

**FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**FLÁVIA DA SILVA FINAMORE
KATILCIA DA SILVA SANTANA**

**FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E ANÁLISE DO
NÍVEL DE ESTRESSE EM DOCENTES DO CURSO DE
ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO
SUPERIOR FILANTRÓPICA DE VITÓRIA/ES.**

VITÓRIA

2011

FLÁVIA DA SILVA FINAMORE
KATILCIA DA SILVA SANTANA

**FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E ANÁLISE DO
NÍVEL DE ESTRESSE EM DOCENTES DO CURSO DE
ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO
SUPERIOR FILANTRÓPICA DE VITÓRIA/ES.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito para obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Esp. Tatiane Miranda da Silva.

VITÓRIA

2011

FLÁVIA DA SILVA FINAMORE
KATILCIA DA SILVA SANTANA

**FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E ANÁLISE DO
NÍVEL DE ESTRESSE EM DOCENTES DO CURSO DE
ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO
SUPERIOR FILANTRÓPICA DE VITÓRIA/ES.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 30 de junho de 2011, por:

Prof^a. Esp. Tatiane Miranda da Silva (FCSES) – Orientadora

Prof^a. Esp. Ilana Soares Martins (FCSES)

Prof^a. Esp. Giovana Barbosa Fonseca (FCSES)

DEDICATÓRIA

A Deus que esteve ao meu lado em todos os momentos

Aos meus irmãos e sobrinhos, por torcerem por mim

Ao meu namorado, pela força

A minha mãe Neusa, meu porto seguro

A minha amiga Katilcia, nós conseguimos!

Flávia da Silva Finamore

A Deus que tornou tudo possível

Ao meu esposo, Leandro, pelo incentivo

A minha família pelo exemplo de vida

A minha avó por seu imenso carinho

A minha amiga de projeto Flávia

Katilcia da Silva Santana

AGRADECIMENTOS - Flávia da Silva Finamore

Agradeço a Deus, que plantou o sonho em mim e deu-me forças para buscar e conquistar. Deus, mais do que me criar, deu propósito à minha vida. Vem dEle tudo o que sou, o que tenho e o que espero. Agradeço por se fazer presente em todos os momentos da minha vida, pois pude sentir a tua mão na minha, transmitindo-me segurança necessária para chegar até aqui. Agora a Ti ofereço a minha vida e o meu futuro profissional.

A minha família que sempre apoiaram a minha escolha, obrigada pelo incentivo e apoio durante toda a minha caminhada. Aos meus irmãos Flaviano e Fernanda e aos meus sobrinhos Alessandro e Alexandre, obrigada por ajudar a Titia nos momentos difíceis. Vocês, com certeza são uma força a mais! Amo vocês! Em especial a minha guerreira mãe Neusa, meu porto seguro, agradeço a dedicação, o carinho e o apoio para que pudesse realizar este sonho e principalmente pelas orações e força inesgotável nos momentos difíceis. Meu espelho é você. Esta vitória também é sua! Te Amo! Ao meu namorado Herteson, por me agüentar nos momentos em que me tornei quase insuportável! Pela força, coragem e incentivo... Te Amo! Desculpa a ausência! Obrigada por torcer por mim!

Aos meus professores, amigos e colegas de curso, pelo companheirismo, amizade, apoio e convívio durante toda a graduação. Em especial aos amigos da turma da Portelinha: Luciana Miranda e Juliana Paranhos, amigas para sempre!

Aos Colegas do PA de São Pedro, obrigada por todo ensinamento, motivação e pela amizade destes 2 anos. Em especial ao Enfº Paulo Sérgio de Souza, pela oportunidade e por acreditar em mim! Hoje o que sou profissionalmente agradeço a vocês!

A todos que de alguma forma me ajudaram a realizar esse trabalho, agradeço por acreditarem no meu potencial, nas minhas ideias e nos meus sonhos, principalmente quando nem eu mais acreditava.

E por último, e não menos importante, obrigada à minha amiga de projeto: Katilcia. Pela amizade, companheirismo, dedicação, paciência e motivação. Sem você nada disso seria possível. Nós conseguimos!

AGRADECIMENTOS - Katilcia da Silva Santana

Agradeço a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada. Ele me permitiu sonhar de uma forma que alargasse meus horizontes. Obrigado por Se fazer presente em todos os momentos da minha vida transmitindo-me segurança necessária para chegar até aqui. A Ti, sou eternamente grata pela sabedoria que me foi dada. Agora Lhe ofereço o meu futuro profissional e que as minhas ações enquanto Enfermeira corresponda a sua vontade. Sem o Senhor eu nada sou!

Agradeço ao meu esposo, Leandro, que compartilhou das minhas lágrimas e sorrisos, pela força, compreensão e cooperação e que de forma especial e carinhosa entendeu minha ausência, me apoiou e incentivou desde o início para a realização deste sonho. Divido agora o mérito desta conquista. A alegria de hoje também é sua, pois seu amor, estímulo e carinho foram de grande importância para esta vitória. Te amo!

Aos meus pais por tudo o que sempre fizeram por mim, que me deram toda a estrutura para que me tornasse a pessoa que sou hoje, pelo exemplo de vida, que foram fundamentais na construção do meu caráter. A minha avó, pela dedicação, amor e por não poupar esforços para me ajudar. A minha irmã e meus sobrinhos pelo imenso carinho. Amo vocês!

A todos os professores do curso, que me ajudaram chegar até ao fim, por toda dedicação, apoio e conhecimentos compartilhados.

Aos amigos e colegas que conquistei durante o curso, acabamos de vencer uma batalha, dentre muitas com as quais haveremos de nos deparar. A saudade de todos e a esperança de um breve reencontro estarão sempre em nossos corações.

A minha amiga de TCC, Flávia; soubemos conviver e respeitar-nos. Partilhamos cada descoberta, desafio e conquista. Dividimos medo, incertezas e inseguranças... Mas somamos entusiasmo, forças e alegrias... Obrigada, amiga, por tornar possível a conclusão deste trabalho!

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.” Martin Luther King

“A nossa maior glória não reside no fato de nunca cairmos, mas sim em levantarmos sempre depois de cada queda.” Confúcio

AGRADECIMENTOS – Flávia e Katilcia

Ao nosso bom Deus, por ter nos dado o dom da vida e a capacidade podermos alcançar tudo que almejamos! Pela força e sabedoria concedida durante estes quatro anos de graduação!

A nossa professora orientadora Tatiane Miranda da Silva, pela competente e criteriosa orientação deste trabalho, por seus ensinamentos que não serão apenas utilizados neste trabalho, mas também na vida profissional e pessoal. Obrigada pela dedicação, por ter acreditado no nosso potencial, por nos ajudar com seus ensinamentos e por sempre nos mostrar que conseguiríamos vencer esta etapa de nossas vidas.

A todos nossos professores que contribuíram e enriqueceram nossos conhecimentos em toda vida acadêmica.

A FCSES por ter nos possibilitado a realização desta pesquisa.

Aos docentes de Enfermagem da FCSES participantes desta pesquisa, pela participação e tempo dispensado, vocês contribuíram para o sucesso deste estudo, sem a colaboração de vocês nada disso seria possível!

Aos professores participantes da banca, por aceitarem o convite de fazer parte da avaliação da nossa pesquisa.

As funcionárias do Laboratório de Semiologia pela disponibilidade e simpatia em nos atender. Em especial a recepcionista da sala dos professores por aguentar a nossa insistência com muita educação e paciência.

Aos amigos e colegas de curso, acabamos de vencer uma batalha, dentre muitas com as quais haveremos de nos deparar. Neste momento, conquistamos uma vitória... Por vários anos passamos por dificuldades, inseguranças, erros, acertos, vitórias e alegrias. Chegamos ao final com a certeza do dever cumprido. Muitas lutas nos esperam! Mas tenhamos sempre em nós essa força que nos trouxe até aqui e que agora nos leva a seguir caminhos diferentes. A saudade de todos e a esperança de um breve reencontro estarão sempre em nossos corações.

O nosso muito obrigado!

***“Se você pensa que pode ou se você pensa que não pode, de qualquer forma
você tem toda razão!”***

Henry Ford

***“Se seus esforços forem vistos com indiferença, não desanime; também o sol,
ao nascer, dá um espetáculo todo especial e, mesmo assim, a maioria da
platéia continua dormindo!”***

Edu Francisco Teixeira.

RESUMO

Objetivo: Verificar os fatores de risco cardiovascular e o nível de estresse em docentes do curso de Enfermagem de uma instituição de ensino superior filantrópica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado na Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. A amostra foi constituída por 22 docentes, que corresponde a 81,48% da população. Realizado no período de 16 a 25 de maio de 2011. **Resultados:** De 22 indivíduos 14% apresentaram hipertensão no momento da aferição, nenhum é diabético e 55% estão acima do peso. Dos 14% de indivíduos que apresentaram hipertensão, 66,7% estão na faixa etária de 30 a 37 anos. Do total dos docentes que fazem uso de bebidas alcoólicas, 64% são do sexo feminino e 36% do sexo masculino. Os 9% fumantes, 100% são do sexo feminino. Entre os entrevistados somente 41% relataram praticar atividades físicas. O caráter hereditário aparece em 86% para hipertensão e para diabetes 50% dos sujeitos. Na análise do nível de estresse obteve-se uma média de 2,51 que de acordo com os pontos de corte, corresponde a um nível médio de estresse, tendo variado para nível alto em dois itens, relacionados a fatores institucionais. **Conclusão:** Mediante a análise dos resultados, ressalta-se que há uma grande prevalência de FRC modificáveis, como sedentarismo, tabagismo e etilismo, na pequena população jovem estudada e, portanto grande possibilidade para desenvolver doenças crônicas degenerativas. Essas problemáticas estão diretamente relacionadas com qualidade de vida. Os níveis de estresse encontrados foram médios e a importância da variação na tabela decorre do estresse em relação à instituição de ensino e não diretamente a carga de trabalho exercida pelo profissional, fazendo-se necessário elaborar ou reelaborar políticas mais harmoniosas no ambiente, promovendo indiretamente, melhor qualidade de vida para todos que compartilham do mesmo ambiente de trabalho e conseqüentemente reduzindo os FRC. Concluímos que esse estudo nos apresenta dados extremamente significativos e denota a importância de medidas de prevenção para reduzir os elevados FRC, entre estes profissionais.

Palavras-Chave: Fatores de Risco Cardiovascular, Doenças Cardiovasculares, Estresse e Estresse em docentes.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01- Classificação da pressão arterial segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão- entre docentes	35
Gráfico 02 - Diabetes e Hipertensão em docentes de enfermagem.....	36
Gráfico 03 - Classificação do IMC.....	37
Gráfico 04 - Relação Circunferência Abdominal e IMC com risco de Diabetes e Doença Cardiovascular.....	37
Gráfico 05 - Relação Cintura-Quadril.....	38
Gráfico 06 - Uso de bebidas alcoólicas por sexo.....	39
Gráfico 07 - Frequência de uso de bebidas alcoólicas por número de docentes por mês.....	39
Gráfico 08 – Fumantes?.....	40
Gráfico 09 – Pratica atividade física.....	41
Gráfico 10 – Frequência das atividades/semana.....	41
Gráfico 11 – Hipertensão na família.....	42
Gráfico 12 – Diabetes na família.....	42
Gráfico 13 – Avaliação do nível de estresse.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Principais adaptações físicas e comportamentais geradas pelo estresse	26
Tabela 02- Fatores de risco para doenças cardiovasculares.....	27
Tabela 03 – Classificação de Pressão arterial em adultos jovens.....	30
Tabela 04 – Classificação de peso pelo IMC.....	32
Tabela 05 - Circunferência Abdominal e risco de complicações metabólicas associadas com obesidade em homens e mulheres caucasianos.....	32
Tabela 06 – Combinação das medidas de Circunferência Abdominal e IMC para Avaliar obesidade e risco para diabetes e doença cardiovascular.....	33
Tabela 07 – Pontos de corte para análise do nível de estresse.....	34
Tabela 08 – Itens avaliados com relação ao estresse.....	43

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CC – Circunferência da Cintura

Cm – Centímetro

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CQ – Circunferência do Quadril

DAC – Doença Arterial Coronariana

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

DIC – Doença Isquêmica do Coração

DM – Diabete Mellitus

EET – Escala de Estresse no Trabalho

FCSES – Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FR – Fatores de Risco

FRC – Fatores de Risco Cardiovascular

HA – Hipertensão Arterial

HAS – Hipertensão Arterial Sistólica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IC – Insuficiência Cardíaca

IMC – Índice de Massa Corporal

INCA – Instituto Nacional do Câncer

Kg – Quilograma

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PA – Pressão Arterial

RCQ – Relação Cintura-Quadril

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	15
2 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 - ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR	18
2.2 – FISIOPATOLOGIA	19
2.3 - FATORES DE RISCO.....	20
2.3.1 - HEREDITÁRIOS.....	20
2.3.2 - IDADE E SEXO	20
2.3.3 - TABAGISMO	21
2.3.4 - COLESTEROL ELEVADO.....	22
2.3.5 - HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	22
2.3.6 - VIDA SEDENTÁRIA	23
2.3.7 - OBESIDADE.....	23
2.3.8 - DIABETES MELLITUS	24
2.3.9 - RELAÇÃO COM O ESTRESSE	24
2.4 – CONSEQUÊNCIAS	28
3 - METODOLOGIA.....	29
3.1 - VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)	30
3.2 - VERIFICAÇÃO DO PESO	31
3.3 - VERIFICAÇÃO DA ESTATURA.....	31
3.4 - VERIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL.....	31
3.5 - RELAÇÃO CINTURA QUADRIL (RCQ).....	33
4 - RESULTADOS.....	35
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
6 - REFERÊNCIAS	48
7 - APÊNDICE	54
APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	54
8 - ANEXOS.....	55
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55
ANEXO B - QUESTIONÁRIO VALIDADO DE ESTRESSE NO TRABALHO	57
ANEXO C - FOLHA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA	58

1 – INTRODUÇÃO

Na sociedade ocidental a ocorrência de doenças cardiovasculares atinge a quase totalidade das pessoas, e tem se tornado cada vez mais precoce. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são consideradas a primeira causa de morte no Brasil e são responsáveis por 30% de todos os óbitos (EYKEN e MORAES, 2009). Os fatores de risco cardiovascular são condições que podem ocasionar doenças no coração, nas artérias ou nas veias e têm se tornado uma preocupação para saúde pública, devido ao grande número de óbitos e complicações e o grande gasto que estas patologias trazem aos cofres públicos, sendo considerada a principal causa de gasto com assistência médica pelo SUS (COLTRO et al, 2009).

