



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE –
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA

VALÉRIA FRANCELINA SANTOS

Belém
2012

VALÉRIA FRANCELINA SANTOS

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Dra. Mary Elizabeth de Santana

Belém - Pará
2012

Dados Internacionais da Catalogação-na-Publicação (CIP)

Biblioteca de Pós-Graduação do ICB-UFPA – Belém (PA)

Santos, Valéria Francelina

Doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa / Valéria Francelina Santos; orientadora, Mary Elizabeth de Santana. – 2012.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará; Universidade Federal do Amazonas; Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia, Belém, 2012.

1. Doenças crônicas – Estudo e ensino. 2. Doenças profissionais – Fatores de risco. 3. Enfermeiros – Avaliação de riscos de saúde. I. Título.

CDD – 22. ed. 616.044

VALÉRIA FRANCELINA SANTOS

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará para exame de qualificação, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre.

Aprovada em 18 de Dezembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^aDr^a Mary Elizabeth de Santana

Instituição: Universidade Federal do Pará

Prof^aDr^a Jacira Nunes Carvalho

Instituição: Universidade Federal do Pará

Prof^aDr^a Vera Lucia de Azevedo Lima

Instituição: Universidade Federal do Pará

A Deus todo poderoso, criador dos céus e da terra, dono de todo conhecimento, cuja sabedoria é indiscutível. A Ele toda a honra, toda glória e todo louvor. Sua palavra já afirma que “nenhum dos seus planos podem ser impedidos” (Jó 42:1). Obrigado por ter traçado e permitir vivenciar esse momento de aprendizado. Dedico esta pesquisa, como toda minha vida.

Agradeço

- *A meus pais, companheiros de uma vida toda. Obrigado pelo apoio.*
- *A minha amiga Ana Lucia Brito de Souza por atravessar comigo essa caminhada. Obrigada pelas palavras de ânimo, incentivo e toda ajuda dispensada.*
- *A minha orientadora Doutora Mary Elizabeth de Santana, uma luz no final do túnel. Obrigada por me orientar e participar do meu aprendizado.*
- *As minhas coorientadoras, Doutoradas Jacira e Vera Lima, pela contribuição para que essa pesquisa chegasse até o fim.*
- *Por meus colegas do mestrado. Prazer pela companhia nestes anos.*
- *Pela coordenação do Curso, por ofertar este aprendizado.*
- *Pela secretária do curso, Ana Monteiro, pela sua amabilidade, por estar sempre pronta para nos esclarecer e ajudar.*

- *Por meus colegas de trabalho. Obrigada por toda força em me ver concluindo essa etapa.*
- *Ao meu cunhado Professor Samuel Maciel. Incansável em me fornecer informações para organizar e realizar minha pesquisa.*
- *Ao meu primo Teago Borbulho, pela paciência em me ouvir e as vezes ler a minha pesquisa e fazer comentários.*
- *A minha irmã Viviane dos santos, compreensível em todo momento.*
- *A meus irmãos da Igreja Batista do Utinga de Belém, pelas orações a minha pessoa e por poder compartilhar com todos esse momento da minha vida.*

*Quem tem posto a mão no arado não pode
mais olhar para trás (Lucas 9:62, parte a)*

RESUMO

Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são doenças que acometem os indivíduos por um grande período de tempo e têm origem em idades jovens, mas têm muitas oportunidades de prevenção. A OMS (2005) define como DCNT as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, as neoplasias e o diabetes mellitus, incluindo também neste rol, as doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, famílias e da sociedade. Este estudo objetivou fazer uma análise da produção nacional e internacional referente às DCNT encontradas em profissionais de enfermagem, buscando fazer uma associação com o meio de trabalho desses profissionais. A análise foi realizada segundo os pressupostos de Ganong (1987), numa amostra de 11 estudos, com 90.9% encontrados na língua portuguesa, com exceção de um artigo (9.1%) na língua inglesa, cujos autores, com um percentual de 63.7% composto por Enfermeiros, sendo que 81.8% do total dos autores, atuavam na área de ensino, mas com 90.9% tendo o hospital como campo de pesquisa. 36.4% dos estudos foram encontrados na região sudeste. Em relação aos designs, encontramos estudos não experimentais, descritivos, transversais (90.9%) e um de revisão bibliográfica. O resultado da análise mostrou que são vários fatores de risco demonstrado na literatura que contribuem para o desenvolvimento de doenças crônicas nos profissionais de enfermagem relacionados com seus hábitos comportamentais e também pelos fatores internos ao trabalho, como a excessiva carga de trabalho, jornadas de trabalho, plantão noturno, baixa valorização do trabalho, elevado nível de tensão, transporte de pacientes, entre outros, afetando a qualidade de vida destes profissionais e assistência prestada a sua clientela. As pesquisas também revelaram que a equipe de enfermagem tem apresentado associado ao trabalho, elevada ocorrência de afecções osteomusculares, hipertensão, diabetes, obesidade e a depressão, sendo a mais prevalente, a hipertensão. Há necessidade de intervenções em cima dos fatores de riscos para as DCNT, envolvendo tanto o profissional e a instituição para o enfrentamento dessas afecções, considerando também, a importância de ações de promoção da saúde no próprio ambiente laboral e que devem se estender ao longo de todo período de vida desses trabalhadores.

Palavras Chaves: Doenças crônicas. Enfermagem. Condições de trabalho. Revisão integrativa.

ABSTRAT

Non-communicable Chronic Diseases (NCDs) are diseases that affect individuals for a long period of time and come from young ages, but have many opportunities for prevention. WHO (2005) defines as NCD cardiovascular diseases, chronic respiratory diseases, cancer and diabetes mellitus, also including in this list, the diseases that contribute to the suffering of individuals, families and society. This study aimed to analyze the national and international production related NCDs found in professional nursing, trying to make an association with the working environment of these professionals. The analysis was performed according to the assumption Ganong (1987), a sample of 11 studies, with 90.9% found in the Portuguese language, with the exception of one article (9.1%) in the English language, whose authors, with a percentage of 63.7% compound for Nurses, with 81.8% of the total authors worked in education, but with 90.9% having the hospital as a research field. 36.4% of the studies were found in the southeast region. Regarding designs, we found no experimental studies, descriptive, transversal (90.9%) and a literature review. The result of the analysis showed that several risk factors are shown in the literature that contribute to the development of chronic diseases in nursing professionals related to their behavioral habits and also by internal factors at work, such as excessive workload, shift work, night shift, low valuation of work, high stress level, patient transportation, among others, affecting the quality of life of these professionals and assistance to its clientele. The research also revealed that the nursing staff has presented work-related, high occurrence of musculoskeletal disorders, hypertension, diabetes, obesity and depression being the most prevalent hypertension. There is need for interventions upon the risk factors for NCDs, involving both the professional and the institution to face these conditions, also considering the importance of health promotion actions in their own work environment and that should extend throughout period of the workers.

Key Words: Chronic diseases. Nursing. Working conditions. Integrative review.

LISTA DE TABELAS E QUADRO

- 1) Distribuição dos estudos identificados nos artigos, dissertações e monografias, levantados nos bancos de dados sobre o tema estudado no período de 2003 a 2012.
- 2) Distribuição dos estudos identificados nos artigos, dissertações e monografias, segundo o ano de publicação no período de 2003 a 2012.
- 3) Distribuição dos estudos segundo o idioma de publicação encontrados no período de 2003 a 2012.
- 4) Distribuição dos estudos segundo o título do periódico de publicação dos artigos, tese e dissertação encontrados no período de 2003 a 2012.
- 5) Distribuição da amostra segundo a titulação do primeiro autor dos estudos encontrados no período de 2003 a 2012.
- 6) Distribuição dos estudos encontrados nos artigos, dissertações e monografias, segundo o local de atuação do primeiro autor no período de 2003 a 2012.
- 7) Distribuição dos estudos segundo titulação e local de atuação do primeiro autor encontrados nos artigos, tese e dissertação no período de 2003 a 2012.
- 8) Distribuição dos estudos da amostra segundo o tipo de estudo metodológico encontrados no período de 2003 a 2012.
- 9) Quadro 1: Distribuição dos estudos segundo autores, títulos, temática, objetivo e espaço territorial em que foram escritos os estudos publicados no período de 2003 a 2012.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	143
1.1 A EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	19
1.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	21
1.3 FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	26
2 OBJETIVO	36
3 METODOLOGIA	37
3.1 TIPO DE ESTUDO E REFERENCIAL TEÓRICO	37
3.2 FONTES DE INFORMAÇÕES.....	39
3.3 AMOSTRA	40
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	40
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	40
3.6 CRITÉRIOS PARA ESCOLHA DA POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	41
3.7 FONTES BIBLIOGRÁFICAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS UTILIZADAS	41
3.8 O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	42
3.9 ANÁLISE DOS DADOS	43
4 RESULTADOS E ANÁLISE	45
5 DISCUSSÃO	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	721
REFERÊNCIAS	765
ANEXO – A	854

APRESENTAÇÃO

Durante o desenvolvimento de minhas atividades profissionais na unidade de urgência e emergência, despertou-me interesse o estudo acerca das doenças que mais atingem o profissional de enfermagem, de origem não infecciosa, e que poderiam ter uma associação com o seu ambiente de trabalho.

Como Enfermeira assistente, trabalhando ao longo dos anos em unidades de urgência, por diversas vezes deparei-me com situações tão comuns inerentes a estes tipos de locais, tais como a superlotação de pacientes, que gera sobrecarga de trabalho aos profissionais, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto da gravidade do quadro clínico dos pacientes (já que a presença de pacientes graves em unidades como estas é sempre frequente). Com isso, percebe-se que o nível de tensão emocional e física, ocasionada pela alta demanda e complexidade dos cuidados, promove ou agrava distúrbios orgânicos no trabalhador de enfermagem, que nem sempre identifica como um agravante (preditor) para a sua saúde.

No dia a dia, junto aos colegas de trabalho percebia que era cobrada grande produtividade, mesmo que diante de condições de trabalho consideradas adversas em relação aos recursos físicos e materiais, evidenciada pela identificação de um número reduzido de profissionais e materiais. Em vista disso, estes profissionais procuravam dar conta de suas atividades que lhe eram impostas, mesmo que estas fossem realizadas de forma precária e que deixassem a desejar. Percebia que tentavam disfarçar o cansaço, entretanto, acabavam por serem confrontados com suas limitações (físicas, psíquicas e emocionais). Neste sentido, muitos se afastavam do trabalho, gerando o absenteísmo ou por doenças osteomusculares, psíquicas ou outras doenças menos aparentes, mas que fazem parte do cotidiano de situações encontradas em uma unidade de urgência.

1 INTRODUÇÃO

Os estudos realizados na área de saúde do trabalhador de enfermagem têm nos permitido uma visão dos diferentes fatores de riscos que comprometem a saúde destes trabalhadores, ou por natureza física, biológica, mecânica ou ergonômica, além destes fatores, somados a uma baixa remuneração, viabilizando a muitos profissionais desta área a manutenção de duplas ou múltiplas jornadas de trabalho (HADDAD, 2000; MARZIALE, 2001).

Haddad (2000) ressalta, ainda, que o desgaste físico e emocional contribuem para uma baixa qualidade de vida, elevações de risco de iatrogenias (doenças provocadas pela equipe de saúde) e acidentes de trabalho. Outras características de doenças vinculadas ao trabalho, menos visíveis, mas que estariam relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, são as chamadas doenças crônico-degenerativas, cuja inter-relação é bem menos aparente (REINERS et al, 2004).

As doenças crônicas são compreendidas como afecções de saúde e acompanham os indivíduos por um grande período de tempo, tendo origem em idades jovens. Sua emergência é muito influenciada pelas condições de vida, não sendo resultado unicamente de escolhas individuais. Têm muitas oportunidades de prevenção, devido sua longa duração e requerem um tempo longo e uma abordagem sistemática para o tratamento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, as neoplasias e o diabete mellitus, mas também inclui nessa composição aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas (OMS, 2005).

Encontra-se um percentual significativo de profissionais da equipe de saúde que se ausentam de suas atividades laborais, outros sendo readaptados em outras instituições, alguns com solicitação de aposentadoria precoce e até pedidos de exoneração do trabalho, dados observados no Relatório dos Recursos Humanos do Pronto Socorro do Guamá de Belém-Pará (2010), em virtude de uma série de fatores, tendo um grande destaque para aqueles que contribuem para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, tais como: hipertensão, doenças osteomusculares, depressão dentre outras.

Atuando em unidades de urgência e emergência há mais de dez anos, vivencio as constantes denúncias de condições inadequadas de trabalho, como a falta de material, medicamentos e funcionários. Aparelhos danificados e/ou sucateados, superlotação de pacientes, gerando macas pelos corredores e filas de espera para o Centro de Terapia Intensiva (CTI). Cujos cenários sombrios de trabalho são propiciadores de constante estresse e patologia profissional de ordem acidental, infecciosa e não infecciosa. O paciente, a razão de ser do serviço de saúde, acaba tendo uma atenção prejudicada diante de tal quadro.

O profissional de saúde inserido neste quadro acima, onde exercem suas atividades laborais, muitas vezes com jornadas duplas ou mais, sedentários em grande parte, com doenças pré-existentes, alguns com vícios, fazendo refeições inadequadas, correndo de um lado para o outro, submetidos a stress cotidiano, com risco de agressões provenientes dos usuários, como também o constrangimento exercido pela mídia que aproveita da situação caótica da saúde colocando este profissional como figurante principal, não resolutor de tal situação ou/até culpado por estar dentro do sistema. Diante deste cenário indaga-se, como está a saúde deste trabalhador?

Da mesma forma que a população geral, os trabalhadores de enfermagem estão sujeitos a uma série de influências advindas do meio em que vivem e trabalham. Não sendo difícil supor que tais influências negativas sobre o estilo de vida e, conseqüentemente sobre o

próprio padrão de autocuidado, estariam contribuindo, dessa forma, para o desencadeamento de fatores de riscos para uma série de doenças, especialmente doenças crônicas não transmissíveis (VILARINO; LISBOA, 2010).

Em 2004, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) apresentou um estudo segundo o qual, em todo mundo, 160 milhões de indivíduos, sofrem de males associados ao trabalho e cerca de 2,2 milhões de pessoas morrem por ano em consequência de doenças laborais e acidentes provocados pelas más condições de trabalho. Entre as enfermidades estão os transtornos mentais (como depressão, ansiedade e síndrome do pânico), distúrbios osteomusculares, cardiopatias, dores crônicas e problemas circulares. Sendo que as categorias mais afetadas são os bancários, professores, profissionais de telemarketing, do comércio, motoristas de ônibus, controladores de voos e a classe dos trabalhadores da saúde.

As descobertas em cima de estudos sobre “este complexo ambiente de trabalho e seus trabalhadores” datam da década de 80, do século XX, embora este assunto seja milenar, diante do conhecimento de que o trabalho adoce e que tem reconhecimento desde que a relação causa e efeito dos agentes químicos, físicos e biológicos, menos aceito é que o trabalho em si ou o processo de trabalho sejam o fator causal das doenças. (PITTA, 1994: p.92-97).

Reportando as doenças profissionais, segundo Leite et al. (2007) existe uma lista de doenças que atingem os profissionais, constituída por uma relação de agentes patogênicos ou de risco a que estão expostos os trabalhadores em determinadas atividades o que torna mais fácil a comprovação do nexos casual. Entretanto, existem alguns, em que estes não estão bem definidos, porém acometem vários trabalhadores como a hipertensão arterial, as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), tornando a situação mais complexa.

