

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Sabrina Gonçalves Silva Pereira

Prevalência e fatores associados a hipertensão arterial entre profissionais de saúde que lidam com pacientes críticos e crônicos em ambientes hospitalares

Montes Claros

2020

Sabrina Gonçalves Silva Pereira

Prevalência e fatores associados a hipertensão arterial entre profissionais de saúde que lidam com pacientes críticos e crônicos em ambientes hospitalares

Dissertação apresentada como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PPGCS da Universidade Estadual de Montes Claros.

Área de Concentração: Epidemiologia populacional e molecular

Orientadora: Prof^a Dra. Carla Silvana de Oliveira e Silva

Montes Claros

2020

Pereira, Sabrina Gonçalves Silva.

P436p

Prevalência e fatores associados a hipertensão arterial entre profissionais de saúde que lidam com pacientes críticos e crônicos em ambientes hospitalares [manuscrito] / Sabrina Gonçalves Silva Pereira. – Montes Claros, 2020.

85 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Silvana de Oliveira e Silva.

1. Hipertensão arterial. 2. Profissionais de saúde. 3. Prevalência. I. Silva, Carla Silvana de Oliveira e. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Prof. Antônio Alvimar Souza

Vice-reitora: Prof^ª Ilva Ruas de Abreu

Pró-reitora de Pesquisa: Prof^ª Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Controle e Acompanhamento de Projetos: Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof^ª Sônia Ribeiro Arrudas

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof^ª Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-Graduação: Prof. André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-Graduação Lato Sensu: Prof. Marcelo Perim Baldo

Coordenadoria de Pós-Graduação Stricto Sensu: Marcos Flávio Dângelo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Prof. Alfredo Maurício Batista de Paula

Subcoordenadora: Prof^ª Marise Fagundes Silveira



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



MESTRANDO(A): SABRINA GONÇALVES SILVA PEREIRA

TÍTULO DO TRABALHO: "Hipertensão arterial em profissionais de saúde atuantes em setores hospitalares críticos e crônicos"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Mecanismos e aspectos clínicos das doenças

LINHA DE PESQUISA: Clínica, diagnóstico e terapêutica das doenças

BANCA (TITULAR)

PROFª. DRª. CARLA SILVANA DE OLIVEIRA E SILVA - ORIENTADORA

PROF. DR. LUIS PAULO SOUZA E SOUZA

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA

ASSINATURAS

Carla Silvana de O. Silva
Luis Paulo Souza e Souza
Antonio Prates Caldeira

BANCA (SUPLENTE)

PROFª. DRª. LEILA DAS GRAÇAS SIQUEIRA

PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO

ASSINATURAS

APROVADA

REPROVADA

Hospital Universitário Clemente Farias – HUCF
<http://www.unimontes.br> / ppgcs@unimontes.br
Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-001

Dedico esta pesquisa à minha família, esteio
em todos os aspectos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Seria tão mais fácil fazer uma regressão logística múltipla através do meu “malvado favorito p valor” e descrever a significância das pessoas que estiveram ao meu lado durante este processo de mestrado, pois desafio maior que redigir esta dissertação foi descrever, nestas duas páginas, a gratidão que tenho por todas estas pessoas.

Minha gratidão aos ex-professores, hoje amigos, Cláudia Danyella e Henrique, por terem sido exemplo de profissionalismo ainda na graduação e por me apresentarem à Prof^ª Dra. Carla Silvana. À minha orientadora, professora Carla, agradeço por ter sido tão sincera comigo no primeiro dia de nosso encontro, ao dizer que, para me tornar mestre, precisaria sair da zona de conforto e elevar o nível de minhas publicações. Obrigada por confiar em mim, aceitar-me em seu tão seletivo grupo de pesquisa e direcionar-me nas diversas publicações que nasceram desde aquele primeiro encontro.

Aos colegas pesquisadores do grupo de pesquisa Fadiga por Compaixão, por me acolherem no grupo e dividirem comigo seus conhecimentos. Foi muito gratificante participar com vocês de cada processo de coleta e de consolidação dos dados. Aos coleguinhas do mestrado Bruna, Isabella, Nayra, Priscilla e Walter, saibam que, sem a ajuda de vocês, o “p valor” não teria significado nenhum para mim, nem os dois semestres de aulas diárias teriam sido tão divertidos e leves sem a companhia de vocês.

Antecipo meus respeitosos agradecimentos aos professores que participarão da banca examinadora. Obrigada pela disposição do tempo e pelas recomendações. Não poderia deixar de agradecer também aos profissionais de saúde da macrorregional Norte de Minas por terem aceitado participar deste estudo e por dedicarem tempo para responder ao questionário e à coleta dos dados.

Aos colaboradores da Fasi, em especial Alessandra e Flávia, que entenderam o propósito da realização deste mestrado. Não permitiram que minha ausência física na unidade fosse justificativa para qualquer desarranjo e mantiveram em dia a execução de todas as minhas solicitações.

Aos meus pais, Jorge e Vera, por não terem poupado esforços para me garantirem uma educação de qualidade desde educação básica ao ensino superior. Minha gratidão é eterna e

esta dissertação é uma prova da honra que tenho por vocês. Ao meu irmão caçula, Thiago, que já sabe o quanto este caminho é difícil, agradeço seu apoio e saiba que você foi minha inspiração no significado de fazer mestrado.

Aos meus amados filhos, Heitor e Alícia, que, mesmo sem entenderem o significado do que é fazer um mestrado, compreenderam minha ausência e minhas angústias, deixaram a porta do escritório fechada todas as vezes que eu solicitei, sem questionar, fizeram silêncio e disseram “te amo” quando eu mais precisei.

Deveria ser o mais fácil de agradecer, mas é difícil expressar em palavras minha gratidão ao meu amado esposo e parceiro de todas as horas, Alex. Amor, só você sabe todos os sentimentos que experimentei neste processo. Da preparação para o processo seletivo, da alegria da aprovação, da mudança de rotina em nossa casa para adequar aos meus horários de aula e coleta dos dados, do processo de escrita desta dissertação à apresentação, você sempre esteve ao meu lado incondicionalmente. Registro aqui minha gratidão a você por tudo que é em minha vida. Obrigada por tudo.

Por fim, tendo consciência de que sozinha nada disso teria sido possível, dirijo meu agradecimento especial ao meu Deus. Primeiramente, pelo dom da vida, pela saúde física e por restabelecer minha saúde mental. Louvo a Ti por permitir que todas essas pessoas estivessem em minha vida no momento necessário. Obrigada pelo dom da sabedoria para conduzir este processo, desde a preparação do processo seletivo até a apresentação. Obrigada por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com meus objetivos e não desanimar com as dificuldades. E Ti, Virgem Maria, agradeço por cuidar de mim e sempre interceder ao Deus Pai pelas minhas necessidades.

“Se tiver de interferir em um sistema acomodado e antiquado para ajudar apenas uma mulher, um homem ou uma criança, aceito de bom grado as consequências.”
Diana Prince – Mulher Maravilha

RESUMO

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública global, de curso lento e assintomático, de alta prevalência além de ser um fator de risco independente para doenças cardiovasculares. Vários fatores estão associados ao seu desenvolvimento, como a má alimentação, inatividade física e obesidade. Entretanto, fatores laborais a exemplo do estresse e trabalho noturno também têm sido implicados na etiologia da hipertensão. Esta pesquisa teve por objetivo estimar a prevalência da hipertensão arterial entre profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos e crônicos. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, analítico e de abordagem quantitativa. A população foi composta por profissionais de saúde da macrorregional Norte de Minas Gerais dos serviços de hemodiálise, oncologia, pronto-socorro e terapia intensiva. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2017 a abril de 2018. Para essa coleta, utilizou-se um questionário autoaplicado contendo 337 questões, aferição de dados antropométricos e coleta de sangue venoso. A variável dependente deste estudo (pressão arterial) foi categorizada em normal, pré-hipertensão e hipertensão. Foi realizada análise descritiva das variáveis investigadas por meio de sua distribuição de frequência. Em seguida, foi feita análise bivariada adotando o teste do Qui-quadrado e selecionadas as variáveis que apresentaram nível de significância inferior a 0,25 para a análise múltipla, com nível de significância de 5%. Para análise múltipla, utilizou-se o modelo de regressão logística multinomial. Participaram deste estudo 490 profissionais. Verificou-se a prevalência de 21,8% de hipertensão arterial, associada às seguintes variáveis após análise múltipla: em nível distal sexo masculino (OR=3,1; IC: 1,9-5,1) e idade (OR=2,6; IC: 1,3-5,0), em nível intermediário, vínculo empregatício concursado (OR=2,3; IC: 1,1-4,7) e uso de medicamento contínuo (OR=2,7; IC: 1,5-5,0) e em nível proximal sobrepeso e obesidade (OR= 3,1; IC: 1,6-6,1 e OR=8,3; IC: 3,8-18,1, respectivamente). Espera-se que os resultados obtidos por meio deste estudo possam fomentar a implantação de políticas de saúde que incentivem mudanças dentro e fora do ambiente laboral, com maior foco na prevenção e na promoção da saúde dos profissionais.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Profissionais de saúde. Prevalência

ABSTRACT

Arterial hypertension is a serious global public health problem, of slow and asymptomatic course, of high prevalence, in addition to being an independent risk factor for cardiovascular diseases. Several factors are associated with its development, such as poor diet, physical inactivity and obesity. However, labor factors such as stress and night work have also been implicated in the etiology of hypertension. This research aimed to estimate the prevalence of arterial hypertension among health professionals who work with critical and chronic patients. This is an epidemiological, cross-sectional, analytical and quantitative study. The population consisted of health professionals from the macro-regional North of Minas Gerais from the hemodialysis, oncology, emergency room and intensive care services. Data collection was carried out from January 2017 to April 2018. For this collection, a self-administered questionnaire was used, containing 337 questions, anthropometric data measurement and venous blood collection. The dependent variable in this study (blood pressure) was categorized as normal, pre-hypertension and hypertension. A descriptive analysis of the investigated variables was carried out through their frequency distribution. Then, a bivariate analysis was performed using the Chi-square test and variables with a significance level lower than 0.25 for multiple analysis were selected, with a significance level of 5%. For multiple analysis, the multinomial logistic regression model was used. 490 professionals participated in this study. There was a prevalence of 21.8% of arterial hypertension, associated with the following variables after multiple analysis: male gender (OR = 3.1; CI: 1.9-5.1) and age (OR = 2 , 6; CI: 1.3-5.0), at an intermediate level, open employment (OR = 2.3; CI: 1.1-4.7) and use of continuous medication (OR = 2.7; CI: 1.5-5.0) and proximal level overweight and obesity (OR = 3.1; CI: 1.6-6.1 and OR = 8.3; CI: 3.8-18.1, respectively). It is hoped that the results obtained through this study can encourage the implementation of health policies that encourage changes within and outside the work environment, with a greater focus on prevention and health promotion of professionals.

Keywords: Arterial hypertension. Health professionals. Prevalence

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos	22
3 PRODUTOS CIENTÍFICOS	23
3.1 Artigo 1: Fatores associados à hipertensão arterial em profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos e crônicos	24
4 CONCLUSÕES	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	53
ANEXOS	54

1 INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica nos países em desenvolvimento resultou no aumento da longevidade e em repercussões no estilo de vida e nos padrões de morbimortalidade nos quais óbitos por doenças infecciosas e parasitárias foram substituídas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, como a hipertensão arterial (HA)¹.

Esta se constitui em um grave problema de saúde pública global, mais frequente na fase produtiva da vida adulta², caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos maiores ou iguais a 140 e/ou 90 mmHg³. É uma doença de curso lento e assintomática, de alta prevalência, com múltiplos fatores de risco e de difícil controle. Além disso, é um fator de risco independente e evitável para doenças cardiovasculares que, além da mortalidade, pode causar danos irreversíveis com limitações e dependências que influenciam diretamente na qualidade de vida^{4,5}.

Os valores da pressão arterial (PA) para diagnóstico da HA são arbitrários e específicos para cada método de aferição. Usualmente utiliza-se, nas aferições para avaliações no consultório, o esfigmomanômetro manual e, fora do consultório, a PA pode ser obtida por meio da medição residencial da pressão arterial (MRPA), com protocolo específico, ou da MAPA de 24 horas³. A classificação da PA, através do método manual, está expressa no Quadro 1.

Quadro 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 – 139	81 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a pressão arterial sistólica (PAS) e a pressão arterial diastólica (PAD) situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Fonte: MALACHIAS et al., 2016

No cenário global, um em cada quatro adultos é classificado como hipertenso, o que equivale a aproximadamente 1 bilhão de pessoas em todo mundo⁶, sendo esperado ainda um crescimento para 1,5 bilhão (cerca de 30% da população global) até o ano de 2025, com maior prevalência na Europa Oriental, América Latina e Caribe⁷.

Um inquérito epidemiológico realizado no Brasil⁸ apontou prevalência de HA de 32,3% chegando a 71,7% para indivíduos com mais de 70 anos e, em Minas Gerais, essa prevalência foi de 36%. Estima-se que essa doença esteja associada a 9,4 milhões de mortes por ano em todo mundo⁹, sendo que, no ano de 2018, o Brasil registrou mais de 65 mil óbitos por problemas de saúde provenientes desta enfermidade¹⁰.

Os gastos com internações hospitalares no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2018, por complicações decorrentes da HA, passaram de R\$ 1,24 bilhão, com tempo médio de internação hospitalar de 6,4 dias. Assim, a análise desses gastos e o tempo médio de internação evidenciam o grande impacto dessa doença na economia do país, quer seja pelo custo direto da internação e de procedimentos realizados e custeados pelo SUS quer seja pelo afastamento do trabalho pela população economicamente ativa¹⁰.

Ressalta-se que vários fatores estão associados ao desenvolvimento da HA, entre eles a má alimentação, a obesidade, a inatividade física, o consumo de álcool e de tabaco. Entretanto, fatores laborais, como estresse e trabalho em turnos e/ou noturno também têm sido implicados na etiologia da hipertensão⁴. Dessa forma, o trabalho pode ser uma fonte de crescimento psicológico e de realização pessoal, mas, também, pode se tornar gradualmente desgastante, estressante e nocivo, repercutindo diretamente no viver, adoecer e morrer dos trabalhadores¹¹.

O perfil epidemiológico dos profissionais de saúde não é diferente do perfil que prevalece na população em geral. Apesar do conhecimento existente sobre a gravidade da HA, suas complicações e medidas preventivas, esse fato não sugere uma maior atenção à saúde, por esses indivíduos, nem maior aderência ao tratamento após diagnóstico prévio¹².

Os profissionais de saúde que atuam em setores críticos, como hemodiálise, oncologia, pronto-socorro e terapia intensiva, estão propensos ao trabalho fatigante, estresse, sedentarismo, esgotamento físico e mental, sono e transtornos alimentares que podem acarretar várias complicações de saúde, além de conviverem com situações, como depressão, dor, tragédia, sofrimento de outras pessoas e com a linha tênue entre a vida e a morte¹³.

Esses setores, em razão das suas especificidades, requerem um trabalho exigente e complexo, caracterizado pela assistência contínua aos pacientes, cumprimento de normas, rotinas e regimentos rígidos, divisão fragmentada das atividades, rigidez hierárquica e o dimensionamento de recursos humanos insuficientes¹⁴. Situações como estas, vivenciadas

diariamente, podem causar um alto nível de estresse, desgaste físico e mental, ansiedade e angústia que afetam diretamente a qualidade de vida do profissional^{15,16}.

Hipertensão arterial, dislipidemia, hiperglicemia, obesidade e estresse foram agravos mais frequentes nos profissionais de saúde em um estudo de revisão sistemática realizado por pesquisadores na China¹⁷. Tal estudo ratificou que todos esses agravos estavam intimamente relacionados ao ritmo acelerado do trabalho, à alta concentração de energia, à sobrecarga e à pressão. No Brasil, as complicações decorrentes da HA são responsáveis por elevado número de pedidos de aposentadoria precoce e de licença médica¹⁸.

O Quadro 2 apresenta a prevalência e os fatores de risco presentes e/ou associados à HA em profissionais de saúde nos últimos dez anos.

Quadro 2: Prevalência e fatores de risco presentes e/ou associados à hipertensão arterial em profissionais de saúde que trabalham em serviços hospitalares identificados na literatura nacional e internacional nos últimos dez anos.

Autores (Ano)	Título	País do estudo	Tamanho da amostra	Local do estudo	Prevalência e fatores associados
DOMINGUES et al. (2019) ¹⁹	Doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico no Sul do Brasil	Brasil	272	Hospital Geral	Prevalência: 20,6%. Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: 94,5% portadores de diabetes mellitus.
HOU et al. (2019) ²⁰	Perception and self-management of hypertension in Chinese cardiologists (CCHS): a multicenter, large-scale cross-sectional study	China	29.924	Hospital Geral	Prevalência: 63,9% Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: sexo masculino (p <0,001), idade (p <0,001). Idade (50-59 anos) anos: OR = 1,397, IC 95%: 1,164 a 1,678, p <0,001; > 60 anos: OR = 1,949, IC 95%: 1,534 a 2,476, p <0,001 vs 20-29 anos), IMC (> 24 kg / m2: OR = 1.314, IC 95%: 1.233 a 1.400, p <0,001 vs 18,5-23,9 kg / m2), tabagismo (pouco frequente: OR = 0,568, IC 95%: 0,525 a 0,613, p <0,001; nunca: OR = 0,469, IC 95%: 0,431 a 0,509, p <0,001 vs frequentes) e comorbidades (OR = 3,158, IC 95%: 2,924 a 3,410, p <0,001).