De acordo com as projeções da OMS, o aumento da incidência de doença cardiovascular tende a persistir principalmente em países em desenvolvimento (IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIA E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE, 2007). Essa elevação é consequência da adoção dos modos de vida com maior exposição a fatores de risco cardiovascular (FRC) (ISHITANI, 2006).

Os fatores de risco considerados mais importantes são aqueles que apresentam alta prevalência na população, podendo ser divididos em não modificáveis, ou seja, associados com a história familiar e intra-uterina, genética e modificações fisiológicas, como hipertensão e diabetes e que estão diretamente ligados ao risco de desenvolver doenças isquêmicas e Acidente Vascular Cerebral; e aqueles que são passíveis de controle, ou seja, os modificáveis (EYKEN; MORAES, 2009).

Estima-se que, atualmente, o número de portadores de Diabetes e Hipertensão ultrapasse o número de 23.000.000 (MS, 2006). Segundo dados do MS (2011) o número de pacientes diabéticos no ES é de 1.336, de hipertensos é de 22.512 e de diabéticos com hipertensão é de 6.620 (DATASUS). Fatores como envelhecimento da população, persistência de hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, aumento do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas - cada vez mais

presente na sociedade - aumentou os fatores de risco de doenças cardiovasculares (OPAS, 2003).

Como um dos fatores de risco modificável e importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, se encontra o estresse. O estresse é um fenômeno psicobiológico composto por três elementos: os estressores, as percepções e as reações emocionais, afeta 90% da população mundial e pode ser definido como a alteração do estado de equilíbrio ou homeostase, esta alteração é uma resposta do organismo a qualquer estímulo (NASCIMENTO, 2008).

O estresse passa a ser uma grande preocupação na contemporaneidade, pois, cronicamente, pode levar a efeitos degenerativos afetando a função de inúmeros sistemas biológicos do ser humano, está relacionado às condições sociais e psicológicas do trabalho e de outras áreas da vida. Estas áreas englobam o estresse ocupacional, a vida familiar e as relações deste meio, a dupla jornada de trabalho, a demanda de trabalho elevada e com grande demanda psicológica, a redução de autonomia e da satisfação no trabalho. Seus efeitos, quando muito intensos ou repetitivos, podem ocasionar alterações especialmente nas funções cardiovasculares, assim como nas respiratórias, digestivas, tônus muscular, endócrinas, imunes e neurais. Levando a formação de trombos, a aterosclerose ou a supressão da resposta imunológica causando direta ou indiretamente danos à saúde das pessoas (NASCIMENTO, 2008).

Nos Estados Unidos algumas profissões são claramente reconhecidas como mais estressantes e suscetíveis aos problemas decorrentes da ação do estresse, entre elas está a profissão de professor (NASCIMENTO, 2008).

Embora o estresse seja um fator importante no desenvolvimento de doenças cardiovasculares e a profissão de professor uma das mais estressantes, pouco se conhece sobre os FRC entre os professores, lembrando que, no papel de educador e disseminador de conhecimentos e promoção da saúde, vivenciam situações com grande tensão e cobrança relacionadas até mesmo às prolongadas horas de trabalho, obrigados por vezes a terem duas ou mais atividades diárias. Assim, torna-se relevante o desenvolvimento desse estudo, pois, ao conhecer melhor essa relação dos FRC e estresse, o profissional professor poderá estabelecer estratégias para revertê-los ou minimizá-los, de modo a promover a melhora da qualidade de

trabalho e de vida e proporcionar a promoção da saúde, um dos aspectos fundamentais na manutenção da capacidade para o trabalho (PRETO, 2009).

O principal objetivo desta pesquisa é verificar os fatores de risco cardiovascular e o nível de estresse em docentes do curso de Enfermagem de uma instituição de ensino superior filantrópica. Tem como objetivos específicos: descrever os fatores de risco mais comuns que proporcionem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, identificar o perfil sócio – demográfico e identificar o nível de estresse entre estes profissionais.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 - ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR

O sistema cardiovascular é composto pelo coração, pelos vasos sanguíneos, por células e pelo plasma. Os vasos que levam o sangue do coração para outras partes do corpo humano chamam-se artérias e os vasos que trazem o sangue dos outros sistemas para o coração, chamam-se veias (SILVERTHORN, 2003).

O coração é um órgão muscular oco e funciona como uma bomba contrátil-propulsora. O tecido muscular do coração é o estriado cardíaco, que é constituído de camada média ou miocárdio, camada interna ou endocárdio, o qual é contínuo com a cama íntima dos vasos que chegam e saem do coração, e a camada que reveste este órgão é o epicárdio. A cavidade do coração é subdividida em quatro câmaras: dois átrios e dois ventrículos; e entre os átrios e ventrículos existem as valvas, que são orifícios com dispositivos orientadores da corrente sanguínea. O lado direito do coração recebe o sangue dos tecidos e o envia para os pulmões para oxigenação e o lado esquerdo do coração recebe o sangue recém-oxigenado dos pulmões e o propulSIONA para os tecidos novamente (DÂNGELLO e FATTINI, 1998; SILVERTHORN, 2003).

O coração apresenta uma base, um ápice e faces (esternocostal, diafragmática e pulmonar). Situa-se no espaço compreendido entre os dois sacos pleurais (mediastino) na cavidade torácica, atrás do esterno, acima do músculo diafragma sobre o qual em parte repousa (DÂNGELLO e FATTINI, 1998).

A função primária do sistema cardiovascular é transportar os materiais entre todas as partes do corpo. As substâncias transportadas podem ser classificadas em nutrientes, água e gases que entram no corpo a partir do ambiente externo, materiais que são transportados de uma célula a outra dentro do corpo e restos que são eliminados pelas células. O oxigênio entra no sangue pelos pulmões, nutrientes e água são absorvidos pelo epitélio intestinal, uma vez dentro do corpo, a circulação se encarrega de distribuir essas substâncias (SILVERTHORN, 2003).

O sistema cardiovascular também recolhe resíduos liberados pelas células, o sangue transporta dióxido de carbono e restos metabólicos para os pulmões e os rins, de onde serão excretados. Alguns resíduos são transportados ao fígado para serem metabolizados antes que possam ser excretados na urina e fezes. O calor também circula pelo sangue, movendo-se do centro do corpo para a periferia, onde é dissipado (SILVERTHORN, 2003).

2.2 – FISIOPATOLOGIA

A maioria das doenças cardiovasculares está associada à aterosclerose, nesta doença se forma depósitos contendo LDL - colesterol (também conhecido como colesterol ruim) e gorduras neutras (placas de ateroma) no interior do vaso. Esta situação faz com que se origine uma resposta inflamatória que altera componentes do vaso, pode se desenvolver fibrose alterando progressivamente e perigosamente o vaso, tornando-se uma cascata, pois quanto mais alterado maior o risco de se aderirem à parede do vaso. Gradualmente desenvolve-se fibrose dos tecidos situados ao redor ou no interior dos depósitos gordurosos e, frequentemente, a combinação do cálcio dos líquidos orgânicos com gordura forma compostos sólidos de cálcio que, eventualmente, se desenvolve em placas duras, semelhantes aos ossos. Dessa forma, no estágio inicial da aterosclerose aparecem apenas depósitos gordurosos nas paredes dos vasos, mas nos estágios terminais os vasos podem tornar-se extremamente fibróticos e contraídos, ou mesmo de consistência óssea dura, caracterizando uma condição chamada arteriosclerose ou endurecimento das artérias. A arteriosclerose, muitas vezes, causa a oclusão dos vasos, levando a outras complicações cardiovasculares como o infarto agudo do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Doença das Artérias Coronárias, a Cardiopatia Isquêmica - redução do lúmen das artérias coronárias, este estreitamento pode causar Angina de Peito ou Infarto do Miocárdio (BRUNNER e SUDDART, 2005).

2.3 - FATORES DE RISCO

Para NAVARRO e CONEGERO (2002) existem diversos fatores de risco para doenças cardiovasculares, os quais podem ser divididos em imutáveis e mutáveis. São considerados fatores imutáveis aqueles que não podemos mudar e por isso não podemos tratá-los. São eles:

2.3.1 - HEREDITÁRIOS

Na pesquisa de BARRETO-FILHO e KRIEGER (2003), o caráter hereditário aparece em 74% dos sujeitos. Para os autores, dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos, como por exemplo, o sistema regulador da pressão arterial e a sensibilidade ao sal.

Em relação à raça, a negra é mais atingida, sendo que a maior incidência de hipertensão arterial na raça negra ocorre na faixa etária entre 35 a 44 anos (PESSUTO e CARVALHO, 1998).

Hipertensão arterial é uma síndrome multifatorial, de patogênese pouco elucidada, na qual interações complexas entre fatores genéticos e ambientais causam elevação sustentada da pressão. Em aproximadamente 90% a 95% dos casos não existe etiologia conhecida ou cura, sendo o controle da pressão arterial obtido por mudanças do estilo de vida e tratamento farmacológico (BARRETO-FILHO e KRIEGER, 2003).

2.3.2 - IDADE E SEXO

A idade é um fator de risco importante que contribui para o aparecimento da hipertensão arterial, devido às alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, como consequência do processo de envelhecimento (PESSUTO e CARVALHO, 1998).

Associando idade e sexo, a hipertensão arterial ocorre com maior frequência no sexo masculino, porém, devido às mudanças de hábitos das mulheres, essa diferença entre os sexos tem diminuído. As mulheres que fumam e fazem uso de anticoncepcional, com mais de 30 anos, são as mais atingidas. No homem ela

aparece depois de 30 anos e na mulher, após a menopausa (PESSUTO e CARVALHO, 1998).

Os hormônios ovarianos são responsáveis pela pressão mais baixa nas mulheres, durante o climatério ou menopausa, a prevalência da pressão alta entre homens e mulheres tende a se aproximar (IRIGOYEN, 2003).

Em ambos os sexos, a frequência da hipertensão cresce com o aumento da idade, sendo que os homens jovens têm pressão arterial mais elevada que as mulheres, porém após a meia idade este quadro se reverte (PESSUTO e CARVALHO, 1998).

Os fatores mutáveis são aqueles sobre os quais podemos influir, mudando, prevenindo ou tratando. São eles:

2.3.3 - TABAGISMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia, ou seja, uma epidemia generalizada, e como tal precisa ser combatido. A fumaça do cigarro é uma mistura de aproximadamente 4.720 substâncias tóxicas diferentes; que se constitui de duas fases fundamentais: a fase particulada e a fase gasosa (FIOCRUZ, 2011).

O consumo de cigarros continua sendo o mais importante fator de risco modificável para doença cardiovascular. Observa-se um aumento na prevalência de fumantes entre os adolescentes, os adultos jovens e mulheres. Apesar do aumento dos reconhecimentos dos malefícios causados pelo tabaco tenham aumentado, não houve a esperada redução no hábito de fumar, aproximadamente um bilhão de indivíduos é tabagista em todo o mundo. Até entre os não fumantes, tem sido reconhecido que a fumaça inalada, seja por exposição pacífica ou por consumo de charutos ou cachimbo, causa também o risco de problemas nas artérias. A exposição ao fumo passivo pode causar disfunção endotelial na circulação coronariana de jovens e saudáveis de maneira geral (BRAUNWALD, 2006).

Deixar de fumar constitui a intervenção isolada mais importante na cardiologia preventiva. Em dados recentes o abandono do tabagismo reduziu a mortalidade por coronariopatia em 36%, quando comparada com a mortalidade dos que continuam fumando, independente de idade, sexo ou país de origem (BRAUNWALD, 2006).

2.3.4 - COLESTEROL ELEVADO

O colesterol é um esteroide encontrado nas membranas celulares de todos os tecidos do corpo humano, sendo transportado no plasma sanguíneo. O colesterol absorvido pelo intestino é transportado na circulação pelas lipoproteínas de baixa e alta densidade (LDL e HDL, respectivamente). O LDL transporta o colesterol do fígado para os tecidos (podendo se depositar nas paredes das artérias, resultando em estreitamento - aterosclerose). Já o HDL desempenha papel no transporte do excesso de colesterol dos tecidos extra-hepáticos de volta para o fígado, de onde é excretado por meio da bile, contribuindo para diminuição do acúmulo de colesterol nas paredes arteriais (CASSAR, 2011).