Alves e Godoy (2002) enfatizam que a saúde do trabalhador vem sendo estudada há alguns anos, entretanto, não se visualiza que as soluções para os problemas apresentados estejam minimizando os problemas que advêm do trabalho.

O sistema de saúde produz serviços de assistência à saúde, mas por outro lado, embora haja um contrassenso, pouca importância tem sido dada à proteção, promoção e manutenção da saúde dos seus trabalhadores (MACÊDO, 2006).

É estimado um crescimento epidêmico das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na maioria dos países em desenvolvimento, pois elas associadas têm ocasionado índices elevados de mortes prematuras, perda da qualidade de vida, limitações nas atividades de lazer e profissionais, como também corresponde a cerca de 70% dos gastos assistenciais com a saúde no Brasil (BRASIL, 2008).

A Carta de Ottawa (1996) destaca que a saúde é construída e vivida pelas pessoas no seu cotidiano, uma vez que aprendem, trabalham, divertem-se e amam. Bem como, a saúde é também construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo, com os outros e com o meio ambiente, pela habilidade de decidir e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade dê condições que possibilitem a obtenção da saúde para todos os seus membros.

Avançando neste pensamento, instiga-se sobre a necessidade de conhecer como o processo de trabalho do profissional de enfermagem está colaborando como fator determinante no processo saúde/doença deste trabalhador, que tem em sua essência o cuidar do outro e precisa estar em equilíbrio para desenvolver suas atividades, visto que passará por desgastes ao prestar cuidados. Por isso, é importante que essa equipe saiba reconhecer suas limitações e suas necessidades, buscando manter uma qualidade de vida por meio do cuidar de si (RADÜNZ, 1999).

A situação de saúde que o profissional de enfermagem está apresentando irá refletir diretamente na qualidade do trabalho de toda equipe, haja vista que o estado de doença eleva os números de afastamento do trabalho. Na enfermagem, o absenteísmo é preocupante, pois desorganiza o serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre trabalhadores presentes e, conseqüentemente, diminui a qualidade do serviço prestado ao usuário (SILVA; MARZIALE, 2000).

Este estudo, por meio de revisão Integrativa pretende identificar quais as evidências científicas encontradas na literatura nacional e internacional, sobre doenças crônicas não transmissíveis que mais acometem os profissionais de enfermagem, e a associação destas doenças com o ambiente de trabalho destes profissionais nos últimos nove (9) anos, de 2003-2012.

1.1 A EQUIPE DE ENFERMAGEM

O trabalho tem um papel fundamental na inserção dos indivíduos na sociedade, sendo elemento essencial para a saúde (CAVALCANTE; MENEZES; MEDEIROS, 2008). Contudo, este mesmo trabalho, quando realizado em ambientes inadequados causa doenças, encurta a vida ou mata os trabalhadores (JÚNIOR; ESTHER, 2001).

Pires (2008) contribui quando fala do trabalho em saúde, afirmando que este é de suma importância e fundamental para a vida humana. Entende-se o trabalho como uma ação transformadora e na área da saúde, especifica-se pela identidade de natureza entre os sujeitos que recebem a assistência e os cuidadores, além da indissociabilidade entre o processo de produção e o processo de trabalho.

A equipe de enfermagem é responsável pela assistência à saúde de doentes com enfermidades variadas, cujo foco principal de sua atividade é o cuidado com o ser humano e sua família, lidando no seu dia a dia com a dor, a doença, como também com a morte (BITTES, 2003).

A enfermagem representa a maior força de trabalho de uma instituição hospitalar, compondo como parte dessa equipe, os enfermeiros, que são aqueles profissionais que detêm a formação de nível superior; os técnicos de enfermagem, que possuem formação técnica após completarem o ensino médio, e os auxiliares de enfermagem que são aqueles que fazem o curso específico ao concluírem o ensino fundamental (COFEN, 2007).

Cintra et al. (2009), ainda falando do trabalho em um hospital, este é considerado um ambiente em que o enfermeiro fica exposto a riscos biológicos e químicos, sofre forte carga emocional e física, atua em horários atípicos, com longas jornadas de trabalho, insuficiência de funcionários, carência de materiais e equipamentos, baixos salários, sem autonomia e motivação.

Assim como o Enfermeiro passa por todos esses fatores internos relacionados ao trabalho, os membros que fazem parte da sua equipe são submetidos a todas essas situações acima descritas.

O trabalho da equipe de enfermagem numa organização hospitalar estabelece um confronto com a dor, o sofrimento e a morte do outro. Apesar de lidar com um objeto de trabalho sensível, singular, subjetivo, que é o ser humano, o que se observa nessas organizações é que são exigentes, competitivas, burocratizadas e, no entanto, deveriam prestar serviços de forma diferenciada e mais humanizada (NEUMANN, 2007).

Porém, em qualquer lugar que esta equipe atue, seja nas Unidades Básicas de Saúde, nos Prontos Atendimentos ou nos Hospitais, o profissional de enfermagem desempenha um papel fundamental e importante na evolução, e prognóstico dos problemas de saúde.

Há importância de se realizarem estudos que enfoquem os cuidadores (pessoas que prestam cuidados a outros), como a enfermagem. Observamos que na literatura determinados autores como Campos (2005) reforçam a necessidade de apoio e suporte aos profissionais de saúde, concluindo que há uma extensa literatura sobre “grupos de suporte” que são criados para apoiar pessoas em situações de adoecimento, entretanto, em relação aos cuidadores, ainda existem poucas pesquisas nesta área.

Costenaro e Lacerda (2002, p. 31) têm realizado estudos sobre a temática “o cuidado com os cuidadores” e relatam que “não podemos esquecer a equipe de enfermagem [...] é necessário e urgente que algo seja feito em favor dos cuidadores”.

Teixeira (2007), diz que o trabalho que o enfermeiro exerce é complexo e desgastante, entretanto pouco se tem investido em pesquisas que especifiquem os seus papéis tanto como usuários, como prestadores de serviços e análise de seus agravos.

Já Radünz (1998) elaborou um estudo incentivando as enfermeiras a estabelecer uma relação mais amorosa consigo mesmas e a refletir sobre sua situação no sentido de se cuidarem durante o desempenho do seu trabalho.

Dentre tantas doenças que possam estar afetando os profissionais de enfermagem associados ao seu trabalho e que estão incidindo na sua qualidade de vida, com repercussão na assistência prestada ao paciente que é o foco do seu serviço, estão às doenças ocupacionais por acidentes de trabalho, mas também, aquelas menos aparentes que podem tornar-se crônicas.

De acordo com relatório observado pela OMS em 2011, as doenças crônicas representam um grave problema de saúde global, consideradas principais causas de morte, sendo que 63% de todas as mortes no mundo são devidas a essas enfermidades é o que demonstra nos registros deste último relatório.

O mais importante é que essas doenças crônicas são provocadas, na grande maioria das vezes por fatores que poderiam ser evitados como tabagismo, consumo abusivo de álcool, stress, vida sedentária e alimentação não saudável. Estes dois últimos fatores trazem consigo outra preocupação, o sobrepeso e obesidade (OMS, 2011).

1.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Desde a década de 60, as mudanças ocorridas no Brasil e no Mundo devido aos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, resultaram em alterações nos padrões de ocorrências das patologias nas populações; assim, o predomínio das doenças transmissíveis foram gradativamente substituídas, ou melhor, cedeu lugar para as doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2008).

Lebrão (2007) relata que a idéia de Brasil como um país jovem sempre esteve presente na nossa mente e desenhou nosso horizonte por décadas. No entanto, de repente, percebemo-nos grisalhos. A pergunta é: Como isso aconteceu?

No ano de 2005 o Relatório da Comissão dos Determinantes Sociais retrata bem essa situação e tendências da evolução demográfica, particularmente nas quatro últimas décadas. Os processos de industrialização e urbanização acelerada foram responsáveis por importantes modificações nos padrões de fecundidade da população. A taxa de fecundidade que se mantinha equilibrada desde 1940, passou a cair rapidamente a partir de 1960, bem mais acelerada do que observado nos países desenvolvidos. O declínio da taxa de fecundidade gerou uma importante mudança na estrutura etária, como o envelhecimento da população e aumento da expectativa de vida, apontando para um crescimento expressivo do número de idosos no país configurando outro perfil populacional, com conseqüentes necessidades de novo delineamento de prioridades, é o que configura aquilo que chamamos de transição demográfica.

É importante salientar que o envelhecimento de uma população não pode ser vista como um fato isolado ou de pouca significância. Ele tem vários reflexos a serem percebidos, entre outras, na saúde.

Paralelo ao exposto, as rápidas mudanças e profundas transformações sociais, econômicas, como também políticas pelas quais o Brasil vem passando desde o último século ocasionou também modificações relevantes na sociedade e no perfil morbi-mortalidade de nossa população. Outrora doenças infecciosas e parasitárias eram constituídas como as principais causas de morbi-mortalidade, passando a cederem lugar às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), é o que chamamos de transição epidemiológica (BRASIL, 2006).

Sendo assim, a transição epidemiológica caracteriza-se pela mudança do perfil de morbidade e da mortalidade de uma população com diminuição progressiva das mortes por doenças infecto-contagiosas e crescimento de mortes por doenças crônicas (BRASIL, 2008).

A transição nutricional como na lógica da transição demográfica e epidemiológica passa a existir como um fenômeno, no qual ocorre uma inversão dos padrões de distribuição dos problemas nutricionais de uma dada população no tempo, ou seja, uma mudança na magnitude e no risco atribuível de agravos associados ao padrão de determinação de doenças correlacionadas ao atraso e a modernidade, sendo em geral, uma passagem da desnutrição para obesidade. A obesidade passou a ser apontada como agravo nutricional associado a uma alta incidência de doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, as chamadas DCNT, influenciando desta maneira, no perfil de morbi-mortalidade das populações (KAC; MELÉNDEZ, 2003).

Dentre a realidade do processo de transição nutricional, fato considerado marcante na esfera mundial, desencadeado com a chegada da urbanização e a globalização, ocasionando mudanças substanciais na alimentação, com a crescente oferta de alimentos industrializados (muito rico em gorduras, açúcares e sódio), facilidade de acesso a alimentos caloricamente densos e baratos e redução generalizada de atividade física.

Estatisticamente no ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram de doenças crônicas no mundo, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas (BRASIL, 2008).

Como referido na introdução deste estudo, as doenças crônicas são conceituadas como afecções de saúde e acompanham os indivíduos por um grande período de tempo e têm origem em idades jovens (OMS, 2005).

Por serem doenças, geralmente, de longa duração, as DCNT são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Os gastos decorrentes dessa demanda

são denominados Custos Diretos, contabilizados mediante a realização de estimativas das internações e atendimentos ambulatoriais (BRASIL, 2002).

Como já foi abordado, a OMS engloba como doenças crônicas as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, as neoplasias e o diabetes Mellitus, incluindo além destas, aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas (OMS, 2005).

A etiologia múltipla das DCNT não permite que elas possuam causas claramente definidas. No entanto, as investigações biomédicas tornaram possível identificar diversos fatores de risco (BRASIL, 2008).

Em se tratando dos fatores de riscos para manifestação das DCNT, eles podem ser classificados como modificáveis ou não modificáveis. Dos fatores modificáveis, estão hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grande quantidade, o próprio diabetes Mellitus, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado. Dos fatores não modificáveis, encontramos a idade, onde há evidência desta relação com o envelhecimento e o risco de desenvolver DCNTS. Outros fatores não modificáveis são a hereditariedade, o sexo e a raça (BRASIL, 2006).

Quanto aos fatores de risco comportamentais ou modificáveis, estes são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais.

O controle dos indicadores de prevalência, incidência e mortalidade para doenças crônicas degenerativas só pode ser atingido mediante esforços concentrados na prevenção dos fatores de riscos associados a esses agravos. A experiência de outros países mostra que o sucesso das intervenções de saúde pública, no que se refere à redução dos fatores de risco e da prevalência das DCNT, é maior quando as medidas são realizadas de maneira integrada e abrangente as ações de promoção da saúde e de prevenção de DCNT e seus fatores de risco.

Portanto, trabalha-se, com a produção de informações e análises da situação de saúde, com o planejamento de ações vinculadas a determinado cenário e específica população, com a implementação de estratégias setoriais e inter setoriais e com sua avaliação, operando um cuidado integral das DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2008).

Homens e mulheres que vivem em países pobres têm cerca de três vezes mais risco de morrer antes dos 60 anos em razão de uma doença crônica não transmissível do que pessoas que vivem em países de alta renda.

De acordo com o estudo, os altos níveis de pressão arterial, de colesterol, de massa corporal e de açúcar no sangue são os fatores que apontam a possibilidade de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (OMS, 2011).

Para que seja possível monitorizar os comportamentos de risco que levam dada população a desenvolver DCNT, é preciso que se tenha o conhecimento do perfil de exposição populacional aos seus fatores de riscos, ou seja, de seu estilo de vida (CASADO; VIANNA; THULER, 2008).

A Fundação Nacional de Qualidade (2009) destaca que é necessário identificar os fatores que estariam afetando o bem estar dos trabalhadores, como a satisfação e a motivação dessas pessoas, seu tratamento, e como mensurar esses resultados para alcançar uma melhoria contínua.

Beck et al. (2005) destacam que a enfermagem no envolvimento com seu trabalho se propõem a fazer um enfrentamento diário com a doença e com a morte, apesar das dificuldades existentes na profissão. Almeja ter prazer no trabalho, estabelecer uma relação essencial e indissociável entre sua vida privada e seu trabalho e ter esperanças, desesperanças, expectativas como todos os seres humanos. Portanto, há a necessidade de qualidade de vida dessa força de trabalho.

1.3 FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Malta et al. (2006) abordam que as DCNT são manifestas como consequência da urbanização, das melhorias dos cuidados com a saúde, da mudança nos estilos de vida e da globalização que ocasionou mudanças do perfil epidemiológico das doenças no país.

De etiologia multifatorial, as DCNT compartilham fatores de riscos modificáveis como tabagismo, inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o consumo de álcool. Sendo que a maioria dessas doenças constitui um resultado inevitável de uma sociedade moderna Trata-se de um mal que pode ser prevenido, geralmente a custos menores do que os de intervenções curativo-assistenciais (WHO, 2005).

O sedentarismo nos últimos anos tem se revelado como o mais prevalente fator de risco para o desenvolvimento das DCNT. Muito embora não houvesse registro sobre esta verdade, mas parece óbvio que com o avanço tecnológico, o ser humano passou a gastar bem menos energia nas atividades diárias do que gastavam os nossos antepassados.

Matsudo et al. (2002) registram que “mais de 2 milhões de mortes por ano podem ser atribuídas a inatividade física, em função da sua repercussão no incremento de doenças crônica não transmissíveis”. Já a OMS (2010) estima que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a inatividade física. As pessoas que são insuficientemente ativas têm entre 20% a 30% de aumento de risco de todas as causas de mortalidade. Assim sendo, percebe-se que apesar de estarmos vivendo um momento de acréscimo na expectativa de vida, encontra-se nos bastidores um aumento das DCNT e outras doenças vindas das condutas nocivas à saúde.

E, o que é um indivíduo sedentário? Nahas (2003) em seu estudo considera um indivíduo sedentário aquele que tenha um estilo de vida com um mínimo de atividade física, equivalente a um gasto energético inferior a 500 kcal por semana. Somente nestas últimas

décadas que estudos epidemiológicos vêm confirmando a associação benéfica entre um estilo de vida ativo e um melhor padrão de saúde, tanto para o ser individual como para o social isso porque a prática da atividade física pode representar investimentos do Estado em outros setores deficitários. A atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão.

