

# Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma Instituição Filantrópica

OBESITY AS RISK FACTOR ASSOCIATED WITH HYPERTENSION AMONG NURSING PROFESSIONALS OF A NATIONAL PHILANTHROPY HEALTH INSTITUTION

OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA HIPERTENSIÓN ENTRE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN FILANTRÓPICA

Aline Furtado Carlos de Oliveira<sup>1</sup>, Maria Suely Nogueira<sup>2</sup>

## RESUMO

Analisou-se a presença de obesidade relacionada com níveis de pressão alterados entre os profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica, tendo em vista a detecção precoce de possíveis hipertensos. A população constituiu-se de 147 profissionais de enfermagem com idade de 20-70 anos. Realizou-se entrevista estruturada, individual, pelo pesquisador no local de trabalho desses profissionais. 91,8% eram mulheres; 29,2% possuíam idade superior a 40 anos; 11,6% apresentaram PAS $\geq$ 140mmHg e 6,8% PAD $\geq$ 90mmHg; 12,2% apresentaram obesidade grau I-II; 38,1% das mulheres, RCQ $\geq$ 0,85, 12,2% com idade 40-49 anos; 2,1% dos homens apresentaram RCQ $\geq$ 1,0, 1,4% encontravam-se na faixa etária 40-49 anos. É possível identificar que, embora os profissionais de enfermagem conheçam a gravidade da doença e a importância da mudança nos hábitos de vida, ainda apresentam dificuldade para tal comportamento, o que sugere a necessidade de implementação de programas educativos no local de trabalho, de modo a contribuir e favorecer a mudança de comportamento destes profissionais.

## DESCRITORES

Enfermagem.  
Obesidade.  
Hipertensão.  
Fatores de risco.  
Instituições Filantrópicas de Saúde.

## ABSTRACT

The present study analyzed the relationship between obesity and high blood pressure among nursing professionals of a philanthropic institution, with a view to the early detection of possible cases of hypertension. The study population consisted of 147 nursing professionals of ages between 20-70 years. The researcher performed structured, individual, interviews at the work site of those professionals, 91.8% of which were women; 29.2% were older than 40 years; 11.6% had a SBP $\geq$ 140mmHg and 6.8% DBP $\geq$ 90mmHg; 12.2% had obesity class I-II; 38.1% of women with a WHR $\geq$ 0.85, 12.2% in the age range of 40-49 years; 2.1% of men with a WHR $\geq$ 1.0, 1.4% in the age range of 40-49 years. It was found that, though nursing professionals know the severity of the disease and the importance of changing their life habits, they still find it difficult to adopt that behavior, which suggests the need to implement educational programs at the work site to help them to change their behaviors.

## KEY WORDS

Nursing.  
Obesity.  
Hypertension.  
Risk factors.  
Voluntary Health Agencies.

## RESUMEN

Se analizó la presencia de obesidad relacionada con niveles de presión alterados, entre los profesionales de enfermería de una institución filantrópica, con el propósito de observar la detección precoz de posibles hipertensos. La población estuvo constituida por 147 profesionales de enfermería con edades de entre 20 y 70 años. El investigador realizó una entrevista estructurada, individual en el local de trabajo de dichos profesionales; 91.8% eran mujeres; 29.2% tenían edad superior a 40 años; 11.6% fueron identificados con PAS $\geq$ 140mmHg, 6,8% con PAD $\geq$ 90mmHg; 12.2% presentaron obesidad de grado I-II; 38.1% de las mujeres, RCQ $\geq$  0.85, 12,2% con edad entre 40-49 años; 2.1% de los hombres presentaron RCQ $\geq$ 1.0, 1.4% se encontraban en la faja etaria de 40-49 años. Es posible identificar que a pesar de que los profesionales de enfermería conocen la gravedad de la enfermedad y la importancia de cambios en los hábitos de vida, aún muestran dificultad para adoptar tal comportamiento, lo que sugiere la necesidad de la implementación de programas educativos en los locales de trabajo con el objeto de facilitar cambios en el comportamiento de estos profesionales.

