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica em docentes do curso de enfermagem de uma universidade privada da cidade de São Paulo. Saúde Coletiva. 2010; 42(7): 179-182.

74 Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2007; 89(3): 24-79.

75 Saraiva FV, Freitas RWJF de, Sousa VEC de, Araújo MFM de, Silva ARV da, Damasceno MMC. Sobrepeso e obesidade em docentes: um estudo de prevalência. Revista de Enfermagem UFP on line. 2011; 5(2): 193-198.

76 Pessuto J, Carvalho EC de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Revista Latino Americana de Enfermagem. 1998; 6(1): 33-39.

77 Pierin AMG, Mion Jr D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doenças. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2001; 35(1): 11-18.

78 Santos AMA dos, Jacinto P de A, Tejada CAO. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. Estudo econômicos. 2012; 42(2): 229-261.

79 Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB de. Medidas de morbidade e inter-relações com dimensões de saúde. Revista de Saúde Pública. 2008; 42(1): 73-81.

80 Oliveira RAR de, Moreira OC, Neto FA, Amorim W, Costa EG, Marins JCB. Prevalência de sobrepeso e obesidade em professores da Universidade Federal de Viçosa. Revista Fisioterapia em Movimento. 2011; 24(4): 603-612.

81 Rezende FAC, Rosado LEFPL, Ribeiro R de CL, Vidigal F de C, Vasques ACJ, Bonard IS, Carvalho CR de. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2006; 87(6): 728-734.

82 Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica nº7: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Brasília. 2001. [acesso em 2014 jun 02]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/cd05_06.pdf.

83 Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diabetes Mellitus: Tratamento da Hipertensão Arterial. 2004.

84 Antunes AC, Silva RMO, Cardoso DAM. Incidência de estresse e nível de atividade física em professores universitários. Revista ENAF Science. 2008; 3(2): 44-47.

85 Medina FL, Lobo FL da S, Souza DR de, Kanegusuku H, Forjaz CL de M. Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. Revista Brasileira de Hipertensão. 2010; 17(2): 103-106.

8. APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta Convite

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “Prevalência de Hipertensão Arterial e fatores de risco cardiovascular em docentes de um Centro Universitário de Lins - Unilins” que tem por objetivo avaliar as condições de saúde dos docentes do Centro Universitário de Lins.

Para tanto será necessário que o(a) Sr.(a) responda a 05 questionários. O primeiro deles refere-se aos dados pessoais, profissionais, hábitos e estilo de vida; o segundo aborda aspectos sobre a morbidade referida e os fatores de risco para doenças cardiovasculares; o terceiro que avalia o sedentarismo, o quarto que avalia o alcoolismo e o último avalia o estresse ocupacional. Além disso, caso o(a) Sr.(a) concorde em participar e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, serão realizados exames clínicos. O exame clínico constará de medidas da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal. Com os resultados obtidos neste estudo, espera-se contribuir para o monitoramento do estado de saúde dos docentes desta Instituição, permitindo atuar na previsão da morbi-mortalidade e na prevenção de doenças cardiovasculares.

Os dados colhidos nesta pesquisa são sigilosos e apenas a pesquisadora terá acesso aos mesmos.

Os docentes que desejarem receberão um relatório comentado dos resultados dos exames clínicos; basta manifestar esse interesse por escrito. No caso de alterações clínicas, risco cardiovascular aumentado, serão encaminhados para a Unidade Básica de Saúde do CAIC (Centro de Atenção Integral à Criança).

É importante esclarecer que só participará desse estudo quem realmente desejar e assinar o Termo de Consentimento, devolvendo-o juntamente com os questionários preenchidos à pesquisadora **até 7 dias após o recebimento desta Carta Convite.**

Qualquer esclarecimento poderá ser obtido com a pesquisadora Joyce Cristina Botton Miguel, pelos telefones (14) 3532-6364 ou (14) 9777-4243.

Atenciosamente,

Joyce Cristina Botton Miguel
Email: joycebotton82@gmail.com
Tel : (14) 3532-6364
(Pesquisadora)

Profª Drª Josiane Lima de Gusmão
Email: josigusmao@gmail.com
Tel : (11) 2087-0356
(Orientadora)

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prevalência de Hipertensão Arterial e fatores de risco cardiovascular em docentes de um Centro Universitário de Lins – Unilins.