A redução dos níveis de colesterol no sangue pode ajudar a reduzir o risco de doença cardiovascular, uma diminuição de 10% no colesterol sanguíneo total pode reduzir entre 12% e 20% os riscos de doença arterial coronariana. O colesterol é um fator de risco que pode ser modificado pela dieta e adoção de hábitos de vida saudáveis (CASSAR, 2011). O levantamento realizado pela SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2011) constatou que 40% da população brasileira tem colesterol total $\geq 200\text{mg/dL}$ e 13% $\geq 240\text{mg/dL}$.

2.3.5 - HIPERTENSÃO ARTERIAL

Para LESSA (2001), a Hipertensão Arterial (HA) é a morbidade mais comum na população adulta e a mais frequente nos serviços de emergência no Brasil; a insuficiência cardíaca (IC) é a primeira causa cardiovascular de hospitalização no país.

Enfatizar a HAS dentre estes fatores de risco é indiscutível devido a sua influência no desenvolvimento das patologias cardiovasculares.

MARTINS et al (1993) aponta que:

Numerosos estudos demonstraram que na etiologia dessas doenças encontram-se fatores, cujas origens podem estar vinculadas às seguintes características: a) genéticas - propensão que o indivíduo já traz ao nascer, como herança familiar; b) estilo e qualidade de vida – modos de viver que conduzem a práticas, hábitos, pressões e desgaste físico-psicológico, que se constituem em fatores de risco, tais como tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, sedentarismo, estresse físico e psicológico e, entre as mulheres, uso de contraceptivo.

CERVATO (1997) também aponta os fatores de risco envolvidos na etiologia das doenças cardiovasculares ateroscleróticas:

Entre os fatores de risco considerados de maior importância, destacam-se: a Hipertensão Arterial, as Dislipidemias, a presença de Hipertrofia Ventricular esquerda, a Obesidade, o Diabetes Mellitus e alguns hábitos relacionados ao estilo de vida, como dieta rica em calorias, gorduras saturadas, colesterol e sal, consumo de bebida alcoólica, tabagismo e sedentarismo. A dieta, por sua vez, está presente na etiologia das dislipidemias, obesidade e pode atuar como agravante do Diabetes Mellitus.

Para manter a pressão elevada, o coração realiza um trabalho maior, com isso o músculo cardíaco hipertrofia, se dilata e fica mais fraco com o tempo, aumentando os riscos de um ataque. A elevação da pressão também aumenta o risco de um Acidente Vascular Cerebral, de lesão nos rins e de insuficiência cardíaca. O risco de um ataque num hipertenso aumenta várias vezes, junto com o cigarro, o diabetes, a obesidade e o colesterol elevado, o manejo destes fatores de risco (hipertensão, fumo e hiperglicemia) reduz o risco para a evolução destas doenças (CHAVES, 2000).

2.3.6 - VIDA SEDENTÁRIA

A falta de atividade física é outro fator de risco de doenças das coronárias. O exercício contribui para a redução da obesidade e para a prevenção de doenças coronárias. Também auxilia na preservação da independência de pessoas idosas, melhorando o funcionamento do organismo, reforçando o coração, músculos, pulmões, ossos e articulação. A atividade física realizada regularmente melhora a condição física e a saúde do coração, devendo o exercício ser realizado de maneira regular, pois quando a mesma é interrompida a condição física deteriora-se rapidamente (PESSUTO e CARVALHO, 1998).

2.3.7 - OBESIDADE

A prevalência do sobrepeso e da obesidade, definidos como IMC acima de 25 e mais de 30 Kg/m², respectivamente, está aumentando progressivamente em todo o mundo. O excesso de peso exige um maior esforço do coração. Essas condições associadas às numerosas co-morbidades, como dislipidemia, a hipertensão, o diabetes e as síndromes metabólicas, aumentam os riscos para o desenvolvimento

de doença cardiovascular como acidente vascular cerebral ou doença cardíaca (BRAUNWALD, 2006)

2.3.8 - DIABETES MELLITUS

É um grupo de doenças metabólicas provocado pela deficiência de produção e/ou de ação da insulina, que desenvolve sintomas agudos e as complicações crônicas. O distúrbio envolve o metabolismo da glicose, das gorduras e das proteínas desencadeando graves conseqüências (BRUNNER e SUDDART, 2005).

O diabetes é um sério fator de risco para doença cardiovascular. Mesmo se o açúcar no sangue estiver sob controle, o diabetes aumenta significativamente o risco de doença cardiovascular e cerebral. Dois terços das pessoas com diabetes morrem das complicações cardíacas ou cerebrais provocadas. Na presença do diabetes, os outros fatores de risco se tornam mais significativos e ameaçadores.

Para SCHAAN et al. (2004):

As razões para a manifestação de aterosclerose acelerada em pacientes diabéticos ainda não são completamente compreendidas. Foram sugeridos como mecanismos prováveis os efeitos tóxicos diretos da glicose sobre a vasculatura, a resistência à insulina e a associação do DM a outros fatores de risco.

O DM do tipo 2 sabidamente associa-se a vários fatores de risco cardiovascular, incluindo hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, resistência à insulina, microalbuminúria e anormalidades nos lipídios e lipoproteínas plasmáticas, caracteristicamente elevação de triglicérides e redução de colesterol contido na lipoproteína de alta densidade (colesterol HDL). A associação desses fatores de risco tem sido denominada síndrome metabólica ou síndrome X. A relação entre hiperglicemia e doença cardiovascular pode ser atribuída à prevalência elevada desses fatores de risco nos pacientes com a síndrome metabólica ou a um antecedente comum a todos esses fatores.

2.3.9 - RELAÇÃO COM O ESTRESSE

O estresse pode ser agudo ou crônico. Sendo o estresse agudo aquele que surge após algum acontecimento traumático, e o estresse crônico é o do dia-a-dia (como os problemas de trânsito, da profissão, econômicos, das relações de trabalho, de família).

Nas situações de estresse o corpo libera dois hormônios, a adrenalina e a cortisona. Como resposta a esses dois hormônios, as plaquetas se agregam, as células

imunológicas são ativadas, o açúcar do sangue vai para os músculos para lhes proporcionar energia, a respiração e a frequência cardíaca aumentam e a pressão arterial sobe. A cortisona de início mantém a resposta ao estresse e depois lentamente vai diminuindo até o organismo voltar à função normal. Quando a situação estressante persiste, a reação persiste e pode tornar-se prejudicial em vez da reação benéfica inicial (SILVERTHORN, 2003).

As principais catecolaminas são a noradrenalina, a adrenalina e a dopamina. Com doses mais elevadas de dopamina ocorre estímulo dos receptores alfas adrenérgicos, produzindo um aumento da resistência periférica e vasoconstrição renal. As pressões sistólica e diastólica aumentam como resultado do incremento do gasto cardíaco e da resistência periférica. Estes hormônios agem sobre os receptores B₁ das células autorritmicas, aumentando o influxo de Na⁺ e Ca²⁺, isto faz com que aumente a frequência de despolarização, o que ocasiona o aumento da frequência cardíaca (SILVERTHORN, 2003).

As catecolaminas exibem efeitos excitatórios e inibitórios do sistema nervoso periférico assim como ações no SNC, tais como a estimulação da respiração e aumento da atividade psicomotora. Os efeitos excitatórios são exercidos nas células dos músculos lisos dos vasos que fornecem sangue à pele e às membranas mucosas. A função cardíaca também está sujeita aos efeitos excitatórios, que levam a um aumento dos batimentos cardíacos e da força de contração. Os efeitos inibitórios, ao contrário, são exercidos nas células dos músculos lisos na parede do estômago, nas árvores brônquicas dos pulmões e nos vasos que fornecem sangue aos músculos esqueléticos, podem também influenciar a taxa metabólica. Essa influência funciona tanto pela modulação da função endócrina como a secreção de insulina, pelo aumento da taxa de glicogenólise e a mobilização de ácidos graxos (SILVERTHORN, 2003).

Estudos recentes ligam o estresse mental às disfunções plaquetárias e endoteliais, às síndromes metabólicas e à indução de arritmias ventriculares (BRAUNWALD, 2006). Para LOURES et al. (2002), o sistema cardiovascular participa ativamente das adaptações ao estresse. Ele é influenciado pelo sistema neurológico. O estresse gera também resposta em outros sistemas corporais. As respostas cardiovasculares resultam principalmente em um aumento da frequência cardíaca, da contratilidade,

do débito cardíaco e da pressão arterial. A autora traz algumas alterações físicas e comportamentais, segundo a tabela abaixo:

COMPORTAMENTAIS	FÍSICAS
<p>Melhora da cognição, vigilância e atenção focalizada</p> <p>Euforia e disforia</p> <p>Supressão do apetite</p> <p>Supressão do comportamento sexual</p> <p>Contenção da resposta ao estresse</p>	<p>Direcionamento de oxigênio e nutrientes para o SNC e regiões sob estresse.</p> <p>Alteração do tônus cardiovascular, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca.</p> <p>Aumento da frequência respiratória.</p> <p>Aumento da gliconeogênese e lipólise.</p> <p>Inibição dos sistemas de crescimento e reprodução.</p> <p>Inibição da motilidade gastrointestinal.</p> <p>Diminuição da resposta inflamatória/imune.</p> <p>Auto-regulação da resposta ao estresse.</p>

Tabela 01 – Principais adaptações físicas e comportamentais geradas pelo estresse
 Fonte: Arquivos Brasileiros de Cardiologia – 2002, Brasil. www.scielo.br

NASCIMENTO (2008) refere que:

O estresse tem origem nos fatores psicossociais e podem plausivelmente afetar o desenvolvimento e a progressão da aterosclerose notadamente se caracterizando como uma Doença Arterial Coronariana (DAC). É interessante notar que muitas respostas fisiológicas, mesmo os aspectos notadamente específicos, como a angina, são resultados de ações gerais no organismo que variam de indivíduo para indivíduo, mas se desencadeiam a partir da percepção desses fatores externos. O estresse possui toda uma ativação autonômica que possivelmente predispõe a alterações da disfunção endotelial ou das arritmias cardíacas. O estresse pode tanto desencadear o processo fisiopatológico para DAC como outros eventos cardiovasculares. Presumivelmente uma série de estímulos ocorre com o estresse sendo que alguns surtem efeitos diretos no coração, no sistema vascular, no fluxo sanguíneo e nos componentes de sangue tal como as plaquetas. O processo aterosclerótico é insidioso e altamente complexo, levando o organismo a uma degeneração lenta que pode levar anos. Nesse processo estão envolvidas uma série de relações bioquímicas, imuno-inflamatórias e processos hemodinâmicos, que provavelmente interagem com vários outros fatores de risco.

Existem outros fatores que podem influenciar negativamente os fatores já citados. Por exemplo, estar constantemente sob tensão emocional (estresse) pode fazer com

que uma pessoa coma mais, fume mais e tenha a sua pressão elevada. Certos medicamentos podem ter efeitos semelhantes, por exemplo, a cortisona, os antiinflamatórios e os hormônios sexuais masculinos e seus derivados.

De acordo com COLOMBO (1997), os fatores de risco podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os últimos incluem idade, sexo, raça e história familiar de doença aterosclerótica. Os fatores de risco modificáveis, ou seja, aqueles sobre os quais o paciente e mesmo a equipe de saúde podem atuar, são dislipidemias, Hipertensão Arterial (HAS), tabagismo, Diabetes Mellitus (DM), sedentarismo, estresse e obesidade. O MS (2006) em sua cartilha levantou os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares:

FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES
História familiar de DAC prematura (familiar 1º. grau sexo masculino <55 anos e sexo feminino <65 anos)
Homem >45 anos e mulher >55 anos
Tabagismo
Hipercolesterolemia (LDL-c elevado)
Hipertensão arterial sistêmica
Diabetes Mellitus
Obesidade (IMC > 30 kg/m ²)
Gordura abdominal
Sedentarismo
Dieta pobre em frutas e vegetais
Estresse psico-social

Tabela 02: Fatores de risco para doenças cardiovasculares
 Fonte: Prevenção Clínica de doenças cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica.
 Caderno de Atenção Básica Ministério da Saúde, 2006 - Brasil

COLOMBO (1997) expõe, em sua pesquisa, um estudo da Lifestyle Heart Trial, este estudo demonstra que:

Mudanças no estilo de vida (dieta vegetariana, abandono do fumo, atividade física regular e manejo do estresse) foram associadas à regressão de

lesões ateroscleróticas, analisadas angiograficamente após um ano da adoção do estilo de vida proposto.

... a modificação dos comportamentos não saudáveis presentes no estilo de vida pode excluir ou controlar a intensidade dos FR, o que por sua vez, parece diminuir a ocorrência, prevenir recorrências e melhorar o prognóstico de indivíduos que sofreram IAM.