## DESCRIPTORES

Enfermería.  
Obesidad.  
Hipertensión.  
Factores de riesgo.  
Agencias Voluntarias de Salud

<sup>1</sup> Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Enfermeira Coordenadora da UTI Geral da Irmandade de Misericórdia de Sertãozinho, Sertãozinho, SP, Brasil. [linenurse@bol.com.br](mailto:linenurse@bol.com.br) <sup>2</sup> Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. [msnog@eerp.usp.br](mailto:msnog@eerp.usp.br)

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o aumento crônico da pressão arterial sistólica (PAS) ou pressão arterial diastólica (PAD). O diagnóstico de HAS somente pode ser estabelecido quando são realizados no mínimo três medidas, com uma diferença temporal de uma semana entre elas e identificados valores de PAS superior a 140 mmHg ou de PAD superior a 90 mmHg considerando o indivíduo adulto superior a 18 anos. Quando se comprova uma PAS maior ou igual a 210 mmHg ou mesmo uma PAD maior ou igual a 120 mmHg, é necessário mais de uma medida para instituir o tratamento<sup>(1)</sup>.

O ganho de peso e o aumento da circunferência da cintura (CC) são índices prognósticos importantes de HAS, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam HAS diretamente atribuível ao sobrepeso e obesidade<sup>(2)</sup>.

O índice de massa corporal (IMC) é calculado pela divisão do peso, em quilogramas, pela altura, em metros ao quadrado. A CC pode ser medida no ponto médio entre a crista ilíaca e o rebordo da última costela e a circunferência do quadril (CQ) geralmente é medida na altura dos trocanteres femorais, com valores de relação cintura-quadril (RCQ) acima de 0,85 para mulheres e acima de 1,0 para os homens<sup>(3)</sup>.

Independentemente do grau de sobrepeso, o excesso de gordura abdominal pode ser avaliado através da RCQ, sendo um importante fator de risco para várias doenças crônicas não-transmissíveis<sup>(4)</sup>. O IMC em conjunto com a idade e o sexo são considerados as variáveis que mais influenciam na distribuição de gordura corporal.

O risco de desenvolver doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares, HAS, diabetes melitus (DM) e dislipidemia parece se elevar progressivamente quando o IMC atinge níveis superiores a 25 kg/m<sup>2</sup>, e com medidas de CC acima de 94 cm para homens e superiores a 80 cm para mulheres<sup>(3-5)</sup>.

A ingestão de gorduras em indivíduos portadores de HAS deve ser reduzida, pois há aumento das complicações, como doença arterial coronariana (DAC), além de que a obesidade, por si só, eleva os valores tensionais.

## OBJETIVO

Analisar a presença de obesidade relacionada com níveis de pressão alterados entre os profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica, tendo em vista a detecção precoce de possíveis hipertensos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado entre profissionais da enfermagem, (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) de uma instituição filantrópica do interior do Estado de São Paulo.

A população deste estudo foi constituída de profissionais da enfermagem de ambos os sexos e com idade variando entre 20 e 70 anos, que estavam desenvolvendo atividades diárias e que concordaram em participar do estudo por meio de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP (Protocolo nº 0494/2004).

Os dados foram obtidos mediante entrevista estruturada, de acordo com o instrumento utilizado por Simão, que contempla dados relacionados ao modelo de *Campo de Saúde*<sup>(6-7)</sup>.

O instrumento de coleta de dados consta dos itens *biologia humana*, que compreende os dados de identificação, antropométricos (peso, altura, valores de PA) e antecedentes familiares; *meio ambiente*, compreendendo os dados sobre formação, atividade profissional e estrutura familiar do indivíduo; *estilo de vida*, que se refere aos aspectos ligados à prática de atividade física, hábitos alimentares, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, etc; *organização dos serviços de saúde*, que compreende as informações relacionadas à utilização dos serviços de saúde, tratamento de enfermidades e utilização de medicamentos.

A identificação dos valores da PA foi feita pelo método indireto, utilizando manguitos com bolsa de borracha, com largura compatível a circunferência braquial do indivíduo<sup>(8-9)</sup>. Para análise dos dados, considerou-se o valor de PA, obtido da média dos valores das duas medidas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte do estudo 147 indivíduos, escolhidos de forma aleatória, sendo do sexo feminino 135 (91,8%) e do sexo masculino 12 (8,2%), com idade entre 20 e 70 anos, (média de 34,0 anos).

Além da idade, observamos o peso corporal da população, que variou de 45 a 130 Kg, com média de 87,5 Kg. Quanto a altura, variou de 156 a 192 cm, com média de 174 cm.