As informações aqui contidas foram fornecidas pela pesquisadora Joyce Cristina Botton Miguel, mestranda do Curso de Pós Graduação Strictu Sensu em Enfermagem da Universidade Guarulhos, para sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo verificar a prevalência de hipertensão arterial e analisar os fatores de risco cardiovascular em docentes do Centro Universitário de Lins.

As informações serão obtidas por meio de questionário, formulário e exames clínicos.

Pelo questionário e formulário buscar-se-ão os dados pessoais, profissionais, estilo de vida, fatores de risco, avaliação do sedentarismo, alcoolismo e estresse.

O exame clínico constará de medidas da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal.

Todos os exames desta pesquisa são seguros e bem tolerados. Entretanto, alguns desconfortos podem ocorrer. Durante o preenchimento dos instrumentos algumas pessoas podem se incomodar ou se sentirem constrangidas com algumas questões, estando exposto a um risco mínimo.

Sem nenhum gasto, você fará avaliações da obesidade, da hipertensão e dos fatores de risco cardiovascular. Esses resultados serão informados e, caso seja detectada alguma anormalidade, você será encaminhado à Unidade Básica de Saúde do CAIC (Centro de Atenção Integral à Criança).

Sempre que necessário, em qualquer etapa do estudo, é garantido que você poderá solicitar esclarecimentos sobre dúvidas com os pesquisadores responsáveis pela pesquisa.

Entendo que não terei despesa pessoal em qualquer fase do estudo e que nenhuma compensação será oferecida em decorrência de minha participação, sendo minha assinatura neste documento, por livre e espontânea vontade, livre de qualquer represália ou tipo de coerção, representa a anuência para agir como sujeito na atividade proposta.

Ficam-me assegurados os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo; o sigilo de minha identidade; a confidencialidade, sendo que as informações obtidas serão analisadas junto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum voluntário e o conhecimento dos resultados obtidos quando por mim solicitado.

Declaro ainda que fui certificado que os resultados obtidos poderão ser utilizados apenas para pesquisa, e que poderão ser publicados futuramente.

A pesquisadora Joyce Cristina Botton Miguel pode ser encontrada no seguinte endereço: Rua Castro Alves, 1025- Parque Alto de Fátima- Lins/SP e pelos telefones (14) 9777-4243 e (14) 35326364. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Praça Tereza Cristina, 229 - Centro - Guarulhos tel: (11) 2087-0356 – e-mail: comite.etica@ung.br.

Eu, _____, certifico que após a leitura deste documento e de outras explicações deste estudo dadas pela pesquisadora, estou de acordo com a minha participação voluntária na pesquisa, ficando claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Declaro ainda que fui certificado que os resultados obtidos poderão ser utilizados apenas para pesquisa, e que poderão ser publicados futuramente.

Assinatura do Pesquisado

Local e data

RG.: _____

Joyce Cristina Botton Miguel

Assinatura do Pesquisador Responsável

Local e data

RG: 33.423.627-7

APÊNDICE C - Características Sócio-Demográficas, Profissionais e de Estilo de Vida

Data:/...../.....

Código de Identificação:

Parte A - Dados Pessoais:	
1. Iniciais do nome: _____	2. Data de nascimento: ___/___/_____
3. Sexo: (1) masculino (2) feminino	
4. Etnia: (1) branco (2) negro (3) pardo (4) amarelo (5) indígena	
5. Estado Civil: (1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) separado (5) divorciado (6) amasiado	
6. Formação:	
6.1. Qual(is) graduação(ões) possui: _____	
6.2. Há quanto tempo terminou a última graduação? _____ (anos)	
7. Possui pós-graduação? (1)Não (2)Sim	
7.1. Se sim, qual(is)?	
(1) Pós-graduação <i>Lato sensu</i>	
(2) MBA	
(3) Mestrado	
(4) Doutorado	
8. Cidade onde mora: _____	