NASCIMENTO et al. (2019) ²¹	Trabalho em turnos de profissionais de enfermagem e a pressão arterial, burnout e transtornos mentais comuns	Brasil	231	Oncologia	Prevalência: 25,5% Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: sedentarismo (65,4%), estresse (44,6%), burnout (39%), transtornos mentais comuns (57,6%), dislipidemias (28,1%), trabalho em turnos (p = 0,036). Entre os 138 profissionais que trabalhavam em turnos, observou-se menor prevalência de hipertensão entre aqueles com transtornos mentais comuns (26,2% vs. 42,6%, p=0,045), assim como maior média da pressão arterial diastólica casual (p=0,039). Menor exaustão emocional e níveis pressóricos alterados na MAPA do período de vigília [26,0 (DP=7,6) vs. 29,9 (DP=7,6) pontos] e maior despersonalização e níveis pressóricos alterados na MAPA do período de sono [12,2 (DP=4,6) vs . 10,7 (DP=4,3) pontos.
ULGUIM et al. (2019) ¹⁸	Trabalhadores da saúde: risco cardiovascular e estresse ocupacional	Brasil	45	Traumatologia/ Ortopedia e Obstetrícia	Prevalência: 28,9% Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: sedentarismo (60%), hereditariedade (55,6%), obesidade (55,5%), relação cintura quadril moderado a alto risco para saúde (73,4%), colesterol total na faixa limítrofe ou alta (78,9%) e estresse ocupacional (55,5%)

OSEI-YEBOAH et al. (2018) ²²	Cardiometabolic Risk Factors among Healthcare Workers: A Cross-Sectional Study at the Sefwi-Wiawso Municipal Hospital, Ghana	Gana	112	Unidade de emergência e clínica geral	Prevalência: 52,6% pré-hipertensão e 16% hipertensão. Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: obesidade (0,0037), níveis crescentes de glicemia foram associados a aumentos na pressão arterial sistólica e dislipidemia (0.0036), hipercolesterolemia (0.0358), hipertrigliceridemia (0,0059), aumento do LDL-c (0,0066), hiperglicemia (0,0036).
JAHROMI et al. (2017) ²³	Risk Factors of Heart Disease in Nurses	Irã	263	Hospital Geral	Prevalência: 16,7% Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: sexo (0,016), obesidade (19,3%), relação cintura x quadril aumentada (16,7%), hipertrigliceridemia (6%) e hipercolesteremia (5,3%).
OROZCO-GONZÁLEZ et al. (2016) ¹²	Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de la salud	México	1.089	Hospital Geral e Ginecologia/ Obstetrícia	Prevalência: 19% Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: hiperglicemia (55%), dislipidemia (78%), colesterol total foi elevado em 37%, o LDL-C em 54%, triglicérides em 44% e nível de HDL abaixo do recomendado em mulheres em 48% e em homens em 16%, respectivamente). Sobrepeso e obesidade (73%). A circunferência da cintura aumentada 47% em mulheres e 34% em homens.

RODRIGUES et al. (2016) ²⁴	Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial (HAS) entre a equipe de enfermagem	Brasil	70	Hospital Geral	Prevalência: 12,7% Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: ex-tabagismo (12,8%), obesidade (11,4%), circunferência abdominal elevada (8,5%), sedentarismo (71,35).
HAZMI et al. (2015) ²⁵	Traditional cardiovascular risk-factors among healthcare workers in Kelantan, Malaysia	Malásia	308	Hospital Geral	Prevalência: 14% Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: dislipidemia (30%), hiperglicemia (10%), sobrepeso (38%) e obesidade (24,3%).
ANGKURAWARAN ON et al. (2014) ²⁶	Chiang Mai University Health Worker Study aiming toward a better understanding of noncommunicable disease development in Thailand: methods and description of study population	Tailândia	3.204	Hospital Geral	Prevalência: 11,1% Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: Obesidade (30%), hiperglicemia (2,3%) dislipidemia (19,2%).
MAGALHÃES et al. (2014) ¹³	Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde	Brasil	165	Hospital especializado em cardiovascular e pulmonar	Prevalência: 17,5% Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: sobrepeso (33,9%), Circunferência abdominal elevada (49,7%), Hipercolesterolemia (27,8%), hipertrigliceredemia (25,5%), tabagismo (11%), ingestão de 30g de etanol ao dia (30g).

GANGWISCH et al. (2013) ²⁷	Sleep duration and risk of hypertension in women: results of the nurses' health study	EUA	32.105 (1986) e 68.784 (2000)	Hospital Geral	Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: duração de sono de ≤ 5 horas (OR = 1,19; IC 95% = 1,14–1,25), obesidade (OR = 1,30; IC95% = 1,17-1,45). Durações de sono de ≤ 5 horas foram associadas a um aumento da incidência de hipertensão em pessoas com idade <60 anos (HR = 1,20, IC 95% = 1,09-1,31 para aqueles com idade <50 anos; HR = 1,11, IC 95% = 1,00–1,23 para aqueles com idade entre 50 e 59 anos).
LEE et al. (2013) ²⁸	Independente association between age at natural menopause and hypercholesterolemia, hypertension, and diabetes mellitus Japan Nurses health study	Japão	22.426	Hospital Geral	Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: menopausa (<0,001), quanto maior a idade maior risco de desenvolver HA, diabetes e hipercolesterolemia (OR = 2,72; 95% = 1.93-3.82).
SOBRINO et al. (2013) ²⁹	Prevalence of masked hypertension and associated factors in normotensive healthcare workers	Espanha	485	Hospital Geral	Prevalência: 22,9% Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: sedentarismo (43,6%), tabagismo (24,9%), dislipidemia (16,4%) e história familiar de DCV prematura (15,9%).

PIMENTA et al. (2012) ³⁰	Trabalho noturno e risco cardiovascular em funcionários de universidade pública	Brasil	211	Hospital Geral	Prevalência: 27,5% Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: obesidade (34%), hipertrigliceridemia(23,7%), hipercolesterolemia (55,4%), baixos níveis de HDL-c (45,9%), hiperglicemia (16,1%), tabagismo (12,3%) A frequência do alto risco cardiovascular foi maior entre os trabalhadores noturnos, assim como a prevalência da hipertensão arterial (p < 0,05).
CORLETA et al. (2011) ³¹	Fatores de risco para doença cardiovascular em funcionárias do hospital de clínicas de Porto Alegre	Brasil	172	Hospital Geral	Prevalência: 33,1% Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: obesidade (40,7%), tabagismo (15%), idade e circunferência abdominal (0,001).
CUSTÓDIO et al. (2011) ³²	Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de hipertensão arterial	Brasil	130	Hospital cardiovascular (Unidade aberta, Unidade fechada e emergência)	Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: hiperglicemia (24,6%), tabagismo (35,4%), ex-tabagismo (15,4%), uso de bebida alcoólica (43,8%) alimentação inadequada (68,5%), sedentarismo (62,3%).
GAUDEMARIS et al. (2011) ³³	Blood pressure and working conditions in hospital nurses and nursing assistants. The ORSOSA study	França	3.837	Hospital Geral emergência, terapia intensiva e cirurgia	Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: idade (< 0,001), excesso de peso (< 0,001, estresse ocupacional (< 0,01).

SFREDDO et al. (2010) ³⁴	Shift Work Is Not Associated with High Blood Pressure or Prevalence of Hypertension	Brasil	493	Hospital Geral	Prevalência: 16% hipertensão e 28% pré-hipertensão. Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: idade, sexo masculino e IMC foram positivamente associados à hipertensão, enquanto maior número de horas de sono foi associado com menor prevalência de hipertensão e pré-hipertensão (<0,001).
LIN, LI (2009) ³⁵	Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in Taiwanese Healthcare Workers	Taiwan	2.034	Hospital Geral	Fatores de risco presentes (%) e/ou associados (p) a HA: obesidade, (<0.001).

Diante do exposto, torna-se evidente que a HA traz impactos consideráveis para o setor da saúde e a sociedade. No âmbito da saúde do trabalhador, as consequências vão além dos custos diretos e indiretos, visto que levam também ao absenteísmo, perda de horário ou abandono do serviço. Estuda-se a prevalência desta doença em trabalhadores da saúde, há poucas décadas, razão pela qual ainda são necessárias mais pesquisas sobre as condições de saúde e de trabalho dos profissionais que atuam especificamente com pacientes críticos e crônicos e sua interface com a HA.

Considerando a magnitude dessa doença, mostra-se necessário conhecer dados sobre sua prevalência e os fatores associados a esse grupo de profissionais, mais especificamente na região do Norte de Minas Gerais. Conhecer esses dados pode viabilizar a atuação de outros profissionais e gestores de saúde com vistas a identificar precocemente os fatores, melhorar as condições de saúde, de trabalho e de satisfação profissional, o que conseqüentemente refletirá diretamente na assistência prestada ao paciente. As investigações sobre esta temática também são importantes para traçar estratégias de intervenção específicas para esse grupo de profissionais, proporcionando uma melhor qualidade de vida e de trabalho humanizado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Estimar a prevalência da hipertensão arterial entre profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos e crônicos em ambientes hospitalares

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e bioquímico dos profissionais que trabalham com pacientes críticos e crônicos.
- Identificar a associação entre hipertensão arterial nos profissionais que trabalham com pacientes críticos e crônicos e as variáveis relacionadas a estilo de vida, condições de trabalho, condições de saúde física, condições de saúde mental e espiritualidade, medidas antropométricas e perfil bioquímico.

3 PRODUTOS CIENTÍFICOS

- Artigo

Artigo 1: Fatores associados à hipertensão arterial em profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos e crônicos hospitalares

Formatado conforme as normas da Revista International Journal of Development Research (IJDR). Qualis: A2 – Interdisciplinar. Fator de impacto (2019): 7.012 (Anexo A)

Artigo 1

FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM COM PACIENTES CRÍTICOS E CRÔNICOS HOSPITALARES

RESUMO

Objetivo: estimar a prevalência e fatores associados à hipertensão arterial entre profissionais que trabalham com pacientes críticos e crônicos. **Metodologia:** estudo epidemiológico, transversal, realizado com profissionais de saúde da macrorregional Norte de Minas Gerais, Brasil. A variável dependente pressão arterial foi categorizada em normal, pré-hipertensão e hipertensão. Para análise múltipla, foi utilizada a Regressão Logística Multinomial. **Resultados:** participaram do estudo 490 profissionais, para os quais a prevalência da hipertensão arterial foi de 21,8% e da pré-hipertensão foi de 25,9%. As chances de se desenvolver a hipertensão arterial foram maiores nos profissionais do sexo masculino (OR=3,1; IC: 1,9-5,1), com idade \geq 40 anos (OR=2,6; IC: 1,3-5,0), em profissionais com vínculo empregatício concursado (OR=2,3; IC: 1,1-4,7), que faziam uso de medicamento contínuo (OR=2,3; IC: 1,5-5,0), nos obesos (OR=8,3; IC: 3,8-18,1) e com sobrepeso (OR=3,1; IC: 1,6-6,1). **Conclusão:** a prevalência de hipertensão arterial nesse grupo de profissionais foi menor do que a da população brasileira. São necessários mais estudos com trabalhadores desse grupo e investimento em medidas preventivas e que incentivem a mudança para um estilo de vida saudável.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Profissionais de Saúde. Prevalência. Hospital.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) representa o principal fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares e mortalidade em todo mundo. É uma doença multifatorial,

caracterizada e diagnosticada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, possuindo, como critério clínico, em indivíduos maiores de 18 anos, níveis tensionais iguais ou maiores a 140 mmHg x 90 mmHg (Malachias et al., 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham HA, com crescimento global de 60% dos casos até 2025 (Malta et al., 2018), além de cerca de 7,1 milhões de mortes anuais (Moxoto et al., 2015). Na América Latina, a prevalência é de 30 a 40%, podendo variar de 25 a 35% de acordo com a região (Sabio et al., 2019). Já no Brasil, inquéritos populacionais apontaram prevalência de 32,3% (Marin et al., 2019)

Um estudo conduzido por Hou et al. (2019) na China, com 29.924 médicos, apontou uma prevalência de 63,9% nesse grupo de profissionais. Nessa mesma perspectiva, investigação realizada no continente africano estimou a prevalência de 52,6% (Osei-Yeboah et al., 2018). Já no Brasil, a prevalência média da HA em profissionais de saúde é de 20,8%, variando de 12,7% a 28,9% conforme pesquisas realizadas por Domingues et al. (2019), Nascimento et al. (2019), Ulguim et al. (2019) e Rodrigues et al. (2016).

Salienta-se que vários fatores são responsáveis pelo desenvolvimento dessa doença. Entre eles estão os comportamentais, como má alimentação, obesidade, inatividade física, consumo de álcool e tabaco. Entretanto, fatores relacionados ao trabalho, como estresse e trabalho em turnos/noturno também têm sido implicados na etiologia da hipertensão (Monakali et al., 2018).

Dessa forma, acredita-se que o ambiente de trabalho influencie decisivamente na saúde do indivíduo. Assim, os trabalhadores de saúde que atuam em setores críticos hospitalares, como hemodiálise, oncologia, pronto-socorro e terapia intensiva convivem diariamente com situações desgastantes, como dor, tragédia, sofrimento de outras pessoas e a linha tênue entre a vida e morte (Magalhães et al., 2014). Além disso, a natureza do trabalho desses setores requer uma assistência contínua aos pacientes, cumprimento de normas, rotinas e

regimentos rígidos, divisão fragmentada das atividades, rigidez hierárquica e o dimensionamento de recursos humanos insuficientes. Esses fatores somados geram uma alta carga de desgaste e de estresse físico e emocional, aumentando o risco de desenvolvimento da HA (Souza et al., 2018). Diante disso, essa doença, em profissionais de saúde, acarreta, além dos custos diretos e indiretos, situações como absenteísmo, perda de horas de trabalho ou abandono do serviço (Ulguim et al., 2019).

A saúde do trabalhador representa uma área do conhecimento que correlaciona as interfaces de trabalho, saúde, doença e suas repercussões, evidenciando-se, dessa forma, uma questão de saúde pública. Estuda-se a prevalência da HA em trabalhadores da saúde, há poucas décadas, por isso ainda são necessárias mais investigações sobre as condições de saúde e de trabalho dos profissionais que atuam especificamente com pacientes críticos e crônicos e sua associação com essa doença. O que reporta à relevância deste estudo é a necessidade de ampliar mais pesquisas sobre essa doença e seus fatores associados a esse grupo de profissionais em que se viabiliza a atuação de outros profissionais e gestores de saúde com vistas a identificar esses fatores, melhorar as condições de saúde e de trabalho e a satisfação profissional, o que, conseqüentemente, refletirá diretamente na qualidade de assistência prestada ao paciente. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência da hipertensão arterial entre profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos e crônicos em ambientes hospitalares.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, analítico, conduzido com dados do projeto maior “Fadiga por compaixão em profissionais de saúde e fatores associados” realizado com profissionais de saúde dos serviços de hemodiálise, oncologia, pronto-socorro

e terapia intensiva neonatal de nove hospitais da macrorregião Norte de Minas Gerais, Brasil. A população total do estudo foi de 910 profissionais, representada por auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e psicólogos, que prestam assistência direta aos pacientes. O tamanho da amostra foi definido visando estimar parâmetros populacionais com prevalência de 50%, nível de confiança de 95% e precisão de 5%. Estimou-se a participação de, no mínimo, 450 profissionais de saúde. A seleção da amostra foi realizada com base na técnica de amostragem aleatória simples com reposição. Foram incluídos no estudo todos os profissionais com mais de seis meses de trabalho nos referidos setores e excluídos os profissionais em licença médica ou em período de férias no momento da coleta de dados.

Foi realizada a calibração por meio dos parâmetros de confiabilidade e reprodutibilidade, quanto à aferição de peso, altura e circunferência da cintura. Os examinadores realizaram três aferições para cada uma das variáveis supracitadas em um grupo de 20 voluntários composto por acadêmicos de enfermagem da Unimontes. As aferições foram comparadas duas a duas, por meio do teste correlação intraclassa (CIC). Neste estudo, CIC intraexaminador foi $\geq 0,61$ (satisfatória) e interexaminador foi 1 (concordância perfeita) para peso e altura, $CIC \geq 0,5$ (satisfatória) para medidas de pressão sistólica e diastólica e $CIC \geq 0,89$ (satisfatória) para circunferência abdominal (Fleiss et al., 2003).

Neste estudo, foram analisados também os dados relacionados à variável dependente (pressão arterial) e às seguintes variáveis independentes: sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e classe econômica), dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal), bioquímicas (glicemia em jejum (GLI), triglicérides (TGL), colesterol total (COL), colesterol da lipoproteína de alta densidade (HDL-c) e colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-c)), condições de trabalho (setor, tempo na profissão, função no setor, carga horária de trabalho, vínculo empregatício, turno de trabalho, número de contratos de trabalho e licença médica por estresse ocupacional, depressão ou ansiedade), estilo de vida (prática de atividade física, consumo de frutas e verduras, tabagismo, etilismo, sono e uso

de medicação psicotrópica), condições de saúde física (tipo de acesso a serviços de saúde, doenças pregressas, medicamento de uso contínuo e autopercepção de saúde), condições de saúde mental e espiritualidade (sintomas de ansiedade, estresse no trabalho, sintomas de depressão, adicção à internet, qualidade de vida e espiritualidade). Para coleta de dados, utilizou-se um questionário autoaplicado (Apêndice A), aferição de dados antropométricos e coleta de sangue para análise bioquímica. A coleta desses dados ocorreu no período de janeiro de 2017 a abril de 2018.