A obtenção dos dados referentes ao peso e altura nos auxiliou na investigação da obesidade entre os entrevistados, uma vez que é considerada fator de risco para as doenças cardiovasculares.

O excesso de gordura corporal detectado na região abdominal, evidenciado na RCQ superior a 0,80 para mulheres e 0,90 para homens, tem maior risco de HAS, dislipidemia, DM e mortalidade por DCV<sup>(10)</sup>.

Pode-se identificar, neste estudo, que 79 (53,8%) mulheres apresentaram RCQ < 0,85 e 56 (38,1%) apresentaram RCQ ≥ 0,85. É importante destacar que as mulheres na faixa etária de 40 - 49 anos totalizaram 18 (12,2%) com RCQ ≥ 0,85. Já em relação aos homens, 9 (6,1%) apresentaram RCQ < 1,0 e 3 (2,1%) apresentaram RCQ ≥ 1,0. Na faixa etária entre 40 - 49 anos, 2 (1,4%) homens apresen-

taram RCQ ≥ 1,0. As mulheres estão mais suscetíveis a desenvolver HAS, uma vez que a RCQ tem sido indicada como um importante fator de risco para várias doenças crônicas não-transmissíveis<sup>(4)</sup>.

Alguns estudos realizados constataram maior frequência da obesidade entre as mulheres com a CC e o RCQ inadequados<sup>(11,12-13)</sup>.

Na Tabela 1, observa-se que 57 (38,7%) mulheres apresentaram RCQ ≥ 0,85, sendo que 8 (5,4%) delas estavam com PAS ≥ 140 mmHg; 3 (2,1%) homens apresentaram RCQ ≥ 1,0 sendo que 1 (0,7%) deles estava com PAS >180 mmHg.

**Tabela 1** - Distribuição dos profissionais da saúde de uma Instituição Filantrópica segundo RCQ e os valores de PAS - Sertãozinho - 2006

RCQ	PAS (mmHg)												Total	%
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3			
	<120	%	<130	%	130-139	%	140-159	%	160-179	%	>180	%		
<b>Homem</b>														
≥ 1,0	-	-	1	0,7	1	0,7	-	-	-	-	1	0,7	3	2,1
< 1,0	2	1,4	3	2,0	4	2,7	-	-	-	-	-	-	9	6,1
<b>Mulher</b>														
≥0,85	26	17,7	11	7,5	12	8,2	3	2,0	3	2,0	2	1,4	57	38,7
<0,85	57	38,7	7	4,8	8	5,4	4	2,7	2	1,4	-	-	78	53,1
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>57,8</b>	<b>22</b>	<b>15,0</b>	<b>26</b>	<b>17,7</b>	<b>7</b>	<b>4,7</b>	<b>5</b>	<b>3,4</b>	<b>3</b>	<b>2,1</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

Verifica-se na Tabela 2 que 53 (36,0%) mulheres apresentaram RCQ ≥ 0,85, das quais 9 (6,1%) estavam com a

PAD ≥ 90 mmHg; 3 (2,1%) homens possuíam RCQ ≥ 1,0, sendo que 2 (1,4%) estavam com a PAD ≥ 90 mmHg.

**Tabela 2** - Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a RCQ e os valores de PAD - Sertãozinho - 2006

RCQ	PAD (mmHg)												Total	%
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3			
	<80	%	<85	%	85-89	%	90-99	%	100-109	%	>110	%		
<b>Homem</b>														
≥ 1,0	-	-	1	0,7	1	0,7	-	-	-	-	1	0,7	3	2,1
< 1,0	5	3,4	4	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-	9	6,1
<b>Mulher</b>														
≥0,85	27	18,4	10	6,8	7	4,8	5	3,4	2	1,4	2	1,4	53	36,0
<0,85	60	40,8	11	7,5	5	3,4	6	4,0	-	-	-	-	82	55,8
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>62,6</b>	<b>26</b>	<b>17,7</b>	<b>12</b>	<b>8,1</b>	<b>12</b>	<b>8,1</b>	<b>3</b>	<b>2,1</b>	<b>2</b>	<b>1,4</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

As medidas das circunferências corporais da cintura e do quadril são as usualmente adotadas para caracterizar o acúmulo de gordura abdominal, através da CC e da relação cintura-quadril (RCQ).

Independentemente do grau de sobrepeso, o excesso de gordura abdominal pode ser avaliado através da RCQ, sendo um importante fator de risco para várias doenças crônicas não-transmissíveis. O IMC em conjunto com a idade e o sexo são considerados as variáveis que mais influenciam na distribuição de gordura corporal<sup>(4)</sup>.