Parte B - Dados Profissionais:	
9. Tempo de serviço na instituição: _____ () anos () meses	
10. Cursos que ministra aulas: _____	
11. Ocupação/Cargo: _____	
12. Renda familiar em salários mínimos: _____ salários mínimos	
13. Horas trabalhadas por semana (na instituição): _____ horas	
14. Costuma levar trabalho para casa? (1)Não (2)Sim	
15. Tira férias todo ano? (1)Não (2)Sim	
15a. Você aproveita suas férias para descansar? (1)Não (2)Sim	
16. Você tem outras atividades profissionais fora do seu horário de trabalho?	
(1)Não (2)Sim	
17. Você costuma trabalhar nos finais de semana? (1)Não (2)Sim	
18. Com relação a sua vida profissional, você afirmaria que:	
(1)sente-se muito satisfeito	
(2)poderia melhorar	
(3)não está satisfeito	
(4)está completamente insatisfeito	

19. Seu grau de relacionamento com seus colegas de trabalho é: (1)ruim (2)médio (3)bom (4)muito bom

Parte C - Dados Sobre Estilo de Vida:

20. Você tem o hábito de ingerir bebida alcoólica?

(1)Não, nunca bebi

(2)Sim, bebo

(3)Não, parei

21. Tem o hábito de fumar?

(1)Não, nunca fumei

(2)Sim, fumo

(3)Não, parei

22. Pratica exercícios físicos regularmente?

(1)Não, nunca pratiquei

(2)Sim, pratico. Especifique: **22a.** Frequência semanal: (1)até 2 vezes (2)3 vezes (3)mais que 3 vezes

(3)Não, parei

23. Qual a forma preferida para aquisição de alimentos?

(1)in natura

(2)processados

(3)ambos

24. Qual a forma mais usada para preparar os alimentos?

(1)cozido (2)assado (3)grelhado (4)frito (5)ensopado

APÊNDICE D - Morbidade Referida e Fatores de Risco

Parte A - Morbidade Referida:			
1. Como você classifica seu atual estado de saúde?			
(1)ótimo (2)bom (3)regular (4)ruim (5)péssimo			
2. Você tem alguma queixa ou problema de saúde? (1)Não (2)Sim			
2a. Está fazendo tratamento? (1)Não (2)Sim			
3. Você tem Pressão Alta? (1)Não (2)Sim			
4. Você tem Diabetes? (1)Não (2)Sim			
5. Você tem ou teve Colesterol alto? (1)Não (2)Sim			
6. Tem ou teve doenças tais como:			
(a)Infarto	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(b)Derrame	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(c)Varizes	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(d)Dor nas costas	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(e)Cólica renal	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(f)Cálculo renal	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(g)Doença venérea	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(h)Infecção urinária	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(i)Doenças respiratórias	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(j)Outras: _____	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
7. Você tem ou teve Colesterol alto? (1)Não (2)Sim			
8. Tem ou teve doenças tais como:			
(a)Infarto	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(b)Derrame	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(c)Varizes	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(d)Dor nas costas	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(e)Cólica renal	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(f)Cálculo renal	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(g)Doença venérea	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(h)Infecção urinária	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(i)Doenças respiratórias	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(j)Outras: _____	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe

APÊNDICE E - Ficha de Exames Clínicos

	P.A.	C.A	PESO	ALTURA	I.M.C.
	P.A.	C.A	PESO	ALTURA	I.M.C.
	P.A.	C.A	PESO	ALTURA	I.M.C.
	P.A.	C.A	PESO	ALTURA	I.M.C.
	P.A.	C.A	PESO	ALTURA	I.M.C.
	P.A.	C.A	PESO	ALTURA	I.M.C.
	P.A.	C.A	PESO	ALTURA	I.M.C.
	P.A.	C.A	PESO	ALTURA	I.M.C.
	P.A.	C.A	PESO	ALTURA	I.M.C.

APÊNDICE F - Declaração de tornar público os resultados

Eu, Joyce Cristina Botton Miguel (RG 33.423.627-7), pesquisadora responsável pelo projeto “Prevalência de Hipertensão Arterial e fatores de risco cardiovascular em docentes de um Centro Universitário de Lins - Unilins”, declaro que os dados obtidos serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa.

Declaro também, que os resultados obtidos serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

Guarulhos, 31 de julho de 2014.

