UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – PPGISC

JOSÉ RONALDO VASCONCELOS NUNES

A SAÚDE DO(A) CUIDADOR(A): UM ESTUDO COM ENFERMEIROS(AS) DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE RECIFE

Recife

2013

JOSÉ RONALDO VASCONCELOS NUNES

A SAÚDE DO(A) CUIDADOR(A): UM ESTUDO COM ENFERMEIROS(AS) DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE RECIFE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Doutor Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo.

Recife

2013

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

N972s Nunes, José Ronaldo Vasconcelos.
A saúde do(a) cuidador(a): um estuto com enfermeiros(as) de um hospital público de Recife / José Ronaldo Vasconcelos Nunes . – Recife: O autor, 2013.
113 f.: il.; gráf.; 30 cm.

Orientador: Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva, 2013.
Inclui referências e apêndices.

1. Fatores socioeconômicos. 2. Nível de saúde. 3. Recursos humanos de enfermagem no hospital. 4. Comportamentos saudáveis. I. Santo, Antonio Carlos Gomes do Espírito (Orientador). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2013-161)

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRANDO(A)

JOSÉ RONALDO VASCONCELOS NUNES

No dia 20 de maio de 2013, às 14h, no auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a) Membro Interno, Kátia Rejane de Medeiros (Doutor(a) do Departamento de Saúde Coletiva do FIOCRUZ/CPqAM) Membro Externo e Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o (a) mestrando(a) José Ronaldo Vasconcelos Nunes, sobre a sua Dissertação intitulada: ***"A Saúde da Cuidadora: um estudo com enfermeiras de um hospital público de Recife"***. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra _____

Prof. Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo _____

Profa. Dra. Kátia Rejane de Medeiros _____

_____

Profa. Dra. ***Adriana Falangola Benjamin Bezerra***

_____

Profa. Dr. ***Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo***

_____

Profa. ***Kátia Rejane de Medeiros***

À Fábia Vasconcelos, minha amorosa esposa e companheira no exercício de compartilhar sonhos.

Às minhas filhas Lorena e Luísa como exemplo para que nunca se rendam aos limites que tolhem o conhecimento. Estarei sempre perto de vocês para ajudá-las na jornada de conhecer a vida, "...podem voar, que eu sou a outra asa de vocês".

À Profª. Luci Praciano de Lima (*in memoriam*), seus ensinamentos e seu exemplo de vida dedicado ao ideário do movimento sanitarista e à prática competente de planejar e executar na saúde pública seguirá comigo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Luz Suprema que me guia.

À minha esposa e filhas pelos muitos momentos em que estive ausente e mesmo assim fui digno de compreensão. Obrigado pela nossa união e pelo amor compartilhado.

Ao meu orientador, Prof. Antonio Carlos, pelo exemplo de sensibilidade, competência, profissionalismo e dedicação. Sou eternamente grato pelos momentos de aprendizado.

Aos meus familiares (pais e irmãos), embora estejam distante, acompanham-me em pensamentos, por tudo de bom que já me fizeram.

Aos colegas do mestrado (PPGISC-UFPE): Lívia, Luísa, Manuela Gabriel, Emília, Suely, Manuela Aquino, Carla, Cynthia, Cláudia, Juliana, Gustavo, Elizandra, Natália e Lorena, pelo conhecimento compartilhado e pela amizade. Sinto-me privilegiado por fazer parte deste grupo.

Aos professores Djalma Agripino, Adriana Falangola, Antonio Carlos, Heloísa Morais e a todo o corpo docente do mestrado (PPGISC-UFPE) por oportunizarem conhecimentos e métodos que me permitem compreender a saúde coletiva com um olhar mais crítico e competente.

À Coordenação de Enfermagem do Hospital Getúlio Vargas (HGV), através das enfermeiras Mauricéia Dutra e Valéria de Melo, por estarem sempre disponíveis para contribuir com as demandas necessárias à realização da coleta de dados.

Aos (Às) enfermeiros(as) do HGV que me acolheram de forma atenciosa e se colocaram à disposição para realização desta pesquisa.

Aos colegas da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC-UPE), pelo apoio e compreensão nos muitos momentos que precisei direcionar as minhas atenções para as atividades do mestrado.

A Moreira, Carlos, Manoel e Rodrigo, funcionários do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC-UFPE) e do Departamento de Medicina Social (DMS-CCS-UFPE) por toda contribuição em oferecer infra-estrutura necessária ao aprendizado.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

NUNES, J. R. V. *A saúde do(a) cuidador(a): um estudo com enfermeiros(as) de um hospital público de Recife* [dissertação de mestrado]. Recife: Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva (PPGISC – UFPE), 2013.

A enfermagem tem sido nos últimos anos, um segmento profissional com importante expansão de sua empregabilidade. A cidade do Recife apresenta significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tornando-se um cenário propício para o desenvolvimento de estudos que tenham os(as) enfermeiros(as) como objeto. O mercado de trabalho ampliado não necessariamente significa um propulsor de qualidade de vida para esta população. O objetivo deste estudo é descrever as condições de saúde dos(as) enfermeiros(as) envolvidos(as) no serviço hospitalar. Através de um levantamento de campo foram entrevistados(as) 81 enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 76,4% do total de profissionais que preenchiam os critérios de inclusão. Trata-se de um estudo transversal, no qual as fontes de evidência que pautam o conhecimento das condições de saúde são às informações sócio-demográficas, a morbidade referida, a disponibilidade e utilização de serviços de saúde e o estilo de vida. Os resultados demonstram que a população é composta em sua maioria por mulheres (93,8%) casados(as) (58,0%), sendo a média de idade de 42,5 anos. A maior parte (79,0%) possui mais de um vínculo empregatício, sendo a média de rendimentos mensais de pouco mais de 7 salários mínimos e a carga horária semanal de trabalho de 65,3 horas. Apesar de possuírem, pela sua formação, conhecimentos privilegiados sobre comportamento saudável e terem disponibilidade de serviços de saúde (95% são beneficiários(as) de planos de saúde) e utilizá-los, os(as) enfermeiros(as) entrevistados(as) possuem condições de saúde desfavoráveis. Em relação ao estado nutricional, 53% encontram-se com sobrepeso ou obesidade. O levantamento da morbidade referida mostra que 53% da amostra é portadora de pelo menos 1 doença crônica. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus aparecem com as maiores prevalências em toda a casuística, 27,7% e 12,4%, respectivamente. Entre as doenças agudas referidas, destacam-se as doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho respiratório, sugerindo que possa existir relação entre estas e os riscos ocupacionais inerentes à profissão. O estilo de vida dos(as) enfermeiros(as), que foi analisado através de comportamentos relacionados à nutrição, atividade física, atitudes preventivas, relacionamento social e controle do estresse, mostra-se desfavorável, representando riscos para o surgimento de doenças e redução da qualidade de vida. As condições de saúde da amostra descritas na pesquisa encontram-se fora do padrão observado na população em geral. De forma que, podem evidenciar um comprometimento da saúde destes(as) profissionais.

PALAVRAS CHAVE: Fatores socioeconômicos. Nível de saúde. Recursos humanos de enfermagem no hospital. Comportamentos saudáveis.

ABSTRACT

NUNES, J. R. V. *The caregiver's health:* a study with nurses from a public hospital of Recife [Master degree dissertation]. Recife: Collective Health Post-Graduation Program (PPGISC – UFPE), 2013.

Nursing has been, over the years, an important professional segment with expansion and employability. The city of Recife in Brazil has a significant labor market to health professionals, becoming a perfect scenario to the development of studies, whose nurses are focused on. The growth of labor market doesn't bring, necessarily, the development of life quality. This papers goal is to describe the health condition of nurses working on Recife's hospital services. By field survey, it has been interviewed 81 nurses from a public hospital of Recife, 76.4% of those professionals who match the survey criteria. This work is a transversal study, in which the sources of evidence that build up the knowledge on health conditions are based on socio-demographic information, morbidity, availability and utilization of health services and lifestyle. The results show that population is composed, in a major part, by married (58.0%) women (93.8%), and the average age is 42.5 years old. The major part of the interviewed (79.0%) possesses more than one employment, earns an average of a bit more than 7 minimum wages and has a workload of 65.3 hours per week. In spite of them having specific knowledge about healthy practices – by their graduation - and having health services available for them and their family (95% of them have health insurance) and often use the services, the nurses interviewed in this work presented a bad health condition. In relation to their nutritional condition, 53% were overweighted or presented morbid obesity. The morbidity assessment shows that 53% of survey sample have at least one chronic disease. Diabetes mellitus and arterial systemic hypertension are the most frequent cases in this work, 27.7% and 12.4%, respectively. Among these referred acute diseases, it is highlighted infectious, parasitic and respiratory system diseases, suggesting that may exist a relation between those illnesses and the occupational risks inherent in nursing. Lifestyle of nurses has been analyzed by their behaviors and practices related to nutrition, physical activity, preventive action, social relationship and stress control. Lifestyle is shown adverse, bringing risks of appearing sicknesses and reduction of life quality. Health conditions of the sample described in research are nonstandard, different from general population. Concluding, it can be noticed an impairment of health on nursing professionals.