Para coleta dos dados da variável dependente, seguiram-se as orientações da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial e foi utilizado o Monitor de Pressão Arterial Automático de Pulso Control (HEM-6123) - Omron® validado. A primeira aferição da PA foi realizada no momento da abordagem e entrega do questionário, já a segunda aferição foi realizada no momento da coleta dos dados antropométricos e de sangue. Para análise estatística, foi considerada a média das duas aferições e os níveis pressóricos dos participantes classificados como normal, para pressão arterial sistólica (PAS), com valor ≤ 120 mmHg e na pressão arterial diastólica (PAD) valor ≤ 80 mmHg, pré-hipertensão com valores médios de PAS de 121 a 139 mmHg e entre 81 e 89 mmHg para PAD e com hipertensão aqueles com valores médios de PAS de ≥ 140 mmHg e de PAD ≥ 90 mmHg e os profissionais que relataram uso contínuo de medicamento anti-hipertensivo independente do valor de pressão arterial aferido. A hipertensão ainda foi classificada como hipertensão estágio 1 (PAS entre 140 e 159 mmHg e PAD entre 90 e 99 mmHg), hipertensão estágio 2 (PAS e PAD de 160 a 179 mmHg e 100 a 109 mmHg, respectivamente) e hipertensão arterial estágio 3 (PAS ≥ 180 mmHg e PAD ≥ 110 mmHg). Quando a PAS e a PAD situaram-se em categorias diferentes, a maior medida foi utilizada para classificação da PA (Malachias et al., 2016).

As variáveis bioquímicas GLI, COL, HDL-c, LDL-c e TGL foram coletadas, em amostra única, sangue venoso antecubital, após 12 horas de jejum, com análise laboratorial por meio do método colorimétrico enzimático, com aparelho Labmax Plenno®. Para valor de referência de COL, HDL-c, LDL-c e TGL, utilizou-se o recomendado pela Diretriz Brasileira

de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (Faludi et al., 2017) em que foram classificados como desejáveis e não desejáveis respectivamente, COL (<190 mg/dl e \geq 190 mg/dl), LDL-c (<130 mg/dl e \geq 130 mg/dl), HDL-c (>40 mg/dl e \leq 40 mg/dl) e TGL (<150 mg/dl e \geq 150 mg/dl). Para GLI, foi utilizada a referência das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017), que considera como normal a glicemia de jejum < 100 mg/dl e alterada a glicemia com valor \geq 100 mg/dl.

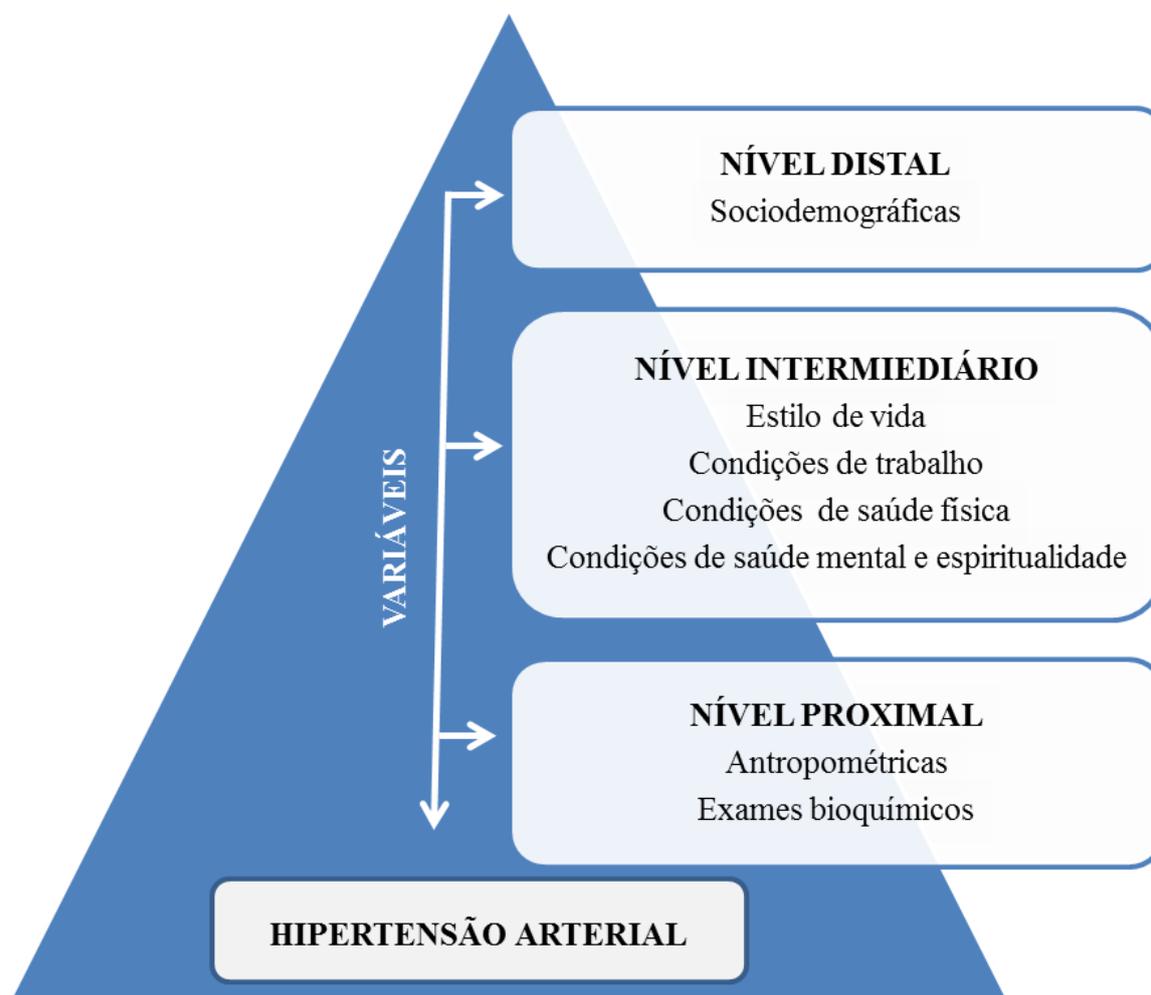
No procedimento de coleta das variáveis antropométricas, o Índice de Massa Corpórea (IMC) foi determinado pelo peso (em quilogramas) e a estatura (em metros) aferidos por meio de uma balança eletrônica digital e um estadiômetro. Os profissionais foram classificados pelos critérios da OMS (WHO, 1995) em baixo peso (>18,5 kg/m²), eutrófico (18,5 a 24,9 kg/m²), sobrepeso (25 a 29,9 kg/m²) e obeso (\geq 30 kg/m²). Para determinar a circunferência abdominal, utilizou-se uma fita métrica inelástica com graduação de 0,1 centímetro ajustada ao corpo, sendo considerado normal \leq 80 cm para mulheres e \leq 90 para homens e alterado os valores >80 cm para mulheres e >90 cm para os homens (WHO, 1995). A razão cintura x estatura (RCE) foi definida dividindo-se a circunferência abdominal (cm) pela estatura (cm). Foi considerada normal a razão \leq 0.54 para os homens e alterada a razão >0.54. Para as mulheres, considerou-se a razão \leq 0.55 e >0.55 normal e alterado, respectivamente (Castanheira et al., 2019).

As variáveis sociodemográficas, condições de saúde física, espiritualidade e condições de trabalho foram avaliadas através de formulário elaborado pelos próprios pesquisadores. Para investigar as variáveis relacionadas ao estilo de vida, utilizou-se o instrumento validado no Brasil “Estilo de Vida Fantástico”, que considera o comportamento dos indivíduos nos últimos 30 dias (Añez et al., 2000). Neste estudo, foram utilizadas apenas as questões de interesse que englobavam os aspectos das variáveis relacionadas à prática de atividade física, dieta, tabagismo, etilismo e sono.

As variáveis pertinentes às condições de saúde mental e à qualidade de vida foram aferidas por meio de instrumentos validados no Brasil: Inventário de Ansiedade de Beck (Cunha, 2001), Inventário de Depressão de Beck (Cunha, 2001), Escala de Estresse no Trabalho (Paschoal et al., 2004), Internet Addiction Test (Young, 1996) e Whoqol-Bref (Fleck et al., 1999), respectivamente.

Uma vez que não foi identificado modelo teórico que contemplasse potencial influência das características sociodemográficas, estilo de vida, condições de saúde física, mental e de trabalho, espiritualidade, medidas antropométricas e bioquímica dos profissionais de saúde, que trabalham com pacientes críticos e crônicos sobre HA, foi proposto um modelo próprio construído após extensa revisão de literatura o qual aborda a temática e é baseado em modelo prévio (Pimenta et al., 2016). Esse modelo estabelece o agrupamento hierárquico de variáveis em nível distal, intermediário e proximal (Figura 1) de acordo com a interação desses níveis no processo de desenvolvimento do desfecho esperado, hipertensão arterial. O nível distal foi composto pelas variáveis sociodemográficas; o nível intermediário foi constituído pelas variáveis referentes ao estilo de vida, condições de trabalho, condições de saúde física, condições de saúde mental e espiritualidade; e, no nível proximal, incluíram-se as variáveis antropométricas e bioquímicas (Silveira et al., 2015).

Figura 1 – Modelo teórico hierarquizado para hipertensão arterial em profissionais que trabalham com pacientes críticos e crônicos.



Os dados foram digitados em duplicata, organizados e analisados por meio do *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) for Windows*, versão 23.0. As variáveis investigadas foram descritas por meio de sua distribuição de frequência absoluta e percentual. Em seguida, foi realizada a análise bivariada entre a variável desfecho (pressão arterial) e cada variável independente, adotando-se o teste do Qui-quadrado com variância robusta, em que as variáveis que apresentaram nível descritivo de $p \leq 0,25$ foram selecionadas para análise múltipla.

Na análise múltipla, utilizou-se o modelo de Regressão Logística Multinomial e o desfecho foi categorizado em três grupos: normal, pré-hipertensão e hipertensão, sendo que neste último grupo foram incluídos os profissionais classificados como hipertensão nos estágios 1, 2 e 3. Foram estimadas Odds Ratio com intervalos de confiança de 95% e $p \leq 0,05$. Nesse modelo, a categoria “normal” da variável pressão arterial foi considerada como categoria de referência. A qualidade de ajuste do modelo foi adequada (Teste Deviance $p=0,620$) e este resultado explicou 28,9% da variabilidade do desfecho (Pseudo- $R^2=0,289$).

O estudo atendeu aos princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº466/2012 e o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, com parecer consubstanciado número 1.687.445 (Anexo A). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

RESULTADOS

Participaram deste estudo 490 profissionais de saúde, sendo a maioria do sexo feminino (65,9%), com faixa etária entre 30 e 39 anos (68,6%). Em relação ao estilo de vida, a maioria dos profissionais realizavam atividade física menos de 3 vezes por semana (63,9%), relataram sono preservado (55,8%), não consumiam álcool e tabaco (53,2% e 97,3%,

respectivamente). Com relação às condições de trabalho, mais da metade dos entrevistados eram profissionais de saúde há menos de 10 anos (52,9%), em sua maioria auxiliares/técnicos(as) de enfermagem (66,3%), trabalhavam menos de 44 horas semanais (56,5%) e em apenas um emprego (63,1%). Constatou-se que 10,6% dos profissionais apresentaram sintomas moderados/graves de ansiedade, 97,2% foram considerados adictos leves em internet e 92,4% se consideraram moderadamente e/ou muito espiritualizados. No que diz respeito às variáveis antropométricas, 64,2% apresentaram circunferência abdominal aumentada e 40,9% foram classificados como sobrepeso. Com relação às variáveis bioquímicas, mais da metade dos profissionais apresentou índices considerados adequados para COL (58,4%), LDL-c (67,4%), HDL-c (53%) e triglicérides (69,9%), já a GLI foi considerada normal em 87,1% dos profissionais (Tabela 1).

A prevalência da HA entre os profissionais de saúde atuantes em setores críticos e crônicos foi de 21,8% [21,3% - 29,3%] e da pré-hipertensão foi de 25,9% [17,8% - 25,8%]. A tabela 2 apresenta a classificação dos estágios da pressão arterial entre os profissionais.

Com relação à análise bivariada, ao analisar a associação dessa doença na população estudada com as variáveis do estudo, observou-se que sexo ($p < 0,001$), faixa etária ($p = 0,001$), estado civil ($p = 0,216$), consumo de frutas e verduras ($p = 0,241$), tabagismo ($p = 0,056$), sono ($p = 0,105$), tempo de profissão ($p = 0,002$), turno de trabalho ($p < 0,001$), vínculo empregatício ($p = 0,001$), licença médica ($p = 0,244$), número de contratos de trabalho ($p = 0,250$), sintomas de depressão ($p = 0,203$), qualidade de vida: domínio psicológico ($p = 0,232$), espiritualidade ($p = 0,123$), CA ($p = 0,002$), IMC ($p < 0,001$), RCE ($p < 0,001$), COL ($p = 0,016$), LDL-C ($p = 0,112$), TGL ($p = 0,007$) e GLI ($p = 0,016$) foram significativos em nível de 25% (Tabela 1)

A tabela 3 apresenta os resultados da análise múltipla para as categorias pré-hipertensão e hipertensão da variável desfecho, tendo como referência a categoria normal. Foram associados à HA em nível distal sexo masculino (OR=3,1; IC: 1,9-5,1), idade (OR=2,6; IC:

1,3-5,0), vínculo empregatício concursado (OR=2,3; IC: 1,1-4,7), uso de medicamento contínuo (OR=2,7; IC: 1,5-5,0) e em nível proximal sobrepeso e obesidade (OR= 3,1; IC: 1,6-6,1 e OR=8,3; IC: 3,8-18,1, respectivamente). Sexo masculino (OR=2,7; IC: 1,7-4,3), faixa etária de ≥ 40 anos e entre 30 e 39 anos (OR=3,0; IC: 1,5-5,9 e OR=2,4; IC: 1,3-4,3, respectivamente), trabalho noturno (OR=2,8; IC: 1,6-5,0), vínculo empregatício concursado OR=2,7; IC: 1,4-5,0), obesidade e sobrepeso (OR=4,3; IC: 2,1-8,6 e OR=1,9; IC: 1,1-3,3 respectivamente) foram associados à pré-hipertensão arterial.

Tabela 1: Análise descritiva e bivariada entre pressão arterial e as variáveis sociodemográficas, estilo vida, condições de trabalho, condições de saúde física, condições de saúde mental e espiritualidade, antropométricas e bioquímicas em profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos e crônicos. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018 (n=490, podendo variar entre as variáveis).

VARIÁVEIS	n* (%)	PRESSÃO ARTERIAL			p valor
		Normal n(%)	Pré- Hipertensão n(%)	Hipertensão n(%)	
NÍVEL DISTAL					
<i>Sociodemográficas</i>					
Sexo					<0,001
Masculino	167 (34,1)	58 (36,3)	53 (33,1)	49 (30,6)	
Feminino	323 (65,9)	189 (61,6)	65 (21,2)	53 (17,3)	
Faixa etária					0,001
20 a 29 anos	120 (24,3)	73 (65,2)	17 (15,2)	22 (19,6)	
30 a 39 anos	243 (49,7)	123 (52,6)	68 (29,1)	43 (18,4)	
40 anos ou mais	127 (26,0)	50 (41,7)	33 (27,5)	37 (30,8)	
Estado civil					0,216
Casado/ União estável	302 (61,6)	147 (50,9)	81 (28,0)	61 (21,0)	
Solteiro/Divorciado/Viúvo	188 (38,4)	100 (56,2)	37 (20,8)	41 (23,0)	
Classe econômica*					0,615
A/B	147 (34,1)	71 (53,0)	37 (27,6)	26 (19,4)	
C/D/E	321 (68,6)	160 (51,4)	78 (25,1)	73 (23,5)	
NÍVEL INTERMEDIÁRIO					
<i>Estilo de vida</i>					
Prática de atividade Física					0,973
≥ 3 vezes/semana	313 (63,9)	87 (52,4)	43 (25,9)	36 (21,7)	
< 3 vezes /semana	177 (36,1)	160 (53,2)	75 (24,9)	66 (21,9)	
Consumo de frutas e verduras					0,241
Algumas vezes/quase nunca/nunca	205 (41,8)	98 (49,7)	49 (24,9)	50 (25,4)	
Com frequência/quase sempre	285 (58,2)	149 (55,2)	69 (25,6)	52 (19,3)	
Tabagismo					0,056
Nenhum nos últimos 5 anos/Nunca	467 (95,3)	239 (53,7)	113 (25,4)	93 (20,9)	
Nenhum nos últimos 6 a 12 anos	10 (2,0)	06 (60,0)	01 (10,0)	03 (30,0)	
Um ou mais cigarros por dia	13 (2,7)	02 (16,7)	04 (33,3)	06 (50,0)	
Etilismo					0,430
Não	260 (53,2)	124 (50,6)	68 (27,8)	53 (21,6)	
Sim	230 (46,8)	122 (55,2)	50 (22,6)	49 (22,2)	
Sono					0,105

Continuação: Tabela 1: Análise descritiva e bivariada entre pressão arterial e as variáveis sociodemográficas, estilo vida, condições de trabalho, condições de saúde física, condições de saúde mental e espiritualidade, antropométricas e bioquímicas em profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos e crônicos. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018 (n=490, podendo variar entre as variáveis).