Joyce Cristina Botton Miguel
RG. 33.423.627-7/ CPF 308.556.158-77
COREN-SP 157.968

9. ANEXOS

ANEXO A – Autorização para Coleta de Dados




Av. Nicolau Zarvos, 1925 - CEP 16.401-371 - LINS-SP - Fone (014) 3533-3200 / 0800 771-3200
www.unilins.edu.br - E.mail: unilins@unilins.edu.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Declaro que a professora Joyce Cristina Botton Miguel está autorizada a utilizar o Laboratório de Enfermagem do Centro Universitário de Lins, incluindo o equipamento Balança, objetivando a coleta de dados para o seu projeto de pesquisa intitulado “Prevalência de Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Cardiovascular em Docentes de um Centro Universitário da Região Oeste do Estado de São Paulo”, realizado na Universidade de Guarulhos – São Paulo, sob orientação da professora Dra. Josiane Lima de Gusmão.

Lins, 22 de novembro de 2011.


Prof. Milton Léo
Reitor
RG nº 3.342.224 – SSP/SP

Milton Léo
Reitor
UNILINS - Centro
Universitário de Lins



ENTIDADE MANTENEDORA

FUNDAÇÃO PAULISTA DE TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO

O maior pólo tecnológico do Oeste Paulista

ANEXO B – Aprovação do Projeto

Guarulhos, 12 de dezembro de 2011.

Exmo(a). Sr(a).
Joyce Cristina Botton Miguel

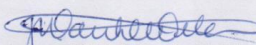
Referência: **Aprovação de Projeto**
SISNEP/727 - "Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular em docentes de um centro universitário da região oeste do estado de São Paulo"

PARECER Nº 184/11

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos analisou o Projeto de Pesquisa de sua autoria - "Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular em docentes de um centro universitário da região oeste do estado de São Paulo" - SISNEP/727, na reunião de 06/12/2011, e no uso das competências definidas na Res. CNS 196/96, considerou o projeto acima **aprovado**.

As orientações abaixo devem ser consideradas pelo Pesquisador Responsável durante a realização da pesquisa, visando que a mesma se desenvolva respeitando os padrões éticos:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- Eventuais modificações ou emendas e eventos adversos ao protocolo, devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Esclarecemos a necessidade da apresentação de relatório final até **30.10.14**.


Juhara Silvia Van De Velde
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora

ANEXO C – Avaliação do Sedentarismo

Questionário Internacional de atividade Física - IPAQ

Equipe _____ Micro _____ Família _____
 Nome: _____ Data: ____/____/____
 Idade : ____ Data de Nasc. ____/____/____ Sexo: F () M () Você trabalha de forma remunerada: ()
 Sim () Não. Quantas horas você trabalha por dia: ____ Quantos anos completos você estudou:
 ____ De forma geral sua saúde está: () Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim
 Telefones de contato: _____

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana (**última semana**). As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia?**

horas: _____ Minutos: _____

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

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana?**

_____ horas ____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana?**

_____ horas ____ minutos

Resultado: _____

ANEXO D – Avaliação do Alcoolismo
Alcohol Use Disorders Identification – AUDIT

Responda as questões:
1. Com qual frequência você utiliza bebidas com álcool ?
(0) nunca (1) mensalmente ou menos (2) 2-4 vezes ao mês (3) 2-3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana
2. Quantas bebidas alcoólicas você costuma tomar nesses dias ?
(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 a 9 (4) 10 ou mais
3. Com que frequência toma mais que 6 drinks em uma única ocasião ?
(0) nunca (1) menos que mensalmente (2) mensalmente (3) semanalmente (4) quase diária
4. Com que frequência no último ano você se sentiu incapaz de parar de beber depois que começou ?
(0) nunca (1) menos que mensalmente (2) mensalmente (3) semanalmente (4) quase diária
5. Com que frequência no último ano você não conseguiu fazer algo pela bebida ?
(0) nunca (1) menos que mensalmente (2) mensalmente (3) semanalmente (4) quase diária
6. Com que frequência no último ano você precisou beber de manhã para se recuperar de uma bebedeira ?
(0) nunca (1) menos que mensalmente (2) mensalmente (3) semanalmente (4) quase diária
7. Com que frequência no último ano você sentiu remorso após beber ?
(0) nunca (1) menos que mensalmente (2) mensalmente (3) semanalmente (4) quase diária
8. Com que frequência no último ano você não conseguiu se lembrar o que aconteceu na noite anterior pela bebida ?
(0) nunca (1) menos que mensalmente (2) mensalmente (3) semanalmente (4) quase diária
9. Você já se machucou ou machucou alguém como resultado do seu uso de álcool ?
(0) não (2) sim, mas não no último ano (4) sim, no último ano
10. Algum parente ou amigo ou médico ou outro profissional de saúde se preocupou com seu hábito ou sugeriu que parasse ?
(0) não (2) sim, mas não no último ano (4) sim, no último ano