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a principal causa de morte evitável em todo mundo, e o tabagismo passivo é considerado a terceira causa de morte evitável (OMS, 2010).

Malcon (2003) ainda destaca que o tabaco é uma droga lícita largamente utilizada em todo o mundo. Atualmente, nos países desenvolvidos, é a principal causa de enfermidades evitáveis e de mortes prematuras. Considera-se que a nicotina, substância própria do cigarro, causa adição e tabaco-dependência favorecendo o índice de outras drogas (craque, maconha, êxtase e outras), pois, 50% das pessoas que fazem o uso de drogas ilícitas iniciaram com o cigarro.

A estimativa de fumantes em nosso país é de aproximadamente 24%, sendo maior nos indivíduos de nível socioeconômico mais baixo, onde essas taxas elevam. Paralelamente ao aumento no consumo de cigarros observado nos últimos anos, detecta-se também uma elevação da mortalidade por doenças crônico-degenerativas (câncer, hipertensão e diabetes) (FARINATTI, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (2002) alerta que aproximadamente quatro milhões de óbitos no mundo são decorrentes do uso do tabaco, o qual vem causando inúmeras condições crônicas e várias doenças têm sido associadas ao seu uso como a doença cerebrovascular (25%), doença coronariana (25%), doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC (85%), e câncer (30%).

Já em 2010, os dados da OMS apontam que cerca de seis milhões de pessoas morrem a cada ano pelo uso do tabaco, tanto por utilização direta, quanto por fumo passivo. Estes números tendem a aumentar até 2020, para 7,5 milhões, contando 10% de todas as mortes e ainda alerta que fumar causa, aproximadamente, 70% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e cerca de 10% das doenças do aparelho circulatório (MATHERS; LONCAR, 2006; WHO, 2009).

No enfrentamento das DCNT, o Brasil também avança com o sucesso da política antitabaco, um ponto de grande relevância que reflete no declínio da prevalência das DCNT. Destacam-se as ações regulatórias, como a proibição da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, a adesão à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco em 2006, entre outras. Em 2011, foram realizadas consultas públicas pela ANVISA para ampliação das advertências nos maços, maior controle da propaganda nos pontos de venda e proibição de aditivos de sabor no cigarro (BRASIL, 2011).

Já em relação ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas Fanchi et al. (2000) abordam que o consumo moderado de bebidas alcoólicas é fator de proteção para mortalidade por todas as causas, principalmente por seu efeito redutor sobre as doenças cardiovasculares, porém em contrapartida, o consumo abusivo traz inúmeras consequências negativas para a saúde e qualidade de vida, aumentando a incidência de morbidades que causam morte ou limitações funcionais, como cirrose, alguns tipos de câncer, acidente vascular cerebral, violências, transtornos mentais, entre outros (NANCHAHAL; ASHTON; WOOD, 2000; OMS, 2003).

O consumo excessivo do álcool é responsável pela morte de 2,5 milhões de pessoas por ano e está na origem de muitas doenças e traumatismos não fatais em todo o mundo. Essa é uma das principais informações contidas no mais recente relatório sobre a situação global do consumo do álcool e a saúde, publicado pela Organização Mundial da Saúde. Diante desse

quadro, a OMS insiste que é preciso tomar medidas urgentes para reduzir o consumo excessivo e nocivo de bebidas alcoólicas (OMS, 2011).

O relatório anual reúne dados sobre o uso do álcool em vários países e suas consequências para a saúde, o que permite deduzir que o excesso do consumo é a causa direta de cerca de 4% de todas as mortes e principal fonte de 60 tipos de doenças e traumatismos, sendo uma causa secundária para outras 200. O documento revela ainda que o álcool é um dos principais fatores de riscos de morte para homens entre 15 e 59 anos e além de estar na origem de casos de violência e doenças cardiovasculares.

A OMS(2011) aponta que foram consumidos 6,13 litros de álcool puro por pessoa no mundo inteiro em 2005. O Brasil ficou acima da média mundial, no mesmo ano, o consumo foi de 6,2 litros de álcool puro por pessoa.

No Brasil, uma das medidas adotadas para reduzir o consumo de álcool, foi a aprovação da Lei 11.705, popularmente conhecida como “lei seca”, em 2008, que visa impor penalidades mais severas para o condutor que dirigir sobre a influência do álcool. Esta lei previa tolerância de até 0,2 decigramas de álcool no sangue do condutor, acima deste valor caberá a aplicação dos rigores da lei. Ainda assim, segundo o site boa SAÚDE, 75% de todos os acidentes de trânsito com mortes no Brasil tiveram o álcool como responsável (OMS, 2011).

Avançando em medidas para reduzir o consumo de álcool e as consequências pelo abuso desta substância, o Brasil aprova em 2012 a lei 12.760 de 20/12/12, possibilitando que vídeos, relatos, testemunhas e outras provas sejam considerados válidos contra os motoristas embriagados, além de comprovação de concentração igual ou acima de 6 dg/L de álcool no sangue ou de 0,3 mg/L no ar alveolar (medido por bafômetro) . Esta lei também aumenta a punição administrativa, de R\$ 957,70 para R\$ 1.915,40. Esse valor é dobrado caso o motorista seja reincidente em um ano (CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO, 2012).

Outro fator a ser destacado é alimentação inadequada da população brasileira que ao longo dos anos sofreu mudança no hábito alimentar, ocorrida nas últimas décadas, com a substituição de alimentos in natura por alimentos processados, contribuindo de forma contundente para o empobrecimento da dieta, o que atraiu a atenção dos órgãos reguladores e da comunidade científica como um todo, conseqüentemente, tal fato contribuiu também para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis, principalmente, pelas doenças do aparelho circulatório, diabetes e neoplasias, resultado das modificações no padrão de adoecimento global na segunda metade do século XX. Sandhi et al. (2005) ainda registram que as doenças crônicas não transmissíveis apresentam etiologia multifatorial e estão associadas a fatores de riscos ambientais e comportamentais, como a alimentação inadequada, a obesidade, as dislipidemias, o tabagismo e a inatividade física.

A Organização Mundial de Saúde (2002) recomenda o consumo mínimo diário de 400 gramas ou cinco porções de 80 gramas de cereais, feijões, raízes e tubérculos. As pesquisas realizadas nos Estados Unidos, Irlanda e no Reino Unido, demonstraram que somente 23% dos adultos consumiam a quantidade adequada nos Estados Unidos. Já na Irlanda, o consumo médio de frutas, verduras e legumes são de 400g/dia. No Reino Unido, apenas 40% atinge a meta preconizada pela OMS, e no Brasil não existem dados sobre essa relação.

O Fundo Mundial para a pesquisa do Câncer (FLV) mostram que frutas, verduras e legumes desempenham papel protetor, sendo que uma dieta com uma grande quantidade e variedade de frutas, legumes e verduras pode prevenir 20% ou mais dos casos de câncer. O Relatório Mundial sobre Saúde da OMS, de 2002, estima que o baixo consumo desses alimentos esteja associado a 31% das doenças isquêmicas do coração e 11% dos casos de acidente vascular cerebral no mundo, também mostram que as alterações na dieta têm efeitos positivos e negativos na saúde quando o consumo é elevado de FLV (CAMPOS; NETO, 2009).

Já a obesidade tem registro de evidências epidemiológicas, as quais indicam que 1,4 bilhões de pessoas no mundo estão com excesso de peso e no Brasil 40% da população está com quilos a mais do que deveria (PITANGA, 2004).

Tal realidade expõe a população ao surgimento de várias doenças sendo a obesidade referida como fator de risco a: hipertensão arterial, distúrbios orgânicos, doenças cardiovasculares, complicações osteo-articulares e renais, diabetes, cálculos biliares, obesidade central e dislipidemia, compondo assim, a síndrome metabólica (ALMEIDA; SANTOS, 2007; LEITE, 2000).

A prevalência de sobrepeso e obesidade vem aumentando, tanto nos países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento, independente da idade, do gênero, da etnia e da classe social, sendo considerada uma epidemia mundial e um problema de saúde pública que provoca sérias consequências sociais, físicas e psicológicas representando o problema nutricional de maior ascensão entre a população (SCUSSOLIN; NAVARRO, 2007; COSTA; LIBERALI, 2008).

Varela et al. (2007) ressaltam que as mudanças no estilo de vida, mesmo em curto prazo, poderá proporcionar alterações na composição corporal como redução de percentual de gordura. Então o que é a obesidade? Considerada como um acúmulo de tecido gorduroso, pelo corpo todo, ocasionada por doenças genéticas ou endócrino-metabólicas ou por balanço energético positivo (SCUSSOLIN; NAVARRO, 2007).

Em seus estudos Mendonça e Anjos (2004) apontam dois aspectos que são os mais apresentados quando relacionados ao balanço energético positivo: mudanças no consumo alimentar, com o aumento do fornecimento de energia pela dieta e a redução do nível de atividade física. E também ao enfocarem a obesidade em relação a alterações na dieta, cabe destacar que o aumento da ingestão energética pode ser decorrente tanto da elevação

quantitativa do consumo de alimentos como de mudanças na dieta que se caracterizem pela ingestão de alimentos com maior densidade energética, ou pela combinação dos dois.

As evidências indicam a participação de fatores genéticos no desenvolvimento da obesidade. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que apenas uma pequena parte de obesos seja influenciada por estes fatores (COSTA; LIBERALI, 2008), sendo que desordens endócrinas como hipotireoidismo e problemas no hipotálamo também podem resultar em um quadro de obesidade (FRANCISCHI, 2000).

Costa e Liberali (2008) abordam que fatores psicológicos como o estresse, a ansiedade e a depressão são reconhecidos como problemas que podem alterar o comportamento alimentar, também estão associados ao ganho excessivo de peso. O indivíduo é considerado obeso quando a quantidade de gordura relativa à massa corporal é igual ou maior que 30% em mulheres e 25% em homens, e a obesidade grave é caracterizada por uma quantidade de gordura corporal que exceda 40% em mulheres e 35% em homens (SCUSSOLIN; NAVARRO, 2007).

O tratamento da obesidade deve incluir alterações gerais na postura familiar, em relação a hábitos alimentares, estilo de vida, atividade física e correção alimentar de longa duração (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

No enfrentamento das doenças crônicas, o Brasil se destaca, entre outras, no incentivo ao aleitamento materno, na regulamentação da rotulagem dos alimentos, como também foram realizados acordos com a indústria para redução do teor de gorduras trans e acordos voluntários de metas de redução de sal em 10% ao ano de pães e macarrão, bem como para os demais grupos de alimentos, cuja redução seria alcançada até o final do ano passado de 2011 (BRASIL, 2011).

Outro fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis é o Diabetes Mellitus (DM), considerado um dos grandes problemas de saúde pública; sua incidência e prevalência

estão aumentando em proporções epidêmicas e segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2006) esta patologia está associada às complicações que comprometem a qualidade de vida do indivíduo, demandando um alto custo tanto econômico quanto social.

A SBD (2006) define o diabetes como uma alteração metabólica com conseqüente hiperglicemia, sendo também conhecida como uma síndrome metabólica, na qual o organismo perde o poder de metabolizar a glicose. O DM é dividido em dois grupos, o tipo 1 causado pela falta de insulina, e o tipo 2 com resistência a ela. O diabetes Mellitus tipo 2 tem uma propensão duas a quatro vezes maior de causar morte por doença cardíaca e quatro vezes mais chances de desenvolver doença vascular periférica e acidente vascular encefálico.

O DM tipo 1 é resultante da destruição das células beta pancreáticas e tem como características início abrupto dos sintomas, facilidade para cetose e pouca influência hereditária, e o DM tipo 2, como anteriormente dito, ocorre em razão da resistência insulínica e caracterizado pelo início insidioso, sintomas inespecíficos e forte componente hereditário (BRASIL, 2001).

Quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento do DM, especialmente, o tipo 2, estes podem ser classificados em não modificáveis e modificáveis. Dentre os não modificáveis, podemos citar: idade, história familiar e presença de diabetes gestacional prévia. Os fatores modificáveis são de grande importância, visto que podem ser alvos de intervenção, destacando-se: obesidade, alimentação, sedentarismo, tabagismo e estresse psicossocial (LYRA et al, 2006).

Esta patologia tende a desenvolver em pessoas com idade acima de 45 anos, principalmente indivíduos com casos de hereditariedade, excesso de peso, gordura abdominal, sedentarismo, doenças coronarianas, colesterol HDL baixo ou triglicérides elevados, hipertensão arterial e o uso de medicamentos hiperglicemiantes. O diabetes também é assintomático, por isso, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2002), as pessoas que

estão propensas a esses fatores de risco devem tomar conhecimento e consciência para modificar o seu estilo de vida.

Campos e Neto (2009) abordam que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial de caráter crônico e assintomático que depende da interação entre predisposição genética, fatores ambientais, alterações estruturais de coração e vasos.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Tem associação frequentemente ao aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. As doenças cardiovasculares são responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (BANCO MUNDIAL, 2005).

A sociedade brasileira de cardiologia (2002) descreve que hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o aumento dos valores de repouso da pressão arterial sistólica e diastólica com valores acima de 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica.

Esta doença ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, por ser uma doença crônico-degenerativa, assintomática, com maior exposição e susceptibilidade de pessoas a uma série de agravos que podem prejudicar a qualidade de vida. É a doença de mais alta prevalência dentre as doenças e agravos não transmissíveis (DANT, 2006). Mesmo sendo conhecido o tratamento não medicamentoso e preventivo disponível, a HAS continuará por décadas representando um dos maiores desafios e ônus para o hipertenso e para a sociedade (LESSA, 2001).

Teixeira (2007) em sua tese sobre enfermeiros com doenças crônicas e as relações de trabalho e adoecimento, aborda que o perfil alimentar predominantemente é caracterizado por ser do tipo industrializado, com excesso de sal, de gorduras de animais, sendo que o aumento da obesidade vem aumentando as taxas de hipertensão arterial. Somando-se a isto a tendência

a padrões de vida e trabalho sedentários e uma crescente demanda de tempo e insatisfações geradores de estresse, considerados dois outros fatores de risco.

Quando o indivíduo encontra-se submetido a uma carga excessiva de estressores, o organismo pode desencadear respostas que resultam no aparecimento de sintomas ou de doenças tais como: alteração do peso corpóreo, distúrbio de comportamento, alterações no padrão do sono, hipertensão arterial, alterações gastrointestinais e outras (BACHION; BELSÁRIO; CARVALHO, 1998).

Matias (2010) fazendo considerações aos fatores de risco pra DCNT ressalta que o sedentarismo e o tabagismo são fatores de risco para diversas doenças na atualidade. O primeiro é caracterizado por índices baixos de atividade física diária, o qual é considerado pela literatura como principal comportamento negativo a saúde. Já o tabagismo presente principalmente entre os homens também está associado às principais doenças que vem atingindo o ser humano. Doenças como a obesidade, hipertensão e diabetes atingem cada vez mais a população mundial e que tem causa principalmente por hábitos inadequados.

Somente com uma mudança de estilo de vida, com adoção de uma boa alimentação, prática regular de exercícios físicos, associados ao não consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabaco e diminuição do stress, as doenças crônicas não transmissíveis podem ser prevenidas, tratadas ou mesmo amenizadas.

2 OBJETIVO

- Identificar as evidências científicas sobre a presença de doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de enfermagem e sua associação com o ambiente de trabalho no desenvolvimento de suas atividades profissionais.

- Identificar as evidências científicas da associação dos adoecimentos da equipe de enfermagem por DCNT.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO E REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo materializa uma Revisão Integrativa, método de pesquisa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.