Prejudicado	217 (44,2)	117 (56,5)	54 (26,1)	36 (17,4)	
Preservado	273 (55,8)	129 (49,8)	64 (24,7)	66 (25,5)	
Uso medicação psicotrópica					0,552
Não	399 (81,4)	198 (52,1)	100 (26,3)	82 (21,6)	
Sim	91 (18,6)	49 (56,3)	18 (20,7)	20 (23,0)	
					Condições de trabalho
Setor*					0,592
CTI Neonatal	66 (14,1)	38 (60,3)	14 (22,2)	11 (17,5)	
Nefrologia	148 (31,5)	73 (54,5)	30 (22,4)	31 (23,1)	
Oncologia	107 (22,8)	49 (47,1)	32 (30,8)	23 (22,1)	
Pronto Socorro	148 (31,6)	71 (49,0)	39 (26,9)	35 (24,1)	
Tempo de profissão*					0,002
≤ 10 anos	245 (52,9)	137 (59,6)	46 (20,0)	47 (20,4)	
>10 anos	218 (47,1)	91 (43,3)	66 (31,4)	53 (25,2)	
Função no setor*					0,370
Auxiliar/técnico de enfermagem	311 (66,3)	145 (48,3)	81 (27,0)	74 (24,7)	
Enfermeiro	073 (15,6)	42 (59,2)	19 (26,8)	10 (14,1)	
Médico	41 (8,4)	20 (57,1)	08 (22,9)	07 (20,0)	
Outros	44 (9,0)	24 (60,0)	07 (17,5)	09 (22,5)	
Carga horária semanal*					0,316
< 44 horas/semana	266 (56,5)	134 (53,2)	66 (26,2)	52 (20,6)	
44 a 60 horas/semana	131 (27,9)	67 (54,9)	26 (21,3)	29 (23,8)	
>60 horas/semana	73 (15,6)	30 (41,7)	23 (31,9)	19 (26,4)	
Turno de trabalho*					<0,001
Diurno	254 (54,2)	138 (57,0)	48 (19,8)	56 (23,1)	
Noturno	120 (25,6)	44 (37,3)	48 (40,7)	26 (22,0)	
Diurno e noturno	95 (20,3)	49 (57,0)	19 (22,1)	18 (20,9)	
Vínculo empregatício*					0,001
Concursado	82 (17,8)	27 (34,2)	30 (38,0)	22 (27,8)	
Contratado/CLT	378 (82,2)	202 (56,3)	83 (23,1)	74 (20,6)	
Licença médica*					0,244
Não	410 (87,4)	207 (52,9)	101 (25,8)	83 (21,1)	
Sim	59 (12,6)	24 (43,6)	14 (25,5)	17 (30,9)	

Continuação: Tabela 1: Análise descritiva e bivariada entre pressão arterial e as variáveis sociodemográficas, estilo vida, condições de trabalho, condições de saúde física, condições de mental e espiritualidade, antropométricas e bioquímicas em profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos e crônicos. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018 (n=490, podendo variar entre as variáveis).

Número de contrato de trabalho					0,250
Somente um	309 (63,1)	160 (54,4)	67 (22,8)	67 (22,8)	
Mais de um	181 (36,9)	87 (50,3)	51 (29,5)	35 (20,2)	
	Condições de Saúde Física				
Tipo acesso serviço de saúde*					0,966
Público	180 (38,8)	88 (51,2)	45 (26,2)	39 (22,7)	
Privado/Plano de saúde	284 (61,2)	141 (52,4)	68 (25,3)	60 (22,3)	
Doença pregressa					0,563
Nenhuma	136 (27,8)	69 (53,5)	37 (28,7)	23 (17,8)	
Uma	120 (24,4)	56 (50,5)	30 (27,0)	25 (22,5)	
Dois ou mais	234 (47,4)	122 (53,7)	51 (22,5)	54 (23,8)	
Uso de medicamento contínuo					< 0,001
Não	373 (76,1)	197 (55,6)	100 (28,2)	57 (16,1)	
Sim	117 (23,9)	50 (44,2)	18 (15,9)	45 (39,8)	
Autopercepção da saúde*					0,746
Excelente/Bom	94 (20,1)	182 (51,6)	89 (25,2)	82 (23,2)	
Regular/Ruim/Muito ruim	374 (79,9)	49 (53,3)	25 (27,2)	18 (19,6)	
	Condições de Saúde mental e espiritualidade				
Sintomas de ansiedade*					0,489
Ausente/Leve	419 (89,4)	210 (52,8)	101 (25,4)	87 (21,9)	
Moderado/Grave	50 (10,6)	21 (43,8)	14 (29,2)	13 (27,1)	
Sintomas de depressão					0,203
Ausente/Leve	471 (96,1)	240 (53,6)	110 (24,6)	98 (21,9)	
Moderado/Grave	19 (3,9)	07 (36,8)	08 (42,1)	04 (21,1)	
Estresse no trabalho					0,596
Baixo	182 (37,1)	96 (55,8)	37 (21,5)	39 (22,7)	
Médio	236 (48,2)	115 (51,1)	64 (28,4)	46 (20,4)	
Alto	72 (14,7)	36 (51,4)	17 (24,3)	17 (24,3)	
Adicção em Internet					0,430
Leve	479 (97,2)	243 (53,3)	115 (25,2)	98 (21,5)	
Moderada	11 (2,2)	04 (36,4)	03 (27,3)	04 (36,4)	
Qualidade de vida - Físico					0,506
Boa/muito boa	225 (45,9)	136 (54,2)	58 (23,1)	57 (22,7)	
Necessita melhorar/Regular	265 (54,1)	111 (51,4)	60 (27,8)	45 (20,8)	
Qualidade de vida - Psicológico					0,232
Boa/muito boa	236 (48,2)	121 (50,4)	59 (24,6)	60 (25,0)	
Necessita melhorar/Regular	254 (51,8)	126 (55,5)	59 (26,0)	42 (18,5)	
Qualidade de vida – Relações Sociais					0,806

Continuação: Tabela 1: Análise descritiva e bivariada entre pressão arterial e as variáveis sociodemográficas, estilo vida, condições de trabalho, condições de saúde física, condições de mental e espiritualidade, antropométricas e bioquímicas em profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos e crônicos. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018 (n=490, podendo variar entre as variáveis).

Boa/muito boa	170 (34,7)	156 (51,8)	77 (25,6)	68 (22,6)	
Necessita melhorar/Regular	320 (65,3)	91 (54,8)	41 (24,7)	34 (20,5)	
Qualidade de vida – Meio ambiente					0,543
Boa/muito boa	410 (83,7)	35 (47,3)	20 (27,0)	19 (25,7)	
Necessita melhorar/Regular	80 (16,3)	212 (53,9)	98 (24,9)	83 (21,1)	
Espiritualidade					0,123
Ausente/pouco	86 (17,6)	36 (45,6)	19 (24,1)	24 (30,4)	
Moderada/muito	404 (82,4)	211 (54,4)	99 (25,5)	78 (20,1)	
NÍVEL PROXIMAL					
Antropométricas					
CA*					0,002
Normal	175 (35,8)	100 (61,0)	43 (26,2)	21 (12,8)	
Alterada	314 (34,2)	147 (48,5)	75 (24,8)	81 (26,7)	
IMC*					< 0,001
Eutrófico/baixo peso	186 (38,2)	121 (69,1)	32 (18,3)	22 (12,6)	
Sobrepeso	199 (40,9)	93 (49,5)	52 (27,7)	43 (22,9)	
Obesidade	102 (20,0)	32 (31,4)	34 (33,3)	36 (35,3)	
RCE*					<0,001
Normal	293 (59,9)	167 (60,7)	64 (23,3)	44 (16,0)	
Alterado	196 (40,1)	80 (41,7)	54 (28,1)	58 (30,2)	
Bioquímicas					
Colesterol Total					0,016
Desejável	286 (58,4)	159 (56,6)	73 (26,0)	49 (17,4)	
Não desejável	204 (41,6)	88 (47,3)	45 (24,2)	53 (28,5)	
HDL-c*					0,434
Desejável	259 (53,0)	132 (55,9)	55 (23,3)	49 (20,8)	
Não desejável	230 (47,0)	115 (50,0)	62 (27,0)	53 (23,0)	
LDL-c*					0,112
Desejável	329 (67,4)	180 (55,7)	79 (24,5)	64 (19,8)	
Não desejável	159 (32,6)	65 (45,8)	39 (27,5)	38 (26,8)	
Triglicérides*					0,007
Desejável	327 (69,9)	181 (56,0)	82 (25,4)	60 (18,6)	
Não desejável	141 (30,01)	55 (44,4)	29 (23,4)	40 (32,3)	
Glicemia em jejum					0,016
Normal	427 (87,1)	230 (54,4)	108 (25,5)	85 (20,1)	
Alterada	63 (12,9)	17 (38,6)	10 (22,7)	17 (38,6)	

* Variação no n=490 devido a perda de informações.

Tabela 2: Classificação da pressão arterial em profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos e crônicos, segundo 7ª Diretriz Brasileira de Cardiologia. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018 (n=490).

Classificação da Pressão Arterial	n*	%
Normal	247	52,9
Pré-hipertensão	118	25,3
Hipertensão estágio I	79	16,9
Hipertensão estágio II	17	3,6
Hipertensão estágio III	06	1,3

* Variação no n=490 devido a perdas de informações.

Tabela 3: Análise múltipla hierarquizada multinomial dos fatores associados a HA em profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos e crônicos. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018 (n=490, podendo variar entre as variáveis).

VARIÁVEIS	Pré - Hipertensão		Hipertensão	
	OR (IC95%)	Valor-p	OR (IC95%)	p valor
NIVEL DISTAL				
Sexo				
Masculino	2,7 (1,7- 4,3)	<0,001	3,1 (1,9-5,1)	<0,001
Feminino	1,0		1,0	
Faixa etária				
≥ 40 anos	3,0 (1,5 -5,9)	0,002	2,6 (1,3-5,0)	0,005
30 a 39 anos	2,4 (1,3-4,3)	0,006	1,2 (0,6 – 2,1)	0,659
20 a 29 anos	1,0		1,0	
NIVEL INTERMEDIÁRIO				
Sono				
Prejudicado	0,9 (0,6 -1,5)	0,712	0,5 (0,3 -0,9)	0,023
Preservado	1,0		1,0	
Turno de trabalho				
Diurno/Noturno	0,9 (0,5-1,9)	0,878	0,8 (0,4 -1,6)	0,526
Noturno	2,8 (1,6-5,0)	<0,001	1,3 (0,7-2,4)	0,501
Diurno	1,0		1,0	
Vínculo empregatício				
Concursado	2,7 (1,4- 5,0)	0,003	2,3 (1,1- 4,7)	0,020
Contratado/CLT	1,0		1,0	
Uso de medicamento contínuo				
Sim	0,6 (0,3 – 1,3)	0,198	2,7 (1,5-5,0)	0,001
Não	1,0		1,0	
NIVEL PROXIMAL				
IMC				
Obesidade	4,3 (2,1-8,6)	<0,001	8,3 (3,8-18,1)	<0,001
Sobrepeso	1,9 (1,1-3,3)	0,032	3,1 (1,6-6,1)	0,001
Eutrófico/baixo peso	1,0		1,0	

* Categoria de referência da variável desfecho HA é a Normal; OR: odds ratio; IC: Intervalo de Confiança.

** Teste de qualidade de ajuste do modelo: Deviance (p=0,620).

*** Pseudo-R²=0,289

DISCUSSÃO

A prevalência de HA neste grupo estudado, foi semelhante ao encontrado em estudo realizado com profissionais de saúde hospitalares na Espanha de 22,9% (Sobrino et al., 2013). Resultados superiores foram encontrados em uma pesquisa conduzida com médicos cardiologista na China (Hou et al.,2019), com prevalência de 63,9%, e em um hospital geral em Gana (Osei-Yeboah et al., 2018), com 52,6%. No entanto, prevalências menores de 11,1%, 14%, 16,7% e 19% foram observadas na Tailândia (Angkurawaranon et al.,2014), na Malásia (Hazmi et al.; 2015), no Irã (Jahromi, et al.,2017) e no México (Orozco-González et al.,2016), respectivamente.

No cenário nacional, foi identificada uma pesquisa (Nascimento et al., 2019) realizada em um hospital oncológico na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, com delineamento semelhante a este estudo cuja prevalência estimada foi de 25,5%. Destaca-se, no entanto, a necessidade de mais estudos que avaliem a prevalência da HA neste grupo específico de profissionais, pois a maioria dos estudos foi conduzida por profissionais atuantes em serviços hospitalares com atendimento em clínica geral, o que limitou a comparação dos dados. Ainda no contexto nacional, a prevalência desta doença em profissionais de saúde diversificou entre 20,6% (Domingues et al.,2019), 28,9% (Ulguim et al., 2019) e 12,7% (Rodrigues et al., 2016).

A prevalência da pré-hipertensão na presente investigação foi menor do que a encontrada em um estudo ganense (Osei-Yeboah et al.,2018) cujo resultado foi 52,6%. De outro modo, um estudo longitudinal (Egan et al.,2015) demonstrou que a pré-hipertensão aumenta o risco de hipertensão incidente, com taxas anuais variando de 8% a 20%. Uma coorte prospectiva conduzida por Jardim et al. (2015), no Brasil, observou resultado semelhante com aumento na prevalência de hipertensão de 4,6% para 18,6% após 20 anos de acompanhamento. Os pré-hipertensos apresentam uma maior probabilidade de se tornarem hipertensos e um maior risco no desenvolvimento de complicações cardiovasculares,

quando comparados a indivíduos com PA normal, necessitando de acompanhamento periódico (Malachias et al., 2016).

A população masculina deste estudo apresentou maior chance de desenvolver pré-hipertensão e HA, quando comparada à população feminina. Estudos conduzidos na China (Hou et al., 2019) e no Irã (Jahromi et al., 2017) apontaram associação significativa entre sexo masculino e hipertensão. Ademais, os homens são mais afetados por essa doença até os 50 anos de idade. Já as mulheres, ao produzirem hormônios femininos que são fatores de proteção, tendem a ter a incidência baixa antes da menopausa a qual aumenta a partir da sexta década de vida (Machado et al., 2012). Além disso, existe uma relação mais forte do sexo masculino com outros fatores associados à HA, como tabagismo, etilismo, obesidade e sedentarismo (Dantas et al., 2016).

Estudos internacionais (Hou et al., 2019; Gaudemaris et al., 2011) indicaram que, quanto maior a idade, maior é a chance de desenvolver HA, o que corrobora a presente pesquisa, uma vez que profissionais com mais de 30 anos apresentaram maiores chances de desenvolver pré-hipertensão e aqueles com mais de 40 anos, de desenvolverem HA, quando comparados ao grupo de profissionais com idade entre 20 e 29 anos. Existe uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, justificada pelo envelhecimento e enrijecimento vascular (Malachias et al., 2016).

Os profissionais que trabalhavam no turno noturno apresentaram maior chance de desenvolver pré-hipertensão, se comparados aos trabalhadores do turno diurno. Uma coorte conduzida com enfermeiros americanos (Gangwisch et al., 2013) demonstrou que profissionais que dormiam menos de cinco horas por dia apresentavam 1,19 [1,14 – 1,25] mais chances de desenvolver HA, quando comparados àqueles que dormiam mais de sete horas por dia. Sabe-se que a curta duração do sono presente nos trabalhadores noturno é um fator etiológico significativo para a HA. Uma investigação conduzida por Copertaro et al. (2008), na Itália, evidenciou que, nesse grupo de profissionais, há maior consumo de café,

cigarros, álcool, drogas hipnóticas e um estilo de vida sedentário. Acresça-se a isso que a privação do sono prolonga a exposição ao estresse, aumenta o apetite, que favorece a obesidade, e aumento dos níveis séricos de colesterol total, fatores que são altamente associados ao desenvolvimento da HA (Gangwisch et al., 2013).

O presente estudo demonstrou que o profissional com vínculo empregatício concursado tem maior chance de desenvolver a pré-hipertensão e HA, semelhante à investigação realizada no contexto nacional por Cunha et al. (2019), que apontou prevalência de 21% em servidores públicos civis e de 15,5% em outros trabalhadores. O profissional concursado possui uma maior estabilidade trabalhista e econômica e um conjunto de direitos diferenciados do restante dos trabalhadores, porém, à época da coleta dos dados, o Estado pesquisado passava por uma crise financeira que resultou em atraso no pagamento do servidor (Barbosa et al., 2019). Tal atraso pode ter refletido na saúde física e emocional desses profissionais, bem como arbitrou mudanças no estilo de vida com impacto direto na alimentação, atividade física, lazer e consequentemente na HA.

Observou-se, na presente investigação, que profissionais que fazem uso contínuo de medicamento apresentaram maiores chances de desenvolver HA. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas nacionais (Domingues et al., 2019; Rodrigues et al., 2016) que demonstraram que mais da metade dos profissionais fazia uso contínuo de medicamento, sendo a classe dos anticoncepcionais orais o de maior prevalência.

O sobrepeso e a obesidade são fortes fatores associados à HA. Neste estudo, os profissionais obesos tiveram 8,3 mais chances de desenvolver essa doença quando comparados aos profissionais eutróficos. Resultados inferiores foram encontrados em estudos internacionais na China (Hou et al., 2019), com $OR=1,31$ e no México (Orozco-González et al., 2016), com $OR= 3.6$. O sobrepeso e a obesidade podem ser explicados pela atividade física irregular e alimentação inadequada e estão relacionados a diabetes, doenças cardiovasculares e cânceres. No ambiente de trabalho, estão supostamente

associados a lesões ocupacionais, aumento das taxas de absenteísmo, discriminação, presenteísmo e produtividade reduzida (Ulguim et al., 2019).