KEYWORDS: Socioeconomic factors. Health status. Nursing staff, hospital. Health behavior.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos ambientes de trabalho dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 47

Tabela 2 – Relação entre a renda líquida mensal e a carga horária semanal dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 52

Tabela 3 – Relação entre o estado civil e o percentual de participação na renda familiar dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 54

Tabela 4 – Média, mediana e desvio padrão do número de horas semanais dedicadas às atividades extra-laborais pelos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 55

Tabela 5 – Relação entre estado nutricional e faixa etária dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 57

Tabela 6 – Distribuição dos(as) entrevistados(as) segundo o tipo de assistência de saúde disponível, 2012 59

Tabela 7 – Distribuição dos(as) entrevistados(as) segundo o tipo de serviços de saúde utilizado nos últimos 12 meses, 2012 61

Tabela 8 – Relação entre o número de registros de doenças crônicas e a faixa etária dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 62

Tabela 9 – Relação entre presença de doenças crônicas e anos de trabalho entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 63

Tabela 10 – Distribuição das doenças crônicas referidas pelos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 67

Tabela 11 – Distribuição das doenças agudas referidas pelos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 69

Tabela 12 – Distribuição segundo quartis dos escores do PEVI, dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 71

Tabela 13 – Médias dos escores de todas as afirmações do PEVI expressos pelos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 73

Tabela 14 – Distribuição do comportamento referente à nutrição dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 73

Tabela 15 – Distribuição do comportamento referente à atividade física dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 76

Tabela 16 – Distribuição do comportamento referente ao *comportamento preventivo* dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 80

Tabela 17 – Distribuição do comportamento referente ao relacionamento social dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 82

Tabela 18 – Distribuição do comportamento referente ao controle do estresse dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pentáculo do Bem Estar (PBE) 39

Figura 2 – Distribuição dos intervalos de idade dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 45

Figura 3 – Distribuição da freqüência absoluta dos(as) enfermeiros(as), segundo o estado civil, 2012 46

Figura 4 – Distribuição da freqüência absoluta dos(as) enfermeiros(as), segundo a quantidade de vínculos empregatícios, 2012 46

Figura 5 – Distribuição dos(as) enfermeiros(as) que possuem dependentes financeiros segundo o número de dependentes, 2012 48

Figura 6 – Relação entre o estado civil e a existência de dependentes financeiros entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 49

Figura 7 – Distribuição da frequência relativa dos(as) enfermeiros(as) segundo a participação na renda familiar, 2012 53

Figura 8 – Representação pictorial do pentáculo do bem-estar referente ao estilo de vida dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 72

Figura 9 – Distribuição dos percentuais relativos ao *componente nutrição* entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 75

Figura 10 – Distribuição dos escores relacionados à prática de atividades físicas entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 77

Figura 11 – Distribuição dos percentuais relativos ao *componente atividade física* entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 78

Figura 12 – Distribuição dos percentuais relativos ao componente *comportamento preventivo* entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 81

Figura 13 – Distribuição dos percentuais relativos ao componente *relacionamento social* entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 84

Figura 14 – Distribuição dos percentuais relativos ao componente *controle do estresse* entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012 87

LISTA DE SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGV	Hospital Getúlio Vargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Pentáculo do Bem-estar
PEVI	Perfil do Estilo de Vida Individual
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
RMR	Região Metropolitana do Recife
SASSEPE	Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Pernambuco
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 13

1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MERCADO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM RECIFE 13

1.2 SAÚDE DO(A) ENFERMEIRO(A) TRABALHADOR(A) DE HOSPITAL COMO OBJETO DE ESTUDO 14

2 OBJETIVOS 17

2.1 OBJETIVO GERAL 17

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 17

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 18

3.1 ENFERMAGEM E O SEU PROCESSO DE TRABALHO 18

3.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE 21

3.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE 22

3.4 ESTILO DE VIDA 24

4 CONSTRUTO METODOLÓGICO 31

4.1 TIPO DE ESTUDO 31

4.2 BASE ESPACIAL DA PESQUISA E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES 32

4.3 DELINEAMENTO AMOSTRAL 33

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA 34

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 39

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 41

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 42

6.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICA 42

6.2 ESTADO NUTRICIONAL 54

6.3 DISPONIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 56

6.4 MORBIDADE REFERIDA 59

6.5 ESTILO DE VIDA 68

7 CONCLUSÕES 87

REFERÊNCIAS 92

APÊNDICES 101

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 101

LISTA DE ATIVIDADES REALIZADAS FORA DO AMBIENTE DE TRABALHO 110

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 111

1 INTRODUÇÃO

Esta sessão da dissertação apresenta o tema desenvolvido na pesquisa em questão, justificando sua escolha. É dividida em 2 tópicos, no primeiro, a realidade do mercado de trabalho da enfermagem em Recife é evidenciada como justificativa. No segundo tópico, consideram-se as condições de saúde dos profissionais que trabalham em ambiente hospitalar.

1.1 Considerações sobre o mercado de trabalho da enfermagem em Recife

A cidade do Recife tornou-se uma cidade propícia para o desenvolvimento de estudos sobre a prática da enfermagem, pois, tem como característica o grande número de unidades de saúde na sua rede pública e privada e, como consequência disso, a instalação e ampliação dos serviços de diagnóstico e tratamentos específicos, que utilizam variadas tecnologias, para a retaguarda e para o desenvolvimento desta rede. Morais, em tese de doutorado, mostra que ao final da década de 1990, o Recife já possuía um número de estabelecimentos públicos de saúde com internação superior às outras capitais brasileiras de população equivalente[1].

Na Região Metropolitana do Recife (RMR), esse fato tem sido ampliado com a recente construção de 3 grandes unidades hospitalares nos últimos anos, pelo governo estadual. Em um levantamento realizado nos sites das Secretarias de Saúde dos Estados que possuem capitais com um número aproximado de habitantes da capital pernambucana (Goiás, Pará, Paraná e Rio Grande do Sul), é possível perceber que a quantidade de hospitais da rede estadual em Recife é elevada. Diante do exposto,

constitui-se em uma cidade/região com grande empregabilidade para os(as) profissionais de enfermagem.

O fato do mercado de trabalho para a enfermagem ter sido ampliado de forma progressiva nas últimas décadas, não apenas em Pernambuco, mas em todo o Brasil é entendido como fator de relevância social deste estudo. O referido fenômeno reflete na ampliação do número de cursos de graduação em enfermagem e das vagas oferecidas nestes cursos. Entre os anos de 1991 e 2004, houve um incremento de 291,5% na oferta de cursos de graduação em enfermagem, no Brasil[2].

Nos últimos 10 anos, o Estado de Pernambuco experimenta um momento considerável de expansão econômica, que abrange a RMR como núcleo principal deste processo, essa mudança favorecerá uma demanda por serviços qualificados e por força de trabalho saudável.

Considerando que na prestação de serviços em saúde, o(a) enfermeiro(a) tem no ato do cuidar sua característica essencial, seu estado de saúde é condição fundamental para que possa ofertar à clientela uma assistência digna e resolutiva.

1.2 A saúde do(a) enfermeiro(a) trabalhador(a) de hospital como objeto de estudo

O objeto de estudo desta pesquisa, com uma abordagem específica sobre os(as) enfermeiros(as) que trabalham na assistência e no gerenciamento hospitalar, contribui para que se compreendam as relações de adoecimento destes(as) profissionais, que possuem demandas completamente distintas em relação àqueles(as) que prestam assistência na atenção primária. Uma questão importante em relação a esta

diferenciação, diz respeito à autonomia do(a) enfermeiro(a) para o exercício de suas atividades, que é reduzida na estrutura de trabalho hospitalar[3].

A organização do trabalho no hospital segue modelos clássicos que cultuam a rigidez e o controle, processos que implicam em considerável carga de estresse para o(a) trabalhador(a), com restrição dos espaços para negociação e expressão da sua subjetividade[4]. Além disso, esse modelo de organização do trabalho nos hospitais leva a uma fragmentação na lógica da execução dos serviços de enfermagem, evidenciada através da burocratização, da delegação aos profissionais de nível médio dos cuidados diretos aos pacientes e da subordinação à normatividade médica[5].

As condições de saúde encontram-se diretamente relacionadas às condições de vida dos indivíduos e dos grupos populacionais. Essa compreensão está evidenciada em estudos sobre determinantes sociais de saúde[6] e acha-se presente já nas primeiras formulações dos conceitos estruturadores da promoção da saúde[7]. Encontram-se inseridas, nas referidas bases conceituais, fatores de ordem comportamental e cultural que podem influenciar a ocorrência de adoecimento e a qualidade de vida das pessoas.