Segundo CHOR (1999), as pesquisas apontam e não restam mais dúvidas que a prevenção das doenças cardiovasculares depende do ambiente e dos hábitos de vida. Os conhecimentos acerca dos fatores de risco e dos fatores hereditários estão associados ou são ativados e até mesmo potencializados por situações estressoras, para ela:

Parece não haver mais dúvida de que o hábito de fumar, o consumo de álcool e a obesidade, por meio da elevação dos níveis de pressão arterial, são preditores da mortalidade por todas as causas. Além destes fatores, também o colesterol sérico, que na maioria das vezes está elevado em função da dieta, prediz a mortalidade por doença coronariana.

... A ocorrência da maioria das doenças está relacionada com o que as pessoas comem e bebem, com suas atividades diárias, e seu ambiente físico e social.

2.4 – CONSEQUÊNCIAS

Para FILHO e MARTINEZ (2002), na maior parte dos casos, tanto o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como a Doença Isquêmica do Coração (DIC) têm etiologia conhecida, sendo causados por fatores de risco bem estabelecidos. Os autores destacam o papel das dislipidemias (LDL-colesterol elevado e HDL-colesterol diminuído), hipertensão arterial sistêmica (HAS), do fumo, da idade e do Diabetes Mellitus (DM) como fatores de risco independentes para a aterosclerose e consequente DIC.

É indiscutível que as doenças cardiovasculares e os fatores de risco podem levar a morte e a grandes transtornos tanto para o indivíduo quanto para o sistema, pois tem se tornado um problema de saúde mundial. Os fatores descritos acima podem ocasionar várias consequências, algumas destas já descritas neste projeto, COLTRO et al. (2009) afirma que:

De acordo com um estudo norte-americano as mortes por doença cardiovascular distribuem-se da seguinte forma: doenças coronarianas - 53%, acidente vascular cerebral (AVC) - 15%, e doenças arteriais periféricas - 5%.

3 - METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa (GIL, 2002), realizado na Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo (FCSES), localizada na Avenida Vitória, 950, no bairro Forte São João, município de Vitória – ES, no período de 16 a 25 de maio de 2011.

A amostra foi constituída por 22 docentes do curso de enfermagem da FCSES, que corresponde a 81,48% da população. O corpo docente do curso de enfermagem foi escolhido pelo fato de lidarem com disciplinas teóricas e práticas, estarem cotidianamente em contato com alunos e em algumas situações com pacientes ou em mais de uma atividade diária, vivenciando realidades diferentes, com estressores diferentes e atuantes no período do curso 2011/1.

Foram considerados critérios de inclusão: docentes do curso de enfermagem do sexo masculino e feminino, que atuam com alunos de enfermagem do primeiro ao oitavo período, que se dispuseram a participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entre os critérios de exclusão, foram eliminados os profissionais que tenham menos de um ano de atuação como docente, independente da instituição vinculada.

O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, com o protocolo N°13/2011 (Anexo C), sob as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde (MS).

Para proceder a coleta de dados, as pesquisadoras realizaram vários convites aos docentes para participar da pesquisa, orientando-os quanto aos objetivos, justificativas, riscos e benefícios da pesquisa e verificando a disponibilidade dos mesmos através da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). Nem todos os docentes aceitaram participar da pesquisa, não alegando o motivo. A coleta de dados foi composta por dois momentos: primeiro, contendo informações referentes aos dados sócios demográficos e FRC (Apêndice A) e no segundo momento foi aplicada, pelas acadêmicas, autoras do trabalho, a escala de estresse trabalho (EET - ANEXO B) que é um instrumento validado em

2004, por PASCHOAL e TAMAYO. Esta escala é constituída por 13 itens, sendo que cada item aborda tanto um estressor quanto uma reação ao mesmo tempo. A decisão de conjugar estressor e reação deve-se à convicção do papel central da percepção do nível de estresse no ambiente de trabalho, tornando-se assim, uma escala adequada para ser utilizada no corpo docente que, no processo de ensino aprendizagem, mantém o estressor e sua reação constantemente presentes. Segundo CANOVA (2008), esta é uma escala de concordância de 5 pontos, onde: 1 – “discordo totalmente” a 5 – “concordo totalmente”.

Os demais parâmetros e medidas antropométricas foram aferidos e acompanhados no laboratório de Semiologia da própria instituição, tais como: pressão arterial (PA), peso, altura, circunferência da cintura (CC), circunferência do quadril (CQ). Mediante esses dados foi realizado cálculo da relação cintura quadril (RCQ), índice massa corporal (IMC) e avaliação do índice de atividade física, alcoolismo e tabagismo dos participantes.

3.1 - VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)

A verificação e a tabulação da Pressão arterial obedeceram ao disposto na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010). Segundo tabela abaixo. A PA dos docentes foi verificada utilizando um aparelho manual, aneróide (0 – 300mmHg), da marca PREMIUM.

CLASSIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL EM ADULTOS JOVENS		
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

Tabela 03 – Classificação de Pressão arterial em adultos jovens
 Fonte: VI Diretriz Brasileira de Hipertensão
 Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2010 - BRASIL

Os indivíduos sabidamente hipertensos que estavam em uso regular de medicação anti-hipertensiva, cujos níveis pressóricos estiveram elevados ou não no momento da entrevista, foram considerados hipertensos (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO – 2010).

3.2 - VERIFICAÇÃO DO PESO

Foi utilizada uma balança antropométrica da marca Welmy (pesagem mínima de 2 kg e capacidade para 150 kg), divisões de 100g e unidade de medida em quilograma (Kg).

Os participantes foram orientados a retirar objetos e acessórios que podiam interferir nos valores encontrados. Os indivíduos foram instruídos a subir na balança, colocando-se no centro da mesma, em posição ortostática, braços estendidos ao longo do corpo. O peso foi preciso e registrado em quilogramas.

3.3 - VERIFICAÇÃO DA ESTATURA

Para medir a estatura foi utilizada a régua antropométrica com escala de 2,00 m da própria balança (marca Welmy), os participantes foram instruídos em permanecer na posição ortostática, com os pés unidos, sem sapatos e a cabeça ereta (paralela ao solo).

3.4 - VERIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

O Índice de Massa Corpórea (IMC) é adotado pela Organização Mundial de Saúde para o cálculo do peso ideal de cada indivíduo, que é realizado através da divisão do peso medido em quilogramas (Kg) pelo resultado da multiplicação da altura em metros por ela mesma. Através dessa equação foram analisados, segundo a associação entre IMC e o risco de desenvolver comorbidades, apresentando baixo risco, médio risco, risco aumentado, risco moderado, risco grave e risco muito grave, conforme a tabela 2 (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE – 2010).

CLASSIFICAÇÃO DE PESO PELO IMC		
Classificação	IMC (kg/m²)	Risco de Comorbidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	-
Pré-obeso	25,0 a 29,9	Aumentado
Obeso I	30,0 a 34,9	Moderado
Obeso II	35,0 a 39,9	Grave
Obeso III	≥ 40,0	Muito grave

Tabela 04 – Classificação de peso pelo IMC
 Fonte: Diretriz Brasileira de Obesidade – 2010
 Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - Brasil

A CC foi medida no meio da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior, conforme recomendado pela I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA (2005) esta é indicada por ser o índice antropométrico mais representativo da gordura intra-abdominal.

Recomenda-se para mulheres com circunferência de cintura abdominal entre 80–88 cm e homens entre 94–102 cm uma monitorização mais freqüente dos fatores de risco para doenças coronarianas (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2005). A classificação de risco de desenvolvimento de complicações metabólicas foi a mesma indicada pela OMS, conforme tabela 5.

CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL E RISCO DE COMPLICAÇÕES METABÓLICAS ASSOCIADAS COM OBESIDADE EM HOMENS E MULHERES CAUCASIANOS			
Circunferência abdominal (cm)			
Risco de complicações metabólicas	Homem	Mulher	Nível de ação
Aumentado	≥ 94	≥ 80	1
Aumentado substancialmente	≥ 102	≥ 88	2

“Nível de ação” significa a importância de se recomendar a redução da medida da circunferência abdominal quando 1 é menos importante do que 2.

Tabela 05 - Circunferência Abdominal e risco de complicações metabólicas associadas com obesidade em homens e mulheres caucasianos.
 Fonte: Diretrizes Brasileiras de Obesidade – 2010 -
 Associação Brasileira para o estudo da Obesidade

3.5 - RELAÇÃO CINTURA QUADRIL (RCQ)

A RCQ, assim como a CC, é uma medida utilizada para estimar a gordura abdominal, que por sua vez, relaciona-se à quantidade de tecido adiposo visceral (CASTRO et al., 2004).

Este valor foi obtido pela divisão da CC sobre CQ (ao nível do trocanter maior). Foram considerados neste estudo como risco elevado, os valores de RCQ de 0,95 para homens e 0,80 para mulheres. Segundo estudo realizado por PEREIRA (1999), esses limites são compatíveis com especificidade entre alta e moderada, e, conseqüentemente, uma taxa de falsos positivos reduzidos.

Após a verificação dos valores relacionados ao IMC e CC, estes, foram analisados de acordo com a tabela 4. Esse método de análise oferece uma forma combinada de avaliação de risco para obesidade, Diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares e também auxilia a diminuir as limitações quando esses parâmetros necessitam ser avaliados isoladamente.

COMBINAÇÃO DAS MEDIDAS DE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL E IMC PARA AVALIAR OBESIDADE E RISCO DE DIABETES E DOENÇA CARDIOVASCULAR			
Circunferência abdominal (cm)			
Risco de complicações metabólicas	IMC (kg/m²)	Homem: 94-102	102 +
		Mulher: 80-88	88 +
Baixo peso	< 18,5	-	-
Peso saudável	18,5-24,9	-	Aumentado
Sobrepeso	25-29,9	Aumentado	Alto
Obesidade	≥ 30	Alto	Muito alto

Tabela 06 – Combinação das medidas de Circunferência Abdominal e IMC para Avaliar obesidade e risco de diabetes e doença cardiovascular
 Fonte: Diretriz Brasileira de Obesidade – 2010
 Associação Brasileira para o estudo da Obesidade

A análise da atividade física presente nos docentes foi avaliada e considerada quando a prática de exercícios físicos for no mínimo três vezes por semana com duração mínima de trinta minutos, hábito fundamental para manutenção da saúde e

bem estar (COELHO, 2009). Foi considerado sedentário o docente que relatou a negação referente a qualquer tipo de atividade física.

O tabagismo foi considerado e quantificado como fator de risco, independente da quantidade de cigarros, segundo o INCA (2001), o tabagismo é um grande risco mesmo quando a exposição é relativamente baixa. O uso de bebidas alcoólicas também foi considerado para todos, que relataram fazer uso da bebida, independente do tipo, quantidade ou frequência de uso, pois segundo a VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (2010) há controvérsias quanto à segurança e ao benefício cardiovascular de doses baixas.

Para análise dos dados foi realizado o seguinte tratamento estatístico: os dados foram tabulados através do Microsoft Excel, determinando a frequência relativa, absoluta e média, trabalhados de forma descritiva e apresentados através de porcentagem em forma de gráficos.

Para analisar o nível de estresse com relação às médias das afirmativas da escala EET, foram considerados de acordo com ROMERO; OLIVEIRA; NUNES (2006) os seguintes pontos de corte:

PONTOS DE CORTE PARA ANÁLISE DO NÍVEL DE ESTRESSE		
Ponto de corte	Percepção	Nível de estresse
1,00 - 2,00	Discordo totalmente e Discordo	1 – Baixo
2,01 - 2,99	Concordo em parte	2 – Médio
3,00 - 5,00	Concordo e Concordo Totalmente	3 – Alto

Tabela 07 – Pontos de corte para análise do nível de estresse

4 - RESULTADOS

Procedendo à caracterização do grupo estudado, encontramos 73% do sexo feminino, 27% do sexo masculino, sendo 68% da raça branca, 23% pardo e 9% se consideraram negros. Quanto ao estado civil, 64% são casados, 32% solteiros e 5% divorciados. Do total de participantes 55% relataram ter filhos destes, 42% tem 01 filho, 42% têm 02 filhos e 17% tem 03 filhos. Na avaliação da formação e tempo de trabalho 36% dos docentes tem de 6 a 10 anos de formados, 27% têm de 6 a 10 anos de trabalho, 45% são especialistas e 27% tem mestrado.

No Brasil, um terço dos óbitos por doença cardiovascular ocorre precocemente em adultos na faixa etária de 35 a 64 anos. Nesta faixa etária, as principais causas de óbito por doenças do aparelho circulatório são as doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares e hipertensivas. Ressalte-se que essas causas são em grande parte evitáveis (ISHITANII et al., 2006). De acordo com os fatores de risco modificáveis e não modificáveis, foram encontrados nos indivíduos estudados os seguintes resultados em relação à Pressão Arterial, Diabetes Mellitus, IMC, Circunferência Abdominal, RCQ, Bebidas Alcoólicas, Tabagismo, Atividade Física, Hereditariedade e Estresse.