Os resultados deste estudo devem ser considerados, por serem representativos da população de profissionais que trabalham com pacientes críticos e crônicos do Norte de Minas Gerais, Brasil. Espera-se que a difusão de informações aqui obtidas propicie reflexão aos gestores que atuam com esse grupo de profissionais. Além disso, é pertinente ressaltar a necessidade de ampliação das pesquisas, na comunidade científica, que discutam prevalência da HA e seus fatores associados entre esses profissionais. Destacou-se ainda, neste trabalho, a importância de atuar diretamente com os profissionais com maiores chances de desenvolvimento da pré-hipertensão de forma preventiva, estimulando mudanças de hábitos e adoção de um estilo de vida saudável.

A prevalência da HA no grupo pesquisado foi menor do que a encontrada na população brasileira. Embora a população examinada neste estudo tenha recebido educação formal em áreas relacionadas à saúde, os resultados encontrados reforçam a importância de os gestores hospitalares investirem em medidas preventivas e que incentivem a mudança para um estilo de vida saudável, como alimentação adequada e prática regular de atividade física entre tais profissionais. É importante também promoverem o respeito ao horário de descanso e condições adequadas para repouso dos profissionais, visto que tais medidas contribuem, não só para melhoria do bem-estar geral, como para controle do peso e da ansiedade, redução de estados depressivos e prevenção de doenças. Isso porque, ao cuidarem da dieta e da atividade física no local de trabalho, abrem a possibilidade de melhorar a saúde dos trabalhadores, contribuir para uma imagem positiva e social da empresa, aumentar a autoestima da equipe, reduzir a rotatividade de pessoal e o absenteísmo no trabalho, elevar a produtividade e reduzir ausências por doença e os custos de assistência médica e incapacidade dos profissionais.

Algumas limitações deste estudo precisam ser consideradas. A utilização de questionário autoaplicável é suscetível a falhas de interpretação e de preenchimento, além de ser possível, ainda, que os profissionais tenham sub-relatado comportamentos considerados negativos à saúde, pois a pesquisa aconteceu no ambiente hospitalar. Ademais, o número reduzido de pesquisas encontradas com profissionais atuantes em setores hospitalares com pacientes críticos e crônicos dificultou a comparabilidade entre os achados. Entretanto, destaca-se o rigor metodológico utilizado, como o planejamento amostral, o uso de instrumentos validados, o treinamento e a calibração dos examinadores, condução das coletas de dados e a digitação em duplicata dos dados. Tais pontos mantiveram o controle de qualidade nos instrumentos e garantiram validade e confiabilidade ao estudo quanto às análises e estratégias apresentadas.

REFERÊNCIAS

- Añez CRR, Reis RS, Petroski EL. Versão Brasileira do questionário “Estilo de vida Fantástico”: Tradução e validação para Adultos Jovens. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91(2):102 – 109.
- Angkurawaranon C, Wisetborisut U, Jiraporncharoen W, Likhitsathian S, Uaphanthasath R, Gomutbutra P, et al. Chiang Mai University health worker study aiming toward a better understanding of noncommunicable disease development in Thailand: methods and description of study population. *Clin Epidemiol.* 2014; 6: 277–286.
- Barbosa LOS, Leal Filho RS, Oliveira Junior FA, Sousa FMP. Ideologia partidária e crise fiscal dos estados: o caso de Minas Gerais. *Nova Economia.* 2019; 29(2):87-513
- BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. Resolução 466/12. 13 jun. 2013; 1:59.
- Castanheira M, Chor D, Braga JU, Cardoso LO, Griep RH, MCB et al. Predicting cardiometabolic disturbances from waist-to-height ratio: findings from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) baseline. *Public Health Nutrition.* 2018; 21(6):1028–1035.
- Copertaro A, Bracci M, Barbaresi M. Valutazione dell’omocisteina nei lavoratori turnisti. *Monaldi Arch Chest Dis* 2008;70:24-28.
- Cunha CLF, Moreira JPL, Oliveira BLCA, Bahia L, Luiz RR. Planos privados de saúde e a saúde dos trabalhadores do Brasil. *Cienc. Saúde Colet.* 2019;24(5)

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Dantas RCO, Paes NA, Silva ANTC, Valenti VE, Mora JAO, Chambrone JZ, et al., Determinantes do controle da pressão arterial em homens assistidos na atenção primária à saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo.2016;40(2):249-25.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo: Editora Clannad, 2017.

Domingues JG, Silva BBC, Bierhals IO, Barros FC. Doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico no Sul do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília. 2019;28(2):e2018298.

Egan BM, Stevens-Fabry S. Prehypertension-prevalence, health risks,and management strategies. *Nat Rev Cardiol*. 2015;12(5):289-300.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G.; Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro.1999; 33(2):198-205.

Fleiss JL, Levin B, Paik M. Statistical methods for rates and proportions. New Jersey: John Wiley & Sons,2003.

Gangwisch JE, Feskanich D, Malaspina D, Shen S, Forman JP. Sleep, duration and risk for hypertension in women: results from the nurses' health study. *American Journal of Hypertension*. 2013; 26(7):903-11.

Gaudemaris R, Levant A, Ehlinger V, Hérin F, Lepage B, Soulatb JM, Sobaszek A, Kelly-Irving M, Lang T. Blood pressure and working conditions in hospital nurses and nursing assistants. The ORSOSA study. *Archives of Cardiovascular Disease*. 2001;104: 97-103.

Hazmi H, Ishak WRW, Jalil RA, Hua GS, Hamid NF, Haron R, et al. Traditional cardiovascular risk-factors among healthcare workers in kelantan, Malaysia. *J Intern Med*. 2015;261(3):285-92.

Hou L, Jin X, Ma J,et al. Perception and selfmanagement of hypertension in chinese cardiologists (CCHS): a multicenter, large-scale crosssectional study. *BMJ Open*. 2019;9:e029249.

Jahromi MK, Hojat M , Koshkaki SR , Nazari F , Ragibnejad M. Risk factors of heart disease in nurses. *Iran J Nurs Obstetrícia Res*. 2017;22(4):332-337.

Jardim TDSV, Jardim PCBV, Araújo WEC, Jardim LMSS, Salgado CM. Cardiovascular risk factors in a cohort of healthcare professionals - 15 Years of evolution. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2010;95(3):332–338.

Machado MC, Pires CGS, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;1365-1374.

Magalhães FJ, Mendonça LBA, Rebouças CBA, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SC. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(3):394-400.

Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3 Supl 3):1-83.

Malta DC, Gonçalves RPF, Machado IE, Freitas MIF, Azeredo C, Szwarcwald CL. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21(1):E180021.

Marin MJ, Vasquez FG, Marissi EM, Diaz MA, Iturzaeta A, Becerra PA, et al. May Measurement Month 2017: analysis of the blood pressure screening results in Argentina—Americas. *European Heart Journal Supplements.* 2019;21(D):D8-D10.

Monakali S, Goon TD, Seekoe E, Owolabi EO. Prevalence, awareness, control and determinants of hypertension among primary health care professional nurses in Eastern Cape, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2018;10(5):a1758.

Moxotó GFA, Malagris LEN. Raiva, stress emocional e hipertensão: um estudo comparativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2015;31(2):221-227.

Nascimento JOV, Santos J, Meira KC, Pierin AMG, Souza-Talarico JN. Shift work of nursing professionals and blood pressure, burnout and common mental disorders. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03443.

Orozco-González CL, Sanabria LC, Franco JJV, Márquez JJR, Manzanoa AMC. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular em trabajadores de la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(5):594-601.

Osei-Yeboah J, Kye-Amoah KK, Owiredu WKBA, Lokpo SY, Esson J, Johnson BB, Amoah P, Aduko RA. Cardiometabolic risk factors among healthcare workers: a cross-sectional study at the sefwi-wiawso Municipal Hospital, Ghana. *BioMed Research International.* 2018;9.

Paschoal T, Tamayo A. Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de Psicologia.* 2004;9(1):45-52.

Pimenta AM, Assunção AA. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Saude Ocup.* 2016;41(6):1.

Rodrigues C, Silva JP, Cabral CVS. Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial (HAS) entre a equipe de enfermagem. *R. Interd.* 2016;9(2):117-126.

Sabio R, Valdez P, Turbay YA, Belgeri REA, Morvil GAAO, Arias C, et al. Recomendaciones latinoamericanas para el manejo de la hipertensión arterial en adultos (RELAHTA 2). *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* 2019;6(1):86-123.

Silveira MF, Freire RS, Nepomuceno MO, Martins AMEBL, Marcopito LF. Cárie dentária e fatores associados entre adolescentes no norte do estado de Minas Gerais, Brasil: uma análise hierarquizada. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015;20(11):3351-3364.

Sobrino J, Domenech M, Camafort M, Vinyoles E, Coca A. Prevalence of masked hypertension and associated factors in normotensive healthcare workers. *Blood Pressure Monitoring*. 2013;18 (6):326-31.

Souza VS, Silva DS, Lima LV, Teston EF, Benedetti GMS, Costa MAR, et al. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos. *Rev Cuid* 2018;9(2): 2177-86.

Ulguim FO, Renner JDP, Pohl HH, Oliveira CF, Bragança GCM. Trabalhadores da saúde: risco cardiovascular e estresse ocupacional. *Rev Bras Med Trab*. 2019;17(1):61-8.

World Health Organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva, Switzerland: WHO, 1995.

Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*. 1996;1(3):237– 44.

4 CONCLUSÃO

Este estudo verificou que 21,8% dos profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos e crônicos apresentaram HA. Observou-se ainda uma associação desta doença a sexo masculino, idade maior que 40 anos, profissionais com sono prejudicado, com vínculo empregatício concursado e com sobrepeso e obesidade. A prevalência da pré-hipertensão de 25,9% chama a atenção para a necessidade de estimular a mudança de hábitos de vida que incluem alimentação saudável e atividade física.

Espera-se que os resultados obtidos por meio deste estudo possam fomentar a implantação de políticas de saúde que incentivem mudanças dentro e fora do ambiente laboral, com maior foco na prevenção e na promoção da saúde dos profissionais. Entretanto, é necessário o engajamento de gestores de saúde, com vistas a facilitar a interdisciplinaridade, e o planejamento de trabalho entre setores, a fim de atuarem de maneira conjunta e complementar.

Trabalhadores bem informados e conscientes de que seus comportamentos podem determinar o risco maior ou menor de adoecer são, certamente, mais saudáveis e produtivos. Ressalta-se também o esforço que deve ser aplicado para a adequação dos locais de trabalho às necessidades dos indivíduos, de maneira a reduzir os gastos públicos oriundos dos processos patológicos diretamente relacionados a disfunções laborais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica. 2013;(37).
2. Amaro-Alcalá JJ, Rosas-Avilés R, Marval-Ortiz JJ, Díaz-Espinoza L, Gómez-Mancebo JR, Rodríguez-Urbaneja F, et al. Registro de Hipertensión Arterial en consultas privadas en Venezuela: Estudio RHAVEN. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2019;36(14):70-84.
3. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3):1-83.
4. Monakali S, Goon TD, Seekoe E, Owolabi EO. Prevalence, awareness, control and determinants of hypertension among primary health care professional nurses in Eastern Cape, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2018;10(5):a1758.
5. Teston EF, Cecilio HPM, Santos AL, Arruda GO, Radovanovic CAT, Marcon SS. Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2016;49(2):95-102.
6. Ferreira PAA, Bodevan EC, Oliveira LC. Características sociodemográficas associadas à prevalência de hipertensão arterial sistêmica. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde.* 2019;17(1).
7. Muñoz-Pareja M, Loch MR, Silva AMR. Factores asociados al no diagnóstico de hipertensión o diabetes em brasileños ≥ 40 años. *Rev Chil Nutr* 2019;46(3):336-342.
8. Attarchi M, Dehghan F, Safakhah F, Nojomi M, Mohammadi S. Effect of exposure to occupational noise and shift working on blood pressure in rubber manufacturing company workers. *Ind Health.* 2012;50(3):205-13.
9. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014;22(4):547-53.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). 2018.
11. Rodrigues VMCP, Ferreira ASS. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem;* 2011.19(4).
12. Orozco-González CL, Sanabria LC, Franco JJV, Márquez JJR, Manzano AMC. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular em trabajadores de la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(5):594-601.
13. Magalhães FJ, Mendonça LBA, Rebouças CBA, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SC. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(3):394-400.

14. Queiroz DL, Souza JC. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem. *Psicólogo in Formação*. 2012;16(16):103-26.
15. Harbs TC, Rodrigues ST, Quadros VAS. Estresse na equipe de enfermagem em um centro de urgência e emergência. *Boletim de enfermagem*. 2008;(1):41-56.
16. Souza VS, Silva DS, Lima LV, Teston EF, Benedetti GMS, Costa MAR, et al. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos. *Rev Cuid* 2018;9(2): 2177-86.
17. Chen X, Tan X, Li L. Health Problem and occupational stress among chinese doctors. *Chinese Medicine*. 2013;4:1-6.
18. Ulguim FO, Renner JDP, Pohl HH, Oliveira CF, Bragança GCM. Trabalhadores da saúde: risco cardiovascular e estresse ocupacional. *Rev Bras Med Trab*. 2019;17(1):61-8.
19. Domingues JG, Silva BBC, Bierhals IO, Barros FC. Doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico no Sul do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*. 2019;28(2):e2018298.
20. Hou L, Jin X, Ma J, et al. Perception and selfmanagement of hypertension in chinese cardiologists (CCHS): a multicenter, large-scale crosssectional study. *BMJ Open*. 2019;9:e029249.
21. Nascimento JOV, Santos J, Meira KC, Pierin AMG, Souza-Talarico JN. Shift work of nursing professionals and blood pressure, burnout and common mental disorders. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03443.
22. Osei-Yeboah J, Kye-Amoah KK, Owiredu WKBA, Lokpo SY, Esson J, Johnson BB, Amoah P, Aduko RA. Cardiometabolic risk factors among healthcare workers: a cross-sectional study at the sefwi-wiawso Municipal Hospital, Ghana. *BioMed Research International*. 2018;9.
23. Jahromi MK, Hojat M, Koshkaki SR, Nazari F, Ragibnejad M. Risk factors of heart disease in nurses. *Iran J Nurs Obstetrícia Res*. 2017;22(4):332-337.
24. Rodrigues C, Silva JP, Cabral CVS. Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial (HAS) entre a equipe de enfermagem. *R. Interd*. 2016;9(2):117-126.
25. Hazmi H, Ishak WRW, Jalil RA, Hua GS, Hamid NF, Haron R, et al. Traditional cardiovascular risk-factors among healthcare workers in kelantan, Malaysia. *J Intern Med*. 2015;261(3):285-92.
26. Angkurawaranon C, Wisetborisut U, Jiraporncharoen W, Likhitsathian S, Uaphanthasath R, Gomutbutra P, et al. Chiang Mai University health worker study aiming toward a better understanding of noncommunicable disease development in Thailand: methods and description of study population. *Clin Epidemiol*. 2014;6:277-286.

27. Gangwisch JE, Feskanich D, Malaspina D, Shen S, Forman JP. Sleep, duration and risk for hypertension in women: results from the nurses' health study. *American Journal of Hypertension*. 2013;26(7):903-11.
28. Lee IS, Hayashi K, Mishra G, Yasui T, Kubota T, Mizunuma H. Independent association between age at natural menopause and hypercholesterolemia, hypertension, and diabetes mellitus Japan Nurses health study. *J Atheroscler Thromb*. 2013;20(2):161-9.
29. Sobrino J, Domenech M, Camafort M, Vinyoles E, Coca A. Prevalence of masked hypertension and associated factors in normotensive healthcare workers. *Blood Pressure Monitoring*. 2013;18(6):326-31.
30. Pimenta AM, Kac G, Souza RRC, Ferreira LMBA, Silqueira SMF. Trabalho noturno e risco cardiovascular em funcionários de universidade pública. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(2):168-177.
31. Corleta HVE, Neyeloff JL, Barone CR, Mendonça TB, Melim JB, Zamboni CM. Fatores de risco para doença cardiovascular em funcionárias do hospital de clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA*. 2011;31(1):46-51.
32. Custódio IL, Teixeira FEL, Almeida MI, Silva LF, Monteiro ARM. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011;64(1):18-24.
33. Gaudemaris R, Levant A, Ehlinger V, Hérin F, Lepage B, Soulatb JM, Sobaszek A, Kelly-Irving M, Lang T. Blood pressure and working conditions in hospital nurses and nursing assistants. The ORSOSA study. *Archives of Cardiovascular Disease*. 2001;104:97-103.
34. Sfreddo C, Fuchs SC, Merlo AR, Fuchs AD. Shift work is not associated with high blood pressure or prevalence of hypertension. *PLoS One*. 2010;5(12):e15250.
35. Lin CM; Li CY . Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in Taiwanese Healthcare Workers. *Ind Health*. Ago 2009;47(4):411-8.

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário



FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE: fatores associados



Nº:

Apresentação

Esta pesquisa trata do assunto “fadiga por compaixão” que é uma síndrome de exaustão biológica, psicológica e social, que pode acometer indivíduos que liberam energia psíquica, em forma de compaixão a outros seres vivos. Consiste de um esvanecimento crônico do cuidado e da preocupação com o outro, devido ao uso excessivo dos sentimentos que almejam incansavelmente o alívio da dor e alcance da cura do paciente. Tal síndrome afeta, mais facilmente, determinadas profissões nas quais o contato com quem sofre seja inevitável, como é o caso dos profissionais de saúde que estão expostos a fatores de risco internos e externos, em que, tanto o contato com a rotina estressante do trabalho, sobrecarga e setor de atuação, quanto os conflitos familiares, idade, condição financeira e problemas conjugais, podem levá-los também a desenvolver sintomas, tais como: ansiedade, estresse, fadiga, insônia entre outros.