O presente estudo tem como objeto as condições de saúde de enfermeiros(as) que trabalham em ambiente hospitalar. Esta profissão é compreendida nos dias atuais como sendo a de maior empregabilidade na área da saúde. Junto à medicina, constitui-se em uma das profissões essenciais a qualquer sistema de saúde, caracterizando-se como um trabalho de utilidade pública e de valor social inquestionável[8]. Os(As) trabalhadores(as) de enfermagem, além de compartilhar os perfis de adoecimento e morte da população em geral, encontram-se submetidos(as) aos determinantes de morbidade peculiares à sua inserção no mercado de trabalho. A dinâmica laboral, agregada às condições de vida dos(as) enfermeiros(as) que prestam serviços dentro dos hospitais, lidando diretamente com o sofrimento dos pacientes e familiares e com

condições de trabalho nem sempre favoráveis, pode caracterizar-se como condicionante de adoecimento e como empecilho às práticas de promoção da saúde.

Várias pesquisas[5,9,10,11,12,13,14], em sua maioria, inseridas na linha de estudo da saúde do trabalhador, corroboram para o entendimento de que o trabalho em enfermagem é promotor de danos à saúde. Na busca de avaliar as condições de saúde destes(as) profissionais, tais trabalhos se utilizam de várias fontes de evidência e estratégias metodológicas, como, morbidade referida, *survey*, estudos do absenteísmo e outras que consideram os riscos inerentes à profissão, as condições em que o trabalho é exercido e são voltados quase sempre para morbidades específicas, como a síndrome do *burnout*, o diabetes mellitus (DM), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e as doenças osteomusculares. A literatura científica ressente-se do restrito acervo de conhecimento sobre as condições de saúde dos(as) enfermeiros(as) que extrapole a compreensão costumeira da saúde ocupacional[15].

O presente estudo busca encontrar elementos pautados nos conceitos da promoção da saúde para caracterizar as condições de saúde dos(as) enfermeiros(as) que trabalham em um hospital público de Recife, usando como fontes de evidência: as condições sócio-econômicas, o estado nutricional, a morbidade referida, a disponibilidade e utilização de serviços de saúde e o estilo de vida destes(as) profissionais.

Nos estudos que fazem referência às condições de saúde e ao adoecimento destes(as) trabalhadoras é abordada, via de regra, a situação da equipe de enfermagem como um todo, deixando de individualizar a categoria dos(as) enfermeiros(as), que na verdade, estão submetidos(as) a diferentes níveis de estresse e de riscos à saúde, além de apresentarem outro padrão de condições de vida e de consumo.

2 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo têm a pretensão de demonstrar de forma clara e suscita a finalidade do trabalho desenvolvido, especificando os aspectos que nortearam a elaboração do formulário de pesquisa e a discussão referente aos resultados obtidos.

2.1 Objetivo Geral

Descrever as condições de saúde das enfermeiras que trabalham em um hospital público de Recife.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Caracterizar o perfil sócio-demográfico da população estudada.

2.2.2 Identificar a morbidade referida e a disponibilidade e utilização de serviços de saúde desta população.

2.2.3 Mensurar os estilos de vida das enfermeiras.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica apresenta um aprofundamento no conteúdo científico relacionado ao objeto de pesquisa, evidenciando os conceitos que foram escolhidos pelo autor, para proporcionar a compreensão de condições de saúde, trabalhada no estudo e exposta no instrumento de pesquisa utilizado (Pentáculo do Bem Estar – PBE).

3.1 Enfermagem e o seu processo de trabalho

A enfermagem é uma profissão cuja essência e especificidade é o cuidado à saúde do ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde. É praticada por equipe de profissionais com diferentes níveis de formação (enfermeiros(as), técnicos(as) e auxiliares de enfermagem), coordenados(as) pelo(a) enfermeiro(a). Responsabiliza-se pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando assistência de saúde, seja coordenando a prestação desta assistência ou promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde[16].

No ambiente hospitalar, a enfermagem caracteriza-se pela prestação da assistência contínua ao paciente, o que exige longas jornadas de trabalho, caracterizadas por turnos ininterruptos de 12 horas de serviço, inclusive à noite, finais de semana e feriados. O trabalho do(a) enfermeiro(a) envolve ainda, atribuições gerenciais que exigem conhecimentos e competências que o(a) habilitam para participar dos processos decisórios e para assumir papel relevante no direcionamento das políticas administrativas e de recursos humanos dentro das instituições de saúde[17].

Desde seu surgimento, a enfermagem está associada à concepção de caridade e de devoção, sendo praticada primordialmente por pessoas vinculadas às ordens religiosas, ou por leigos que estavam interessados em servir ao próximo como ideal cristão. Nesse contexto histórico, foram imprimidas marcas que perduram até os dias atuais, forjando-se representações sociais ligadas à subserviência e ao sacrifício[18]. A institucionalização da prática da enfermagem surgiu a partir do século XIX, saindo do âmbito familiar, privado, doméstico e monástico para se inserir na esfera pública, com a organização do setor saúde e das práticas médicas. Fundamenta-se, a partir daí, no conhecimento científico e adquire o mesmo caráter de racionalidade e tecnologia que passou a dominar toda a esfera produtiva da sociedade[16].

Entretanto, pelo fato de sua essência ser o cuidado, não pode prescindir de seus aspectos afetivos, da sensibilidade e da intersubjetividade, peculiaridades da sua prática cotidiana[16]. Com a intensificação da participação feminina no mercado de trabalho no Brasil, durante a segunda metade do século XX, as mulheres buscaram carreiras que se aproximassem das características femininas. Assim, a saída de casa deu-se através de profissões tais como enfermagem e magistério, onde a mulher aparece com funções de cuidado e ensino remetidas ao universo doméstico[19].

Em relação aos aspectos do exercício desta profissão, é necessário compreender que a organização do trabalho da enfermagem reflete o modo como os demais profissionais de saúde desempenham seus afazeres quanto aos tempos, movimentos e objetos necessários à assistência, já que a prática da enfermagem fornece inclusive, a base para a atividade laboral destes[20]. Esse comportamento é observado não apenas no hospital, o ambiente laboral no qual os(as) enfermeiros(as) envolvidos(as) na presente pesquisa estão inseridos(as), mas também em outros serviços da área, como os da atenção primária em saúde. Além disso, Gelbcke *et al.*, reforçam a compreensão da existência de 2 processos gerenciais na composição da organização do trabalho em

enfermagem; sendo um de caráter organizacional, o "cuidado indireto"; e o outro de características assistenciais, chamado de cuidado terapêutico[4]. Estas mesmas autoras referem vários estudos que apontam a referida organização do trabalho como determinante de sofrimento psíquico, vislumbrando a existência de outros componentes, como os baixos salários, a carga horária exaustiva, a limitação de recursos humanos e o ambiente insalubre.

Nos dias de hoje, observa-se que o processo de trabalho está se transformando de forma significativa, alterando a modalidade de inserção dos trabalhadores, os vínculos de trabalho, a forma de remuneração e muito fortemente o modo de trabalhar, privilegiando a competitividade e a individualização. As unidades assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentam o grave problema da precarização do trabalho em áreas essenciais que deveriam estar estruturadas por profissionais de carreira qualificados[8]. A insegurança gerada pelo medo do desemprego faz com que os(as) enfermeiros(as) se submetam a regimes e contratos de trabalho precários, percebendo baixos salários e arriscando a saúde e a vida em ambientes insalubres e de alto risco[21].

O avanço da instituição hospitalar dentro da lógica do mercado capitalista proporciona ao trabalho da enfermagem uma condição geradora de tensões. Dentro dos hospitais as relações de trabalho dos profissionais de enfermagem são submetidas a regras hierarquizadas e nem sempre democráticas. Para Agudelo[3],...