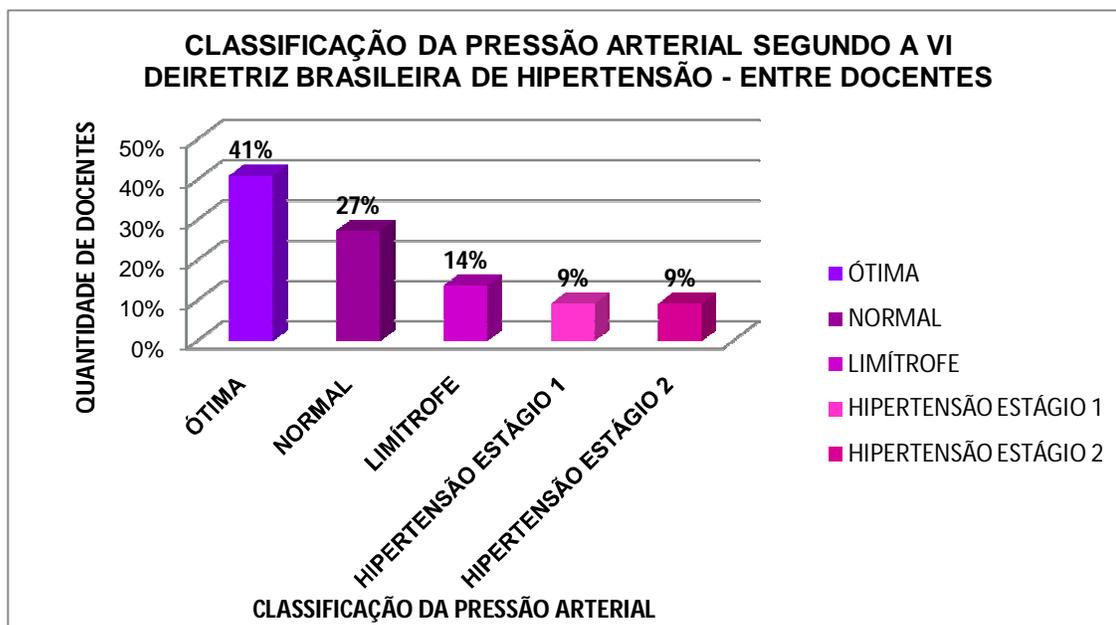


Gráfico 01 - CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SEGUNDO A VI DEIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO- ENTRE DOCENTES

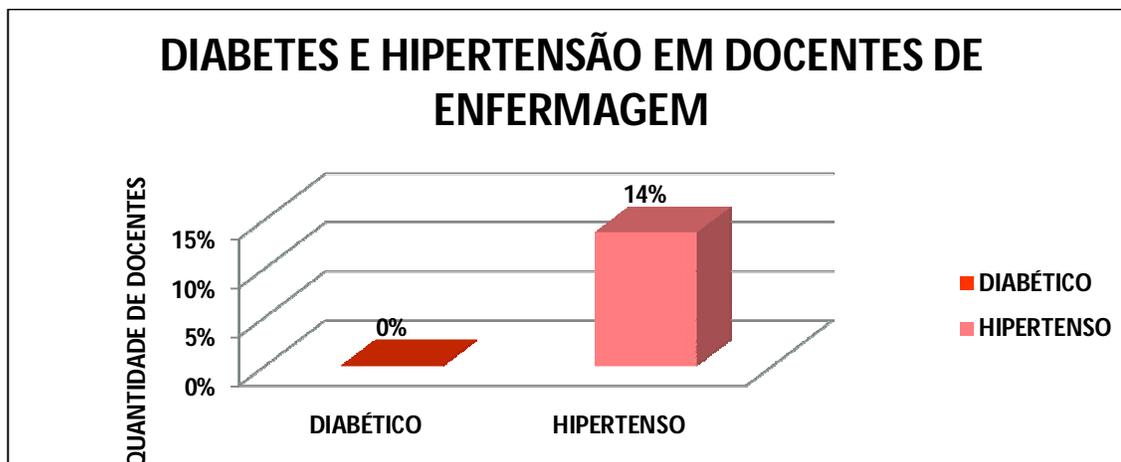


Gráfico 02 - DIABETES E HIPERTENSÃO EM DOCENTES DE ENFERMAGEM

Mediante os dados encontrados, percebemos que 14% dos docentes são hipertensos no momento da aferição e nenhum é diabético. Embora a pressão arterial estivesse dentro dos valores considerados normais para a maioria dos pesquisados, 18% foram considerados hipertensos. Destaca-se, portanto na pesquisa o percentual de pessoas ainda muito jovens que já apresentam o diagnóstico de hipertensão, quanto à idade encontrada na pesquisa varia dos 25 a 55 anos, sendo 36% de 31 a 35 anos, 18% de 25 a 30 anos, esta porcentagem não varia muito para as outras idades. Os 14% de indivíduos que apresentaram hipertensão no momento da coleta de dados tinham a faixa etária de 30 a 47 anos, sendo 66,7% de 30 a 37 anos, este resultado opõem-se à algumas pesquisas existentes que evidenciam uma relação direta e linear da PA com a idade, sendo porém, observado a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010), e pode estar associado a outros fatores modificáveis como a ingestão de bebida alcoólica, o tabagismo e o sedentarismo, por exemplo.

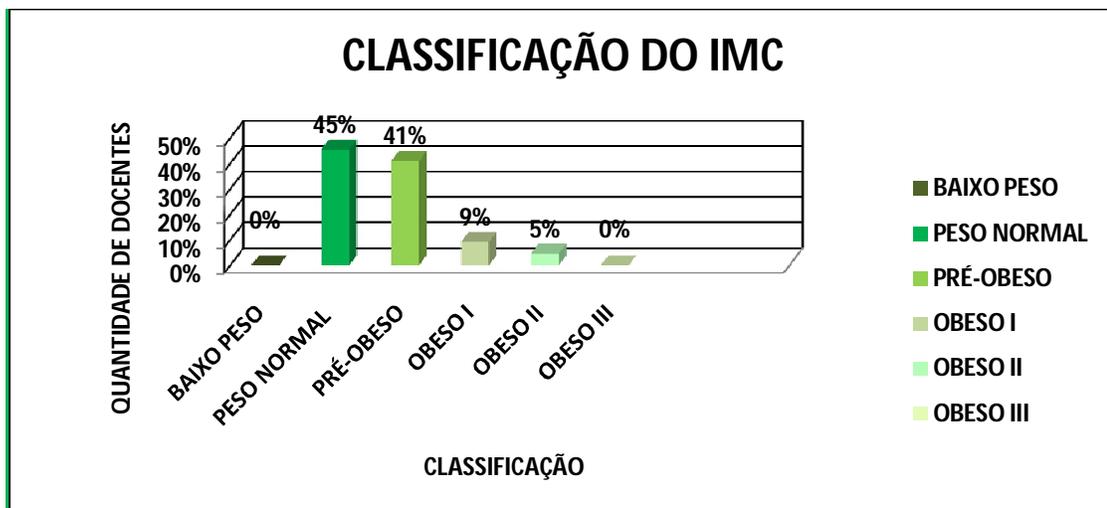


Gráfico 03 - CLASSIFICAÇÃO DO IMC

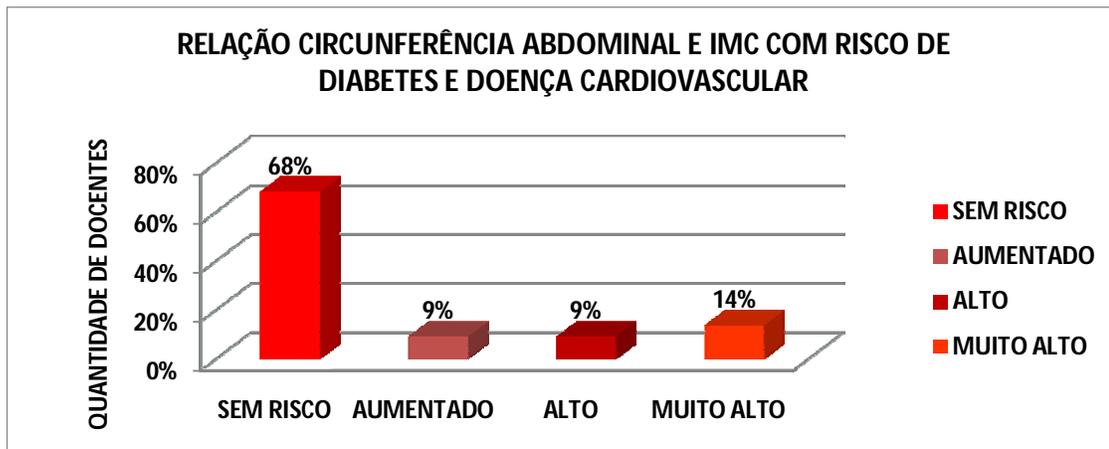


Gráfico 04 - RELAÇÃO CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL E IMC COM RISCO DE DIABETES E DOENÇA CARDIOVASCULAR

Os dados apontam que 55% dos entrevistados estão acima do peso. Na relação Circunferência Abdominal 9% tem risco aumentado, 9% risco alto e 14% risco muito alto de Diabetes e Doença Cardiovascular.

Chamou atenção à alta frequência de indivíduos com sobrepeso/obesidade. Segundo MARTINS et al. (2010), dos fatores de risco que favorecem o surgimento de doenças cardiovasculares, a obesidade merece destaque especial, pois o excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser considerada responsável por 20% a 30% dos casos, sendo que 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível ao sobrepeso e obesidade. Contraindo-se ao encontrado nos resultados desta

pesquisa, onde há predominância do gênero feminino. A VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (2010) enfatiza as mudanças no estilo de vida que constituem as medidas mais eficazes para a prevenção e para o tratamento da HAS, contribuindo para a redução do risco cardiovascular.

Foi observada, na VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (2010), que a relação entre os aumentos de peso e da Pressão Arterial entre adultos e adolescentes é quase linear. Perdas de peso e da Circunferência Abdominal correlacionam-se com redução da PA e melhora de alterações metabólicas associadas. Assim, as metas antropométricas a serem alcançadas baseiam-se no índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m^2 e a Circunferência Abdominal $< 102 \text{ cm}$ para os homens e < 88 para as mulheres, na amostra foi encontrado uma porcentagem considerável de sujeitos com risco de desenvolverem complicações metabólicas, por estarem acima das metas preconizadas, sendo que 17% de homens e 50% de mulheres apresentam risco aumentado ou aumentado substancialmente, este dado foi semelhante ao da população de Santa Catarina onde a prevalência de obesidade central, medida pela Circunferência Abdominal, foi maior entre as mulheres do que entre os homens (NUNES FILHO et al., 2006).

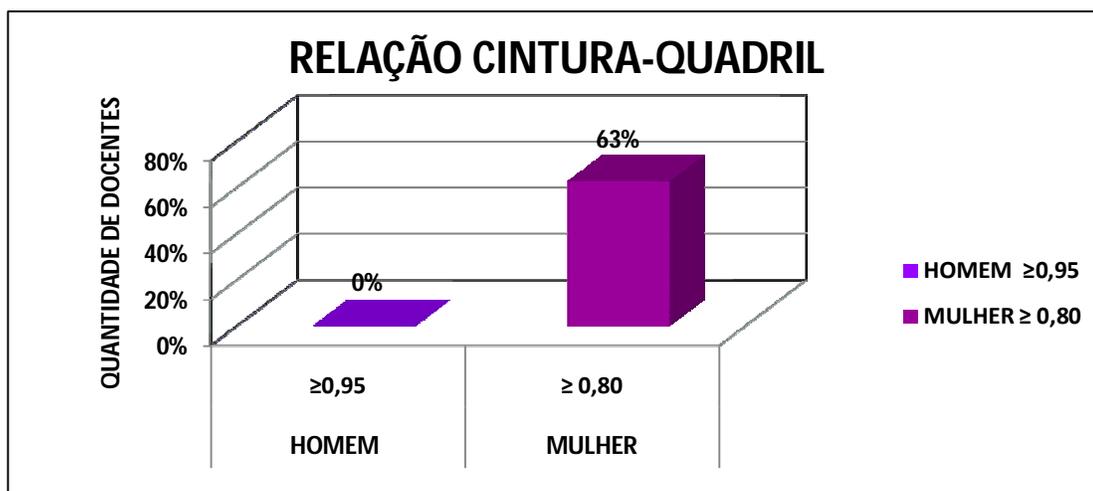


Gráfico 05 - RELAÇÃO CINTURA-QUADRIL

Ao se avaliar a Relação Cintura-Quadril, que corresponde à quantidade de gordura visceral, somente as mulheres, sendo mais de 50%, obtiveram valor considerado como risco elevado de desenvolver diabetes e doenças cardiovasculares. Segundo

RIBEIRO (2006), a relação cintura-quadril é provavelmente um melhor índice para estimar a disfunção endotelial, e conseqüentemente o risco cardiovascular.