A razão entre a circunferência da cintura e do quadril tem mostrado correlação com uma série de doenças, especialmente as caracterizadas pela síndrome metabólica<sup>(14)</sup>.

Pelos dados da Tabela 3, pode-se identificar que 86 (58,5%) profissionais apresentaram peso normal, seguidos de 22 (15,0%) com sobrepeso, 17 (11,6%) com obesidade leve, 19 (12,9%) com obesidade moderada e 3 (2,0%) com obesidade grave. A faixa etária entre 40 - 49 anos foi a que se destacou com maior número de profissionais (18,3%) com IMC ≥ 25 Kg/m<sup>2</sup>.

**Tabela 3** - Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo a idade em anos, por faixa etária e o IMC - Sertãozinho - 2006

Idade (anos)	Índice de Massa Corporal ( Kg/m <sup>2</sup> )										Total	%
	< 25	%	25 - 27,4	%	27,5 - 29,9	%	30 - 39,9	%	≥ 40	%		
20 - 29	42	28,6	4	2,7	3	2,0	2	1,4	-	-	51	34,7
30 - 39	21	14,3	3	2,0	4	2,7	5	3,4	1	0,7	34	23,1
40 - 49	16	10,9	11	7,5	8	5,4	6	4,0	2	1,4	43	29,2
50 - 59	6	4,0	3	2,0	-	-	3	2,0	-	-	12	8,2
≥60	1	0,7	1	0,7	2	1,4	3	2,0	-	-	7	4,8
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>58,5</b>	<b>22</b>	<b>15,0</b>	<b>17</b>	<b>11,6</b>	<b>19</b>	<b>12,9</b>	<b>3</b>	<b>2,0</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

A obesidade está comumente associada à resistência a insulina, podendo levar a uma intolerância a glicose e ao diabetes tipo 2, aumentando consideravelmente o risco de doenças cardiovasculares. A redução do peso com a dieta hipocalórica, associada a prática de exercícios físicos, aumenta a tolerância a glicose e a sensibilidade a insulina<sup>(2)</sup>.

Estima-se que existam, atualmente, 100 milhões de indivíduos obesos no mundo. A prevalência de obesida-

de entre indivíduos hipertensos é consideravelmente maior quando comparada aos normotensos. A literatura reporta aumentos de três a oito vezes na HAS entre os obesos<sup>(14)</sup>.

A Tabela 4 mostra que, 61 (41,5%) profissionais apresentaram IMC ≥ 25 Kg/ m<sup>2</sup> dos quais 10 (6,9%) apresentaram valores de PAS ≥ 140 mmHg e 6 (4,2%) apresentaram obesidade moderada.

**Tabela 4** - Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o IMC e os valores de PAS - Sertãozinho - 2006

IMC (Kg/ m <sup>2</sup> )	PAS (mmHg)												Total	%
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2		HAS estágio 3			
	<120	%	<130	%	130-139	%	140-159	%	160-179	%	>180	%		
< 25	63	42,8	8	5,4	10	6,8	1	0,7	3	2,0	1	0,7	86	58,5
25 - 27,4	7	4,8	9	6,1	3	2,0	2	1,4	-	-	-	-	21	14,4
27,5 - 29,9	10	6,8	3	2,0	4	2,7	1	0,7	1	0,7	-	-	19	12,9
30 - 39,9	5	3,4	2	1,4	5	3,4	2	1,4	3	2,0	1	0,7	18	12,2
≥40	-	-	-	-	3	2,0	-	-	-	-	-	-	3	2,0
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>57,8</b>	<b>22</b>	<b>14,9</b>	<b>25</b>	<b>16,9</b>	<b>6</b>	<b>4,2</b>	<b>7</b>	<b>4,8</b>	<b>2</b>	<b>1,4</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

Em relação à PAD, os dados da Tabela 5 mostram que entre os profissionais com IMC ≥ 25 Kg/ m<sup>2</sup>, 5 (3,4%) deles apresentavam valores de PAD ≥ 90 mmHg, sendo que a

maioria encontrava-se com IMC de 30 - 39,9 Kg/ m<sup>2</sup> caracterizando a obesidade moderada.