> *...existe una división técnica del trabajo, que opera verticalmente, a partir de la redistribución de tareas entre personas de diferentes niveles de calificación, que genera una importante demanda de personal auxiliar por menos costoso para um sector de carências seculares. Este fenómeno tiene mayor presencia en enfermería, donde existen al menos tres niveles jerárquicos entre: profesionales, auxiliares y ayudantes de enfermería, o atendente como se les llama em algunos países. En todo trabajo institucional se debe atender a la normatización de las actividades, la racionalización del uso de instrumentos de trabajo, el establecimiento de vías institucionales de cooperación entre el grupo o equipo de trabajo. Allí se ubican resistencias de los profesionales y técnicos para someterse a normas capaces de interferir com su autonomia.*
>
> *En relación a la labor ejercida por los trabajadores de la salud, el trabajo médico posee la máxima autonomia y ejerce gran poder institucional. Los profesionales de enfermería realizan las coordinaciones com las áreas de apoyo y viabilizan el cumplimiento de normas y rutinas en los servicios, situación que puede generar conflictos intergrupales. Estos cruces de poderes dificultan la mayoría de las veces la convivência, la tolerância, el ejercicio*

> *de la democracia y el respeto de los derechos de los enfermos y demás usuarios de estos servicios.*

Silva, Padilha & Borenstein ilustram a restrita condição de autonomia da categoria de enfermagem no ambiente da saúde, quando afirmam que as atividades efetivas desenvolvidas pelas categorias de médicos(as) e enfermeiros(as) revelam a subordinação do trabalho de enfermagem à normatividade médica e as expectativas dos(as) enfermeiros(as) por uma divisão técnica e social do trabalho mais justa. Esta realidade é um motivo de tensão a mais instalada no cotidiano de trabalho do(a) enfermeiro(a)[22].

Considere-se ainda que o rotineiro desarranjo entre as atividades laborais de enfermagem prescritas e as reais condições de trabalho ofertadas à categoria, induz à necessidade de um contínuo processo de adaptação entre trabalho e trabalhador(a), para que a assistência prestada ao usuário seja de qualidade aceitável e o(a) profissional desempenhe as atividades sem prejuízo acentuado de suas condições de saúde.

3.2 Condições de saúde

As condições de saúde podem ser definidas como sendo as circunstâncias na saúde das pessoas, sejam doenças ou não, que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos serviços de saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas. O que determina a forma de convivência com as condições de saúde é o modelo de compreensão se episódico, reativo e feito com foco nas doenças e na queixa-conduta, ou se contínuo, proativo e realizado com foco nas pessoas e nas famílias por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano

elaborado não apenas pelas autoridades sanitárias e serviços de saúde, mas também pelos usuários[25].

A condição de saúde é determinada por meios objetivos e subjetivos. Como meios objetivos são utilizados neste estudo o estado nutricional, a disponibilidade de serviços de saúde e a carga horária de trabalho, por exemplo. Já os meios que permitem à influência das percepções culturais e emocionais, como a morbidade referida e a compreensão sobre estilo de vida, são meios subjetivos[26] que determinam a condição de saúde dos(as) entrevistados(as).

3.3 Promoção da saúde

A promoção da saúde é utilizada como base conceitual para descrever as condições de saúde dos(as) enfermeiros(as) no presente estudo, vislumbrando uma percepção individual e coletiva deste objeto capaz de apontar um caminho teórico que contribua para a busca de melhorias da qualidade de vida destes(as) profissionais e de constituir-se em ferramenta para o planejamento e gestão dos recursos humanos da enfermagem.

Para Gutierrez *et al*., a promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e condições de vida, a nível individual e coletivo[23]. A compreensão ampliada e positiva da saúde é decorrente do entendimento de suas

determinações sociais, econômicas, políticas e culturais, que vão além da herança genética, da biologia humana e dos fatores ambientais mais imediatos. Bases mais sólidas de evidências foram demonstrando que existe uma forte relação entre os estilos de vida das pessoas, sua posição social e econômica, suas condições de vida e seu estado de saúde[24]. A promoção da saúde busca a transformação dos processos individuais de tomada de decisão no sentido de serem predominantemente favoráveis à qualidade de vida; orientando o conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar[23].

Segundo Ferreira & Magalhães, é possível afirmar que os primeiros autores que fizeram referência ao conceito de promoção da saúde foram Winslow e Sigerist, relacionando o conceito às condições de vida da população. Posteriormente, Leavell & Clark, no seu modelo da história natural da doença, utilizaram o termo para descrever uma estratégia utilizada no nível primário de atenção e prevenção da saúde. Por ser muito difundida nos estudos relacionados à saúde coletiva e epidemiologia, essa compreensão ficou presente na teorização acerca dos processos de saúde, ainda que sujeita a críticas. Se o termo promoção da saúde é algo compreendido como recente, algumas idéias presentes no seu conceito permeiam o campo da saúde pública há algum tempo. Talvez as formulações teóricas relacionadas à medicina social do século XIX, já tinham aproximação com as idéias sobre promoção da saúde, através dos escritos de Villermé, na França e de Chadwick, na Inglaterra[7].

A valorização do conceito em pauta surge como resposta à crescente medicalização, à baixa eficácia dos serviços de saúde e aos altos custos do setor[7]. Como proposta política, emerge na década de 1970 em países desenvolvidos, com destaque para o Canadá, através da divulgação do *Informe Lalonde* (*A New Perspective on the Health of Canadians*), no ano de 1974[7]. O referido documento, que colocou a promoção da saúde na perspectiva do planejamento estratégico, visava, sobretudo, o

enfrentamento dos altos custos com a assistência médica no país e obteve significativo impacto, propiciando o desdobramento destas idéias em todo o mundo. Seus conceitos e práticas foram disseminados em alguns eventos históricos, como a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde e a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizadas respectivamente nas cidades de Alma-Ata, na Índia, e Ottawa, no Canadá, em 1978 e 1986. No Brasil, este movimento ideológico foi destaque na década de 1980, servindo como fundamento para o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, que ofertou as bases para o surgimento do SUS[7]. Nas compreensões contidas no arcabouço teórico tanto da promoção da saúde quanto dos determinantes sociais da saúde, o estilo de vida tem um destaque considerável.

3.4 Estilo de vida

Embora exista, desde o final do século XX, um movimento mundial de busca por uma vida com qualidade, estando esta diretamente relacionada com o estilo de vida que representa uma possibilidade de viver de forma saudável, a divulgação desta temática pode estar pautada dentro de uma lógica política não reflexiva que faz com que um grande número de pessoas ainda demonstre desinteresse em adquirir hábitos saudáveis. A aquisição destes comportamentos está diretamente relacionada com o contexto em que as pessoas se acham inseridas[32]. Algumas práticas ditas favoráveis à percepção individual de saúde dependem das suas condições de vida[33].

O estilo de vida corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes e valores das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida dos indivíduos[34]. Gonçalves & Vilarta caracterizam estilo de vida como os hábitos aprendidos e adotados durante toda a vida, relacionados com a

realidade familiar, ambiental e social, resultando da integração de diversos fatores que compõe a existência humana[33]. De fato, vários autores concordam que diversos hábitos influenciam o estilo de vida das pessoas e das coletividades e consequentemente, as ações realizadas em seu meio.

No entanto, vale ressaltar que é um imenso desafio propor que pessoas inseridas em algumas condições materiais adversas, dentro de processos culturais e educacionais distintos, modifiquem e se mantenham dentro de uma nova condição de prática de hábitos saudáveis. Para Lessa, o estilo de vida inclui hábitos e comportamentos auto-determinados, adquiridos social ou culturalmente, de modo individual ou em grupos, sugere ainda que, quando se trata de estilo de vida pressupõe-se que o indivíduo tem controle sobre suas ações, e que estas podem ser prejudiciais ou benéficas à saúde[35].

O estilo de vida representa um dos principais fatores direta ou indiretamente associados ao aparecimento das chamadas "doenças da civilização", principalmente as doenças cardiovasculares[36]. Estudos longitudinais têm demonstrado uma íntima relação do estilo de vida com o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e com a longevidade, apontando que os bons hábitos de saúde sugerem um aumento de vida em média de 11 anos entre os homens e 7 anos entre as mulheres. Os fatores de risco modificáveis que mais contribuem para este quadro que preocupa a saúde pública mundial são obesidade, altos níveis de colesterolemia, hipertensão arterial, tabagismo e alcoolismo. A melhor forma de atacar o problema é com prevenção, por meio de mudanças de comportamento (estilo de vida), principalmente hábitos alimentares saudáveis; atividades físicas habituais e controle do tabagismo[36].

Dentre os vários elementos que possibilitam a compreensão do estilo de vida, são enfatizados no presente estudo os comportamentos relacionados à nutrição,

atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse.

3.4.1 Nutrição

A nutrição é consignada na Declaração Universal dos Direitos Humanos[7], sendo requisito básico para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania. A Declaração de Adelaide, documento produzido na II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1988, na Austrália, destacou como uma das áreas prioritárias para a promoção da saúde: alimentação e nutrição. A eliminação da má nutrição e dos agravos relacionados ao excesso de peso foi considerada meta essencial para a melhoria da qualidade de vida das coletividades[7].

No Brasil, inúmeros são os desafios encontrados para que a população alcance um nível ótimo de nutrição. A complexidade dos problemas alimentares, advindos da transição nutricional em curso no país, tem imposto reformulações urgentes ao setor, a fim de responder às novas demandas alimentares. A transição nutricional pode ser conceituada como um fenômeno no qual ocorrem mudanças nos padrões de distribuição dos problemas alimentares de uma população. Na atualidade, refere-se à passagem da desnutrição para a obesidade[7].