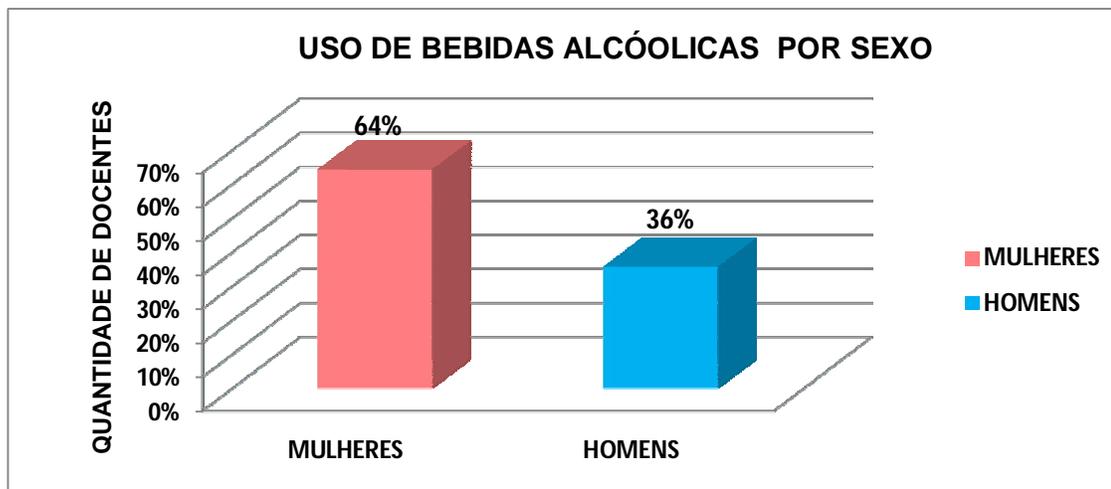


Gráfico 06 - USO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS POR SEXO

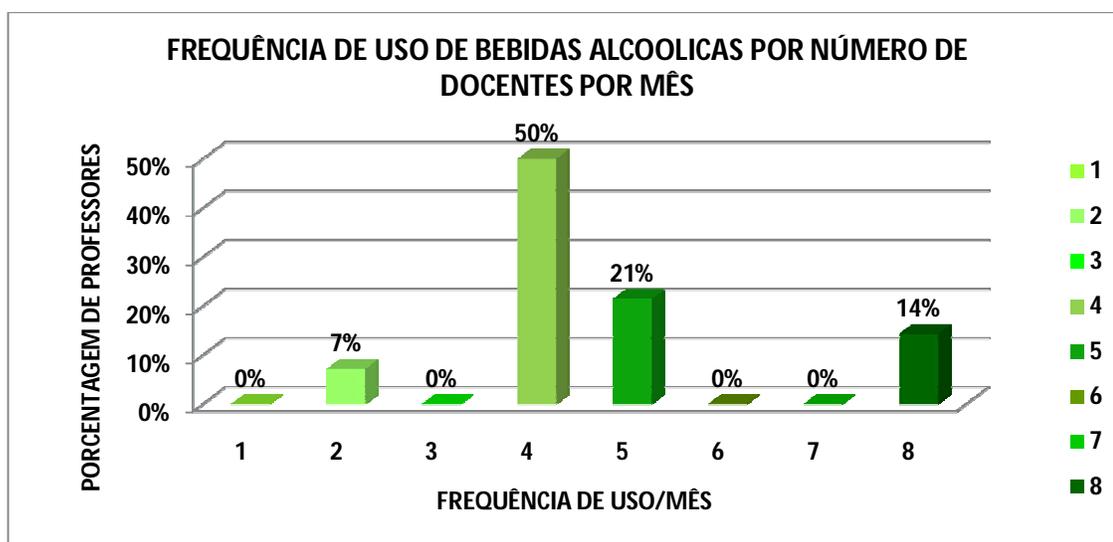


Gráfico 07 - FREQUÊNCIA DE USO DE BEBIDAS ALCOOLICAS POR NÚMERO DE DOCENTES POR MÊS

Do total dos docentes participantes, 64% fazem uso de bebidas alcoólicas, entre esses, 64% são do sexo feminino e 36% do sexo masculino, dos que fazem uso de bebidas alcoólicas, 50% bebem 4 vezes por mês e 14% bebem em média 8 vezes por mês. Há associação entre o etilismo e alterações de PA dependendo da quantidade ingerida. Constatou-se que uma quantidade maior de etanol eleva a PA

e está relacionada a maiores morbidade e mortalidade cardiovasculares. As evidências de correlação entre uma pequena ingestão de álcool e a consequente redução da Pressão Arterial ainda são irrelevantes e necessitam de comprovações. Em indivíduos hipertensos, a ingestão de álcool, aguda e dependentemente da dose, reduz a PA, porém ocorre elevação algumas horas após o seu consumo. Tendo em vista a controvérsia em relação à segurança e ao benefício cardiovascular de baixas doses, devemos orientar aqueles que têm o hábito de ingerir bebidas alcoólicas a não ultrapassarem 30g de etanol ao dia, para homens, de preferência não habitualmente, sendo a metade dessa quantidade a tolerada para as mulheres (VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

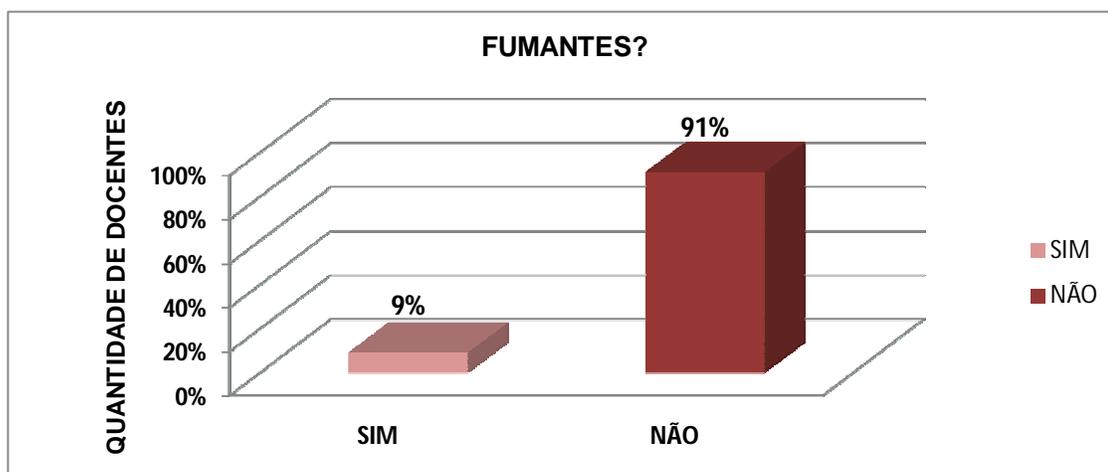


Gráfico 08 – FUMANTES?

Dos entrevistados 9% são fumantes e usam, em média, de 5 a 10 cigarros por dia, é evidente que os efeitos do tabagismo são maléficos em curto ou longo prazo para saúde. O fator vasoconstrição é o mais relevante, além de acelerar o processo de arteriosclerose. Além disso, o fumo aumenta a tendência de coagulação sanguínea, aumentando o risco de doença arterial periférica, arterial coronariana e acidente vascular cerebral. O tabagismo responde por cerca de 20% das mortes por doenças vasculares e 35% das mortes por doenças cardiovasculares, entre homens de 35 a 69 anos de idade (INCA, 2001). O uso de cigarro por mulheres tem preocupado atualmente devido ao investimento em marketing para esta classe, de acordo com o INCA (2003) cerca de 9% das mulheres dos países em desenvolvimento e cerca de

22% das mulheres dos países desenvolvidos, fumam cigarros, o nosso resultado é semelhante, pois na amostra 100% dos fumantes era do sexo feminino.

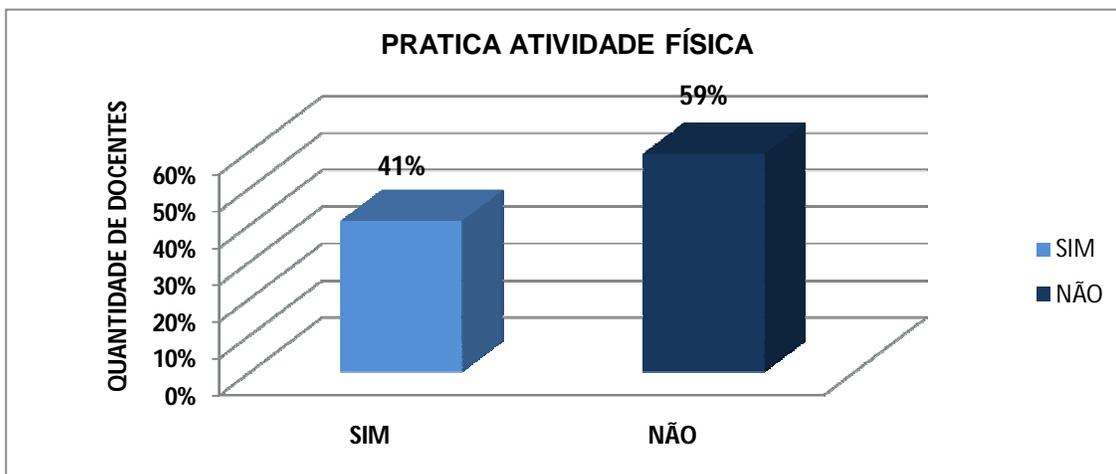


Gráfico 09 – PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA

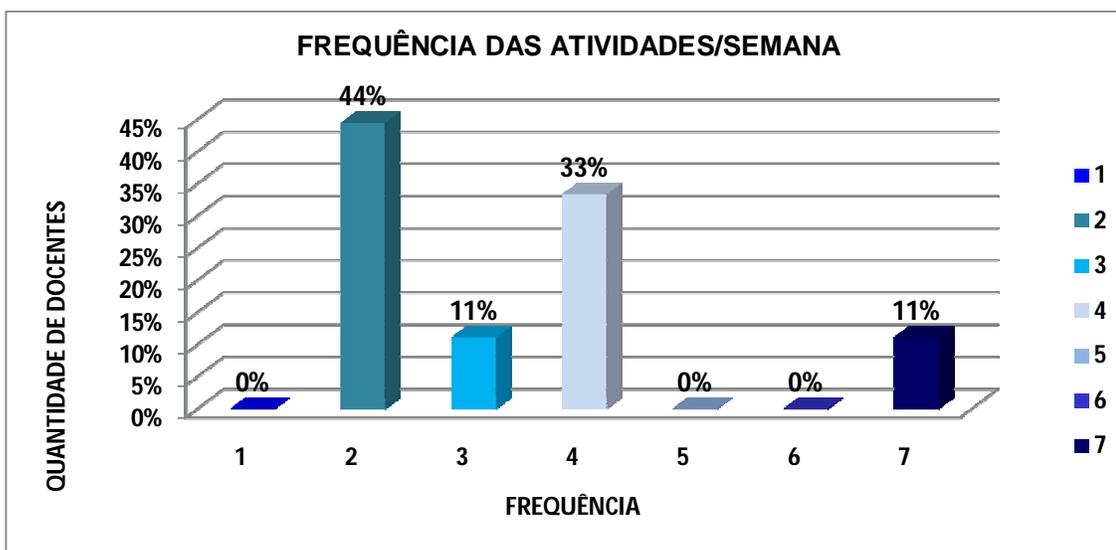


Gráfico 10 – FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES/SEMANA

Estima-se que a falta de atividade física entre os adultos é de 17%. Outra estimativa indica que uma faixa entre 31% a 51% das pessoas pratica exercícios de maneira insuficiente, ou seja, menos de 2 horas e 30 minutos por semana de atividades físicas moderadas (OPAS – OMS, 2003), entre os entrevistados, 41% relataram praticar atividade física, destes, 44% realizam atividade física duas vezes por semana, 33% praticam quatro vezes por semana e somente 11% disseram que

praticam todos os dias. Este dado é preocupante, pois a inatividade física é um FRC modificável para as doenças cardiovasculares (MENDES, 2006) e o percentual de entrevistados que não realizam nenhum tipo de atividade física é muito superior as estimativas encontradas na Organização Pan- Americana de Saúde. Embora os indivíduos pratiquem atividade física, a amostra identificou grande número de pessoas acima do peso, esse peso aumentado contribui muito para fator de risco cardiovascular.