**Tabela 5** - Distribuição dos profissionais da saúde de uma instituição filantrópica segundo o IMC e os valores de PAD - Sertãozinho - 2006

IMC (Kg/ m <sup>2</sup> )	PAD (mmHg)										Total	%		
	Ótima		Normal		Limítrofe		HAS estágio 1		HAS estágio 2				HAS estágio 3	
	<80	%	<85	%	85-89	%	90-99	%	100-109	%			>110	%
< 25	63	42,8	15	10,2	5	3,4	1	0,7	1	0,7	1	0,7	86	58,5
25 - 27,4	11	7,5	8	5,4	1	0,7	1	0,7	-	-	-	-	21	14,4
27,5 - 29,9	12	8,2	4	2,7	3	2,0	-	-	-	-	-	-	19	12,9
30 - 39,9	6	4,0	5	3,4	4	2,7	1	0,7	1	0,7	1	0,7	18	12,2
≥40	-	-	2	1,4	-	-	1	0,7	-	-	-	-	3	2,0
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>62,5</b>	<b>34</b>	<b>23,1</b>	<b>13</b>	<b>8,8</b>	<b>4</b>	<b>2,8</b>	<b>2</b>	<b>1,4</b>	<b>2</b>	<b>1,4</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

Estudo realizado indicou uma associação positiva entre o IMC elevado e a prevalência da HAS<sup>(15)</sup>. O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial<sup>(9)</sup>.

É importante ressaltar que existe um número grande de profissionais que trabalham de 6 a 12 horas/dia, e que a sobrecarga de trabalho acaba desencadeando vários problemas na vida desse indivíduo, entre eles, má alimentação, poucas horas de sono, estresse, sedentarismo, obesidade, entre outros fatores de risco predisponentes para o desencadeamento de doenças como a HAS e DCV.

O nível socioeconômico e os fatores de risco apresentam diferenças entre países, levando em consideração a realidade de cada um deles; o mais provável é que a população de classe socioeconômica mais elevada dos países desenvolvidos tenha melhor controle da saúde, consumindo alimentos saudáveis, menos cigarros e mais tempo disponível para a prática de atividades físicas, enquanto nas camadas socioeconômicas mais baixas deve ocorrer o contrário, consumindo alimentos de origem animal, gordura saturada, açúcares e tendo menos tempo para atividades físicas<sup>(16)</sup>.

Um aspecto importante relativo ao estilo de vida é a prática de exercício físico, porém, neste estudo foi possível observar que dos 147 indivíduos entrevistados, apenas 41 (27,9%) praticam algum tipo de atividade física, entre elas, caminhada 20 (13,6%), 12 malhação (8,2%), jogar futebol 4 (2,7%), natação 3 (2,0%) e andar de bicicleta 2 (1,4%), contra 106 (72,1%) que referiram não praticar nenhum tipo de atividade física. Quanto à frequência e duração da realização de atividade física, 14 (9,5%) profissionais referiram praticá-las menos de três vezes por semana e com mais de 45 minutos de duração e 11 (7,4%), três vezes por semana e mais de 45 minutos; entre os indivíduos que praticam atividade física regular, 19 (12,9%) a executam há menos de um ano e 12 (8,2%) indicaram tempo de um a cinco anos. Esses dados deixam claro que são poucos os profissionais que desenvolvem atividade física regular há mais de um ano, mostrando que o sedentarismo está presente nesta população e que se constitui em um fator importante para o desenvolvimento de DCV e hipertensão arterial.

O exercício físico deve ser realizado de acordo com a idade e as condições de saúde de cada indivíduo, durante dois ou três dias por semana e com duração entre 45 a 60 minutos; para isso, os pacientes precisam ser incentivados e necessitam de um seguimento para alcançar os resultados esperados sobre o controle da PA<sup>(17)</sup>.

A atividade física regular é muito importante na vida do ser humano e gera muitos benefícios para a saúde, incluindo a redução da incidência de DCV pois, além de reduzir a pressão arterial e o peso corporal, diminui também o risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão<sup>(17)</sup>.

O sedentarismo é uma das principais causas para o favorecimento e manutenção do aumento do peso corpo-

ral, sendo que este leva a outros sérios problemas. A atividade física apresenta efeito positivo nos riscos de enfermidades cardiovasculares, no tratamento primário ou complementar da arteriosclerose, na redução das dores lombares, no diabetes, além de benefícios psicológicos a curto prazo (melhora da auto-imagem, do humor e da auto-estima) e a longo prazo (diminuição da ansiedade, do estresse e da depressão)<sup>(18)</sup>.