Prezado(a) trabalhador(a),

Este questionário deverá ser respondido somente por profissionais de saúde que estiverem atuando há no mínimo seis meses no setor. Caso você não se enquadre nessa situação, por favor, comunique a um membro da equipe de pesquisadores, e não responda.

Fique tranquilo, as informações que você nos fornecer serão usadas de forma confidencial, ou seja, em momento algum seu nome será divulgado. Somente os coordenadores da pesquisa terão acesso ao seu nome. Todos os participantes serão, posteriormente, identificados por número.

Por favor, é fundamental que você responda todas as questões. Preencha a caneta e evite rasuras. Suas respostas deverão refletir a sua realidade individual, por isso, não troque idéias com outras pessoas para responder às questões. Caso as alternativas não reflitam, exatamente a sua realidade, solicitamos que você escolha a opção que mais se aproxime. Seu questionário deverá ser devolvido totalmente preenchido no dia agendado para a coleta (___/___/____) dos demais dados (peso, altura, índice de massa corporal, circunferência abdominal e pressão arterial).

Sua participação é muito importante para nós. Estamos a sua total disposição e agradecemos muito sua colaboração. Equipe do Projeto Fadiga por Compaixão em Profissionais de Saúde - FadiComPS

DATA DO PREENCHIMENTO: ___/___/____

ATENÇÃO: preencha de forma legível, sugerimos que use letra de forma.

Nome: _____

Endereço residencial: _____

Telefone fixo: (____) _____ - _____ Telefone celular: (____) _____ - _____

Instituição em que trabalha: _____

Setor em que trabalha: _____

E-mail (pessoal): _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Sexo: 1 () Masculino 2 () Feminino
Idade: _____ anos
Estado Civil: 1 () Solteiro(a) 3 () Divorciado(a)/Separado(a) 2 () Casado(a)/União Estável 4 () Viúvo(a)
Qual a sua religião: 1 () Não possui 4 () Espírita 2 () Católica 5 () Outra. Especifique: _____ 3 () Evangélica
Tem filhos? 1 () Sim. Quantos? _____ 2 () Não
Quantas pessoas residem em seu domicílio (não considerar empregado doméstico)? _____ pessoas
Renda familiar mensal (É a soma da renda de todos os membros da família. Caso não saiba, colocar valor aproximado). R\$: _____

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL - CCEB 2015

Marque com um "X" a quantidade de itens eletroeletrônicos que possui e que estão funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos **SEIS MESES**.

Itens de Conforto	Quantidade que possui				
	0	1	2	3	4 ou +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que lê DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks, netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadoras de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					
A água utilizada neste domicílio é proveniente de?					
1 () Rede geral de distribuição (Ex: COPASA) 2 () Poço ou nascente 3 () Outro meio					
Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:					
1 () Asfaltada/Pavimentada 2 () Terra/Cascalho					
Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.					
	Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior			
()	Analfabeto/Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto			
()	Fundamental I completo/Fund. II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto			
()	Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto			
()	Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto			
()	Superior completo	Superior Completo			

<input type="checkbox"/>	Especialização / Pós-Graduação	Especialização / Pós-Graduação
<input type="checkbox"/>	Mestrado concluído	Mestrado concluído
<input type="checkbox"/>	Doutorado concluído	Doutorado concluído
<input type="checkbox"/>	Pós-Doutorado concluído	Pós-Doutorado concluído
Se possui curso superior: Qual a sua graduação? _____		
Se possui especialização\pós graduação, esta é:		
1 <input type="checkbox"/> Na área de atuação (deste setor)		
2 <input type="checkbox"/> Em outra área		

CARACTERÍSTICAS DE FORMAÇÃO

Qual o seu maior nível de escolaridade?		
	Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
<input type="checkbox"/>	Analfabeto/Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
<input type="checkbox"/>	Fundamental I completo/Fund. II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
<input type="checkbox"/>	Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
<input type="checkbox"/>	Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
<input type="checkbox"/>	Superior completo	Superior Completo
<input type="checkbox"/>	Especialização / Pós-Graduação	Especialização / Pós-Graduação
<input type="checkbox"/>	Mestrado concluído	Mestrado concluído
<input type="checkbox"/>	Doutorado concluído	Doutorado concluído
<input type="checkbox"/>	Pós-Doutorado concluído	Pós-Doutorado concluído
Se possui curso superior: Qual a sua graduação? _____		
Se possui especialização\pós graduação, esta é:		
1 <input type="checkbox"/> Na área de atuação (deste setor)		
2 <input type="checkbox"/> Em outra área		

CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS

Há quanto tempo você trabalha na área de saúde? _____ anos _____ meses		
Há quanto tempo trabalha neste setor? _____ anos _____ meses		
Sua função, neste setor, é?		
1 <input type="checkbox"/> Auxiliar de _____	6 <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	
2 <input type="checkbox"/> Técnico em _____	7 <input type="checkbox"/> Psicólogo	
3 <input type="checkbox"/> Enfermeiro	8 <input type="checkbox"/> Assistente Social	
4 <input type="checkbox"/> Médico	9 <input type="checkbox"/> Farmacêutico	
5 <input type="checkbox"/> Nutricionista	10 <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____	
Qual a sua carga horária semanal neste setor? _____ horas		
E como ela se caracteriza?		
1 <input type="checkbox"/> 6 horas por dia	4 <input type="checkbox"/> 12 x 60h	
2 <input type="checkbox"/> 8 horas por dia	5 <input type="checkbox"/> 12 x 72h	
3 <input type="checkbox"/> 12 x 36h	6 Outra _____	
Horário de entrada: _____ Horário de saída: _____		
Considerando todos os seus empregos, qual a sua carga horária de trabalho por semana? (Incluir atividades autônomas) _____ horas		
Enquanto profissional de saúde, você atua: (Pode ser assinalado mais de uma alternativa)		
1 <input type="checkbox"/> Instituição pública	3 <input type="checkbox"/> Instituição filantrópica	
2 <input type="checkbox"/> Instituição privada	4 <input type="checkbox"/> Autônomo	
Marque os turnos em que você atua neste setor? (Marque mais de uma alternativa, se você trabalha em mais de um turno)		
1 <input type="checkbox"/> Manhã	2 <input type="checkbox"/> Tarde	3 <input type="checkbox"/> Noite
Tipo de vínculo com esta instituição:		
1 <input type="checkbox"/> Concursado/Efetivo	3 <input type="checkbox"/> Prestador de Serviço	
2 <input type="checkbox"/> Contratado/Celetista	4 <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Possui vínculo em outra instituição? Este é:		
1 <input type="checkbox"/> Assistencial	2 <input type="checkbox"/> Administrativo	
3 <input type="checkbox"/> Docência	4 <input type="checkbox"/> Não possui	

Tais com: hipertireoidismo, hipotireoidismo, diabetes, etc...	_____	1 () Sim
() Problemas ósseos/ articulares/musculares	_____	0 () Não
Tais como osteoporose, artrite, artrose, lombalgia, cisto sinovial, sífise, escoliose, fibromialgia, etc..	_____	1 () Sim
() Problemas Digestivos	_____	0 () Não
Tais como: úlcera, gastrite, hemorroida, hérnia, pancreatite, esofagite, colite, refluxo, doença de Crohn, etc...	_____	1 () Sim
() Problemas renais/urinários	_____	0 () Não
Tais como : cálculo renal, insuficiência renal, incontinência urinária, etc...	_____	1 () Sim
() Problemas hepáticos	_____	0 () Não
Tais como: hepatite A, B ou C, cirrose, esteatose, icterícia, etc...	_____	1 () Sim
() Problemas respiratórios	_____	0 () Não
Tais como: asma, bronquite, apneia, embolia pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica, etc...	_____	1 () Sim
() Problemas reprodutivos ou sexuais	_____	0 () Não
Tais como Ovário policístico, Infertilidade, Ejaculação precoce, Impotência sexual, Redução da libido, etc...	_____	1 () Sim
() Problemas de Saúde Mental	_____	0 () Não
Tais como: depressão, ansiedade, pânico, estresse ocupacional, transtorno obsessivo compulsivo, esquizofrenia, transtorno bipolar, etc...	_____	1 () Sim
() Transtornos alimentares	_____	0 () Não
Tais como: anorexia, bulimia, compulsão por alimentos, etc...	_____	1 () Sim
() Problemas oculares/visuais	_____	0 () Não
Tais como: miopia, astigmatismo, hipermetropia, presbiopia, glaucoma, catarata, ceratocone, etc	_____	1 () Sim
() Problemas neurológicos	_____	0 () Não
Tais como: epilepsia, convulsão, etc	_____	1 () Sim
() Problemas auditivos	_____	0 () Não
Tais como: perda auditiva parcial ou total, etc...	_____	1 () Sim
() Tumores benignos	_____	0 () Não
Por favor, informe o local do tumor no quadro ao lado, etc...	_____	1 () Sim
() Tumores malignos (câncer)	_____	0 () Não
Por favor, informe o local do tumor no quadro ao lado, etc...	_____	1 () Sim
() Enxaqueca ou labirintite	_____	0 () Não
		1 () Sim
() Doenças infecciosas de longa duração	_____	0 () Não
Tais como: doença de chagas, leishmaniose, HIV/AIDS, hanseníase, tuberculose, etc.	_____	1 () Sim
() Dor aguda	_____	0 () Não
		1 () Sim
() Dor crônica	_____	0 () Não
		1 () Sim
() Outro problema de saúde	_____	0 () Não
		1 () Sim

ESPIRITUALIDADE

Marque com um "X" a alternativa que melhor expressar a realidade da sua espiritualidade, religião ou crenças religiosas.

Com que frequência você participa de serviços religiosos (rituais, missas, cultos, celebrações)?
0 () Mais de uma vez por semana 3 () Todo mês (mensal)
1 () Toda semana (semanal) 4 () Uma ou duas vezes por ano
2 () Uma ou duas vezes por mês 5 () Nunca

	Até que ponto você se considera uma pessoa religiosa?			
	0 () Muito religiosa		2 () Pouco religiosa	
	1 () Moderadamente religiosa		3 () Nem um pouco religiosa	
	Até que ponto você se considera uma pessoa espiritualizada?			
	0 () Muito espiritualizada		2 () Pouco espiritualizada	
	1 () Moderadamente espiritualizada		3 () Nem um pouco espiritualizada	

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - BAI

Marque com um "X" o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma abaixo durante a **ÚLTIMA SEMANA**.

	Nada	Levemente	Moderadamente	Muito forte
Dormência ou formigamento				
Sensação de calor				
Tremores nas pernas				
Incapaz de relaxar				
Medo que aconteça o pior				
Atordoado ou tonto				
Palpitação ou aceleração do coração				
Sem equilíbrio				
Aterrorizado				
Nervoso				
Sensação de sufocação				
Tremores nas mãos				
Trêmulo				
Medo de perder o controle				
Dificuldade de respirar				
Medo de morrer				
Assustado				
Indigestão ou desconforto no abdome				
Sensação de desmaio				
Rosto afogueado				
Suor (não devido ao calor)				

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Marque com um "X" como você se sente no trabalho.

	Nunca	Algumas vezes no ano	Algumas vezes no mês	Algumas vezes na semana	Diariamente
Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho					
Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado					
Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado					
Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.					
Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais					
Sinto que trabalhar todo o dia com					

	peessoas me cansa					
	Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.					
	Sinto que meu trabalho está me desgastando.					
	Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho					
	Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.					
	Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.					
	Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho					
	Sinto-me frustrado com meu trabalho					
	Sinto que estou trabalhando demais.					
	Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.					
	Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa					
	Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.					
	Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.					
	Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.					
	Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.					
	No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.					
	Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas					

INVENTÁRIO DE DESESPERAÇÃO DE BECK

Marque com um "X" se você concorda ou discorda com as afirmações

	Concordo	Discordo
Penso no futuro com esperança e entusiasmo.		
Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.		
Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre.		
Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos.		
Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero.		
No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa.		

	Meu futuro me parece negro.		
	Acontece que tenho sorte especial e espero conseguir mais coisas boas na vida do que uma pessoa comum.		
	Simplemente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro.		
	Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro.		
	Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer.		
	Não espero conseguir o que realmente quero.		
	Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.		
	As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero.		
	Tenho uma grande fé no futuro.		
	Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa.		
	É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro.		
	O futuro me parece vago e incerto.		
	Posso esperar mais tempos bons do que maus.		
	Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir.		

ACESSO A INTERNET: *Internet Addiction Test (IAT)*

Marque com um “X” a opção que melhor se adequa a sua opinião sobre seu uso da internet.

USO DE INTERNET	
Você é proprietário de algum desses aparelhos listados com acesso à internet?	
Celular	1 () Não 2 () Sim, de uso individual 3 () Sim, de uso com outras pessoas
Tablet	1 () Não 2 () Sim, de uso individual 3 () Sim, de uso com outras pessoas
Computador de mesa (desktop)	1 () Não 2 () Sim, de uso individual 3 () Sim, de uso com outras pessoas
Computador portátil (notebook, ultrabook, netbook, etc.)	1 () Não 2 () Sim, de uso individual 3 () Sim, de uso com outras pessoas
Outro aparelho. Especifique: _____	1 () Não 2 () Sim, de uso individual 3 () Sim, de uso com outras pessoas
Quantas vezes você utiliza a internet por dia? (Redes sociais, e-mails, pesquisa, estudo...)	() Nenhuma () 1 a 3 () 4 a 6 () Mais de 6
Quantos dias da semana você utiliza a internet?	() Nenhum () 1 () 2 a 3 () 4 a 6 () Mais de 6

Nas questões a seguir, considere “utilizar a internet” os momentos que você está “conectado e acessando/observando” a internet.

Você usa a internet habitualmente no período noturno?	1 () não 2 () sim, quantas horas por noite? _____ horas
Em média, quantas horas por dia você utiliza a internet? (dias úteis)	_____ horas por dia

	Em média, quantas horas por dia você utiliza a internet? (fins de semana e feriados) _____ horas por dia
	Nos dias úteis, que horas você habitualmente vai dormir? _____ horas.
	Nos dias úteis, que horas você habitualmente acorda? _____ horas.

Com que frequência você acessa...		
As redes sociais? (Facebook, Whatsapp, instagran, etc)	1() Nunca/Raramente 4() Quase sempre	2() Ocasionalmente 5() Sempre
Email?	1() Nunca/Raramente 4() Quase sempre	2() Ocasionalmente 5() Sempre
Internet nas atividades escolares/acadêmicas?	1() Nunca/Raramente 4() Quase sempre	2() Ocasionalmente 5() Sempre
A internet para ver filmes, vídeos e músicas?	1() Nunca/Raramente 4() Quase sempre	2() Ocasionalmente 5() Sempre
Jogos on line?	1() Nunca/Raramente 4() Quase sempre	2() Ocasionalmente 5() Sempre
Internet para uso profissional?	1() Nunca/Raramente 4() Quase sempre	2() Ocasionalmente 5() Sempre
	3() Frequentemente	3() Frequentemente

	Raramente ou Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
Com que frequência você acha que passa mais tempo na internet do que pretendia?					
Com que frequência você abandona as tarefas diárias para passar mais tempo na internet?					
Com que frequência você prefere a emoção da internet ao convívio com seu/sua namorado(a)/esposo(a)/...?					
Com que frequência você cria relacionamentos com novo(a)s amigo(a)s da internet?					
Com que frequência outras pessoas em sua vida se queixam sobre a quantidade de tempo que você passa na internet?					
Com que frequência suas notas ou tarefas da escola pioram por causa da quantidade de tempo que você fica na internet?					
Com que frequência você acessa a internet antes de qualquer outra coisa que precise fazer?					

	Raramente ou Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
Com que frequência piora o seu desempenho ou produtividade no trabalho/escola por causa da internet?					

	Com que frequência você fica na defensiva ou guarda segredo quando alguém lhe pergunta o que você faz na internet?					
	Com que frequência você bloqueia pensamentos perturbadores sobre sua vida pensando em se conectar para acalmar-se?					
	Com que frequência você se pega pensando em quando vai entrar na internet novamente?					
	Com que frequência você teme que a vida sem a internet seria chata, vazia e sem graça?					
	Com que frequência você explode, grita ou se irrita se alguém o(a) incomoda enquanto está na internet?					
	Com que frequência você dorme pouco por ficar conectado(a) até tarde da noite?					
	Com que frequência você se sente preocupado(a) com a internet quando está desconectado(a) imaginando que poderia estar conectado(a)?					
	Com que frequência você se pega dizendo “só mais alguns minutos” quando está conectado(a)?					
	Com que frequência você tenta diminuir o tempo que fica na internet e não consegue?					
	Com que frequência você tenta esconder a quantidade de tempo em que está na internet?					
	Com que frequência você opta por passar mais tempo na internet em vez de sair com outras pessoas?					
	Com que frequência você se sente deprimido(a), mal-humorado(a) ou nervoso(a) quando desconectado(a) e esse sentimento vai embora assim que volta a se conectar à internet?					
	Com que frequência você explode, grita ou se irrita se alguém o(a) incomoda enquanto está na internet?					

WHOQOL-BREF

Marque com um “X” o que você acha da sua vida considerando as **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
Como você avaliaria sua qualidade de vida?					

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	---------------------	------------	------------------

			insatisfeito		
	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?				

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					
O quanto você aproveita a vida?					
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?					
O quanto você consegue se concentrar?					
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?					
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
Quão bem você é capaz de se locomover?					