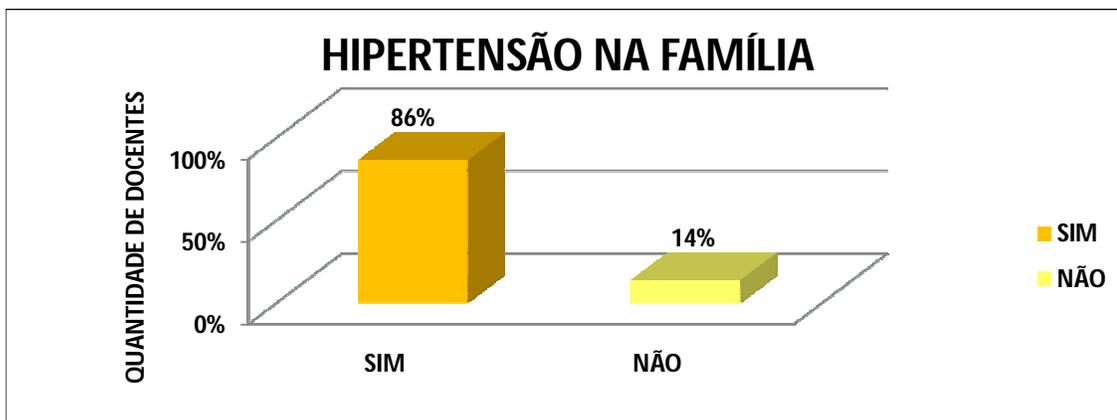


Gráfico11 – HIPERTENSÃO NA FAMÍLIA

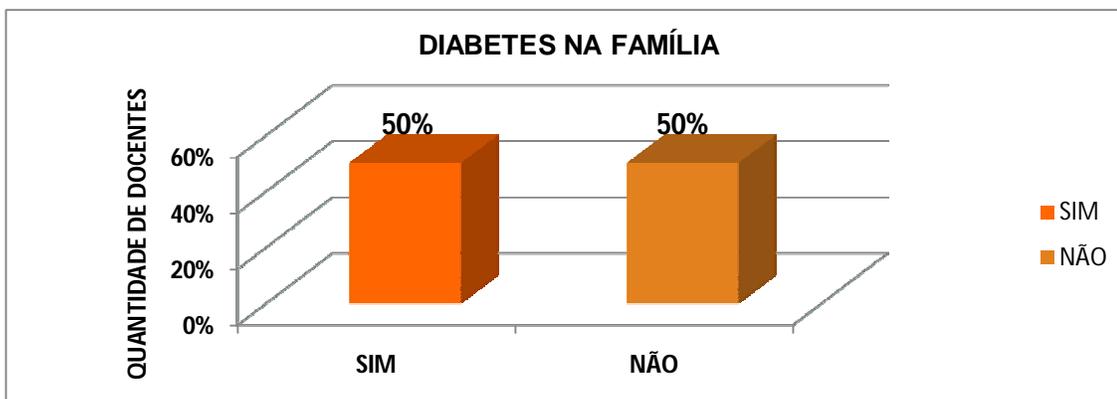


Gráfico 12 – DIABETES NA FAMÍLIA

O caráter hereditário Hipertensão aparece em 86% e para diabetes 50% dos sujeitos. Para BARRETO-FILHO e KRIEGER (2003):

Outro aspecto relacionado à fisiopatologia e de interesse prático é a observação de que em aproximadamente 30% dos pacientes a hipertensão arterial está associada a obesidade, dislipidemia e alterações do metabolismo da glicose, ou seja, síndrome metabólica. O fato de que tanto os fenótipos intermediários (resistência à insulina) como as doenças clínicas associadas à síndrome metabólica (diabete, hipertensão e obesidade) se agregam de maneira mais freqüente e intensa em gêmeos e em famílias sugere, além dos fatores ambientais, componente genético explicando a síndrome.

O indivíduo que apresenta mais de um fator de risco ou mais de uma doença crônica, como obesidade e tabagismo, por exemplo, tem uma situação mais grave.

Segundo PORTO e CANOVA (2010), é de extrema importância considerar as relações estressantes existentes entre os trabalhadores, seu ambiente de trabalho e as formas como eles enfrentam as situações de estresse ocupacional. Para as autoras o estresse não é um fator que reside no trabalhador, nem no ambiente de trabalho, mas é um fator que está presente no processo resultante das relações do empregado com seu ambiente de trabalho. As autoras destacam que o estresse no trabalho é uma reação tensional experimentada diante de estímulos estressores, sendo que estas reações podem prejudicar a interação da pessoa com o trabalho e com o ambiente de trabalho, à medida que esse ambiente contém demandas excessivas a ela, ou que ela não contém recursos adequados para enfrentar tais situações. Na coleta de dados relacionados ao estresse foram encontrados os seguintes resultados:

Tabela 08 – Itens avaliados com relação ao estresse

VARIÁVEL COLETADA	NÍVEL DE ESTRESSE	
	MÉDIA	NÍVEL DE ESTRESSE
1. A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso.	2,36	MÉDIO
2. A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante.	2,50	MÉDIO
3. Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho.	1,95	BAIXO
4. Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais.	2,77	MÉDIO
5. Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade.	2,50	MÉDIO
6. Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional.	2,50	MÉDIO
7. Fico de mau humor por me sentir isolado na organização.	1,77	BAIXO
8. Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores.	2,86	MÉDIO
9. As poucas perspectivas de crescimento na carreira tem me deixado angustiado.	3,09	ALTO
10. Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade.	2,14	MÉDIO
11. A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor.	2,05	MÉDIO
12. A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação.	2,36	MÉDIO
13. O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso.	3,77	ALTO
MÉDIA	2,51	MÉDIO

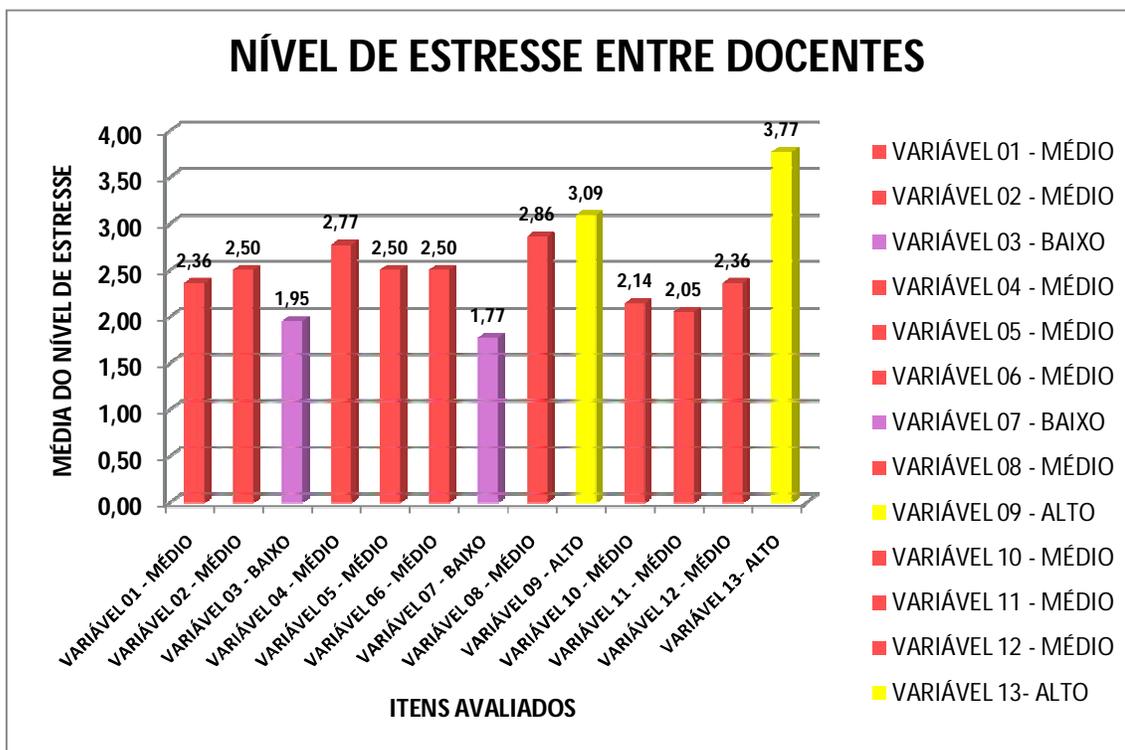


Gráfico 13 – AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ESTRESSE

Na análise da média do nível de estresse entre os docentes, nos itens avaliados da EET as respostas demonstraram que o nível de estresse presente entre os entrevistados obteve uma média de 2,51 que de acordo com os pontos de corte, corresponde a um **nível médio de estresse**.

Os itens 3 e 7 da escala correspondem a **nível baixo de estresse** este itens estão relacionados a falta de confiança dos superiores e a se sentir isolado na instituição.

Destaca-se, porém na pesquisa o **nível alto de estresse** presente nos itens que abordam como estressor as poucas perspectivas de crescimento e o tempo insuficiente para realizar o volume de trabalho tendo como reação ao estressor a angústia e o nervosismo, ressaltando que ambos os itens estão relacionados a fatores institucionais.

De acordo com SCHMIDT et al. (2009), o trabalho realizado em condições de baixo controle e alta demanda é nocivo à saúde dos trabalhadores, pois são considerados como trabalho de alta exigência. A autora cita em seu trabalho um estudo realizado entre professores e trabalhadores de enfermagem da Bahia cujo resultado revelou que profissionais com trabalho de alta exigência apresentam elevada prevalência de

Distúrbios Psíquicos Menores. Estes distúrbios designam quadros clínicos de indivíduos com sintomas de ansiedade, depressão ou somatização, além disso, os indivíduos podem apresentar tristeza, fadiga, diminuição da concentração, irritabilidade, insônia, os quais proporcionam incapacidade funcional comparável ou até pior que quadros crônicos já bem estabelecidos (MARAGNO et al, 2006).

Alguns autores consideram que o principal fator gerador de estresse no meio ambiente de trabalho decorre dos aspectos da organização, administração e sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas (SCHMIDT, 2009).

De acordo com NASCIMENTO (2008), as demandas de trabalho referem-se às condições de trabalho e exigências excessivas ou interferências das habilidades envolvidas para a realização das tarefas ocupacionais (volume e responsabilidades). Os prazeres humanos, ou seja, suas satisfações são também repletas de significados. Qualquer trabalho é possuidor de um prazer para o indivíduo e este estado de prazer pode ser quebrado a qualquer instante, transformando-se em desprazer, insatisfação e sofrimento.

MUTO et al (2007), citados por NASCIMENTO (2008), estudaram professores do Japão e constataram que tanto os professores como as professoras empenhados efetivamente com a educação, tinham um nível de estresse significativamente maior em comparação com os não tão empenhados no processo educacional.

CANOVA e PORTO (2010), em sua pesquisa, apontam alguns fatores relacionados ao estresse entre estes estão os seguintes fatores: sobrecarga de trabalho, interferência família-trabalho, clima organizacional, gênero, prática de atividade física, valores pessoais, baixo grau de autonomia no trabalho, esforço físico e/ou mental exigido em alto grau, falta de participação no processo de tomada de decisão, exposição a riscos à segurança pessoal ou prejuízos, falta de clareza das tarefas, suporte e intervenções para o manejo de estresse.

Apesar de nossos resultados não serem tão elevados para estresse, FONSECA, et al. (2009), enfatiza que o risco de desenvolvimento da hipertensão arterial e a reatividade cardiovascular parecem ser influenciados por fatores emocionais como impulsividade, hostilidade, estressores, ansiedade e raiva.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a análise dos resultados, este estudo nos permitiu concluir que os FRC entre os docentes pesquisados são relevantes, ressalta-se que há uma grande prevalência de FRC modificáveis, como sedentarismo, tabagismo e etilismo, na pequena população jovem estudada que já agregam fatores de riscos. Essas problemáticas estão diretamente relacionadas com qualidade de vida ou mesmo a necessidade de sobrevivência adquirida pela maioria desses profissionais. Dessa forma, é fundamental a implementação de medidas educativas com o objetivo de mudar essa qualidade de vida, por se tratar de adultos jovens com grande possibilidade para desenvolver doenças crônicas degenerativas.

Os níveis de estresse encontrados foram baixos em relação ao fator de trabalho em equipe, ou seja, o estudo nos confere uma boa relação interpessoal entre o grupo e também uma boa confiança em relação a sua gestão. O resultado mostrou um nível médio de estresse entre os docentes pesquisados, pode-se afirmar que esta exposição diária a diversos estressores podem desencadear reações no indivíduo e estas, individualmente ou relacionado com outros FRC podem contribuir para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Em contrapartida, o nível de estresse encontra-se alto em relação a carga de trabalho, ao número de atividades delegadas e as poucas perspectivas de crescimento a esse docente, estes, decorrem do estresse em relação à instituição de ensino, assim, denota-se uma problemática, pois aos docentes são impostas todas essas atividades, conferindo um alto nível de estresse, contribuindo potencialmente para os FRC, e por outro lado os profissionais também são permissivos a essa imposição, favorecendo de forma negativa a potencialidade desses fatores. Torna-se necessário a conscientização de todos profissionais envolvidos nas políticas institucionais, de forma a elaborar ou reelaborar políticas mais harmoniosas no ambiente, promovendo indiretamente, melhor qualidade de vida para todos que compartilham do mesmo ambiente de trabalho e consequentemente reduzindo os FRC.

Concluimos que esse estudo, embora realizado com uma pequena população que faz parte dos profissionais da instituição, nos apresenta dados extremamente significativos e denota a importância de medidas de prevenção para reduzir os elevados FRC entre estes profissionais.

6 - REFERÊNCIAS

Banco de dados do Sistema Único de Saúde. **Número de Diabéticos, Hipertensos e Diabéticos com Hipertensão por sexo, tipo e risco Agrupado por UF, período de 02/2009 até 02/2011**. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 de fev. de 2011.

BARRETO-FILHO, J. A. S.; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica? **Revista da sociedade de cardiologia do estado de São Paulo**. São Paulo, vol.13, nº1, jan./fev. 2003, p.46-55. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Programa Nacional de Controle de Tabagismo e outros fatores de risco de câncer**. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14).

BRAUNWALD, E. et al. – **Tratado de Doenças Cardiovasculares**. 7ª ed. RJ: Ed. Elsevier, 2006.

BRUNNER E SUDDART. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. Ed. 10. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005.

CANOVA, K. R.; PORTO, J. B. O impacto dos valores organizacionais no estresse ocupacional: um estudo com professores de ensino médio. **Revista de Administração Mackenzie (Online)**. vol.11 nº 5 São Paulo Out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

CANOVA, K.R. O Estresse Ocupacional e os Valores Organizacionais: A percepção dos Professores de Ensino Médio da Rede Pública de Ensino do Distrito Federal. **Revista de Administração Mackenzie** (Online) vol.11 nº5 São Paulo Out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22380.pdf>>. Acesso em: 03 de mar. 2011.

CASSAR, R. **Panorama Brasileiro e Fatores de Risco da Doença Cardiovascular**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/nutricao-e-ciencia/1644-panorama-brasileiro-e-fatores-de-risco-da-doenca-cardiovascular>>. Acesso em: 03 de mar. 2011.