Pode-se observar que, entre os indivíduos que realizam atividade física, 21 (14,1%) apresentaram IMC  $\geq$  25 Kg/m<sup>2</sup>, sendo 9 (6,1%) com obesidade grau I e 6 (4,0%) com obesidade grau II. Já entre os indivíduos que não realizam atividade física, 40 (27,2%) apresentaram IMC  $\geq$  25 Kg/m<sup>2</sup>, sendo que 9 (6,1%) apresentaram obesidade grau I, 12 (8,2%) apresentaram obesidade grau II e 3 (2,0%) com obesidade grau III.

A influência da distribuição da gordura corporal na prevalência da HAS, em indivíduos obesos, foi constatada por um aumento de 23,0% nos indivíduos com sobrepeso e 67,1% nos indivíduos com obesidade grau III<sup>(19)</sup>.

Em relação à RCQ, 14 (9,5%) mulheres com RCQ  $\geq$  0,85 praticam atividade física regularmente e 42 (28,6%) não praticam atividade física. Entre os homens, que são em número menor na instituição, somente 2 (1,4%) com RCQ  $\geq$  1,0 não praticam atividade física e os com RCQ < 1,0, 8 (5,4%) praticam e 2 (1,4%) não praticam atividade física.

Os dados acima mostram que existe um número grande de profissionais na instituição com RCQ acima dos valores permitidos que não praticam atividade física, em especial entre as mulheres que estão em número maior na instituição.

Quando analisamos os valores de PAS entre os indivíduos que praticam atividade física, podemos observar que 5 (3,4%) profissionais apresentam PAS  $\geq$  140 mmHg; Entre aqueles que não praticam atividade física, 11 (7,4%) profissionais apresentaram PAS  $\geq$  140 mmHg, sendo 4 (2,7%) com PAS entre 140-159 mmHg, 6 (4,0%) com PAS entre 160 – 179 mmHg e 1 (0,7%) com PAS > 180 mmHg; pode-se observar também que entre os indivíduos com alteração nos valores de PAD, estão aqueles que não praticam atividade física, totalizando 6 (4,1%) profissionais, sendo 4 (2,7%) com PAD entre 90 - 99 mmHg, 1 (0,7%) com PAD entre 100 – 109 mmHg e 1 (0,7%) com PAD > 110 mmHg.

Vários estudos têm demonstrado o efeito hipotensor do exercício em pacientes hipertensos, logo após uma única sessão de exercício físico aeróbio, e esta redução nos níveis pressóricos é mantida com o decorrer de um programa de treinamento físico<sup>(20)</sup>.

Em relação aos hábitos alimentares, 131 (89,1%) profissionais referiram apresentar bom apetite e os alimentos de consumo diário consistem de carne vermelha, frituras, massas, verduras, leite e café; sobre o consumo de enlatados / embutidos, 36 (24,5%) profissionais negaram o seu uso; 90 (61,2%) indicaram fazer uso apenas uma vez/sema-

na e 15 (10,2%) profissionais referiram entre 2 a 3 vezes/semana; quanto ao consumo de hortaliças e frutas, a maioria dos profissionais indicaram fazer uso das mesmas pelo menos duas a três vezes/semana, sendo que 13 (8,8%) indicaram não consumir tais alimentos; quanto à utilização de gorduras saturadas e óleos no preparo dos alimentos, 47 (32,0%) profissionais disseram fazer uso apenas uma vez/semana; 60 (40,8%) indicaram utilizar de 2 a 3 vezes/semana; 24 (16,3%) profissionais utilizam de 4 a 6 vezes/semana e 9 (6,1%) profissionais referiram não fazer uso de nenhum tipo de gordura nos alimentos. Em relação ainda ao tipo de gordura utilizada na preparação dos alimentos, 131 (89,1%) indivíduos referiram preparar os alimentos apenas com gordura de origem vegetal; 15 (10,2%) com gordura de origem animal e vegetal e somente 1 (0,7%) com gordura de origem animal.