A composição inadequada da dieta constitui um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. O consumo elevado de frutas e hortaliças (verduras e legumes) associa-se à redução do risco de doenças cardiovasculares e da mortalidade geral[37].

Além da percepção sobre alguns hábitos alimentares presente de forma freqüente em inquéritos sobre nutrição em populações, o conhecimento do estado nutricional, verificado através do Índice de Massa Corporal (IMC), constitui importante informação sobre as condições de saúde. Estas sofrem influências negativas representadas pela obesidade e sobrepeso, aspectos do estado nutricional que tem a ver com o estilo de vida das pessoas. O estado nutricional indica o grau em que as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo atingidas, para manutenção da composição e funções adequadas do organismo[38]. A obesidade é um dos fatores que estão relacionados à morte por câncer em países de baixa e média renda. Nos Estados Unidos e Europa, estima-se que a expectativa de vida poderia se reduzir em 5 anos nas próximas décadas se os níveis de obesidades atuais continuarem crescendo conforme os padrões atualmente vigentes; nessas condições, prevê-se que 1 em cada 4 pessoas nascidas, hoje, poderá desenvolver diabetes ao longo de sua vida. No mundo, 2,6 milhões de pessoas morrem por problemas de sobrepeso ou obesidade[7].

3.4.2 Atividade Física

Existe uma expressiva associação entre estilo de vida ativo e uma menor possibilidade de morte e melhor qualidade de vida. A atividade física previne eficazmente a ocorrência de eventos cardíacos, reduz a incidência de acidente vascular cerebral, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabete mellitus (DM) do tipo 2, cânceres de cólon e mama, fraturas osteoporóticas, doença vesicular, obesidade, depressão e ansiedade, além de retardarem a mortalidade[39]. Considerando a alta prevalência do sedentarismo aliada ao significativo risco referente às doenças crônico-degenerativas, o aumento da atividade física de uma população influencia na qualidade da saúde da

coletividade, minimizando custos com tratamentos, inclusive hospitalares, o que reflete seus consideráveis benefícios sociais[39].

Sobre as recomendações para prática de atividade física, Duca *et al.* referem existir algumas divergências com relação a freqüência semanal mínima necessária[40]. A literatura sugere a prática de 150 minutos por semana de atividades moderadas, outros propõem que indivíduos adultos e idosos devam acumular, por semana (5 dias ou mais), 30 minutos de atividade física moderada, equivalente a uma caminhada rápida, perfazendo assim um gasto calórico de aproximadamente 1.000Kcal, identificado como ponto a partir do qual pode-se observar benefício para a saúde. Essa proposta se adéqua ao significativo contingente da população que se encontra em situação de sedentarismo. Sendo que os praticantes de exercício físico aptos a desenvolver carga com maior gasto calórico, como por exemplo, os praticantes da corrida e do futebol, não precisam limitar suas práticas as recomendações referidas acima[26].

3.4.3 Comportamento preventivo

A compreensão sobre prevenção na saúde coletiva possui a especificidade de comportar conhecimentos para evitar o surgimento das doenças. Embora seja um conceito que tem limitação na sua abrangência em relação ao de promoção da saúde, constitui-se como um importante elemento para ser utilizado de forma consciente pelos indivíduos que buscam melhorias na qualidade de vida. São exemplos de comportamentos preventivos, o uso do cinto de segurança e a forma defensiva de dirigir, não fumar e a ingestão moderada de bebidas alcoólicas[26].

O uso do cinto de segurança e a forma defensiva de dirigir, observando as regras e leis fundamentais de trânsito e não dirigindo veículos automotivos após a ingestão de

bebidas alcoólicas, representam atitudes que diminuem a possibilidade de ocorrência de acidentes graves, muitas vezes fatais. O comportamento antitabagismo pode diminuir o risco de morte prematura por diversas doenças, como cânceres e doenças cardiovasculares. A ingestão moderada (ou abstinência) no consumo de bebidas alcoólicas pode influenciar na redução dos riscos de doenças hepáticas, cânceres, problemas sociais e comportamentais[26]. Outros comportamentos habituais podem interferir positivamente na prevenção do adoecimento, a saber, uso de protetor solar, uso de preservativo (camisinha), observação de princípios ergonômicos, uso de equipamentos de segurança no trabalho e não usar drogas ilícitas[26].

3.4.4 Relacionamento social

O relacionamento do indivíduo consigo mesmo, com as pessoas a sua volta e com a natureza representa um dos componentes fundamentais do bem-estar espiritual e, por conseqüência, da qualidade de vida dos indivíduos. A vida humana, por natureza é assentada em relacionamentos com outras pessoas, o que contribui para se ter um estilo de vida digno[41].

Existem registros na literatura que identificam os relacionamentos interpessoais como benéficos à saúde. Relacionamentos pessoais ou mais próximos – por exemplo, com familiares, amigos, comunitários e parceiros românticos – atenuam a solidão e proporcionam bem-estar subjetivo, tendo, portanto, papel importante na felicidade pessoal e na promoção da saúde[41].

Quando existe a possibilidade desses relacionamentos constituírem parte do lazer do individuo, através de um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para desenvolver sua formação

desinteressada, sua participação social voluntária, ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais, amplia-se a melhoria da qualidade de vida[42].

3.4.5 Controle do estresse

As primeiras definições de estresse surgiram na década de 1950, com a descrição da síndrome de adaptação geral, como estado no qual, vários sistemas do organismo se desviam de suas condições normais de repouso, por agente inespecífico, que determina o aparecimento do estresse através da ativação de uma cadeia de reações devido à liberação de catecolaminas e glicocorticóides[43]. O estresse acabou se tornando um dos grandes males dos tempos atuais e faz parte da vida de todo ser humano, em diferentes proporções. As constantes mudanças da vida moderna exigem do indivíduo adaptações físicas, mentais e sociais. Essa mudança forçada e a necessidade de se adaptar acabam levando o indivíduo ao estresse, que muitas vezes se torna patológico[14].

O estresse ocupacional na área da saúde está associado a situações específicas como problemas de relacionamento, ambigüidade e conflito de funções, dupla jornada de trabalho, pressões exercidas pelos superiores de acordo com a percepção do indivíduo e alterações que sofre dentro do contexto de sua atividade. Essas situações podem ser fontes importantes de estresse[43].

Entre várias estratégias para evitar a situação do estresse, o ser humano deve buscar harmonia e equilíbrio, tanto nos relacionamentos com seus pares como no relacionamento consigo mesmo. Ao menos por 5 minutos, a cada dia as pessoas devem se ater a questões interiores, buscando práticas relaxantes[41].

4 CONSTRUTO METODOLÓGICO

Compõem a sessão do construto metodológico os seguintes itens: tipo de estudo, base espacial da pesquisa e caracterização dos(as) participantes, delineamento amostral, instrumentos e procedimentos de coleta e processamento e análises de dados.

4.1 Tipo de estudo

O estudo acha-se enquadrado na modalidade levantamento de campo, no qual dados primários foram coletados através de formulários de entrevista. Configura-se como sendo de abordagem quantitativa, baseada em uma amostra representativa do universo pesquisado, inferindo-se os resultados a partir de medidas e testes estatísticos. Constituiu-se numa pesquisa do tipo aplicada, uma vez que possibilita a utilização direta dos seus achados como suporte à discussão, elaboração e revisão de políticas e programas voltados para o desenvolvimento dos recursos humanos da saúde. Caracteriza-se como de natureza descritiva na medida em que apresenta a freqüência e a distribuição das variáveis elencadas, buscando estabelecer relações entre elas. Sem se propor a estabelecer um nexo rigoroso de causa e efeito, o que haveria de requerer um desenho que incluísse a formação de grupos controle. Trata-se, por fim, de um estudo seccional, caracterizado por uma única observação feita em um dado momento, sem a pretensão de se estabelecer um seguimento[44].

4.2 Base espacial da pesquisa e caracterização dos(as) participantes

O campo de pesquisa foi o Hospital Getúlio Vargas (HGV), localizado no bairro do Cordeiro, na cidade do Recife. Trata-se de uma unidade da rede estadual de saúde; que segundo informações da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), relativas ao ano de 2012, possui 300 leitos para internamento, 17 salas no centro cirúrgico e 31 leitos de UTI. O HGV é referência em ortopedia e possui uma emergência geral que chega a realizar 10.000 atendimentos mensais e 800 cirurgias[45]. Além de ser um hospital de grande porte, e pertencer à rede própria da SES-PE, o HGV encontra-se sob administração direta do serviço público.

O corpo de enfermagem do HGV possui profissionais de diferentes vínculos institucionais. Existem profissionais de enfermagem que pertencem ao quadro do Ministério da Saúde (MS) e outros(as) que são vinculados(as) a SES-PE, sejam na condição de estatutários(as) ou contratados(as) de forma temporária.