ANEXO E – Avaliação do Estresse
Avaliação 1 - Questionário de Vulnerabilidade ao Estresse

	(1) Quase sempre	(2) Freqüen- temente	(3) Algumas vezes	(4) Rara- mente	(5) Nunca
1. Eu faço uma refeição quente e nutritiva, pelo menos uma vez por dia.					
2. Eu consigo dormir de 7 a 8 horas pelo menos 4 noites por semana.					
3. Eu mostro e recebo afeição pelas pessoas regularmente.					
4. Eu tenho pelo menos um parente num raio de 80 km em quem eu posso contar.					
5. Faço exercícios a ponto de suar, pelo menos duas vezes por semana.					
6. Fumo pouco menos que 10 cigarros por dia.					
7. Tomo pouco menos que 5 doses de bebida alcoólica por semana.					
8. Estou com o peso apropriado para a minha altura e idade.					
9. Eu tenho dinheiro o suficiente para gastar com as minhas necessidades básicas.					
10. Minha religião me dá forças.					
11. Eu participo de atividades sociais (freqüenta clubes, dança, encontro com amigos) com uma certa regularidade.					
12. Eu tenho vários amigos e conhecidos.					
13. Eu tenho um ou mais amigos para confidenciar a minha vida pessoal.					
14. Eu estou com boa saúde.					
15. Eu sou capaz de falar abertamente sobre os meus sentimentos quando estou aborrecido ou com raiva.					
16. Eu converso regularmente com as pessoas com quem convivo sobre problemas da casa, como por exemplo, dinheiro, tarefas da casa e problemas da vida cotidiana.					
17. Faço alguma coisa para me divertir pelo menos uma vez por semana.					
18. Eu sou capaz de organizar o meu tempo e não me sentir pressionado.					
19. Eu tomo menos que cinco copos de café (refrigerantes, chimarrão) por dia.					
20. Eu me permito ficar num local quieto pelo menos uma vez durante o dia.					

TOTAL: _____	
--------------	--

ANEXO F – Autorização acompanhamento médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Declaro que a Unidade Básica de Saúde do CAIC (Centro de Atenção Integral à Criança) oferecerá atendimento médico aos voluntários que apresentarem alteração de pressão arterial no projeto de pesquisa intitulado "Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular em docentes de um centro universitário da região oeste do estado de São Paulo" realizado pela pesquisadora Joyce Cristina Botton Miguel, sob orientação da professora Dr^a Josiane Lima de Gusmão do Curso de Mestrado da Universidade Guarulhos – São Paulo.

Lins, 23 de novembro de 2011.



Mariana Batelochi Sioni Rozeno
RG 30.319.169-7

Enfermeira UBS-CAIC

Mariana Batelochi S. Rozeno
Enfermeira - COREN 0141869

ANEXO G – Autorização atendimento urgência/emergência



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
SANTA CASA DE LINS
CNPJ - 51.660.082/0001-31

Lins, 23 de novembro de 2011

A Instituição Hospitalar Santa Casa de Lins, oferece o suporte médico de Urgência e Emergência Médica, aos voluntários que apresentarem alteração de Pressão Arterial, durante a pesquisa intitulada “ **Prevalência da Hipertensão Arterial e fatores de risco cardiovascular em docentes de um Centro Universitário da região do Estado de São Paulo**” da aluna *Joyce Cristina Botton Miguel* e orientadora *Dra Josiane Lima de Gusmão*, do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Garulhos.

Ana Paula Benevides Ruvio Peixoto

Coren 163416

Enfermeira Responsável Técnica

Ana Paula B.R. Peixoto
Enfermeira
COREN/SP 163.416