Representa um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento disponível, devido ao volume alto, além da dificuldade para realizar análise crítica dos estudos (POLIT; BECK, 2006).

É importante destacar que a revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa).

Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado. (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Segundo Poletti (2000) um dos instrumentos para Prática Baseada em Evidências é apresentada pela revisão Integrativa. Já Madigan (1998), refere que o conceito da Prática Baseada em Evidências surgiu no Canadá, vindo a ser incorporado depois ao Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido pelo programa de pesquisa e desenvolvimento do Centro Cochrane, em Oxford, e pelo centro para revisões e disseminação de evidências, em New York. Nos Estados Unidos por meio da Agency for Health Care Policy and Research, foram desenvolvidas diretrizes que se tornaram padrões para a prestação e avaliação das práticas de cuidado em instituições de saúde em diferentes de níveis de atenção, influenciando diretamente a enfermagem.

A evidência é uma característica atribuída a não dá margem de dúvida segundo Houaiss e Villar (2001), mas quando se reportam sobre a prática baseada em evidências, Galvão, Sawada e Rossi (2002), a colocam como uma abordagem que envolve a definição de um problema, também a busca e avaliação das evidências disponíveis, bem como, implementação das evidências na prática e avaliação dos resultados.

No Brasil, esse movimento desenvolve-se na medicina, principalmente em universidades dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Na enfermagem é um movimento incipiente e a maioria da literatura disponível encontra-se em língua estrangeira (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Esta pesquisa de revisão integrativa, sobre a produção nacional e internacional a respeito de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em profissionais de enfermagem, por meio do método de revisão integrativa de acordo com Ganong (1987), que colabora para o processo de síntese e análise dos resultados de estudos independentes, onde as informações obtidas são sistematicamente categorizadas.

Neste sentido, o autor ainda ressalta que para atingir uma expressiva contribuição, ou seja, uma revisão, a pesquisa deve seguir padrões elevados, que a adicionam, utilizando ferramentas para assegurar uma análise precisa e minuciosa, examinando dessa forma a teoria, bem como os resultados, métodos, sujeitos e variáveis do estudo, proporcionando ao leitor informações sobre os estudos revisados e não apenas focar os resultados principais, fornecendo o máximo de informações possível.

As etapas preconizadas por GANONG (1987) são as seguintes:

1. Formulação do objetivo da revisão – a qual consiste no propósito, contexto na qual a pesquisa será usada;

2. Estabelecimento de critérios de Inclusão e Exclusão dos estudos na revisão - uma vez definido o objetivo da revisão, o segundo passo é selecionar os fatores que devem ser

considerados para inclusão de estudos na síntese do processo de descobertas, tipos de sujeitos da pesquisa, as literaturas relevantes sobre o assunto determinado que resultassem na relevância da pesquisa; com o propósito de responder a questões de pesquisa ou testar hipóteses específicas, esta fase abrange a crítica ao estudo (validade científica) para fins de utilização, onde é feita seleção dos dados escolhidos de um grupo homogêneo de sujeitos da pesquisa que atendem os critérios de inclusão e exclusão. Para seleção da amostra podem ser usado o índice em bases de dados on line e lista de referências bibliográficas, bem como índices de citação;

3. Condução da pesquisa de literatura de forma que todas as características dos trabalhos pesquisados sejam consideradas – Nesta etapa é necessário definir características da pesquisa primária (que é aquela escrita por pessoas que conduziram a pesquisa, desenvolveram uma teoria ou prepararam uma análise sobre um tópico ou questão de interesse, segundo Lobiondo-Wood e Haber (2001), a qual é essência de uma revisão integrativa). Ganong (1987) expressa que uma das maneiras mais simples de representar características da pesquisa primária, é a utilização de tabelas.

4. Análise crítica dos resultados - é a tomada de decisão, isto é, a seleção do tipo e da natureza do uso ou não uso das descobertas da pesquisa a partir do estudo criticado;

5. Discussão e interpretação dos resultados – Avaliação mediante as decisões tomadas a respeito do tipo de resultados a serem medidos e apresentados com base no propósito original delineado na primeira fase;

6. Apresentação da pesquisa de revisão integrativa de forma clara e objetiva- as descobertas de múltiplos estudos passam ser sintetizados e integrados em alguma espécie conclusiva de afirmações com base em pesquisa.

3.2 FONTES DE INFORMAÇÕES

As informações foram coletadas nos estudos extraídos dos artigos, dissertações e teses nos bancos de dados indexados que abordem os fatores relacionados à DCNT entre os profissionais de enfermagem encontrados na literatura nacional e internacional, levantadas no segundo semestre de 2012.

As informações obtidas se deram mediante o preenchimento do instrumento proposto de coletas de dados, segundo Ganong (ANEXO A).

3.3 AMOSTRA

Foi composta por estudos indexados nos seguintes bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando para a busca os seguintes descritores: fatores de risco, doenças crônicas and doenças crônicas and enfermagem and revisão integrativa and adoecimento no trabalhador de enfermagem. O recorte de tempo ocorreu no período de 2003 a 2012.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estudos publicados nos últimos 09 anos, cuja temática principal seja o estudo de doenças crônicas não transmissíveis entre os profissionais de saúde da enfermagem por meio do levantamento bibliográfico da literatura nacional e internacional (inglês), coletados na Biblioteca Virtual em Saúde na base de dados caracterizada como Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), na base de dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF) e na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos livros e capítulos de livros nacionais e internacionais disponibilizados em bibliotecas.

3.6 CRITÉRIOS PARA ESCOLHA DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo incluiu todos os estudos contidos nos artigos, dissertações e teses relacionados sobre o tema Doenças Crônicas Não transmissíveis em profissionais da equipe de enfermagem encontrados na literatura nacional e internacional, extraídos da Biblioteca Virtual da Saúde do período de 2003 a 2011, e indexados no LILACS, BDENF, SCIELO, e CAPES.

A amostra foi definida obedecendo aos seguintes critérios:

Periódicos nacionais e internacionais, publicados em português e inglês no período de 2003 a 2012;

Estudos de artigos, dissertações e monografias indexados pelos descritores: Doenças Crônicas, profissionais de enfermagem, condições de trabalho, adoecimento na enfermagem.

A amostra final foi constituída de estudos indexados no LILACS, BDENF, SCIELO, e CAPES que preenchiam os critérios acima, no total de onze (11) artigos, dez em português e um inglês.

O passo seguinte foi submeter a amostra a um instrumento que permitisse atingir os objetivos da pesquisa.

3.7 FONTES BIBLIOGRÁFICAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS UTILIZADAS

Com intuito de atingir os objetivos da pesquisa, procedeu-se a busca de dados on line sobre o assunto do tema da pesquisa. Foram utilizados cinco bases de dados: LILACS, BDENF, SCIELO e CAPES.

Para obtenção dos dados sobre o tema, iniciou-se busca computadorizada no banco de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), pela Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME onde estão disponibilizadas as publicações da América Latina e do Caribe.

Procedeu-se inicialmente a escolha de palavras chaves ao assunto estudado, tais como: Doenças crônicas na enfermagem X Enfermagem com doenças crônicas, Trabalho de Enfermagem X Doenças, onde dispusemos de 18 artigos, mas apenas 01 compôs esta amostra.

Na SCIELO (Scientific Electronic Library Online) índice que é composto por uma coleção de revistas e artigos científicos, inclusive para área de enfermagem, utilizou-se o descritor enfermagem com doenças crônicas e doenças na enfermagem, foram levantados 1503 artigos em volta do tema, mas somente 07 estavam dentro do que estava proposto no estudo.

Usando o descritor doenças crônicas X enfermagem, conseguimos levantar 19 artigos em português em volta do assunto através do periódico BDENF (Bases de Dados da Enfermagem), a qual é uma base de dados bibliográficos especializados na área de enfermagem, e apenas 02 artigos foram considerados apropriados para compor a amostra da pesquisa.

No Periódico da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), quando usado os termos doenças crônicas em profissionais de enfermagem, podemos encontrar cerca de 1643 artigos, mas apenas 01 artigo em inglês coube dentro dos critérios da pesquisa.

Embora alguns estudos estivessem indexados em mais de uma base de dados, foi considerado apenas uma, e assim a amostra deste estudo constituiu-se de onze (11) artigos.

3.8 O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Na fase de coleta de dados, os artigos foram analisados, mediante um instrumento elaborado para este único fim (ANEXO - A) e construído atendendo os critérios proposto por Ganong (1987). Este instrumento foi composto de 12 itens a seguir :

1. Dados de identificação do pesquisador (nome do autor; titulação; profissão; local de atuação);
2. Dados de identificação do artigo (título do artigo,dissertação, monografia ou tese; periódico; ano de publicação e país de origem)
3. Em relação ao Index: SCIELO, LILACS e etc.;
4. Fontes de localização do estudo;
5. Objetivos do estudo;
6. População e amostra estudada;
7. Metodologia ou design da amostra: foram considerados os estudos descritivos;
8. Descritores relacionados ao estudo de DCNT em profissionais de enfermagem;
9. Identificação dos fatores de riscos para DCNT em profissionais de enfermagem relacionados com o seu trabalho;
10. Material e técnicas abordadas;
11. Conclusões;
12. Recomendações.

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi extraído da dissertação “úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa de Fernandes (2000) e readaptado conforme objetivos deste atual estudo segundo pressuposto por Ganong (1987) e submetido a validação por 05 enfermeiros, pós-graduados e pesquisadores da Universidade Federal do Pará (UFPA). Foi analisado em relação a clareza e abrangência dos itens no que se refere ao conteúdo e forma de apresentação dos artigos analisados.

3.9 ANÁLISE DOS DADOS

A análise foi obtida por meio da estatística descritiva a qual corresponde ao conjunto de técnicas envolvidas com o processo da coleta, organização, resumo e classificação dos

dados, além de orientar a descrição e a apresentação dos mesmos, na forma de tabelas e gráficos ou em outros tipos de recursos visuais (FONTELES, 2010). Os dados resultantes desta pesquisa foram coletados através do instrumento para este fim (ANEXO A) previamente elaborado segundo critérios propostos por Ganong (1987) e dispostos em tabelas e um quadro, conforme demonstraremos a seguir.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

A revisão integrativa da literatura foi realizada considerando os 11 artigos selecionados que preencheram os critérios para a inclusão deste estudo.

Na **Tabela 1** estão distribuídos os estudos dos artigos, teses e dissertações de acordo com a frequência de artigos, teses e dissertações localizados e não localizados e as referidas fontes de indexação.

TABELA 1- Distribuição dos estudos identificados nos bancos de dados sobre o tema em estudo no período de 2003 a 2011. Belém-Pará, 2012.

BANCOS DE DADOS	NÚMEROS	INCLUIDOS	EXCLUIDOS
SCIELO	1503	07	1496
LILACS	18	01	17
BDENF	19	02	17
CAPES	1643	01	1642
TOTAL	3183	11	3172

Fonte: Formulário aplicado na pesquisa

Observamos que a maioria dos estudos, sete (07), foram localizados no SCIELO, ficando em segundo lugar o BDENF com dois estudos (02), enquanto que nos outros indexes o número de estudos encontrados permaneceram iguais, LILAC (1) e CAPES(1). Embora houvesse o levantamento de 3.183 estudos, apenas onze (11) foram incluídos para a composição desta pesquisa, sendo excluídos 3.172, por motivo de não estarem em conformidade com o objetivo da pesquisa.

Dois destes estudos estavam indexados em ambos os bancos de dados, LILACS, CAPES e BDENF, portanto foi considerado apenas 01 para cada fonte, a fim de proceder a análise dos dados.

Todos os artigos da amostra foram localizados na Biblioteca Virtual da Saúde, numa busca exaustiva para aumentar o número da amostra, embora os estudos em torno do assunto desta pesquisa tenham demonstrados quantitativo pequeno, revelando que ainda se faz necessário novas investigações em torno deste tema.

Para amostra, foram considerados o número e a percentagem dos estudos em relação ao ano de publicação conforme **Tabela 2**.

TABELA 2- Distribuição dos estudos identificados nos artigos, dissertações e monografias, segundo o ano de publicação no período de 2003 a 2011. Belém-Pará. 2012.

ANO	NÚMERO DE ESTUDOS	POCENTAGEM
2003	01	9.1%
2004	01	9.1%
2007	03	27.2%
2009	01	9.1%
2010	03	27.2%
2011	01	9.1%
2012	01	9.1%
TOTAL	11	100%

Fonte: Formulário aplicado na pesquisa

Nesta amostra, 2007 e 2010 foram os anos de mais publicações encontradas para este estudo (06), com percentuais iguais, perfazendo um total de 27.2% (03 artigos) em cada um destes anos. Os outros estudos restantes, também, apresentaram percentuais iguais (9.1%) distribuídos nos anos levantados em que foram escritos. Não foram encontrados estudos em volta do tema nos anos de 2005, 2006 e 2008.

Os estudos em sua maioria foram encontrados na língua portuguesa, perfazendo a percentagem de 90.9% (10), e um estudo em inglês (9.1%), o que pode ser verificado na **Tabela 3**.

TABELA 3 – Distribuição dos estudos segundo idioma de publicação no período de 2003 a 2012. Belém-Pará, 2012.

IDIOMA	FREQUÊNCIA	
	Nº	N%
PORTUGUÊS	10	90.9
INGLÊS	01	9.1
TOTAL	11	100

Fonte: Formulário aplicado na pesquisa

Embora se façam pesquisas sobre doenças crônicas não transmissíveis tanto no nível nacional e internacional, poucos estudos foram encontrados quando se delimita a pesquisa para doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de enfermagem e a associação dessas doenças com o ambiente laboral desses trabalhadores, o que indica a existência de uma lacuna nesse discurso, em que pode sugerir a necessidade de continuar ou avançar nesse tema tão importante à classe destes profissionais. Por isso torna-se necessário investigar como está ocorrendo a disseminação do conhecimento sobre o tema em outros veículos de origem nacional e internacional.

A seguir identificamos os estudos levantados por meio dos periódicos que continham as publicações coletadas, na **Tabela 4**.

TABELA 4 – Distribuição dos estudos segundo o título de periódico de publicação dos estudos levantados nos artigos, dissertações e monografias, encontrado no período de 2003 a 2012. Belém-Pará, 2012.

PERIÓDICO	NÚMERO	%
LUME- Repositório Digital	02	18.2
UFRGS		
Revista da Escola de Enfermagem da USP	01	9.1
Revista de saúde Pública	01	9.1
ACTA Paulista de Enfermagem	03	27.2
Revista Científica da América Latina e do Caribe	01	9.1
Ciências, Cuidados e Saúde	01	9.1
Revista Latino-Americana de enfermagem	01	9.1
SciVerse Science Direct Journals	01	9.1
TOTAL	11	100

Fonte: Formulário aplicado na pesquisa

O periódico ACTA Paulista de enfermagem foi o de maior percentagem (27.2%), correspondendo a três artigos (03) da amostra, em seguida com dois (02) artigos ficou o periódico LUME- repositório digital da Universidade Federal do Rio grande do Sul (18.2%), os outros mantiveram uma mesma frequência nas publicações, (9.1%) para cada. A seguir destacamos a identificação do primeiro autor de cada artigo, distribuído na **Tabela 5** as titulações dos primeiros autores e suas frequências.

TABELA 5 – Distribuição da amostra segundo a titulação do primeiro autor dos estudos indexados no período de 2003 a 2012. Belém-Pará, 2012.