A escolha do HGV como campo de pesquisa se deu pela dimensão da unidade, que ocupa um considerável número de enfermeiros(as), além do fato do pesquisador já ter desenvolvido atividades profissionais naquela instituição, o que importava em uma base anterior de conhecimento acerca do serviço, além de facilitar o processo de anuência da direção e a disponibilidade do corpo de enfermagem no fornecimento das informações.

O levantamento buscou interrogar todos(as) os(as) profissionais que exercem a função de enfermeiro(a) no HGV, seja nas atividades de assistência terapêutica hospitalar ou na gestão e administração, sendo observada a exclusão daqueles(as) que

estivessem gozando férias ou licença (médica, maternidade ou prêmio), durante o período de coleta de dados.

4.3 Delineamento amostral

Para levantar o número de enfermeiros(as) da referida unidade hospitalar foi inicialmente requerido à Coordenação de Enfermagem uma listagem que contivesse a relação de todos(as) os(as) profissionais lotados(as) nos diferentes setores do hospital. Foram identificados(as) 126 enfermeiros(as), distribuídos(as) nos setores de emergência, gerência ou administração, UTI, ambulatório e bloco cirúrgico. Levando em consideração que 9 enfermeiros(as) possuem duplo vínculo na instituição, o número apresentado ficou muito próximo ao quantitativo de 134, que foi obtido via consulta prévia ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)[46]. Desta listagem foram excluídos(as) 4 enfermeiros(as) que se achavam em gozo de férias, 5 em licença maternidade, 4 em licença prêmio e 8 em licença médica, totalizando 21 afastamentos. Outros(as) 24 deixaram de ser entrevistados(as) pelo fato de não terem sido encontrados(as) no serviço ou por não apresentarem disponibilidade de tempo para responder ao entrevistador durante as visitas para coleta de dados, feitas em diferentes horários e dias da semana. Ao final, foram realizadas entrevistas com 81 enfermeiros(as), o que representou 64,3% da população total e 77,1% da população elegível que era formada por 105 profissionais, alcançando portanto, um tamanho amostral que respeitava um intervalo de confiança de 95%, para uma prevalência estimada de 50%.

4.4 Instrumentos e procedimentos de coleta

As entrevistas para coleta de dados foram realizadas mediante a aplicação de 2 instrumentos (apêndice I), sendo um deles representado por um formulário, contendo 4 blocos de perguntas elaboradas pelo pesquisador sobre condições sócio-demográficas, morbidade referida, estado nutricional e disponibilidade e utilização de serviços de saúde. Sobre a forma de coletar dados da morbidade presente no grupo estudado, utilizou-se a morbidade referida, com ênfase na percepção sobre doenças crônicas e agudas. Esta estratégia metodológica começou a ser utilizada, na década de 1920, nos países industrializados e a partir da década de 1950, nos países em desenvolvimento[27]. São caracterizados por inquéritos populacionais para a descrição da morbidade sentida ou expressa pelas pessoas. Estes estudos apresentam características próprias, como coleta de dados feita por pessoal não especializado, ausência do exame clínico na entrevista e identificação da morbidade através dos relatos da população, e não por meio de critérios clínicos, o que os diferencia de outros estudos de morbidade[28].

A utilização de dados de morbidade e mortalidade de diferentes fontes representa uma importante estratégia indicada para avaliar a situação de saúde[29], viabilizando o estudo das demandas por serviços, o conhecimento das condições da população estudada, a avaliação das políticas de saúde, além de auxiliar em novas propostas em saúde pública[30].

Existem evidências do poder deste método para cobrir várias dimensões da saúde, pois ao expor sobre suas compreensões, os indivíduos desenvolvem implicitamente um processo de ponderação destas dimensões[28]. Lebrão afirma que a percepção individual da saúde mostra-se importante por si, independentemente da presença objetiva de alguma doença[28]. Relatar a morbidade referida significa tentar

descobrir o componente submerso do processo saúde-doença – "a morbidade percebida" ou "sentida" ou ainda "reprimida", sem acesso aos serviços, possibilitando assim a análise da determinação social deste processo subsidiando, por fim, o planejamento de cuidados de saúde, em diferentes níveis geográficos e administrativos[31]. Sobre a morbidade referida, os(as) entrevistados(as) informaram sua situação em relação as doenças crônicas e as doenças agudas.

Para compreensão dos termos doenças crônicas e agudas utilizados no presente estudo, foram considerados as reflexões sobre condições crônicas e condições agudas de saúde, apresentadas por Mendes[25]. De acordo com aquele autor, as doenças crônicas têm um período de duração mais ou menos longo, superior a 3 meses, sendo que algumas tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente, com início e evolução lenta. De forma usual, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e fisiológicos. Ao contrário das doenças agudas nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as doenças crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso: doença crônica leva a tensão muscular, que leva a dor, que leva ao estresse e ansiedade, que leva a problemas emocionais, que leva a depressão, que leva a fadiga que realimenta a condição crônica. Por outro lado, as doenças crônicas podem apresentar períodos de agudização, muitas vezes causados pelo mau manejo das condições crônicas. Por exemplo, manifestações de emergências hipertensivas[25].

A presença de uma doença crônica pode representar contínua ameaça tanto para a própria pessoa, quanto para os que estão próximos a ela, pois essa condição afeta sua vida como um todo, altera dramaticamente seu cotidiano, interfere de formas diferentes no estilo de vida das pessoas e pode interromper ou dificultar a sua inserção produtiva na sociedade e diminuir o seu acesso aos bens de consumo[12].

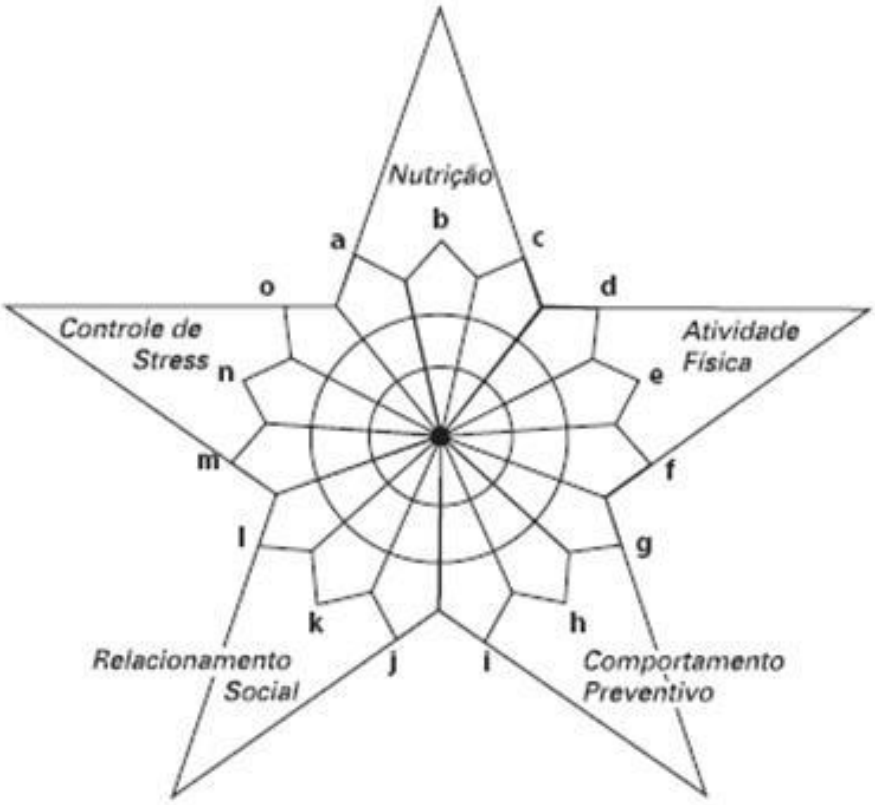
As doenças agudas em geral apresentam um curso inferior a 3 meses de duração e tendem a se autolimitar. As manifestações transmissíveis, a condição infecciosa e o curso curto são características das doenças agudas. Já as causas externas, como os traumas também são compreendidas como condições agudas de saúde. As doenças infecciosas de curso longo, como tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS são consideradas crônicas. As doenças agudas, em geral, iniciam-se repentinamente; apresentam uma causa simples, são de curta duração; e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias. O ciclo típico de um adoecimento agudo é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar melhor. Muitas doenças agudas podem evoluir para doenças crônicas, como certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes[25].

Para a coleta dos dados sobre estilo de vida foi utilizado o Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI). Este instrumento gera informações para o preenchimento do Pentáculo do Bem Estar (PBE) e é composto por 15 itens divididos igualmente entre 5 componentes (nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse). O método foi idealizado pelos pesquisadores Markus Nahas, Mauro de Barros e Vanessa Francalacci, do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde – NuPAF/UFSC[34], que consideraram como componentes pressupostos importantes para a qualidade de vida.