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?					
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?					
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?					
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?					
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?					

	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?					

		Nunca	Algumas vezes	Frequen- temente	Muito frequen- temente	Sempre
	Nas duas últimas semanas com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					

QUESTIONÁRIO “ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO”

Coloque um “X” na alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação **NO MÊS PASSADO**.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
	Como você avalia seu estilo de vida?	1	2	3	4	5

Família e amigos

	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim
	0.() Quase nunca 1.() Raramente 2.() Algumas vezes 3.() Com relativa frequência 4.() Quase sempre
	Dou e recebo afeto
	0.() Quase nunca 1.() Raramente 2.() Algumas vezes 3.() Com relativa frequência 4.() Quase sempre

Atividade física

	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.).
	0.() Menos de 1 vez por semana 1.() 1-2 vezes por semana 2.() 3 vezes por semana 3.() 4 vezes por semana 4.() 5 ou mais vezes por semana
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa/doméstico)
	0.() Menos de 1 vez por semana 1.() 1-2 vezes por semana 2.() 3 vezes por semana 3.() 4 vezes por semana 4.() 5 ou mais vezes por semana

Cigarro e drogas	Fumo cigarros.
	0.(<input type="checkbox"/>) Mais de 10 por dia
	1.(<input type="checkbox"/>) 1 a 10 por dia
	2.(<input type="checkbox"/>) Nenhum nos últimos 6 meses
	3.(<input type="checkbox"/>) Nenhum nos últimos 12 meses
	4.(<input type="checkbox"/>) Nenhum nos últimos cinco anos ou nunca
	Abuso de remédios ou exagero.
	0.(<input type="checkbox"/>) Quase diariamente
	1.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência
	2.(<input type="checkbox"/>) Ocasionalmente
	3.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca
	4.(<input type="checkbox"/>) Nunca
	Uso drogas como maconha e cocaína.
	0.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes
	1.(<input type="checkbox"/>) Nunca
	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou “colas”).

	Como uma dieta balanceada (frutas/verduras).
	0.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca
	1.(<input type="checkbox"/>) Raramente
	2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes
	3.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência
	4.(<input type="checkbox"/>) Quase sempre
	Estou no intervalo (distante) de ___ quilos do meu peso considerado saudável. (Acima ou abaixo do meu peso ideal)
	0.(<input type="checkbox"/>) Mais de 8 kg
	1.(<input type="checkbox"/>) 8 kg
	2.(<input type="checkbox"/>) 6 kg
	3.(<input type="checkbox"/>) 4 kg
	4.(<input type="checkbox"/>) 2 kg
	5.(<input type="checkbox"/>) Estou no meu peso ideal (Peso desejado)
	Frequentemente como em excesso açúcar, sal, gordura animal, bobagens e salgadinhos.
	0.(<input type="checkbox"/>) Quatro dos itens acima
	1.(<input type="checkbox"/>) Três dos itens acima
	2.(<input type="checkbox"/>) Dois dos itens acima
	3.(<input type="checkbox"/>) Um dos itens acima
	4.(<input type="checkbox"/>) Nenhum dos itens acima
	0.(<input type="checkbox"/>) Mais de 10 vezes por dia
	1.(<input type="checkbox"/>) 7 a 10 vezes por dia
	2.(<input type="checkbox"/>) 3 a 6 vezes por dia
	3.(<input type="checkbox"/>) 1 a 2 vezes por dia
	4.(<input type="checkbox"/>) Raramente ou nunca

Álcool

	Minha ingestão média por semana de álcool é: (1dose = 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 dose de bebidas destiladas (aguardente, whisk, etc)
	0.(<input type="checkbox"/>) Mais de 20 doses
	1.(<input type="checkbox"/>) 13 a 20 doses
	2.(<input type="checkbox"/>) 11 a 12 doses
	3.(<input type="checkbox"/>) 8 a 10 doses
	4.(<input type="checkbox"/>) 1 a 7 doses
	5.(<input type="checkbox"/>) Nenhuma dose
	Dirijo após beber.
	0.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes
	1.(<input type="checkbox"/>) Nunca dirijo após beber ou não bebo
	2.(<input type="checkbox"/>) Nunca dirijo automóvel/moto
	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião.
	0.(<input type="checkbox"/>) Quase diariamente

	1.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 2.(<input type="checkbox"/>) Ocasionalmente 3.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca 4.(<input type="checkbox"/>) Nunca
--	---

Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro

100	Durmo bem e me sinto descansado
	0.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca/Nunca 1.(<input type="checkbox"/>) Raramente 2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 3.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 4.(<input type="checkbox"/>) Quase sempre/Sempre
	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia.
	0.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca/Nunca 1.(<input type="checkbox"/>) Raramente 2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 3.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 4.(<input type="checkbox"/>) Quase sempre/Sempre
	Pratico sexo seguro (Refere-se ao uso de métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez).
	0.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca/Nunca 1.(<input type="checkbox"/>) Raramente 2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 3.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 4.(<input type="checkbox"/>) Sempre 5.(<input type="checkbox"/>) Não tenho vida sexual ativa
	Uso cinto de segurança
	0.(<input type="checkbox"/>) Nunca 1.(<input type="checkbox"/>) Raramente 2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 3.(<input type="checkbox"/>) A maioria das vezes 4.(<input type="checkbox"/>) Sempre
	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer.
	0.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca/Nunca 1.(<input type="checkbox"/>) Raramente 2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 3.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 4.(<input type="checkbox"/>) Quase sempre/Sempre
	Aparento estar com pressa.
	0.(<input type="checkbox"/>) Quase sempre/Sempre 1.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 3.(<input type="checkbox"/>) Raramente 4.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca/Nunca
	Sinto-me com raiva e hostil.
	0.(<input type="checkbox"/>) Quase sempre/Sempre 1.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 3.(<input type="checkbox"/>) Raramente 4.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca/Nunca

Introspecção

	Penso de forma positiva e otimista.
	0.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca/Nunca 1.(<input type="checkbox"/>) Raramente 2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 3.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 4.(<input type="checkbox"/>) Quase sempre/Sempre

	Sinto-me triste e deprimido
	0.() Quase sempre/Sempre 1.() Com relativa frequência 2.() Algumas vezes 3.() Raramente 4.() Quase nunca/Nunca
	Sinto-me tenso e desapontado.
	0.() Quase sempre/Sempre 1.() Com relativa frequência 2.() Algumas vezes 3.() Raramente 4.() Quase nunca/Nunca

Trabalho

	Estou satisfeito com meu trabalho ou função.
	0.() Quase nunca/Nunca 1.() Raramente 2.() Algumas vezes 3.() Com relativa frequência 4.() Quase sempre/Sempre 5.() Não trabalho

SAÚDE

	Você tem alguma doença que necessita de acompanhamento médico contínuo? 1.() não 2.() sim, qual? _____
	Você faz uso de algum medicamento de uso contínuo? 1.() não 2.() sim, qual? _____

ALIMENTAÇÃO

As próximas perguntas referem-se a sua alimentação. Leve em conta tudo o que você comeu em casa, na escola, na rua, em lanchonetes, em restaurantes ou em qualquer outro lugar.

	Em quantos dias da semana você costuma comer frutas? 1 () 1 a 2 dias por semana 2 () 3 a 4 dias por semana 3 () 5 a 6 dias por semana 4 () Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 () Quase nunca 6 () nunca
	Em quantos dias da semana você costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha entre outros – não vale batata, mandioca ou inhame)? 1 () 1 a 2 dias por semana 2 () 3 a 4 dias por semana 3 () 5 a 6 dias por semana 4 () Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 () Quase nunca 6 () Nunca
	Em quantos dias da semana você costuma comer guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, bombons, pirulitos, etc)? 1 () 1 a 2 dias por semana 2 () 3 a 4 dias por semana 3 () 5 a 6 dias por semana 4 () Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 () Quase nunca 6 () Nunca
	Em quantos dias da semana você costuma tomar refrigerante? 1 () 1 a 2 dias por semana

	2 () 3 a 4 dias por semana 3 () 5 a 6 dias por semana 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 () quase nunca 6 () nunca
	Em quantos dias da semana você costuma comer salgados fritos? Exemplo: batata frita (sem contar a batata de pacote) ou salgados fritos como coxinha, quibe frito, pastel frito, etc. 1 () 1 a 2 dias por semana 2 () 3 a 4 dias por semana 3 () 5 a 6 dias por semana 4 () Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 () Quase nunca 6 () Nunca
	Em quantos dias da semana você costuma comer hambúrguer, salsicha, mortadela, salame, presunto, nuggets ou linguiça? 1 () 1 a 2 dias por semana 2 () 3 a 4 dias por semana 3 () 5 a 6 dias por semana 4 () Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 () Quase nunca 6 () Nunca
	Você costuma almoçar ou jantar em casa? 1 () 1 a 2 dias por semana 2 () 3 a 4 dias por semana 3 () 5 a 6 dias por semana 4 () Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 () Quase nunca 6 () Nunca
	Você costuma comer quando está assistindo à TV, no computador ou estudando? 1 () 1 a 2 dias por semana 2 () 3 a 4 dias por semana 3 () 5 a 6 dias por semana 4 () Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 () Quase nunca 6 () Nunca
	Você costuma tomar o café da manhã? 1 () 1 a 2 dias por semana 2 () 3 a 4 dias por semana 3 () 5 a 6 dias por semana 4 () Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 () Quase nunca 6 () Nunca
	O quanto você está satisfeito(a) com sua imagem corporal? () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (ProQOL 5)

Marque com um "X" o número que realmente reflete a frequência com que experimentou cada um destes aspectos **nos últimos TRINTA DIAS**.

	Nunca	Rara-mente	Por vezes	Frequen-temente	Muito frequen-temente
Você se sente fatigado no seu trabalho?	1	2	3	4	5
Sinto-me feliz					
Estou preocupado (a) com mais de uma pessoa que eu cuido					

	Sinto satisfação por poder cuidar das pessoas					
	Sinto-me ligado(a) aos outros					
	Assusto-me ou fico surpreendido(a) com sons inesperados					
	Sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que cuido					
	Sinto que é difícil separar minha vida pessoal da minha vida como cuidador(a)					
	Não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque perco o sono revivendo as experiências traumáticas de uma pessoa que cuido					
	Penso que posso ter sido afetado(a) pelo estresse traumático daqueles que eu cuido					
	Sinto-me encurralado(a) pelo meu trabalho como cuidador					
	Por causa da minha ajuda, já me senti “no limite” em relação à várias coisas					
	Gosto do meu trabalho de cuidador(a)					
	Sinto-me deprimido(a) por causa das experiências traumáticas das pessoas que eu cuido					
	Sinto-me como se estivesse a viver o trauma de alguém que tenha cuidado					
	Tenho crenças que me suportam					
	Estou satisfeito(a) com a forma como sou capaz de manter o uso das técnicas e protocolos de cuidado					
	Sou a pessoa que sempre quis ser					
	O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a)					
	Sinto-me exausto(a) por causa do meu trabalho como cuidador					
	Tenho pensamentos e sentimentos felizes acerca daqueles que cuido e de como poderia cuidar					
	Sinto-me esgotado(a) porque a minha carga de trabalho parece nunca acabar					
	Acredito que posso fazer a diferença através do meu trabalho					
	Evito certas atividades ou situações porque me fazem lembrar experiências assustadoras vividas pelas pessoas que eu cuido					
	Orgulho-me daquilo que posso fazer para cuidar					
	Como resultado do meu cuidado, tenho pensamentos invasivos e assustadores					
	Sinto-me limitado(a) pelo sistema (trabalho)					
	Tenho pensamentos de que sou um “sucesso” como cuidador(a)					
	Não consigo recordar-me de partes importantes do meu trabalho com pessoas traumatizadas					
	Sou uma pessoa muito atenciosa					
	Estou feliz por ter escolhido este trabalho					

ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO - EET

Marque com um “X” o número que melhor corresponde a sua resposta.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
Sinto-me estressado (a) com meu trabalho.	1	2	3	4	5

		Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
	A forma como as tarefas são distribuídas na minha área tem me deixado nervoso (a)	1	2	3	4	5

		Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
	O tipo de controle no meu trabalho me irrita					
	A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante					
	Tenho me sentido incomodado (a) com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho					
	Sinto-me irritado (a) com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões do serviço					
	Sinto-me incomodado (a) com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho					
	A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho me deixa irritado (a)					
	Sinto-me incomodado(a) por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho					
	Sinto-me incomodado(a) por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade					
	Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas					
	Sinto-me incomodado(a) com a comunicação existente entre mim e meu superior					
	Fico irritado(a) com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho					
	Tenho me sentido incomodado(a) com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional					
	Fico de mau humor por me sentir isolado(a) no trabalho					
	Fico irritado por ser pouco valorizado((a) por meus superiores					
	As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado(a)					
	Tenho me sentido incomodado(a) por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade					

	A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor					
--	--	--	--	--	--	--

		Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
	A falta de compreensão sobre quais são as minhas responsabilidades neste trabalho tem me causado irritação					
	Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias					
	Sinto-me irritado(a) por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas					
	O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso(a)					
	Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes					

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Marque com um "X" a afirmação que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**.

	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
	0 Não estou especialmente desanimado (a) quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado (a) quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso
	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito (a) ou aborrecido(a) com tudo
	0 Não me sinto especialmente culpado (a) 1 Eu me sinto culpado (a) grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado (a) na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado
	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido (a) 2 Creio que vou ser punido (a) 3 Acho que estou sendo punido (a)

	0 Não me sinto decepcionado (a) comigo mesmo 1 Estou decepcionado (a) comigo mesmo 2 Estou enojado (a) de mim 3 Eu me odeio
	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros

	<p>2 Eu me culpo sempre por minhas falhas</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece</p>
	<p>0 Não tenho quaisquer ideias de me matar</p> <p>1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria</p> <p>2 Gostaria de me matar</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</p>
	<p>0 Não choro mais que o habitual</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o quera</p>
	<p>0 Não sou mais irritado(a) agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado(a) mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado(a) o tempo todo</p> <p>3 Não me irrita(a) mais com coisas que costumavam me irritar</p>
	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado (a) pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>
	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>
	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado (a) em estar parecendo velho ou sem atrativo (a)</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>
	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>
	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>
	<p>0 Não fico mais cansado (a) do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado (a) mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa</p>
	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>4 Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado(a) com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado(a) por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado(a) por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>

ESCALA DE ESTRESSE TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO

Marque com um "X" a opção que indica o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o **ÚLTIMO MÊS**.

	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
Memória, pensamentos e imagens repetitivas e perturbadoras referentes a uma experiência estressante do passado?					
Sonhos repetitivos e perturbadores referentes uma experiência estressante do passado?					
De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?					
Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?					
Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?					
Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?					
Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?					
Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?					
Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?					
Sentir-se distante ou afastado(a) das outras pessoas?					
Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?					
Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?					
Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?					
Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?					
Ter dificuldades para se concentrar?					
Estar “superalerta”, vigilante ou “em guarda”?					
Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?					

HARDINESS ESCALA

Marque com um “X” a afirmação sobre como você se sente em relação a sua vida.

	Não é verdadeiro	Pouco verdadeiro	Mais ou menos verdadeiro	Totalmente verdadeiro
Adapto-me bem às mudanças	0	1	2	3

	Não é verdadeiro	Pouco verdadeiro	Mais ou menos verdadeiro	Totalmente verdadeiro
A maior parte da minha vida passei fazendo coisas que valem a pena				
Planejar antes pode evitar a maioria dos planos futuros				
Não importa o quanto eu me esforce, meu esforço geralmente não conquista nada				
Eu não gosto de fazer mudanças no meu				

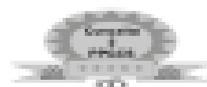
	horário todos os dias				
	Os caminhos da experiência e verdade são sempre melhores				
	Trabalhar é importante, já que só os chefes são premiados por isso				
	Trabalhando duro, você sempre pode alcançar seus objetivos				
	A maioria das coisas que acontecem na vida, são para acontecer				
	Quando faço planos, tenho certeza que poderei realizá-los				
	É interessante aprender algo sobre mim				
	Eu realmente tenho expectativas no meu trabalho				
	Se eu estou trabalhando em um projeto difícil, eu sei quando pedir ajuda				
	Eu não respondo a uma pergunta até que eu tenha certeza de que a compreendi				
	Eu gosto de muita variedade no meu trabalho				
	Na maioria das vezes, as pessoas escutam cuidadosamente o que eu tenho a dizer				
	Pensar em você como uma pessoa livre geralmente leva a frustração				
	Dar o máximo de você no seu trabalho será recompensado no final				
	Meus erros são, geralmente muito difíceis de corrigir				
	Me incomoda quando minha rotina diária é interrompida				
	A maioria dos bons atletas e líderes são natos, não produzidos				

		Não é verdadeiro	Pouco verdadeiro	Mais ou menos verdadeiro	Totalmente verdadeiro
	Eu, geralmente levanto animado para começar as coisas que eu deixei paradas na minha vida				
	Muitas vezes, eu realmente não conheço meus próprios pensamentos				
	Eu respeito às regras porque elas me guiam				
	Eu gosto quando as coisas são incertas ou imprevisíveis				
	Eu não consigo me prevenir, se alguém quiser me prejudicar				
	Mudanças na rotina são interessantes para mim				
	Muitos dias, a vida é interessante e estimulante para mim				
	É difícil imaginar alguém estar entusiasmado com o trabalho				
	O que acontecerá amanhã depende do que faço hoje				
	Trabalho rotineiro é desmotivante para ser valorizado				

GRUPO DE PESQUISA
FADICOMPS

**FADIGA POR COMPAIXÃO EM
PROFISSIONAIS DA SAÚDE:
fatores associados**


Unimentes



Nº



VERMELHO

PA



AMARELO

Cir. Abd.