TITULAÇÃO	NÚMERO	%
-Doutora em enfermagem	03	27.2
-Mestre em enfermagem	02	18.2
-Mestranda em Enfermagem	01	9.1
-Pós-Graduada em Enfermagem	01	9.1
-Mestrando em Medicina	01	9.1
-Pós-Graduando em Medicina	01	9.1
-Graduando em Enfermagem	01	9.1
-Não identificado	01	9.1
TOTAL	11	100

Fonte: Formulário aplicado na pesquisa

A **Tabela 5** revela que a maior parte dos autores dos estudos encontrados é composto por Enfermeiros como primeiro autores (08), ficando o título de Doutora em Enfermagem o de maior número na amostra (03) com 27.2% , vindo em seguida a titulação de Mestre em Enfermagem (02) com 18.2% . As outras titulações ficaram distribuídas de forma igual, para cada especialidade, entre Mestranda em Enfermagem (9.1%), pós- graduada em enfermagem (9.1%) e graduando em enfermagem (9.1%). Dois estudos tinham como autores que não eram da categoria de Enfermeiro, Mestrando em Medicina (9.1%) e Pós-Graduando em Medicina (9.1%). Um artigo desta pesquisa não foi possível identificar o referido título do autor. Este quadro também nos mostra o crescimento que os profissionais enfermeiros têm avançado em pesquisas e títulos.

Buscando analisar o local de atuação dos profissionais que publicaram artigos referentes a doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de saúde, criamos a **Tabela 6**, com a distribuição da amostra, segundo o local de atuação do autor principal.

TABELA 6 – Distribuição dos estudos encontrado nos artigos, dissertações e monografias, segundo o local de atuação do primeiro autor no período de 2003 a 2012. Belém-Pará, 2012.

LOCAL DE ATUAÇÃO	NÚMERO	%
UNIVERSIDADE/FACULDADE	08	72.7
HOSPITAL	02	18.2
NÃO IDENTIFICADO	01	9.1
TOTAL	11	100

Fonte: Formulário aplicado na pesquisa

O local mais comum de atuação entre os autores foi a universidade/faculdade (08), em 72.7% da amostra, revelando que professores e estudantes têm demonstrado interesse pelas doenças crônicas não transmissíveis que podem estar afetando os profissionais de enfermagem. Posteriormente, em segundo lugar, estão os profissionais que atuam em hospital (02) , 18.2% que estariam vivenciando o reconhecimento de diferentes fatores de riscos que comprometem a saúde dos trabalhadores e que levam ao aparecimento de DCNT.

Na distribuição da amostra na **Tabela 7**, procuramos realizar uma análise a respeito da titulação do primeiro autor e o local de atuação do mesmo.

TABELA 7 – Distribuição dos estudos segundo titulação e local de atuação do primeiro autor encontrados nos artigos, dissertações e monografias, indexados no período de 2003 a 2012. Belém-Pará, 2012.

TITULAÇÃO	AREA DE ATUAÇÃO		HOSPITAL		TOTAL	
	UNIVERSIDADE	%		%		
-Doutora em enfermagem	03	27.3	-	-	03	27.2
-Mestre em Enfermagem	01	9.1	01	9.1	02	18.2
-Mestranda em Enfermagem	01	9.1	-	-	01	9.1
-Mestranda em Medicina	01	9.1	-	-	01	9.1
-Pós-Graduada em Enfermagem	-	-	01	9.1	01	9.1
-Pós-Graduando em medicina	01	9.1	-	-	01	9.1
-Graduando em Enfermagem	01	9.1	-	-	01	9.1
Não Identificado	01	9.1	-	-	01	9.1
TOTAL	09	81.8	02	18.2	11	100

Fonte: Formulário aplicado na pesquisa

Esta Tabela mostra que profissionais que atuam em área de ensino e que compõe a maioria desta amostra, 81.8% (9), em relação aos que atuam no hospital, são os mais graduados e que por isso supõem que recebam mais estímulo para ampliação de conhecimentos. Tal realidade poderia ser diferente, pois profissionais de assistência poderiam ser incentivados a pesquisa, a escreverem sobre sua prática, suas realidades, participantes da construção da formação de conhecimento em que todos ganham, pois são testemunhas,

figuras de um cenário de uma pesquisa, em que eles mesmos produzem o conhecimento extraído do seu cotidiano.

É importante também conhecer os cenários de uma pesquisa. Nesta amostra os dados foram coletados quase em supremacia em locais hospitalares, com exceção de um estudo, o qual foi realizado por revisão de artigos.

Algumas características são muito próprias ao âmbito hospitalar, tais como: atividades ininterruptas, apesar de haver diferenciação entre os diferentes serviços, turnos e dias da semana; observa-se uma concentração do maior contingente de atividades no período da manhã e há uma predominância de trabalhadores do sexo feminino, principalmente na enfermagem. Melo (1986), procura explicar essa particularidade ao hospital, relatando que em função do arquétipo, atribuído às mulheres, em várias culturas, para assistência e higienização dos doentes como se fossem as extensões dos trabalhos familiar e doméstico.

O hospitalar é também um local onde se concentram vários pacientes com diferentes problemas de saúde, cujo sofrimento é eminente no que exige uma assistência de diversas categorias de trabalhadores. Os profissionais de enfermagem, com um número alto de trabalhadores nessas organizações, além de estarem expostos a cargas psíquicas que solicitam um preparo adequado e um suporte para o desenvolvimento das atividades cotidianas, ainda são os que mais enfrentam as piores condições de trabalho e, diante disso, ficam expostos a situações nas quais a manutenção da saúde está prejudicada (PITTA, 2003).

Procura-se também, identificar a amostra segundo o desenho do estudo utilizado nos artigos, para isso foi construída a tabela 8 contendo as informações a seguir.

TABELA 8 – Distribuição dos estudos da amostra segundo o tipo de estudo metodológico encontrado no período de 2003 a 2012. Belém-Pará, 2012.

ESTUDO	FREQUÊNCIA	%	NIVEL DE EVIDENCIA
Corte transversal	10	90.9	05
Revisão Bibliográfica	01	9.1	05
TOTAL	11	100	05

Fonte: Formulário aplicado na pesquisa

Na Tabela acima, o design metodológico utilizado foi o estudo descritivo, que são aqueles que têm a finalidade apenas de observar, registrar e descrever as características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população, sem no entanto analisar o mérito do seu conteúdo, permitindo que os dados possam ser usados para teste de hipóteses, embora hipóteses possam ser formulados posteriormente, uma vez que o objetivo do estudo visa apenas descrever o fato em si (FONTELES, 2010). Nesta amostra tivemos um maior quantitativo para os estudos descritivos transversais (10) perfazendo 90.9% da amostra.

O estudo transversal, também conhecido como estudo seccional, estudo epidemiológico, estudo de prevalência, enquete ou estudo de levantamento (*survey*), usa como método de análise, os dados coletados em um grupo de indivíduos, aleatoriamente selecionados, em determinado ponto do tempo, possibilitando por seu delineamento um diagnóstico instantâneo da situação de uma determinada característica de uma população. Fornece um “retrato” de como um desfecho, como uma doença, por exemplo, está relacionado com a exposição a um determinado fator de risco si (FONTELES, 2010).

Apenas um estudo de revisão bibliográfica compôs esta amostra, preenchendo os critérios que esta pesquisa propôs. Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida mediante material já elaborado, construído preferencialmente de livros e artigos científicos, possibilitando ao investigador uma gama de abordagem, por meio de fatos já descritos por autores em diferentes situações vivenciais já pesquisadas. Uma vantagem neste estudo é nos favorecer o conhecimento pela visão de outros autores sobre o processo de

trabalho da equipe de enfermagem e as formas de adoecimento pertinentes a estes trabalhadores.

Humphris (1999), ressalta que a utilização do termo baseado em evidência remete o uso e aplicação de pesquisas como base para a tomada de decisões sobre a assistência à saúde. O profissional de saúde deve ser capaz de fazer julgamentos reconhecendo o bom e o ruim; a qualidade da evidência é um aspecto crucial na prática baseada em evidências; saber a força e fraquezas para poder generalizar a evidência; avaliar e utilizá-la criticamente, não tomá-la com absoluta confiança. O autor ainda aborda que na literatura, as evidências têm sido caracterizadas de forma hierárquica ou num contínuo, dependendo do tipo de desenho de pesquisa, ou seja, da abordagem metodológica empregada no estudo.

Neste estudo o nível de evidência encontrada foi classificada no nível 5, representada por conter estudos descritivos, na posição hierárquica se posiciona no penúltimo nível, ou seja, não considerado como nível de evidência forte.

No quadro a seguir, abordaremos os temas dos artigos selecionados com seus respectivos objetivos e espaço territorial (cidade) em que foram escritos pelos autores.

Quadro1: Distribuição dos estudos segundo autores, títulos, temática, objetivo e espaço territorial em que foram escritos os estudos publicados no período de 2003 a 2011. Belém-Pará, 2012.

AUTORES	TÍTULO	TEMÁTICA RELACIONADA AO OBJETIVO DO ESTUDO
GURGUEIRA; ALEXANDE; CORREA FILHO (2003) Ribeirão Preto	Prevalência de Sintomas Músculo-Esqueléticos em Trabalhadores de Enfermagem	Investigar se trabalhadoras de enfermagem apresentaram outros sintomas músculo-esqueléticos além da dor lombar e identificar determinados fatores que podem contribuir para o desenvolvimento desses sintomas.
REINERS ,et al (2004) Santa Catarina	Hipertensão Arterial: Perfil de Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Universitário	Utilizar o processo da pesquisa com seus resultados para alertar os trabalhadores de enfermagem, acerca da existência do risco de adquirirem Hipertensão Arterial Sistêmica.
MAIA, et al (2007) Porto Alegre	Fatores de Risco Modificáveis para Doença Arterial Coronariana nos Trabalhadores de Enfermagem.	Identificar os fatores de risco modificáveis para doenças arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem de um hospital geral.
LEITE; SILVA (2007) São Paulo	Morbidade Referida em Trabalhadores de Enfermagem de um Centro de Material e Esterilização	Identificar a morbidade referida por esses trabalhadores, bem como suas possíveis causas.
SFREDDO (2007) Rio Grande do Sul	Influência do Turno de Trabalho Noturno sobre a Pressão Arterial	Avaliar a associação entre pressão arterial e regime de

	e Prevalência de Hipertensão em Equipe de enfermagem de Hospital de Grande Porte	trabalho em turno, em profissionais de enfermagem de Grande Porte da Cidade de Passos Fundo- RS.
TEIXEIRA; MANTOVAN (2009)I São Paulo	Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção de agravos e o processo de trabalho.	identificar nos enfermeiros as medidas de prevenção de agravos à saúde na presença da doença crônica, analisar a relação entre conhecimento dos enfermeiros sobre doenças crônicas e as atitudes frente a elas e verificar a relação dos fatores de risco das doenças crônicas com o trabalho de enfermagem.
MARTINS, et al (2010) São Paulo	<i>Prevalência de Diabetes Mellitus autorreferida entre trabalhadores de enfermagem</i>	Verificar a prevalência de DM em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário; identificar os principais fatores de risco para o DM e, entre os que já possuem a doença, identificar as dificuldades relacionadas ao seu controle.
VILARINHO ; LISBOA (2010) Rio de Janeiro	Diabetes Mellitus: fatores de risco em trabalhadores de enfermagem.	Identificar os fatores de risco para o diabetes mellitus tipo 2, entre trabalhadores de enfermagem do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione.
HENRI, et al (2011) França	Links between nurses' organizational work environment	Testar a hipótese de que alguns constrangimentos Organizacionais

	and upper limb musculoskeletal symptoms: Independently of effort–reward imbalance! The ORSOSA study	específicos podem estar relacionados aos sintomas músculo-esqueléticas dos membros superiores vividos por enfermeiros, independentemente do esforço/modelo, desequilíbrio recompensa e os principais fatores de confusão.
CASTILHO (2010) Porto Alegre	A Relação do Processo de Trabalho de Enfermagem com o adoecimento desses profissionais.	Conhecer a temática da influência do trabalho da enfermagem como fator gerador de adoecimento, através de pesquisa bibliográfica.
FERREIRA et al. (2012) Rio de Janeiro	Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem	Analisar fatores associados ao absenteísmo por doenças autorreferida pelos trabalhadores de enfermagem.

Fonte: Formulário aplicado na pesquisa

Em relação as categorias temáticas presentes nos artigos analisados, observou-se que em 36.4% das pesquisas os autores concentraram em descrever a prevalência de doenças referidas ou encontradas nos profissionais de enfermagem, bem como levantar medidas preventivas. Em 45.4%, abordaram sobre os fatores de risco para o processo de adoecimento nos profissionais. 9.1% preocupou-se em descrever as DCNT encontradas nos profissionais associados com o trabalho e a prevenção dos agravos. 9.1% retratou as causas do absenteísmo associados com o trabalho da equipe de enfermagem.

Os estudos encontrados na pesquisa segundo a região localizada, 54.5% (06) foram escritos por autores da região sudeste, 36.4% (04) os autores se encontravam na região sul e 9.1% (01) de nacionalidade estrangeira, situava-se na França. Observamos que este tipo de

temática está sendo negligenciada por estudiosos de outras regiões tanto nível nacional e internacional.

5 DISCUSSÃO

Discorreremos dos resultados dos estudos realizados no período de 2003 a 2012 que fazem parte desta amostra, permitindo dessa forma visualizar e contextualizar as doenças crônicas não transmissíveis encontradas nos profissionais de enfermagem e que podem estar associadas com o processo de trabalho destes profissionais.

No estudo realizado por Gurgueira; Alexandre e Correa Filho (2003), avaliando sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem, no período de abril a maio de 2011, por meio de um questionário, cujos sujeitos compreenderam 105 auxiliares e técnicos de enfermagem, do sexo feminino, que trabalhavam em unidades de um hospital (UTI, Cirurgia de Trauma, Neuroclínica, Neurocirurgia) os resultados demonstraram que é alta a incidência de afecções musculoesqueléticas em múltiplas regiões corporais, atingindo principalmente a região lombar, ombros, joelhos e região cervical.

Os procedimentos relacionados com a movimentação e transporte de pacientes são considerados os principais causadores de dor na região lombar, respectivamente com taxas de 87,6% e 49,5%, indicando que as atividades de cuidados diretos ao pacientes podem ser fator de risco para equipe de enfermagem favorecendo o adoecimento e o absenteísmo. Em relação à avaliação da capacidade funcional, a dor lombar, demonstrou ser a maior causa de procura médica e afastamento do trabalho.

Os autores deixam registrado que a incapacitação influenciada pela lombalgia tem sido documentada na literatura por outros autores. Os autores ainda colocam que novos estudos precisam ser realizados com outras categorias profissionais de enfermagem e em outros locais de trabalho, buscando avaliar a intensidade dos sintomas e considerando os aspectos organizacionais do processo de trabalho na área da saúde.

Observa-se que, neste estudo acima, as profissionais de enfermagem trabalhavam com pacientes com alto grau de dependência física, conforme registro, e por isso exigiam

excessiva força física, mas mesmo assim os dados encontrados demonstram que os trabalhadores apresentam taxas similares de prevalência de distúrbios osteomusculares com países desenvolvidos, a exemplo disso temos um estudo na Holanda (1994) onde as queixas osteomusculares na equipe de enfermagem era de 63% e outro estudo na Suécia (1997) com a equipe de enfermagem, a taxa ficou em 84%. Outros estudos brasileiros levantados em uma pesquisa de revisão de artigos em 2007 por Magnago et al., mostram a prevalência para ocorrência destes distúrbios de 43% a 93%.