O instrumento citado pode ser interpretado individual ou coletivamente, considerando os escores médios para um determinado grupo ou indivíduo. Escores correspondentes ao nível 3 são sempre desejados, no entanto, níveis 0 (zero) indicam que o indivíduo ou grupo deve ser orientado a programar mudanças de comportamentos. Níveis 1 e 2 demandam apenas pequenos ajustes nos valores e nos hábitos. Porém, a

idéia geral é que o grupo ou indivíduo reconheça positivamente a necessidade de incrementar ou afastar um comportamento habitual, recebendo informações e optando por oportunidades que possa levá-lo a uma vida com mais qualidade[34]. O PBE é uma demonstração gráfica (figura 1) dos resultados obtidos através do referido método que é representado por uma figura no formato de estrela de cinco pontas, com intuito de facilitar a visualização dos seguimentos mensurados[47].

Figura 1 - Pentáculo do Bem Estar (PBE)



FONTE: http://www.sbafs.org.br/_artigos/248.pdf. Acesso em: 14/04/2013.

Em um estudo realizado por Both *et al*., com uma população de professores de educação física, para validação do PEVI, os resultados encontrados apontaram que a

escala do referido instrumento possui medidas psicométricas razoáveis e, portanto confiáveis para avaliar o estilo de vida[48].

Um pré-teste do formulário de entrevista foi aplicado a um grupo de 10 enfermeiras do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC – UPE), unidade de saúde pública, também de alta complexidade e de grande porte, igualmente localizada na RMR. As observações acrescentadas para ampliar e/ou aprofundar a análise sobre o objeto, o tempo da entrevista e os principais pontos que geraram dúvidas entre as entrevistadas foram considerados no processo de revisão e formatação definitiva do instrumento. A estrutura do PEVI e sua aplicação não sofreram modificações.

As entrevistas e a aplicação do PEVI aconteceram nos setores de trabalho dos(as) enfermeiros(as), durante os plantões, entre os dias 20 de novembro e 19 de dezembro de 2012, sendo providenciado um ambiente que assegurasse a privacidade e a individualidade do processo de coleta. O pesquisador foi o único responsável pela atividade de coleta de dados.

Algumas estratégias foram observadas para possibilitar mais clareza aos entrevistados(as) e para reduzir possíveis distorções na análise dos dados. Em relação às condições sócio-demográficas, especificamente sobre o tempo utilizado pelos(as) entrevistados(as) fora do ambiente de trabalho, foi apresentada uma lista de atividades habituais para cada segmento considerado no estudo (apêndice II) para que tivessem condições de estabelecer uma mensuração aproximada das horas semanais despendidas com cuidados do lar e com a prática de atividades sociais.

A classificação do estado nutricional foi realizada a partir do valor bruto do IMC; calculado de acordo com a fórmula proposta por Lambert Quételet e disseminada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)[49]. Desse modo, o peso foi dividido pelo quadrado da altura do indivíduo, tendo a expressão Kg/m^2 como unidade de medida. São

definidos três pontos de corte para o indicador IMC (valores de IMC de 18,5; 25,0 e 30,0), o que permite a seguinte classificação:

- Valores de IMC abaixo de 18,5: adulto com baixo peso;
- Valores de IMC maior ou igual a 18,5 e menor que 25,0: adulto com peso adequado (eutrófico);
- Valores de IMC maior ou igual a 25,0 e menor que 30,0: adulto com sobrepeso;
- Valores de IMC maior ou igual a 30,0: adulto com obesidade[50].

A obtenção das medidas de peso e altura para o cálculo do IMC se deu através das informações auto-referidas pelos(as) entrevistados(as). Esta estratégia pode levantar questionamentos sobre alguns aspectos metodológicos como, por exemplo, o intervalo de tempo da realização das últimas medições (principalmente em relação ao peso), as possíveis variações destes intervalos entre os(as) componentes da amostra e a precisão com que estas medições foram realizadas. Apesar destas limitações, optou-se por utilizar esta estratégia tendo em vista a sua utilização por outros autores, a exemplo de Oliveira *et al*., que estudaram 65 adultos, no município de Salvador (BA), em 2006, no qual o IMC auto-referido mostrou-se válido para ser utilizado na classificação antropométrica populacional[51].

Também foi utilizado o diário de pesquisa como fonte complementar de registros, durante a análise dos dados.

4.5 Processamento e análise dos dados

Todos os formulários, após revisão, foram processados utilizando o programa Epi-Info, versão 3.5.3. O programa Excel 2007 foi utilizado para construção de tabelas e

gráficos. O referido banco de dados ficou armazenado no computador pessoal do pesquisador, e em HD externo e estará sob sua guarda pelo prazo mínimo de 5 anos.

Na tabulação das informações de morbidade referida foi utilizada a lista da Classificação Internacional de Doenças (CID)[52], produzindo-se os necessários ajustes face à dificuldade de enquadramento de certas informações fornecidas pelos(as) entrevistados(as), situação freqüente quando se aplica esta estratégia metodológica.

Para análise das variáveis foram utilizadas, dependendo do caso, média e mediana como medidas de tendência central e desvio padrão e quartis como medidas de dispersão. Os dados relacionados ao estilo de vida dos(as) enfermeiros(as) foram categorizados seguindo a proposta de análise definida pelos autores do PEVI.

Com o intuito de estabelecer comparabilidade foi realizada pesquisa bibliográfica para a identificação de estudos voltados para as condições de vida e de saúde dos trabalhadores de enfermagem, utilizando-se como argumento de busca as expressões *enfermeiros*, *saúde do trabalhador*, *estilo de vida*, *atividade física*, *comportamento preventivo*, *condições de saúde*, *absenteísmo*, *profissionais de enfermagem*, *morbidade* e *relacionamento social*. Recorreu-se a biblioteca da Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde (LILACS) e dos portais de teses e dissertações DEDALUS (Universidade de São Paulo), efetuando-se uma varredura das pesquisas vindas a público nos últimos 7 anos.

Planilhas eletrônicas foram construídas e analisadas por um profissional estatístico com a utilização do programa *SPSS* e o *R*. Após a análise descritiva das variáveis individualmente, foram geradas as padronizações das variáveis para que fosse possível realizar as análises de associação. Por existir nas tabelas construídas um número considerável de caselas com valores pequenos, optou-se em utilizar o teste exato de Fisher.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No que tange às questões éticas, a pesquisa não apresentou riscos físicos, sociais ou legais aos(às) participantes e os dados foram analisados somente de forma agregada, sem individualizações. Após a obtenção da anuência por parte da direção do hospital, o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco (CCS-UFPE), através do parecer consubstanciado Nº 142.809, de 07/11/2012. Nas diversas etapas da pesquisa, foi seguida a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece diretrizes e normas reguladoras de pesquisa, envolvendo seres humanos. Para obter a anuência dos(as) profissionais na participação voluntária da pesquisa, utilizou-se o TCLE (apêndice III), que foi assinado em duas vias, ficando em seu poder uma via e a outra com o pesquisador. Foi realizada explicação completa e pormenorizada sobre a natureza do estudo, justificativa, objetivo, métodos e benefícios previstos. Prestaram-se esclarecimentos sobre a possibilidade dos(as) participantes retirarem-se da pesquisa, em qualquer momento, antes da realização ou durante o seu desenvolvimento, sem prejuízo ou perda de qualquer benefício que pudessem ter adquirido. Foi também garantido o direito de serem informados(as) sobre os resultados finais do estudo e, para tanto, cada enfermeiro(a) que expressou esse interesse foi orientado(a) a repassar seu e-mail ao pesquisador.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

São apresentados a seguir os resultados obtidos na pesquisa acompanhados da discussão.