O consumo de chocolate e derivados também foi indicado e fazendo parte do consumo alimentar dos profissionais, dos quais 3 (2,0%) referiram não fazer uso; 89 (60,6%) indicaram fazer uso pelo menos uma vez/semana e 48 (32,7%) profissionais indicaram consumo entre duas a três vezes/semana; com relação ao consumo de fibras presentes no pão, cereais e massas, a maioria dos profissionais indicou utilizá-las mais de duas vezes/semana e 45 (30,6%) profissionais indicaram uso diário; 39 (26,5%) profissionais indicaram gostar de comida com muito sal contra 108 (76,5%) profissionais que referiram não gostar de alimentos salgados; 45 (30,6%) profissionais mencionaram o hábito de levar saleiro à mesa durante as refeições.

Para que a alimentação seja saudável é preciso que ela seja suficiente, o que significa que a quantidade de alimentos ingeridos deve cobrir as exigências energéticas do organismo e manter o equilíbrio do seu balanço; completa, uma vez que deve fornecer todos os nutrientes necessá-

rios ao funcionamento do organismo e em quantidades adequadas; harmônica e adequada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse de se investigar os fatores de risco para a doença hipertensiva entre os profissionais de enfermagem surgiu devido ao fato de observar, dentro dessa instituição filantrópica na qual trabalho, o número de obesos e sedentários, além da grande quantidade de atestados médicos decorrentes de problemas cardiovasculares.

A pesquisa foi importante, pois, a maioria dos hipertensos e possíveis hipertensos, reconheceram que precisavam se cuidar e passaram a mudar alguns hábitos como, realizar algum tipo de atividade física, mudança na alimentação, diminuição do consumo de cigarro e bebida alcoólica, mudança nos hábitos de sono e facilidade de se obter um tratamento mais rápido por serem da área da saúde e possuírem conhecimento diante do problema exposto.

Os profissionais de enfermagem devem pensar que nas próximas três a quatro décadas os atuais adultos jovens brasileiros serão os idosos do país, com potencial para desenvolvimento de doenças crônicas, muitas delas decorrentes dos fatores de risco cardiovasculares. Alguns deles já agem silenciosamente, iniciando um percurso que pode influenciar a qualidade de vida e o envelhecimento populacional.

A educação em saúde é um dos principais elementos para melhorar as condições de vida de pessoas portadoras de DCV. A monitoração dos fatores de risco pelos profissionais de enfermagem é de suma importância, pois auxilia na identificação dos aspectos ligados à melhoria das condições de saúde e de vida para quem convive com problemas cardiovasculares.

## REFERÊNCIAS

1. Lepori LR. Hipertensão arterial. Buenos Aires: ECSA; 2004.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão; 2006.
3. Barcellos MT, Fuchs F, Fuchs SC. Indicadores antropométricos preditores da incidência de hipertensão. *Rev Bras Hipertensão*. 2006;9(2):56-9.
4. Afonso FM, Sichieri R. Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do município do Rio de Janeiro, RJ. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(2):153-63.
5. Goulart AC, Benseñor IJM. Obesidade e hipertensão. *Rev Bras Hipertensão*. 2006;9(1):27-30.
6. Simão M. Fatores de risco para as doenças cardiovasculares em trabalhadores de uma destilaria do Interior Paulista [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
7. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: National Health and Welfare; 1974.
8. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão; 1998.
9. Mion Junior D, Pierin AMG. Manual prático de medida da pressão arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão; 2000.
10. Rosa RF, Franken RA. Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. In: Timerman A, César LAM. Manual de cardiologia. São Paulo: Atheneu/SOCESP; 2000.

- 
11. Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2001;45(5):494-501.
  12. Martins IS, Marinho SP. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(6):760-7.
  13. Souza LJ, Souto Filho JT, Souza TF, Reis AF, Gicovate Neto C, Bastos DA, et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2003;47(6):669-76.
  14. Ferreira SRG, Zanella MT. Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade. *Rev Bras Hipertensão.* 2000;7(2):128-35.
  15. Garcia FD, Terra AF, Queiroz AM, Correia CA, Ramos PS, Ferreira QT, et al. Avaliação de fatores de risco associados com elevação da pressão arterial em crianças. *J Pediatr.* 2004;80(1):29-34.
  16. Marmot MG, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stansfeld S. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet.* 1997;350(9073):235-9.
  17. Reza GC. O cotidiano do hipertenso na perspectiva do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
  18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília; 2002.
  19. Carneiro G, Faria AN, Ribeiro Filho FF, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SR, et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(3):303-11.
  20. Rondon MUPB, Brum PC. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertensão.* 2003;10(2):134-9.