A comparação dos resultados com outras pesquisas fica prejudicada, conforme as autoras podem concluir, visto que se utilizam instrumentos diferenciados, levam períodos diferentes para avaliar a prevalência e estudam inúmeras categorias profissionais que diferem de outros países.

Já Leite e Silva (2007), analisando as queixas de saúde referidas pelos trabalhadores de enfermagem de uma CME, no mês de maio de 2000, no total de 19 participantes. A morbidade referida pelos trabalhadores de enfermagem envolveu três categorias de morbidade, em que se observou que as Queixas Crônicas mais frequentes foram as do aparelho circulatório (com predominância para hipertensão), as Queixas Agudas do sistema osteoconjuntivo e tecido muscular e as Queixas relacionadas ao Trabalho foram do sistema osteoconjuntivo e tecido muscular, seguidas dos transtornos mentais e comportamentais.

As causas da morbidade referida, apresentaram íntima relação com o trabalho, representando 89,28% das causas relatadas, confirmando o estudo anterior, em que pode-se verificar uma estreita relação do trabalho em Central de Material e Esterilização com o aparecimento de manifestações mórbidas nesses trabalhadores, oferecendo subsídios para a melhoria nas condições de trabalho e de saúde do trabalhador.

Com Henri e colaboradores (2011), no estudo buscando avaliar associação entre ambiente de trabalho organizacional e distúrbios osteomusculares em profissionais de

enfermagem, numa amostra de 2.194 mulheres enfermeiras em sete hospitais de ensino francês, submetidos a válidos questionários auto-aplicável, ocorridos no ano de 2006, os autores identificaram e quantificaram os fatores específicos de saúde de cuidados organizacionais que têm um impacto sobre os sintomas de membros superiores nos enfermeiros, descobrindo que baixo nível de valores sobre o trabalho entre os membros da unidade e da falta de apoio da administração foram significativamente associados com os sintomas nos membros superiores independentes de percepção.

Outros estudos seriam necessários para esclarecer o papel causal de fatores psicossociais do trabalho e organizacional em lesão de membro superior em enfermagem. Sugerem que abordagens organizacionais podem ser mais eficazes na melhoria da saúde no trabalho e também podem ter um impacto mais duradouro do que as abordagens individuais.

Por ser um estudo que utiliza um questionário auto-aplicável pode existir viés nos resultados e não representar necessariamente o que está sendo demonstrado, contudo fatores psicossociais do trabalho têm sido apontados em outros trabalhos como impactantes para problemas físicos, como abordado no trabalho de pesquisa por Minine; Batista; Fell (2011) sobre as cargas psíquicas e processos de desgastes em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros, em uma pesquisa qualitativa.

Quando se fala no aspecto de valorização profissional, outra pesquisa realizada em 2006 com profissionais de enfermagem de um hospital, em Ribeirão Preto, visando a análise das condições de trabalho e o impacto na vida dos trabalhadores de enfermagem, que por meio de entrevista, os profissionais colocaram que valorizam o trabalho e buscam como fonte de prazer, satisfação e realização, mas nas condições que ele é executado fica inviável atingir esse almejo. Embora a insatisfação seja mais frequente, não pelo esforço executado e sim pela

não valorização dada a estes trabalhadores, do que pelas condições precárias propiciadoras de adoecimento a que estão expostos.

A amostra deste estudo e de outros estudos aqui encontrados, quando se fala da categoria de enfermagem, são do sexo feminino (100%) como este acima, ou é composta por profissionais do sexo feminino em sua maioria (70 – 80%), este aspecto pode sinalizar um aumento das responsabilidades e atividades diárias, uma vez que na sociedade atual, a mulher tem que se dividir entre o trabalho e as atividades domésticas e familiares, gerando uma dupla jornada de trabalho, sem contar aquelas que têm outra atividade remunerada, sobrecarregando a trabalhadora de enfermagem, principalmente quando essas mulheres têm filhos pequenos em casa, propiciando sinais de cansaço, estresse, conflitos do papel mulher-mãe trabalhadora e outras situações que interferem diretamente em sua saúde física e mental. Portanto é necessário que novos trabalhos sejam realizados para tentar diminuir as lacunas percebidas.

Um outro estudo sobre doença crônica que compõem esta pesquisa é a Hipertensão, Reiners e colaboradores (2004), nos resultados em sua pesquisa, coletados no período de junho a agosto de 2002, com 172 profissionais participantes, mostraram que do total destes, representavam mais de cerca de 70% dos trabalhadores de enfermagem da instituição, caracterizados pela predominância do sexo feminino, serem de cor parada, casados, apresentarem hábitos de vida saudável, no entanto não verificavam a pressão regularmente e tinham peso acima da linha considerada normal.

Neste estudo acima, 117 (68%) responderam que não eram estressados e 55(32%) que sim, mas independente disso, 108 (62%) responderam que quando estavam estressados sentiam sinais e sintomas de cefaleia, palpitação, entre outros. Da amostra, 120 (69%) tinham antecedentes familiares para hipertensão, 101(58,7%) sabiam dizer o que era pressão alta, 28 declararam ser hipertensos, 114 quando mensurado sua pressão arterial, estavam com PA nos

níveis ótima e normal (120x80, 130x85), 20 (13,8%) no nível limítrofe (130-139x85-89) e 10 (6,9%) nos níveis de hipertensão (igual ou maior que 14x9).

Dentre os fatores de risco para hipertensão mais citados foram o stress, o sal, a gordura, o sedentarismo, o fumo, o álcool, a hereditariedade e a obesidade. Uma quantidade importante de trabalhadores declararam não ser hipertensos ou que não sabiam se o eram e apresentaram valores de PA alterados, a maioria apresentavam apenas um vínculo empregatício (61,6%), o que equivale a seis horas de trabalho, mesmo assim, sabe-se que as atuais condições de trabalho da enfermagem tem exposto a estes profissionais a horas extras de acordo com a necessidade, além disso, sendo a maioria mulheres, geralmente acrescentam a isso, outra jornada de trabalho (doméstica), sem contar que grande parte usa ônibus como locomoção, o que pode inferir por meio desse estudo, é que os desgastes causados à saúde desses trabalhadores são gerados pelas suas condições de vida e trabalho.

Os autores concluem que a hipertensão constitui um sério problema de saúde pública entre os trabalhadores de enfermagem do hospital pesquisado, detectado não apenas por seus valores pressoriais fora dos níveis considerados normais, mas também por ter sido observado em suas características demográficas, antropométricas e comportamentos de saúde, dados que colaboram para o aparecimento de Hipertensão Arterial (HAS).

Este estudo fornece subsídios para investigações posteriores que poderão auxiliar no planejamento de ações voltadas para atenção à saúde, não apenas dos trabalhadores de enfermagem, como também de outros servidores da instituição. Como buscava levantar apenas o perfil dos trabalhadores de enfermagem com hipertensão, faltou uma maior investigação em cima dos fatores ambientais do trabalho que incidem na elevação dos níveis pressoriais. Por ser um estudo Transversal, essa pesquisa não qualifica como representativa, pois foi realizada em dado momento (três meses), apenas um hospital a ser analisado, podendo ter viés de resultados se comparada.

Maia e colaboradores (2007), ainda falando da HAS, procurando em seus estudos analisar que fatores de risco para doenças coronariana poderiam ser identificados entre os trabalhadores de enfermagem, apresentam em sua pesquisa, que dos 209 trabalhadores que faziam parte da amostra, dados coletados em junho a agosto de 2005, cujas variáveis estudadas foram: sexo, idade, escolaridade, tabagismo, colesterol, sedentarismo e estresse. Os resultados mostram que 19,1% consideraram estressados quando submetidos ao questionário para avaliar nível de estresse, 29,7% hipertensos quando mensurados suas pressões e 27,7% apresentaram CT>200mg/dl, quando avaliado nível de colesterol.

O tabagismo correspondeu a 28,8% dos técnicos, enquanto que os auxiliares apresentaram maior IMC e nível de estresse; 82 apresentaram sobrepeso e 43 eram obesos, sendo que destes 45% tinham a Pressão Arterial Alterada (PSA). O estresse também teve relação direta com o sedentarismo, profissionais que apresentaram nível moderado a elevado de estresse, eram sedentários. Os enfermeiros foram considerados mais hipertensos. Não houve diferença significativa nos valores das variáveis em estudo entre as diferentes profissões, no entanto quando analisado os turnos de trabalho, no turno noturno houve maior número de elevação da Pressão. Os profissionais tabagistas eram mais estressados. Os autores concluíram que é necessário o conhecimento dos fatores de risco para doenças cardiovascular em desenvolver ações relevantes na intervenção preventiva para esta doença, associados a construção de hábitos saudáveis.

Considerando as limitações destes estudos, esses resultados assinalaram a importância da identificação e quantificação dos diferentes fatores de risco para a manifestação de doença arterial coronariana em desenvolver ações relevantes na intervenção preventiva para esta doença. Outro fato colocado pelos autores é a percepção de semelhança na prevalência da doença em populações de base com os trabalhadores de enfermagem. O conhecimento dos fatores de risco, associados a construção de hábitos saudáveis na melhoria da qualidade de

vida com responsabilidade, certamente trará benefícios não só para os trabalhadores de enfermagem, como também a sua clientela, na medida em que poderá servir como agente e educador, promovendo a saúde e prevenindo doenças.

Sfreddo (2007), em sua dissertação, abordando sobre a influência do turno de trabalho noturno sobre a pressão arterial e prevalência de hipertensão em equipe de enfermagem de hospital de grande porte, comparando as médias de pressão arterial de trabalhadores em diferentes turnos de trabalho, no mês de janeiro de 2007 a agosto de 2008, cuja amostra foi composta por 493 profissionais de enfermagem, escolhidas de forma aleatoriamente durante o exame periódico, cujos dados foram coletados por meio de um questionário estruturado e mensurações da pressão arterial e medições antropométricas. Este estudo não confirma com o estudo de Maia e colaboradores, revelando nesta pesquisa que o trabalho por turno noturno não está associado com pressão arterial, hipertensão e pré- hipertensão em equipes de enfermagem , como também não foi possível levantar dados que identificassem a prevenção da síndrome do jaleco branco, uma vez que poucos participantes devolveram a ficha de medida residencial de pressão arterial, impossibilitando a análise estatística desses dados.

É importante ressaltar sobre a necessidade de realização de outras pesquisas sobre o mesmo tema com obtenção de dados por mais de uma instituição, a fim de que esta amostra tenha caráter representativa.

Para se saber a prevalência de Diabete Melitus (DM) autorreferida em profissionais de enfermagem de um hospital universitário, Martins e colaboradores (2010), entrevistando 1.287 profissionais de enfermagem, tirados de uma população de 1570, no período de janeiro de 2007 a agosto de 2008, detectaram que a prevalência para esta doença foi baixa (3%), e os fatores relacionados para desenvolver a doença são a idade, sexo, sobrepeso e história familiar, sendo que destes, o excesso de peso é único fator modificável, portanto, deve-se considerar a importância de uma alimentação saudável, correta, associados com a prática de exercícios

físicos por estes profissionais. Entre os trabalhadores que apresentaram DM, 73,7% possuíam portadores da doença na família. Outro fato analisado é que a maioria dos profissionais com DM trabalhava em plantões noturnos, o que seria um fator prejudicial para os portadores de DM do que para indivíduos saudáveis, tendo em vista de que o plantão noturno é mais extenso e mais cansativo além do que, o metabolismo de quem não dorme à noite, é alterado.

Este estudo serve de base para outros estudos, embora se apresenta com algumas limitações, ser temporal, não pode estabelecer as relações causais pelo tipo de estudo empregado e ser possível de existir viés de resultados por ter os dados levantados por meio de entrevistas que nem sempre correspondem com a realidade, obtidos de uma só instituição, não sendo assim possível generalizar os resultados encontrados.

Já Vilarinho e Lisboa (2010) falando dos Fatores de Risco (FR) em trabalhadores de enfermagem para o diabetes tipo 2, na pesquisa com 100 trabalhadores (amostra) tirados de uma população de 134, com coleta de dados ocorridas no período compreendido entre outubro de 2003 a março de 2004, foram identificados por meio de um formulário com perguntas abertas e fechadas e de um questionário que identifica o nível de risco de ocorrência do diabetes tipo 2 e uma outra etapa de verificação e análise bioquímica. Mostram que 88% eram do sexo feminino, 49% integravam o grupo considerado de risco alto, e como FR para ocorrência da doença foram identificados, o sedentarismo (81%); IMC ≥ 25 kg/m² (55%); idade ≥ 45 anos (41%); circunferência abdominal aumentada (35%); história familiar de diabetes (20%); hipertensão (24%); história de macrosomia fetal (6,8%) e história de diabetes gestacional (1,1%). 59 % responderam possuir dois ou mais vínculos; 26% dos participantes se referiram ao esforço para assegurar a manutenção de uma alimentação balanceada, 81 foram considerados sedentários, e alegaram tanto da dificuldade de manter uma boa alimentação com a prática exercícios físicos, o motivo “falta de tempo”, com 47% das indicações. 49% admitiram experimentar um nível de estresse frequente.

A discussão demonstrou que este estudo tornou evidente a ocorrência de importantes fatores de risco de natureza reversível, o que, com o passar do tempo, expõem esses trabalhadores a condições de risco altamente favoráveis para a instalação de DCNT, entre elas o diabetes mellitus tipo 2.

Os autores com base na literatura colocam que o cotidiano, revela que situações complexas ligadas ao mundo do trabalho, como a baixa remuneração que implica no aumento da jornada de trabalho (outros vínculos empregatícios), acarreta um desgaste lento e contínuo, devido as rotinas estressantes, marcadas por um ritmo acelerado, além das muitas horas em pé. Concluem que somente de ações contínuas poderão interferir de maneira positiva na prevenção ou minoração do surgimento de condições de risco favoráveis ao desenvolvimento de doenças crônicas comprometedoras, tanto do foco da qualidade de vida, quanto da qualidade de assistência prestada.

Este estudo apesar de ser temporal com desenho transversal pode retratar de forma clara e precisa os fatores de risco que o profissional de enfermagem enfrenta e que o coloca em condição favorável para o desenvolvimento de DCNT, como o diabetes tipo 2.

Teixeira e Mantovani (2009), abordando sobre os “ Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho”. Cujá coleta de dados foi realizada entre maio e setembro de 2007, mediante a utilização de um questionário estruturado, fechado e auto-aplicável. Dos 23 enfermeiros pesquisados, constatou-se que a doença prevalente nestes trabalhadores é a HAS, concordando com outros estudos desta amostra. A obesidade referida aparece em 14,40%. Verifica-se que a maioria dos enfermeiros (43,5%) trabalha em unidades abertas. O enfermeiro com atividades assistenciais, conjugadas ou não às administrativas, apresenta maior número de doenças que os que atuam em atividades administrativas, 19 enfermeiros (78,3%) com doenças crônicas atuam na área

assistencial, sendo necessário discutir as condições de trabalho destes. 60,8% possui entre 11 a 20 anos de trabalho na instituição atual, e as doenças acometem os enfermeiros de maneira equilibrada em todos os turnos de trabalho.

Reportando ao número de vínculos, este estudo acima, revelou que a maioria dos pesquisados (69,57%) possui um vínculo empregatício e 7 (30,43%) enfermeiros relataram trabalhar em duas instituições. Esta variável pode atuar como fator protetor ou desencadeador do desgaste e da ocorrência de acidentes de trabalho (SARQUIS, 2007), o mesmo pode acontecer para manifestação de doenças crônicas. Os enfermeiros, 5 (21,73%), deste estudo apresentaram mais de uma doença crônica. Os fatores de risco para doenças crônicas e as relações com o processo de trabalho, a maioria citou o estresse (25,6%), a hipertensão arterial (21,1%), antecedentes familiares de doenças crônicas (18,9%) e obesidade (14,4%).