VERDE

Peso



AZUL

Altura



LARANJA

Question.



PRETO

Bioquím.

NOME: _____

TELEFONE: () _____

INSTITUIÇÃO: _____

SETOR: _____

CATEGORIA PROFISSIONAL: _____

- PA: _____ mmHg
- CIR. ABDOMINAL: _____ cm
- PESO: _____ Kg
- ALTURA: _____ m
- IMC: _____ Kg/m²

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

A fadiga por compaixão é uma síndrome de exaustão biológica, psicológica e social que pode acometer indivíduos que liberam energia psíquica, em forma de compaixão a outros seres (humanos ou animais) por um período de tempo, sem se sentirem suficientemente recompensados. É um esvanecimento crônico do cuidado e da preocupação com o outro devido ao uso excessivo dos sentimentos de compaixão. Afeta, mais facilmente, determinadas profissões nas quais o contato com quem sofre seja inevitável e constituinte do cotidiano de trabalho, como é o caso dos profissionais que prestam auxílio a emergências e urgências e daqueles que prestam apoio ou assistência em geral e em situações de crise ou trauma.

1- Objetivo:

Avaliar os fatores determinantes da fadiga por compaixão em profissionais da saúde da região norte de Minas Gerais - Brasil.

2- Metodologia/procedimentos:

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, descritivo, analítico, transversal, de prevalência e qualitativo, baseado nos métodos de interacionismo simbólico e teoria fundamentada nos dados.

3- Justificativa:

A relevância desse estudo se dá por ser uma pesquisa que pretende avaliar o comportamento humano. Surge então a necessidade de um modelo avaliativo da compaixão que permite o estabelecimento de parâmetros capazes de distinguir a compaixão de outras emoções associadas a experiências de sofrimento ou perda, bem como a necessidade de associação de outro termo que é a fadiga. Uma vez que torna-se interessante a utilização de conceito que possa nomear um conjunto de sintomas percebidos pelos profissionais de saúde, comuns entre aqueles que cuidam dos que estão em situação de adoecimento em estado crítico ou crônico.

4- Benefícios:

Os participantes do estudo devem ser beneficiados diretamente com melhoria da qualidade de vida após conhecimento dos fatores associados à fadiga por compaixão.

5- Desconfortos e riscos: Classifica-se o risco deste estudo como mínimos sendo caracterizado como tempo dispendido pelo participante em responder aos questionários, para minimizar este risco, o participante levará para sua residência o questionário a ser respondido para não comprometer a sua jornada de trabalho e o seu trabalho.

6- Danos:

Não se aplica, mas porventura, se os participantes vierem a desenvolver algum dano decorrente da execução da pesquisa, estes serão encaminhados para tratamento.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:

Revisão sistemática da literatura.

8- Confidencialidade das informações:

A pesquisa está pautada na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que garante ao participante o anonimato e o sigilo na divulgação dos resultados.

9- Compensação/indenização:

Nenhum valor financeiro será oferecido para a execução desta pesquisa, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. No entanto, em qualquer momento, se o participante sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

10- Outras informações pertinentes:

Para que os participantes conheçam os resultados deste estudo, será feita uma apresentação nos setores e serviços onde os envolvidos foram abordados, como forma de devolutiva da pesquisa. Será disponibilizado em local de fácil acesso a todos, banner resultante da pesquisa realizada.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei a via original deste consentimento e uma cópia ficará com os pesquisadores.

Nome do participante	Assinatura do participante	Data
----------------------	----------------------------	------

Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
--------------------	--------------------------	------

Nome do coordenador da pesquisa	Assinatura do coordenador da pesquisa	Data
---------------------------------	---------------------------------------	------

ENDEREÇO DO PESQUISADOR: Rua Guarani, 191, Melo. Montes Claros-MG.

TELEFONE: (38) 9 8423-2099

ANEXOS

Anexo A – Normas da Revista International Journal of Development Research (IJDR)



Instruções para Autores

O **International Journal of Development Research (IJDR) (ISSN 2230-9926)** publica artigos solicitados e não solicitados de alta qualidade, em inglês, em todas as áreas do assunto. A revista agradece a submissão de manuscritos que atendem aos critérios gerais de importância e excelência acadêmica. Todos os artigos publicados no IJDR serão revisados por pares. Os trabalhos serão publicados na próxima edição da revista após a aceitação.

O **International Journal of Development Research (IJDR) (ISSN 2230-9926)** será publicado mensalmente (um volume; 12 edições por ano) pelos Academe Research Journals.

O **envio eletrônico** de manuscritos é fortemente recomendado, desde que o texto, as tabelas e as figuras sejam incluídas em um único arquivo do Microsoft Word (de preferência na fonte Arial).

Envie os manuscritos como anexo por e-mail para o Escritório Editorial em:

journalijdr.editor@gmail.com , researchijdr@yahoo.com

Um número de manuscrito será enviado por e-mail ao autor correspondente no mesmo dia ou dentro de 72 horas.

A **carta de apresentação** deve incluir o endereço completo e os números de telefone do autor correspondente e deve estar em uma mensagem de email enviada ao Editor, com o arquivo, cujo nome deve começar com o sobrenome do primeiro autor, como anexo. Os autores também podem sugerir de dois a cinco revisores, pois o manuscrito (IJDR) pode designar outros revisores).

O **International Journal of Development Research (IJDR) (ISSN 2230-9926)** aceita apenas manuscritos enviados como anexos de e-mail.

Tipos de Artigo Três tipos de manuscritos podem ser submetidos:

Artigos regulares: Devem descrever descobertas novas e cuidadosamente confirmadas, e procedimentos experimentais devem ser dados em detalhes suficientes para que outros

possam verificar o trabalho. O comprimento de um artigo completo deve ser o mínimo necessário para descrever e interpretar o trabalho claramente.

Comunicações breves: Uma comunicação curta é adequada para registrar os resultados de pequenas investigações completas ou fornecer detalhes de novos modelos ou hipóteses, métodos, técnicas ou aparelhos inovadores. O estilo das seções principais não precisa estar de acordo com o estilo dos papéis completos. Comunicações breves têm 2 a 4 páginas impressas (cerca de 6 a 12 páginas manuscritas).

Revisão: Submissões de revisões e perspectivas sobre tópicos de interesse atual são bem-vindas e incentivadas. As revisões devem ser concisas e não mais do que 4-6 páginas impressas (cerca de 12 a 18 páginas do manuscrito). Os manuscritos de revisões também são revisados por pares.

Artigos regulares

Todas as partes do manuscrito devem ser digitadas em espaço duplo e todas as páginas numeradas a partir da página de título.

O **título** deve ser uma frase curta que descreve o conteúdo do artigo. A página de título deve incluir os nomes e afiliações completos dos autores, o nome do autor correspondente, além das informações de telefone, fax e e-mail. Os endereços atuais dos autores devem aparecer como uma nota de rodapé.

O **Resumo** deve ser informativo e completamente auto-explicativo, apresentar brevemente o tópico, indicar o escopo dos experimentos, indicar dados significativos e apontar as principais conclusões e conclusões. O resumo deve ter entre 100 e 200 palavras. Frases completas, verbos ativos e terceira pessoa devem ser usadas, e o resumo deve ser escrito no pretérito. Nomenclatura padrão deve ser usada e abreviações devem ser evitadas. Nenhuma literatura deve ser citada.

Após o resumo, devem ser listadas cerca de 3 a 10 **palavras-chave** que fornecerão referências de indexação. Uma lista de **abreviações** não padrão deve ser adicionada. Em geral, abreviações fora do padrão devem ser usadas somente quando o termo completo for muito longo e usado com frequência. Cada abreviação deve ser digitada e entre parênteses na primeira vez em que é usada no texto. Somente unidades SI recomendadas devem ser usadas.

A **Introdução** deve fornecer uma declaração clara do problema, a literatura relevante sobre o assunto e a abordagem ou solução proposta. Deve ser compreensível para colegas de uma ampla gama de disciplinas científicas.

Os materiais e métodos devem estar completos o suficiente para permitir a reprodução das experiências. No entanto, apenas procedimentos verdadeiramente novos devem ser descritos em detalhes; os procedimentos publicados anteriormente devem ser citados, e modificações importantes dos procedimentos publicados devem ser mencionadas brevemente. Coloque em maiúscula os nomes comerciais e inclua o nome e o endereço do fabricante. Devem ser utilizados subtítulos. Métodos de uso geral não precisam ser descritos em detalhes.

Os resultados devem ser apresentados com clareza e precisão. Os resultados devem ser escritos no pretérito ao descrever os achados nas experiências dos autores. Os resultados publicados anteriormente devem ser escritos no presente. Os resultados devem ser explicados, mas em grande parte sem referência à literatura. Discussão, especulação e interpretação detalhada dos dados não devem ser incluídas nos Resultados, mas devem ser colocadas na seção Discussão.

A **discussão** deve interpretar os resultados em vista dos resultados obtidos neste e em estudos anteriores sobre este tópico. Declare as conclusões em algumas frases no final do artigo. As seções Resultados e Discussão podem incluir subtítulos e, quando apropriado, as duas seções podem ser combinadas.

Os **Agradecimentos** de pessoas, subsídios, fundos, etc. devem ser breves.

As tabelas devem ser reduzidas ao mínimo e projetadas para serem o mais simples possível. As tabelas devem ser digitadas em espaço duplo, incluindo títulos e notas de rodapé. Cada tabela deve estar em uma página separada, numerada consecutivamente em algarismos arábicos e fornecida com um cabeçalho e uma legenda. As tabelas devem ser auto-explicativas, sem referência ao texto. Os detalhes dos métodos utilizados nas experiências devem ser preferencialmente descritos na legenda, e não no texto. Os mesmos dados não devem ser apresentados na forma de tabela e gráfico ou repetidos no texto.

As legendas das figuras devem ser digitadas em ordem numérica em uma folha separada. Os gráficos devem ser preparados usando aplicativos capazes de gerar GIF, TIFF, JPEG ou PowerPoint de alta resolução antes de colar no arquivo manuscrito do Microsoft Word. As tabelas devem ser preparadas no Microsoft Word. Use algarismos arábicos para designar figuras e letras maiúsculas para suas partes (Figura 1). Comece cada legenda com um título e inclua descrição suficiente para que a figura seja compreensível sem ler o texto do manuscrito. As informações fornecidas nas legendas não devem ser repetidas no texto.

Referências: No texto, uma referência identificada por meio do nome de um autor deve ser seguida pela data da referência entre parênteses. Quando houver mais de dois autores, apenas o nome do primeiro autor deve ser mencionado, seguido por 'et al.'. Caso um autor citado tenha publicado dois ou mais trabalhos no mesmo ano, a referência, tanto no texto quanto na lista de referências, deve ser identificada por uma letra minúscula como 'a' e 'b' após o data para distinguir os trabalhos.

Exemplos:

Abayomi (2000), Agindotan et al. (2003), (Kelebeni, 1983), (Usman e Smith, 1992), (Chege, 1998; Chukwura, 1987a, b; Tijani, 1993, 1995) (Kumasi et al., 2001)

As referências devem ser listadas no final do artigo em ordem alfabética. Os artigos em preparação ou os artigos enviados para publicação, observações não publicadas, comunicações pessoais etc. não devem ser incluídos na lista de referências, mas devem ser mencionados apenas no texto do artigo (por exemplo, A. Kingori, Universidade de Nairobi,

Quênia, comunicação pessoal) . Os nomes dos periódicos são abreviados de acordo com o Chemical Abstracts. Os autores são totalmente responsáveis pela precisão das referências.

Exemplos:

Ogunseitan OA (1998). Método proteico para investigar a expressão do gene da redutase mercúrica em ambientes aquáticos. *Appl. Environ. Microbiol.* 64: 695-702.

Gueye M, Ndoye I, Dianda M, Danso SKA, Dreyfus B (1997). Fixação ativa de N₂ em várias procedências de *Faidherbia albida* . *Ar. Solo Res. Rehabil.* 11: 63-70.

Charnley AK (1992). Mecanismos de patogênese fúngica em insetos, com referência particular a gafanhotos. In: Lomer CJ, Prior C (eds) *Controles Biológicos de Gafanhotos e Gafanhotos: Anais de um workshop internacional realizado em Cotonou, Benin.* Oxford: CAB International, pp. 181-190.

Mundree SG, Farrant JM (2000). Algumas idéias fisiológicas e moleculares dos mecanismos de tolerância à dessecação na planta de ressurreição *Xerophyta viscasa* Baker. Em Cherry et al. (eds) *Tolerância de plantas a estresses abióticos na Agricultura: Papel da Engenharia Genética*, Kluwer Academic Publishers, Holanda, pp 201-222.

Babalola OO (2002). Interações entre *Striga hermonthica* (Del.) Benth. e bactérias rizosféricas fluorescentes de *Zea mays*, L. e *Sorghum bicolor* L. Moench para germinação suicida por *Striga* em *Vigna unguiculata* . Tese de doutorado, Universidade de Ibadan, Ibadan, Nigéria.

Comunicações breves

As comunicações breves são limitadas a no máximo duas figuras e uma tabela. Eles devem apresentar um estudo completo com escopo mais limitado do que o encontrado em artigos completos. Os itens de preparação do manuscrito listados acima se aplicam a comunicações breves com as seguintes diferenças: (1) os resumos são limitados a 100 palavras; (2) em vez de uma seção separada de Materiais e Métodos, procedimentos experimentais podem ser incorporados nas notas de rodapé da legenda da figura e da tabela; (3) Os resultados e a discussão devem ser combinados em uma única seção.

Provas e reimpressões: as provas eletrônicas serão enviadas (anexo por e-mail) ao autor correspondente como um arquivo PDF. As provas de página são consideradas a versão final do manuscrito. Com exceção de erros tipográficos ou de pequenos escriturários, nenhuma alteração será feita no manuscrito na fase de prova. Como o IJDR será publicado gratuitamente on-line, os autores terão acesso eletrônico gratuito ao texto completo (PDF) do artigo. Os autores podem baixar livremente o arquivo PDF a partir do qual podem imprimir cópias ilimitadas de seus artigos.

Direitos autorais: A submissão de um manuscrito implica: que o trabalho descrito não tenha sido publicado anteriormente (exceto na forma de um resumo ou como parte de uma palestra ou tese publicada); que não está sendo considerado para publicação em outro lugar; que, se e

quando o manuscrito for aceito para publicação, os autores concordam em transferir automaticamente os direitos autorais para o editor.

Provas, reimpressões e cobranças de manuscritos

As provas eletrônicas serão enviadas (anexo por e-mail) ao autor correspondente como um arquivo PDF. As provas de página são consideradas a versão final do manuscrito. Com exceção de erros tipográficos ou de pequenos escriturários, nenhuma alteração será feita no manuscrito na fase de prova. Como o IJDR será publicado on-line, os autores terão acesso eletrônico gratuito ao texto completo (PDF) do artigo. Os autores podem baixar livremente o arquivo PDF a partir do qual podem imprimir cópias ilimitadas de seus artigos. Não há cobrança pelo processamento do trabalho, mas o (s) autor (es) de cada trabalho aceito é obrigado a pagar a taxa de publicação, que é uma taxa muito nominal. As taxas dependem do número de páginas, número de autores, imagens, etc. Antes da publicação do trabalho aceito, íntimos das taxas na carta de aceitação.

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE: Fatores associados

Pesquisador: Henrique Andrade Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68931216.8.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.687.445

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com abordagens quantitativa e qualitativa. Na fase 1 - Abordagem quantitativa, serão convidados a participar do estudo todos os profissionais dos serviços de saúde, da Macromissão do Norte de Minas Gerais, que são referências para o atendimento e tratamento dos pacientes portadores de doenças oncológicas, insuficiência renal crônica e que realizam hemodiálise, a terapia intensiva neonatal e os serviços de urgência e emergência. Na fase 2 - Abordagem qualitativa, os participantes serão convidados intencionalmente, com a técnica de saturação, por cotas, onde serão selecionados profissionais caracterizados com a fadiga por compaixão dos diversos estratos de trabalhadores incluídos nesse estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a prevalência da fadiga por compaixão em profissionais da saúde da região norte de Minas Gerais – Brasil que trabalham com pacientes críticos/crônicos e os fatores associados.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: os pesquisadores classificaram os riscos do estudo como mínimos sendo eles caracterizados como tempo dispendido pelo participante em responder aos questionários. Para minimizar este desconforto, o participante levará para sua residência o questionário a ser respondido para não comprometer a sua jornada de trabalho e o seu trabalho; no

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 1.587.645

Outros	TCIbrasil.pdf	18/08/2016 10:00:57	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/08/2016 09:53:07	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	fundajan.pdf	18/08/2016 09:52:02	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	TCIsantacasa.pdf	18/08/2016 09:50:07	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	TCIjaneuba_netro.pdf	18/08/2016 09:49:08	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/08/2016 09:38:07	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfadiga.pdf	18/08/2016 09:38:39	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	18/08/2016 09:38:08	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	TCIHUCF.pdf	18/08/2016 18:28:37	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	TCIHOG.pdf	18/08/2016 18:27:25	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	folharostofadiga.pdf	18/08/2016 18:24:48	Henrique Andrade Barbosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 19 de Agosto de 2016

Assinado por:
SIMONE DE MELO CO STA
(Coordenador)