CASTRO, L. C. V. et al. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Revista de Nutrição**. vol.17 nº 3 Campinas Jul. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

CERVATO, A.M. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 31(3): 227-35 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

CHAVES, M.L.F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol.7(4): outubro/dezembro de 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Caderno de Saúde Pública**. Vol.15 nº.2 Rio de Janeiro abr./jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 25 de fev. 2011.

COELHO, V.G. et al. Perfil lipídico e fatores de riscos para doenças cardiovasculares em estudantes de medicina. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia** (online). 2005. Vol.85, nº1, pp. 57-62. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.phd>>. Acesso em 14 de mar. 2011.

COLOMBO, R.C.R.; AGUILLAR, O.M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, vol.5, nº2, abril 1997. p.69-82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

COLTRO, R.S. et al. Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de evento de educação em saúde. **Revista Associação Médica Brasileira**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

DÂNGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. Ed. ATHENEU, 2ª ed. São Paulo, 1998. p.89-94.

Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3ª ed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 25 de mar. de 2011.

EYKEN, E.B.B.D.V; MORAES, C.L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(1):111-123, jan, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 25 de fev. 2011.

FILHO, R.D.S.; MARTINEZ, T.L.R. Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas! **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabolismo**. Vol.46 nº3 Junho 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

FONSECA, F.C.A. et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. vol. 58 nº.2. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 84, Suplemento I, Abril 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84s1/a01v84s1.pdf>. Acesso em: 22 de mar. 2011.

IRIGOYEN, M. C. et al. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Revista Sociedade de Cardiologia**, São Paulo, vol.13, nº1, p.20-45, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

ISHITANI, L.H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública** (online). 2006, vol.40, nº4, pp.684-691. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil – **Revista Brasileira de Hipertensão**. Salvador – BA. 8: 383-92, OUT./DEZ. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

LOURES, D. L et al. Estresse Mental e Sistema Cardiovascular. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, vol.78, nº5, p.525-30, Niterói/RJ, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Ago; v. 22, n. 8, p. 1639-48, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/12.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2011.

MARTINS, I.S. et al. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região sudeste do Brasil. I - Metodologia da pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 27: 250-61 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

MENDES, M.J.F.L., Associação de fatores de risco para doença cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, 6 (Supl. 1): S49-S54, maio, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 mar.2011.

MUTO, S. et al. Job stressor and job stress among teachers engaged in nursing activity. **Journal Industrial Health**. 2007. Jan, V. 45, N. 1, p. 44-48. Citado por: NASCIMENTO, Mário César et al. (2008).

NASCIMENTO, Mário César et al. Estresse laboral e gênero enquanto fatores associados ao risco de doenças cardiovasculares. **Revista Salusvita**, Bauru, vol 27, nº3, p. 383-397, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 25 de fev.. 2011.

NAVARRO, S.C.; CONEGERO, C.I. Os fatores de risco da doença aterosclerótica. **Arquivo de Ciências da Saúde**. Unipar, p.151-156, 2002. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/1193/1054>>. Acesso em: 15 de mar. 2011.

NUNES FILHO, J. R. et al. Prevalência de Fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006 . **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. vol. 89 nº.5 São Paulo Nov. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). **Doenças Crônico-degenerativas e Obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília – 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf>. Acesso em: 10 de mar. 2011.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. **Validação da Escala de Estresse no Trabalho**. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22380.pdf>>. Acesso em: 25 de mar. 2011.

PEREIRA, R. A.; SICHIERI, R; MARINS, V. M. R. Razão cintura/quadril como preditor de hipertensão arterial. **Caderno de Saúde Pública**. 1999; 15 (2): 333-44. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22380.pdf>>. Acesso em: 10 de mar. 2011.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C.Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial.**Revista Latino americano de Enfermagem**. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

PRETO, V.A.; PEDRÃO, L.J. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. 2009; 43 (4): 841-8. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em 23 de mar. 2011.

ROMERO, S.M; OLIVEIRA, L.O; NUNES, S.C. **Estresse no Ambiente Organizacional: estudo sobre o corpo gerencial.** Disponível em: http://www.aedb.br/seget/artigos07/1215_SEGET0701Stress.pdf. Acesso em: 15 mar. 2011.

SCHAAN, B.D. et al. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. **Revista de Saúde Pública.** Vol.38 nº4, São Paulo ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

SCHMIDT, D.R.C. et al. **Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/17.pdf>. Acesso em: 22 de mar. 2011.

SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia Humana.** 2ª ed., Ed. MANOLE. RJ, 2003. p.404-405.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia – Vol.88, Suplemento I, Abril 2007. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br>>. Acesso em 03 de mar. 2011.

TABAGISMO – O Mal da Destruição em Massa. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.htm>>. Acesso em: 23 de mar. 2011.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 22 de mar. 2011.

VILLELA, N. R. et al. **Em obesos, a disfunção endotelial correlaciona melhor com a relação cintura-quadril do que com a medida da cintura ou índice de massa corpórea.** Clinics [online]: 2006, vol. 61, nº 1, pp. 53-57. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

7 - APÊNDICE

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Sexo:

Idade:

Raça:

Estado Civil: () Solteiro () Casado/ União estável () Viúvo

Tempo de Trabalho:

Tempo de Formação:

Titulação:

Tem mais de um emprego?

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

Hipertenso?() Sim () Não

É Diabético? () Sim () Não

Há histórico de hipertensão na família? () Sim () Não

Parentesco:

Há histórico de Diabetes Mellitus na família? () Sim () Não

Parentesco:

Pratica atividade física? () Sim () Não Frequencia?

Faz uso de bebidas alcoolicas? () Sim () Não Frequencia?

Tabagista? () sim () Não

A quanto tempo?

P.A:

Circunferência Abdominal:

Circunferência do Quadril:

Relação cintura-quadril:

Estatura:

Massa Corporal:

IMC:

8 - ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - (Resolução 196/96)

Título da pesquisa: “Fatores de riscos cardiovascular e análise do nível de estresse em docentes do curso de Enfermagem de uma instituição de ensino superior filantrópica de Vitória/ES”.

Pesquisador responsável: Tatiane Miranda da Silva.

Colaboradores: Flávia da Silva Finamore e Katilcia Santana da Silva.

Justificativa, objetivos e procedimentos de pesquisa

Esta pesquisa se justifica pela importância deste tema, tendo em vista que as doenças cardiovasculares são responsáveis pelo grande número de óbitos, sendo a primeira causa de mortes no Brasil, responsável por 30% de todos os óbitos, sendo o estresse um dos fatores de risco presente e importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e as poucas referências existentes considerando os Fatores de Risco Cardiovascular entre professores. Torna-se relevante o desenvolvimento desse estudo para conhecer melhor a relação dos FRC e estresse entre estes profissionais.

Esta pesquisa tem o objetivo de Verificar os fatores de risco cardiovasculares e o nível de estresse em docentes de uma instituição filantrópica de ensino superior.

Como ferramenta de coleta de dados será aplicado um roteiro de entrevista através de um questionário estruturado que incluirá questões relacionadas ao tema proposto e também um questionário validado de estresse no trabalho.

Desconforto e possíveis riscos associados à pesquisa

O desconforto se dará pelo risco de ser incomodado durante o período de trabalho para participar do estudo. A pesquisa não traz nenhum risco ao participante, pois a participação na pesquisa é voluntária e anônima. Não será submetido a procedimento invasivo, nem entrará em contato com material prejudicial à saúde.

Benefícios da Pesquisa

Contribuir para a construção do conhecimento científico, levantar o nível de percepção de estresse em docentes de uma instituição de ensino.

Forma de acompanhamento e assistência

O participante receberá toda a assistência, quando necessário. Basta procurar a pesquisadora e colaboradoras: Tatiane Miranda da Silva (9949-3090), Flávia da Silva Finamore (9921-0752) e Katilcia Santana da Silva (3019-3721).

Esclarecimentos e Direitos

Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Confidencialidade e avaliação dos registros

As identidades serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizada. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse de conhecimentos para a sociedade e para as autoridades normativas em saúde nacional ou internacional.

Consentimento pós-informação

Eu, _____, portador da carteira de identidade nº _____ expedida pelo órgão _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida; livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa e recebi uma cópia deste documento por mim assinado.

Assinatura do participante voluntário

DATA

Assinatura do responsável pelo estudo

DATA

ANEXO B - QUESTIONÁRIO VALIDADO DE ESTRESSE NO TRABALHO

Pense no seu trabalho!

Abaixo estão listadas várias situações que podem ocorrer no dia a dia de sua atividade profissional.

Leia com atenção cada afirmativa e utilize a escala apresentada a seguir para dar sua opinião sobre cada uma delas.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

Para cada item, marque o número que melhor corresponde à sua resposta.

1. Ao marcar o número 1 você indica discordar totalmente da afirmativa.
2. Assinalando o número 5 você indica concordar totalmente com a afirmativa.
3. Observe que quanto **menor** o número, mais você **discorda** da afirmativa e quanto **maior** o número, mais você **concorda** com a afirmativa.

1 – A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso.	1	2	3	4	5
2 – A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante.	1	2	3	4	5
3 – Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho.	1	2	3	4	5
4 – Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais.	1	2	3	4	5
5 – Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade.	1	2	3	4	5
6 – Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional.	1	2	3	4	5
7 – Fico de mau humor por me sentir isolado na organização.	1	2	3	4	5
8 – Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores.	1	2	3	4	5
9 – As poucas perspectivas de crescimento na carreira tem me deixado angustiada.	1	2	3	4	5
10 – Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade.	1	2	3	4	5
11 – A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor.	1	2	3	4	5
12 – A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação.	1	2	3	4	5
13 - O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso.	1	2	3	4	5

ANEXO C - FOLHA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

Comitê de Ética em Pesquisa

Vitória, 14 de abril de 2011.

Ofício 015/2011/CEP

À Professora

Profa. Tatiane Miranda da Silva

Pesquisadora-responsável

Prezada professora

Informamos que o projeto de pesquisa **Fatores de riscos cardiovasculares e nível de percepção de estresse em docentes de uma instituição de ensino filantrópica de Vitória/ES** registrado neste CEP sob o número **13/2011** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, tendo sido considerado:

APROVADO

I – HISTÓRICO

Trata-se de um Projeto de Pesquisa do curso de Enfermagem da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo realizado pelas alunas Flávia da Silva Finamore e Katilcia da Silva Santana, sob orientação da Professora Tatiane Miranda da Silva, intitulado: “Fatores de riscos cardiovasculares e nível de percepção de estresse em docentes de uma instituição de ensino filantrópica de Vitória/ES”. A pesquisa visa verificar os fatores de riscos cardiovasculares e o nível de estresse em docentes de uma instituição de ensino filantrópica.

A introdução e a fundamentação teórica trazem informações relevantes e atuais sobre o tema abordado.

A pesquisa sobre o tema é importante, visto que na sociedade atual a ocorrência de doenças cardiovasculares está aumentando consideravelmente e tem se torna da cada vez mais precoce.

Quanto aos métodos utilizados a pesquisa se caracteriza como estudo descritivo e quantitativo. Os sujeitos da pesquisa serão os docentes do curso de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Filantrópica de Vitória/ES. As variáveis que serão estudadas foram muito bem explicadas e apresentadas.

Os procedimentos adotados pelos pesquisadores não oferecerão riscos a integridade dos participantes, sobretudo porque a participação será voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento.

II – MÉRITO

O projeto apresenta coerência entre os itens introdução, objetivos e justificativa. O tema é interessante e a pesquisa se mostra útil tanto na formação de um aluno no curso de Enfermagem quanto para a sociedade.

A metodologia está bem detalhada, o que condiz com um projeto de pesquisa bem fundamentado. O projeto apresenta ainda, um cronograma exequível e de acordo com o projeto apresentado.

Quanto à estrutura o projeto responde as perguntas do núcleo básico no que tange a definição do problema, a base teórica e conceitual, os propósitos do estudo, a metodologia e o cronograma de execução. A estrutura do projeto está bem organizada. O Termo de Consentimento está objetivo e conciso e com linguagem adequada, além de atender as exigências da resolução CNS 196/96.

Sugiro uma reformulação no título, visto que o projeto apresenta o estresse como um dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, e o título apresenta como se fosse uma variável diferente.

No item metodologia deve-se colocar o nome da instituição de ensino. Embora se infere facilmente o local, o melhor é que tudo esteja bem detalhado.

O objetivo do projeto é, na verdade, verificar os fatores de riscos cardiovasculares e o nível de estresse em docentes do curso de Enfermagem de uma instituição de ensino filantrópica, visto que nenhum docente de outro curso fará parte da pesquisa e isto pode interferir muito nas conclusões do estudo. E seria de grande valia acrescentar objetivos específicos.

III – VOTO DO RELATOR

Aprovado.

IV – DECISÃO DO PLENÁRIO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Católica aprovou por unanimidade o voto do Relator.

O relatório do projeto deverá ser encaminhando a este CEP até o dia **15 de Agosto de 2011**. O modelo do relatório encontra-se disponível no site da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, link no Comitê de ética em Pesquisa (Relatório de acompanhamento dos Projetos de Pesquisa Aprovados).

Atenciosamente,

Ruth-Léa Souza Rangel

Secretária do CEP