Os autores concluem que os enfermeiros aderem ao tratamento proposto para sua doença, possuem estratégias efetivas para enfrentar o adoecimento com mudança no estilo de vida, e relataram fatores de seu ambiente de trabalho que contribuem para o seu agravamento.

Com base na riqueza dos dados obtidos, assim como dos conhecimentos contextualizados a partir das respostas obtidas dos sujeitos neste estudo, conclui que um dos pressupostos pelos autores elaborados, o de que o trabalho da enfermagem concorre para o adoecimento crônico, e o seu trabalhador precisa perceber-se como alguém que enfrenta este processo, não foi possível comprovar devido a algumas limitações. Dentre as limitações os autores citam como exemplo, o fato de a população estudada não retratar o número real de enfermeiros com doença crônica na Instituição, pois nem todos as relatam ao Serviço de Saúde Ocupacional ou a Junta Médica Pericial, geralmente só os que se afastam por estes motivos. Outra limitação foi a realização da pesquisa em uma única Instituição o que torna inviável generalizar os resultados encontrados. Também a abordagem quantitativa não permitiu uma análise aprofundada das questões abertas que mereceria um estudo qualitativo.

Como os autores colocaram que é importante ressaltar que o fato dos sujeitos desta pesquisa ser enfermeiro com o mesmo nível de escolaridade e, portanto, conhecerem as doenças crônicas estudadas, visto que todos os cursos de enfermagem as abordam, influenciou de alguma forma as respostas aos questionamentos realizados, pois a tendência deles (86) foi responder o que é correto, mas não necessariamente o que efetivamente praticam.

Os autores recomendam que deve ser incorporada ao cotidiano desses profissionais, a prevenção através do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital, oferecendo condições de reajustes na sua condição de vida e trabalho, com adaptação em funções, setores e horários menos estressantes para melhor enfrentamento dos estímulos externos e internos. Esta atitude é fundamental para o não aparecimento ou agravamento da condição crônica de saúde, assim como a realização de estudos com outras abordagens metodológicas com enfermeiros portadores de doenças crônicas e a ampliação desta pesquisa para outras instituições.

Por fim, considera-se que esta pesquisa possa vir a subsidiar futuros estudos, se os enfermeiros tiverem consciência do seu processo de trabalho, do desgaste, do estresse, bem como o conhecimento científico para o enfrentamento dos agravos de saúde e das situações presentes no local de trabalho.

Castilho (2010), por sua vez, com uma amostra representada por 20 artigos, indexados no período de 2005 a 2010, tendo um de estudo transversal, três de abordagem quantitativa, três estudos qualitativos, dois quanti-qualitativos, um de revisão bibliográfica, cinco de pesquisa bibliográfica, um qualitativo com abordagem fenomenológica, um estudo descritivo e correlacional de coorte, um estudo transversal e observacional, uma pesquisa descritiva retrospectiva e um estudo de caso.

Concluindo após análise e discussão, que as doenças do trabalho ou doenças ocupacionais atingem os trabalhadores de forma insidiosa e trazem consequências na

qualidade de vida desses profissionais que permanecerão ao longo de suas vidas, podendo causar-lhe a morte.

Estas doenças são a maior causa de afastamento, pode acarretar ao trabalhador: incapacidade parcial ou permanente, como aposentadoria por invalidez. embora que a maior parte da amostra encontrada foram em cima de investigações das questões dos distúrbios músculo esqueléticos, sendo que as profissionais mulheres, são as que apresentam maior incidência das doenças mentais e comportamentais, bem como lesões por esforço repetitivo (LER) e distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT).

As más condições de trabalho, ocasiona agravos na saúde mental e física. É necessário que se haja estratégias para solucionar os problemas associados ao trabalho, intervir nos fatores de adoecimento, antes que as doenças sejam manifestadas ou percebidas pelos trabalhadores.

Como todo estudo que contem revisão bibliográfica, é considerada um estudo de peso, de representação científica, pois reúne várias colaborações de pesquisadores em cima de um assunto já publicado na área, e que serve de alicerce para investigação. Sendo assim, neste tipo de estudo acima, os resultados conseguiram caracterizar como tem sido conduzido as investigações em cima do conhecimento sobre a temática da influência do trabalho da enfermagem como fator gerador de adoecimento. Um fato não encontrado neste estudo, foi a não descrição do período em que foi feito a coleta dos dados pelo autor.

Ferreira e colaboradores (2012), analisando os fatores associados ao absenteísmo por doença autorreferida em trabalhadores de enfermagem, de três hospitais públicos, mediante aplicação de um questionário multidimensional, realizado nos meses de junho de 2005 a fevereiro de 2006, contendo uma amostra de 1509 profissionais de enfermagem, os resultados reafirmam a multifatorialidade e a complexidade do absenteísmo por doença em hospitais públicos. Na pesquisa, os dados mostram que aqueles que referiram mais de um emprego,

doenças osteomusculares e avaliaram sua saúde como ruim ou regular apresentaram maiores chances de absenteísmo. Na verdade este fenômeno (absenteísmo) precisa ser analisado sob a perspectiva do processo de trabalho, da cultura organizacional e de aspectos diretamente relacionados à saúde de trabalhadores de enfermagem. A abordagem multifatorial do absenteísmo e de sua redução em hospitais é essencial para diminuir os gastos econômicos, aumentar a satisfação com o trabalho e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

Por se tratar de um estudo com delineamento seccional, as autoras também colocaram que este não permitiu estabelecer relações causais entre as associações observadas. Além disso, o inquérito abrangeu trabalhadores no ambiente do trabalho e, portanto, relativamente saudáveis, o que pode levar à subestimativa das associações identificadas. O absenteísmo por doença foi obtido por informação autorreferida, portanto, sujeito ao viés de memória ou de informação, que implicaria superestimação ou subestimação da informação. No entanto, a forte correlação entre dados autorreferidos de absenteísmo por doença e medidas baseadas em registros fazem desta uma medida considerada válida para a obtenção de dados sobre o tema.

Apesar dessas limitações, os resultados reafirmam a multifatorialidade e a complexidade do absenteísmo por doença em hospitais públicos, embora que este fenômeno deva ser analisado sob a perspectiva do processo de trabalho, da cultura organizacional e de aspectos diretamente relacionados à saúde de trabalhadores de enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar esta pesquisa foi uma maneira de compartilhar este cotidiano do processo de trabalho da equipe de enfermagem da qual faço parte, desses cuidadores tão necessários, que por mais que a tecnologia avance na construção de instrumentos para serem utilizados na assistência dada ao próximo, nunca substituirão o elemento pessoa, que irá usar os próprios instrumentos em benefício do outro, haja necessidade de ter um outro que manipule tais ferramentas, sem contar que este profissional é um elemento vivo, não morto, e que por isso, sente, reage, interage e precisa receber atenção, receber cuidados, pois, na grande maioria das vezes negligencia, ou nem se quer percebe que está sendo afetado diariamente pela alta carga de demanda de atividades que realiza.

Este estudo, como outro que envolve a temática com a equipe de enfermagem e o seu processo de trabalho, corrobora com conhecimento em relação aos efeitos danosos do trabalho aos trabalhadores de enfermagem e o favorecimento de adoecimento a estes profissionais, em que muitas doenças deixam de ser percebidas, como no caso, as doenças crônicas não transmissíveis.

Possibilitou identificar, em forma de síntese, as informações disponíveis nos últimos 9 anos, a respeito das DCNT nos profissionais de enfermagem, apesar do número pequeno de artigos, ou seja, 11, os resultados encontrados contribuem, sobremaneira, para o avanço do conhecimento científico e como incentivo para novas pesquisas.

São vários fatores de risco demonstrados pela literatura que contribuem para o desenvolvimento de DCNT dos profissionais de enfermagem relacionadas com a sua atividade laboral (fatores internos), como as más condições de trabalho, sobrecarga de serviço, o fenômeno absenteísmo, o lidar com a vida, a doença, a dor e a morte, problemas na escala de serviço, transporte de pacientes, stress diário, cobranças e exigências na

produtividade por partes das chefias, utilização de equipamentos inadequados que precisam estar em constante manutenção, o trabalho noturno, falta de um local que venha oferecer ou possibilitar que este trabalhador faça refeições adequadas, falta de locais adequados para descanso, falta de reconhecimento da subjetividade, entre outros, e fatores externos ao trabalho, comportamentais (estilo de vida).

As pesquisas revelaram que os profissionais de saúde, como a equipe de enfermagem, têm apresentado elevada ocorrência de afecções osteomusculares associados ao trabalho, principalmente a região lombar, membros superiores, joelhos e região cervical e ombros, não podendo esquecer a importância dos fatores psicossociais ocupacionais também relacionados com a presença de distúrbios ou dores osteomusculares nestes profissionais.

Colaborando também sobre esta questão, Murofuse e Marziale (2005), colocam que embora as lesões em membros não representam riscos de vida para os trabalhadores, o comprometimento de um segmento, inviabiliza o desenvolvimento de atividades profissionais e pessoais, com grande risco de perda funcional, com consequências socioeconômicas para o trabalhador, sua família e toda a sociedade

Outras doenças evidenciadas com este trabalho, foi demonstrado nas pesquisas, a hipertensão, o diabetes, obesidade e a depressão, sendo a hipertensão a mais prevalente. Intervir nos fatores modificáveis é a melhor saída no combate a essas doenças. Deve-se considerar a importância de uma alimentação correta, prática de atividades físicas, controle da pressão arterial e do peso, combate ao tabagismo e abuso de bebidas alcoólicas, atenção ao lazer, descanso e sono, fatores estes, que implicam em aumento da qualidade de vida, diminuição do estresse, prevenção das doenças crônicas e, conseqüentemente, maior produtividade e qualidade no serviço prestado, refletindo proporcionalmente na melhora do cuidado prestado aos pacientes atendidos diariamente por esses trabalhadores.

Capacitar os serviços de saúde para que percebam o seu trabalhador não só como um ser produtivo, cumpridor de metas, objetivos e regras delineados pela própria instituição, mas que seja dada atenção aos sinais e sintomas que afetam este trabalhador, como seu ambiente de trabalho, sua relação interpessoal, a sua valorização profissional, que vão ser determinantes no processo saúde/doença deste trabalhador.

É importante colocar que os serviços de saúde conheçam seus funcionários, implantem programas de atenção ao trabalhador, onde tenha atualizado seus dados sociodemográfico e de saúde, construam políticas de assistência a seus profissionais, que poderão estar ou desenvolvendo hipertensão, depressão, diabete e doenças osteomusculares entre tantas outras, resultantes da somatória do estilo de vida e da associação de fatores internos decorrentes da sua atividade laboral.

As pesquisas confirmam o que a literatura descreve, que a excessiva carga de trabalho e o elevado nível de tensão, entre outros, afetam na qualidade de vida e de saúde dos trabalhadores de enfermagem provocando doenças, que se não forem percebidas e tratadas e trabalhadas no sentido de prevenção, podem ao longo do tempo se tornarem crônicas, e são menos aparentes. Diante disso, reafirmo que Fernandes e et al (2010) conclui em sua tese, sobre a necessidade de considerar a importância do planejamento de ações de promoção da saúde no próprio ambiente de trabalho que vai além de orientação e apoio para adequações ao estilo de vida, ações de controle do estresse, e porque não dizer, de todos fatores internos inerentes ao próprio trabalho, que devem se perpetuar ao longo de todo período de vida desses trabalhadores, como medidas favoráveis para diminuição do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Os designs encontrados neste estudo foram descritivos em quase toda sua totalidade, com delineamento seccional, com exceção de um estudo de revisão bibliográfica, apesar

dessas limitações, os resultados reafirmam a multifatorialidade de riscos que o profissional de enfermagem está exposto para o desenvolvimento de DCNT.

Ressalto que novas pesquisas sejam trabalhadas envolvendo essa temática, pela necessidade de constantes investigações nessa área, com outros tipos de desenhos que venha trazer outras contribuições, a fim de que a situação saúde-doença desses trabalhadores seja melhor reconhecida e, conseqüentemente, medidas preventivas e soluções efetivas possam ser implantadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.A.M.; SANTOS, C.R.P. O enfrentamento da síndrome metabólica em indivíduos obesos: a intervenção da atividade física. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. Vol. 1. Num. 5. 2007. São Paulo. p. 24-34.

ALVES, M. e GODOY, S.C.B. Absenteísmo- doenças entre funcionários de um hospital universitário. *Rev. Bras. Saúde ocupacional*. Vol. 27 (103/104), 33-48, 2002.

BECK, C. L. C; GONZALES, R. M. B; STEKEL, L. M. C; DONADUZZI, J. C. O trabalho da enfermagem em unidades críticas e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores. *Rev. Esc. Anna Nery*. Rio de Janeiro, v.10, n.2, ago., 2006.

BECK, C.L.C, DENARDIN M. de L., GONZÁLES RMB. A Banalização das Crises vivenciadas pelas enfermeiras no mundo do Hospital. *Rev. Téc-cient. Enferm*. v. 3,n.13, p. 479-85, 2005.

BACHION MM, PERES AS, BELSÁRIO VL, CARVALHO EC. Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. *REME: Rev.Min. Enferm*. 1998; 2(1): 33-9.

BANCO MUNDIAL. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Relatório nº 32576-BR. Banco Mundial, 2005.

BITTES JA. O cuidar, a ciência do ser humano unitário e o budismo nitiren: união entre ciência e religião. *Rev Téc Cient Enferm* 2003; 1(5): 371-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Departamento de Promoção e Assistência a Saúde. Coordenação de doenças crônicas degenerativas. Manual de Diabetes, Brasília, 2006.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção à saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2008.

_____.Ministério da Saúde. Publicação do Ministério da Saúde, edição nº 116, Dez.2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em novembro de 2011.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de saúde. Plano de ações e estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao

Diabetes Mellitus: manual de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

CAMPOS, E. S. **Quem cuida do cuidador:** uma proposta para os profissionais da saúde. Petrópolis: Vozes, 2005. 148 p.

CAMPOS, Rosângela Galindo de. Burnout. Uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 158f. 2005.

CAMPOS MO; NETO JRF. Doenças Crônicas não transmissíveis, fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. Revista Baiana de Saúde Pública. v.33, n.4, p. 561-581. Out/dez, 2009.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro, 1986.

CASTILHO, CARMEM REJANE NEVES. A Relação do Processo de Trabalho de Enfermagem Com o Adoecimento Desses Profissionais: uma pesquisa bibliográfica. Trabalho de Conclusão apresentado como requisito para obtenção do título de especialização em Saúde Pública. Porto – Alegre, 2010.

CAVALCANTE CAA, ENDERS BC, MENEZES RMP, MEDEIROS SM. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. Ciência, Cuidado e Saúde Maringá. 2006; 5(1): 88-97.

CINTRA, Hans Doner Eric; SOUSA, Alcy Aparecida Leite; LAZZAROTTO, Elizabeth Maria; MEZA, Sheila Karina Lüders; KURMANN, Regina Aparecida da Silva; COSTA, Elenir da Silva; ROZIN, Arnei Júnior; DELL'ARINGA, Fernando Kami; VIDAL, Kiussa Taina Geteins & SDEBSKI, Dohane Cristina Pereira. Fatores que Prejudicam o Trabalho do Enfermeiro que Atua em hospital. Seminário Internacional “ Experiências de Agendas 21: O Desafio do Nosso Tempo”. 27-29/11/2009. Ponta Grossa –Pr- Brasil.

CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO. Lei 12.760/2012. Brasília, 20/12/2012.

CONSELHO FEDEAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Portal do Cofen. R. Janeiro. 2007. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4158>.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). *Carta aberta aos candidatos à Presidência da República*. Setembro de 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 15/05/11.

COSTA, L.S.; LIBERALI, R. Avaliação da qualidade de vida na obesidade. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. Vol. 2. Num. 9. 2008. São Paulo. p. 232-239.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** 2. ed. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002. 96 p.

Elza Brasil. **Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto**. WWW.elsa.Org.br.

ELIAS MA; NAVARROVL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev.Latino-Am. Enfermagem; v.14; n.4. Ribeirão Preto. Jul/ago. 2006.

ENGELS JA, VAN DER GULDEN JWJ, SENDEN TF, HERTOOG CAWM, KOLK JJ, BINKHORST RA. Physical work load and its assessment among the nursing staff in nursing homes. J Occup Med 1994;36(3):338-45.

FARCHI G, FIDANZA F, GIAMPAOLI S, MARIOTTI S, MENOTTI A. Alcohol and survival in the Italian rural cohort of the Seven Countries Study. Int. J. Epidemiol. 2000: 29: 667-71.

FRANCISCHI, R.P.P.; PEREIRA, L.O.; FREITAS, C.S.; KLOPFER, M.; Santos, R.C.; VIEIRA, P.; LANCHÁ JUNIOR, A. H. Obesity: Update information about its etiology, morbidity and treatment. Revista de Nutrição. Vol. 13. 2000. São Paulo. p. 17-28.

FARINATTI P de TV, OLIVEIRA RB. Programa Domiciliar de Exercícios? Efeitos de curto prazo sobre a aptidão física e pressão arterial em indivíduos hipertensos. Arq. Bras Cardiologia. 2005, v.84, n.6. p. 473-479.

FERREIRA. RC., GRIEP, RH., FONSECA, MJM., ROTENBERG, L. Abordagem Multifatorial do absenteísmo por Doença em Trabalhadores de Enfermagem. Ver. Saúde Pública ; 46 (2): 259-68. Rio de Janeiro, 2012.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE QUALIDADE: *Crítérios Compromisso com a Excelência e Rumo a Excelência*. São Paulo: Fundação Nacional de Qualidade, 2009.

FONTELLAS, MAURO JOSÉ. Bioestatística aplicada à pesquisa experimental. Edição Especial de Pré-Lançamento. pg. 105(1). Belém-Pa. 2010.

GALVÃO, C.M., SAWADA, N.O., MENDES, I.A.C. A busca das melhores evidências. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2003, 37 (4), 43-50.

GALVÃO, C.M., SAWADA, N.O.,ROSSI, L. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para a sua implementação na enfermagem perioperatória. Ver. Latino Americana de Enfermagem, 10 (1), 690-695. Ribeirão Preto, 2002.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. Research in Nursing & Health. v.10, p.1-11, 1987.

GIL, Antonio Carlos. Como Elaborar Projeto de Pesquisa. 4ª edição. São Paulo: Editora Atlas S.A. 2002.

GURGUEIRA, GP., ALEXANDRE, NMC., FILHO, HRC. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem. Ver. Latino-Am. Enfermagem, vol.11, nº5, Ribeirão Preto/Oct. 2003.

HADDAD, M. C. L. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 1, n. 2, p. 75-88, Jun. 2000.

HERIN F , C PARIS , LEVANT A , VIGNAUD MC , SOBASZEK A , SOULAT JM ; ORSOSA GRUPO . Links between nurses' organisational work environment and upper limb musculoskeletal symptoms: Independently of effort–reward imbalance! The ORSOSA study. **Fonte:** Pain [0304-3959] Herin, Fabrice ano:2011 vol:152 fasc:9 pág:2006 -2015

HOAUISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. Dicionário de Hoauiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro : Objetiva, 2001.

HUMPRIS D. Types of evidence. In: Hamer S, Collinson G. Achieving evidence-based practice: a handbook for practitioners. London: Baillière Tindall; 1999. p.13-40.

JOHN JH, ZIEBLAND S, YUDKIN P, ROE LS, NEIL HAW. Effects of fruit and vegetable consumption on plasma antioxidant concentrations and blood pressure: a randomised controlled trial.; 359(8): 1969-74. The Lancet 2002.

JOSEPHSON M, LAGERSTROM M, HAGBERG M, HJELMEW. Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period. Occup Environ Med 1997;54:681-5.

Junior HVL, Ésther AB. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. RAE - Revista de Administração de Empresas. 2001; 41(3): 20-30.

Kac, Gilbeto; Meléndez, GV. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S4-S5, 2003.

LEBRÃO, ML. O Envelhecimento no Brasil: Aspectos da Transição Demográfica e Epidemiológica. Saúde coletiva, bimestral, año/vol 4, n. 17. Editora Bolina, pg 135-140. São Paulo- Brasil.

LEITE P. C.; SILVA A.; MERIGHI, M. A. B. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo, 41, n. 2, p. 287-91, 2007.

LEITE, P.F. *Aptidão física, esporte e saúde*. 3ª ed. São Paulo: Robe, 2000.

LEITE, Patricia Campos; SILVA, Arlete. Morbidade referida em trabalhadores de enfermagem. Cienc. Cuid. Saude, 2007. Jan/Mar;6(1):95-102.

LESSA I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998.

LYRA R; OLIVEIRA M; LINS D; CAVALCANTI N. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. Arq Bras Endocrinol Metab. 2006; 50(2): 239-49.

LOBIONDO-WOOD G, HABER J. Desenhos não experimentais. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p.110-121.

LOTUFO P.A. Why Brazil does not have an outbreak of chronic diseases: lessons from cardiovascular diseases? Ci. Saúde Col. 2004; 9(4): 841-50.

MACÊDO, Maria Lúcia Azevedo Ferreira De. *Trabalho Noturno em Saúde: história de mulheres trabalhadoras de enfermagem*. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências de Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal, RN, 2006.

MADIGAN, E.A. Evidence $\frac{3}{4}$ based practice in home health care: a springboard for discussion. Home Health Care Nurse, v. 16, n. 6, p. 411-415, 1998.

MAIA, CO., GOLDMEIER, S., MORAES, MA., BOAZ, MR., AZZOLIN, K. Fatores de Risco Modificáveis para Doença Arterial Coronariana nos Trabalhadores de Enfermagem. Acta Paul Enferm, 2007; 20 (2): 138-42. Porto Alegre (RS).

MALCON, M.C.; MENEZES, AM et al. Prevalência e Fatores de Risco para Tabagismo em Adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. Revista Panamericana de Saúde Pública. V.13, n.4, 2002, p. 222-228.

MARZIALE, M. H. P. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade de assistência de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 1, Maio. 2001. Editorial.

MARTINS, CA., MONTEIRO, OO., BARBOSA, DA., BETTENCOURT, ARC. Prevalência de Diabetes Mellitus autorreferida entre trabalhadores de enfermagem. Acta Paul Enferm, 2010; 23 (5): 632-9. Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP- São Paulo (SP), Brasil.

MATSUDO, SM et al. Nível de Atividade Física da População do Estado de São Paulo: análise de acordo com gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. Revista Brasileira de Ciência e Movimento. V.10, nº 4, outubro, 2001.

MATIAS, WB. Alguns fatores de risco a saúde e doenças crônicas não transmissíveis. Revista Digital - Buenos Aires - Ano 15 - Nº 146 - Julio de 2010. <http://www.efdeportes.com>

MALTA DC, CEZARIO AC, MOURA L, MORAES NETO OL, SILVA JUNIOR, JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do

Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e serviços de saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, 2006 set; 15(3): 47-65.

MATHERS, C.; LONCAR, D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2022 to 2030. *Plos Medicine*, v. 3, n. 11, e442, 2011-2030, 2006.

MENDES, R. Patologia do trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MEIRELLES, B.H.S. A enfermagem frente aos riscos do ambiente hospitalar. *Cogitare Enfermagem*. Curitiba, v.2, n.1, p. 21-24, 1997.

MENDONÇA, C.P.; ANJOS, L.A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Vol. 23. Num. 3. 2004. Rio de Janeiro. p. 698-709.

MININE, VIVIAN ALINE; BAPTISTA, PATRICIA CAMPOS PAVAN; FELLI VANDA ELISA ANDRES. Cargas Psíquicas e Processos de Desgastes em Trabalhadores de Enfermagem de Hospitais Universitários Brasileiros. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 19(2): [09 telas]; mar-abr, 2011. WWW.eerp.usp.br/rlae.

MUFORUSE NT; MARZIALE MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Ver. Latin-Am. Enfermagem*; v.13; n.3. Ribeirão Preto. Mai/jun. 2005.

NANCHAHAL K, ASHTON WD. Alcohol consumption metabolic cardiovascular risk factors and hypertension in women. *Int. J Epidemiol*. 2000; 29: 57-64.

NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3ª ed. Londrina: Midiograf, 2003. 278 p.

NEUMANN, VERA NILDA. Qualidade de Vida no Trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar. Dissertação de Mestrado em enfermagem . Escola de enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte – MG. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *The World Health Reporter 2002-Reducing Ricks, Promoting Healthy Life*. Geneva, 2002.

_____. *Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital*. Geneva, 2005.

_____. *Relatório da OMS/ Situação Global Álcool e Saúde*. Geneva, 2011.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Dia mundial da segurança e saúde no trabalho. 2004 [on line]. Disponível: <http://www.ilo.org/safework>

PIRES, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2ª ed. São Paulo: AnnaBlume/CNTSS; 2008.

PITTA, A. Hospital, dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **Hospital:** dor e morte como ofício. 5. ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003.1998 p.

PITANGA, F.J.G. *Teste, medidas e avaliações em educação física e esportes*. 3ª ed. São Paulo: Phorte, 2004.

POMPEO, D.A; ROSSI, L.A; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta. Paul. Enferm. 2009; 22(4):434-8.

POLIT D; BECK C (2006) *Essentials of Nursing Care: Methods, Appraisal and Utilization*. 6th. edn. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.

POLETTI, N.A. O cuidado de enfermagem a pacientes portadores de feridas crônicas. A busca para melhor evidência para a pratica. Dissertação de Mestrado da Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2000.

QUANDO o trabalho Adoece. Contribuição de Revista Psicologia: Ciência e Profissão, Ano 4 - n° 5. Dezembro de 2007.

RADÜNZ, V. Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, e a convivência com a afinidade e a inevitabilidade do Burnout. Tese (Doutorado em Enfermagem) - 140 p. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

_____. **Cuidando e se cuidando**. Goiânia: AB, 1998. 80 p.

Relatório de Recursos Humanos do Hospital Pronto Socorro Municipal de Belém Humbert Maradei Pereira (HMP)2010.Belém-Pará.

SANDHI MB, PINHEIRO ARO, SICHIERI R, MONTEIRO CA, FILHO MB, SCHIMIDT MI. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde 2005; 14:41-68.

SAQUIS, LEILA MARIA MANSANO. O Monitoramento do Trabalhador de Saúde após Exposição a Fluidos Biológicos. Tese de doutorado em enfermagem. Universidade da USP. São Paulo, 2007.

SILVA, D.M.P.P.da; MARZIALE, M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. Rev. latino-am. enfermagem. Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, outubro 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. I Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus. Editora. Diagraphic, Rio de Janeiro, 154 pg., 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre Diabetes. Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus II. 2002.

SCUSSOLIN, T.R.; NAVARRO, A.C.; Musculação, uma alternativa válida no tratamento da obesidade. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. Vol. 1. Num. 6. 2007. São Paulo. p. 74-83.

STETLER CB; MORSE D; RUCKI S; BROUGHTON S; CORRIGAN B; FITZGERALD J; et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. Appl Nurs Res. 1998Nov; 11(4):195-206.

TEIXEIRA, Rosário De Campos. Enfermeiros com doenças crônicas: as relações com o adoecimento, à prevenção de agravos e o processo de trabalho. Dissertação de Mestrado em Enfermagem- Prática Profissional de Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 104f. 2007.

TEIXEIRA, R. C.; MANTOVANI, M. F. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. Rev. esc. enferm. USP, v. 43, n. 2, São Paulo, June 2009.

REINERS, AAO., COSTA, ALRC., ARRUDA, ALGA., COSTA, LMFC., NOGUEIRA, MS. Hipertensão Arterial: Perfil de Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Universitário. Texto & Contexto Enfermagem, Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal, jan-mar, año/vol.13, número 001. Florianópolis – SC – Brasil, 2004.

VARELA, A.L.; QUINTANS, C.C.; TRANQUEIRA, A.P.M.; GASPAROTTO, R.; ISAAC, I.A.S.; ESTRELA, R.A.M.; COSTA, F.M.C.B.; CAMPOS, A.A.M.S. Programa de emagrecimento para mulheres obesas envolvendo variáveis nutricionais, psicológicas e exercício físico. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. Vol. 1. Num. 6. 2007. São Paulo. p. 12-27.

VILARINHO, RMF; LISBOA, MTL. Diabetes Mellitus: fatores de risco em trabalhadores de enfermagem. Estudo desenvolvido no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, localizado no Município do Rio de Janeiro.» [Veja na Scielo](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)Acesso via Scielo

WORLD HEALTH ORGANIZATION. About Global Alcohol. Database (on line). 2002. Available on <URL: http://www3.who.sis/alcohol/alcohol_aboutus.cfm?path=whosis_alcohol_alcohol_about&language=English (2011 Nov 25).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Food and Agricultural Organization of the United Nations. Expert report on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization/Food and Agricultural Organization of the United Nations; 2003. WHO Technical Report Series916.

WORLD CANCER FUND-AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. Food, nutrition and the prevention of cancer: A global perspective. Washington; 1997.

ANEXO – A

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS BIBLIOGRÁFICOS

1. DADOS REFERENTES AOS ARTIGOS

1.1. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR:

1.1.1- NOME-----

1.1.2- TITULAÇÃO-----

1.1.3- PROFISSÃO-----

1.1.4- LOCAL DE ATUAÇÃO-----

1.2. TÍTULO DO TRABALHO-----

1.3. PERIÓDICO-----

ANO----- VOLUME----- NÚMERO----- PÁGINAS-----

2. INDEX/ VEÍCULO DE DIVULGAÇÃO

() MEDILINE

() LILACS

() SCIELO

() OUTROS:

3. LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

() BIBLIOTECA VIRTUAL DA SAÚDE

() BIBLIOTECA DA UNIVERSIDADE DO PARÁ

() ACERVOS PARTICULARES

4. OBJETIVO DO ESTUDO

5. IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO

6. IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

7. TIPO DE ESTUDO/ METODOLOGIA

NÃO EXPERIMENTAL

DESCRITIVO TRANSVERSAL INQUÉRITO

RETROSPECTIVO

PROSPECTIVO COORTE COM VARIÁVEIS DEPEND.

COM VARIÁVEIS INDEPEND.

CASO CONTROLE

QUASE EXPERIMENTAL PRÉ E PÓS TESTE

GRUPO CONTROLE

EXPERIMENTAL GRUPO CONTROLE

GRUPO RANDOMIZADO

PÓS TESTE

PRÉ TESTE E PÓS TESTE

TRABALHOS TEÓRICOS RELATOS DE EXPERIÊNCIA

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

OUTROS

8. VARIÁVEIS ESTUDADAS

9. DESCRITORES SOBRE FATORES DE RISCOS PARA DCNT APRESENTADOS
PELO(A) AUTOR (ES) -----

10. IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO CITADOS

11. RESULTADOS/CONCLUSÕES

12. RECOMENDAÇÕES