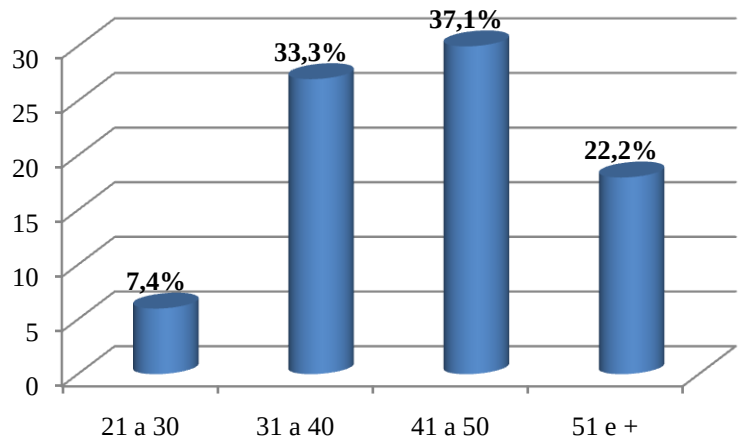
6.1 Caracterização sócio-demográfica

A maioria absoluta dos(as) integrantes da amostra (93,8%) é do sexo feminino, sendo este um achado que reflete um perfil demográfico de ocorrência quase universal encontrado entre as profissionais de enfermagem, explicado pela história da profissão; influenciada que foi por determinantes de fundo religioso e sócio-cultural presentes desde a sua implantação no Brasil, até os dias atuais[53]. O pioneirismo da coordenação de cuidados em enfermagem, em todo o mundo, é atribuído às religiosas e às devotadas senhoras da sociedade[54]. Datados na década de 1920, a formação superior da enfermagem brasileira era ofertada exclusivamente para as "moças de boa família", sendo pautada no ideário religioso de servir a todos indistintamente. A profissão constituiu-se com o passar do tempo em um espaço propício para a inserção das mulheres no mercado de trabalho, conforme já discutido no capítulo referente ao marco teórico. Machado *et al.* afirmam que a expressiva presença feminina é uma característica forte em todo o setor saúde, porém, ultrapassa o percentual de 90% no caso específico da enfermagem[8].

A média de idade entre os(as) entrevistados(as) é de 42,5 anos, com variação de 23 a 57 anos, havendo predomínio da faixa etária de 41 a 50 anos (37,1%). Trata-se de uma força de trabalho madura, verificando-se que o percentual de enfermeiros(as) com

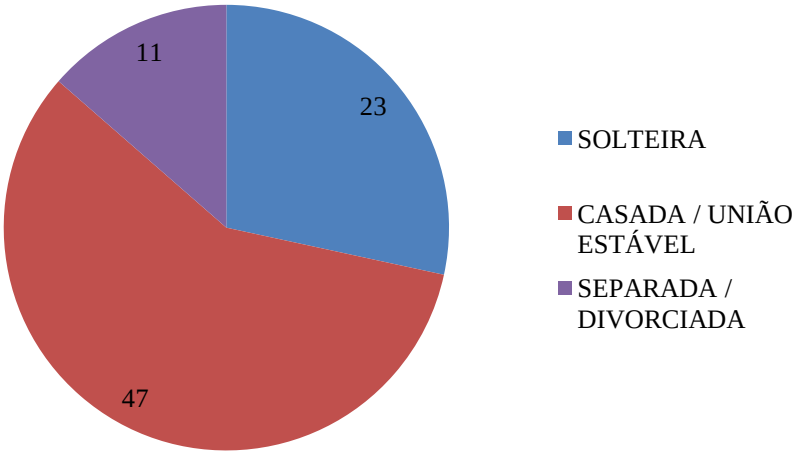
mais de 40 anos de idade é de 59,3%, enquanto que apenas 7,4% possui idade menor ou igual a 30 anos (figura 2). A falta de concurso público para profissionais de enfermagem nos últimos anos, em Pernambuco, pode responder pela baixa reposição desta mão de obra.

Figura 2 – Distribuição dos intervalos de idade dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.



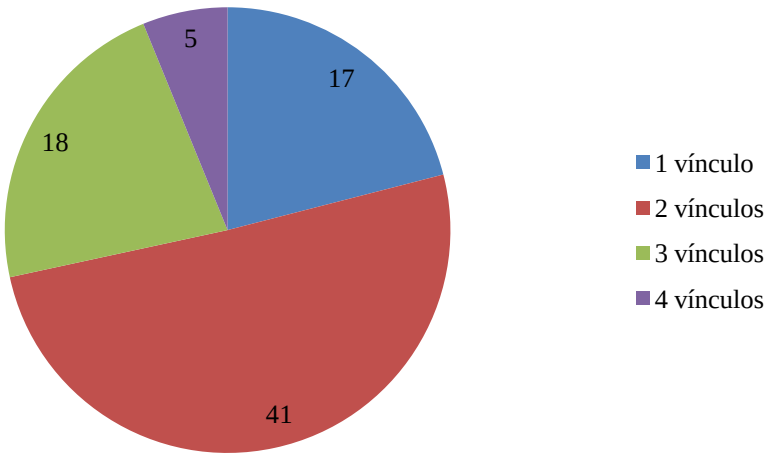
Em relação ao estado civil dos(as) entrevistados(as) (figura 3), o maior percentual é de casados(as) ou vivendo em união estável (58%). Logo após vêm os(as) solteiros(as) (28%) e em seguida os(as) separados(as) ou divorciados(as) (14%). Outros estudos mostram que é predominante a presença de profissionais casados(as) nas equipes de enfermagem. Ao estudarem fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga entre trabalhadores de enfermagem da Amazônia Ocidental, em 2008 e 2009, Vasconcelos *et al*. encontraram uma amostra com 51,4% de casados[55]. Teixeira & Mantovani, em um estudo sobre as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho entre enfermeiros portadores de doenças crônicas, realizado em Curitiba (PR), encontrou 60,9% de casados[12].

Figura 3 - Distribuição da freqüência absoluta dos(as) enfermeiros(as), segundo o estado civil, 2012.



Quanto à quantidade de vínculos empregatícios, verifica-se que 51% deles(as) possui 2 vínculos empregatícios em funções relacionadas ao exercício da enfermagem; 22% trabalham em 3 vínculos e 6% chegam a ocupar 4 empregos como profissional da referida área (figura 4).

Figura 4 – Distribuição da frequência dos(as) enfermeiros(as), segundo a quantidade de vínculos empregatícios, 2012.



Estes vários vínculos dos(as) enfermeiros(as) são desenvolvidos em diversos ambientes de trabalho que vão desde a assistência prestada dentro dos vários setores dos hospitais até as atividades relacionadas com outros serviços relacionados à saúde pública, como por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O principal ambiente de trabalho onde 57 enfermeiros(as) desempenham exercício profissional é a enfermaria, o setor fechado (UTI e bloco cirúrgico) é o local de trabalho de 38 deles(as), e 29 atuam no gerenciamento (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos ambientes de trabalho dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

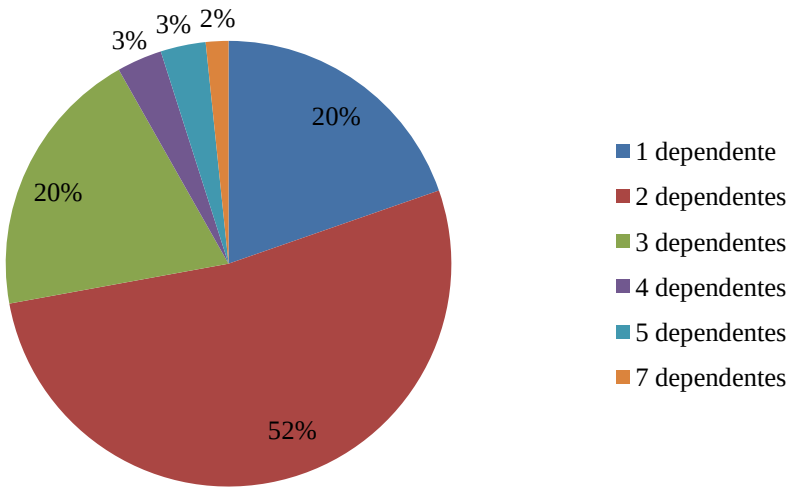
Ambiente de trabalho / Nº de vínculos	Enfermaria	Ambulatório	Setor fechado	Gerenciamento	Emergência	PSF	SAMU
1	5	0	2	10	0	0	0
2	28	8	18	12	9	4	3
3	17	1	14	6	8	7	1
4	7	0	4	1	3	5	0
TOTAL	**57**	**9**	**38**	**29**	**20**	**16**	**4**

O acúmulo de vínculos pelos(as) trabalhadores(as) de enfermagem é algo comum na categoria, Vilarinho & Lisboa, em um estudo com estes(as) profissionais, realizado no Rio de Janeiro (RJ), em 2003 e 2004, perceberam que 59% da amostra possuía 2 ou mais vínculos[15]. No presente estudo, verifica-se que 79% da amostra possui mais de 1 vínculo empregatício em enfermagem, sendo importante frisar que parte dos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as) exercem dupla jornada dentro do próprio hospital, seja pelo acúmulo de vínculos públicos ou por assumirem plantões extras. Esta realidade pode significar um fator desencadeador para o surgimento de problemas de saúde nesta população. Estudo sobre absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem de 3 hospitais públicos cariocas, realizado em 2006, mostrou que existe uma associação entre o número de empregos na enfermagem com o número de dias de ausência ao

trabalho motivado por doença (p = 0,05)[56]. Outro estudo realizado com 33 enfermeiros(as) de um hospital de oncologia pediátrica, em Campinas (SP), no ano de 2001, mostrou que 70,8% dos(as) enfermeiros(as) que mantém dupla jornada de trabalho apresentaram estresse[10].

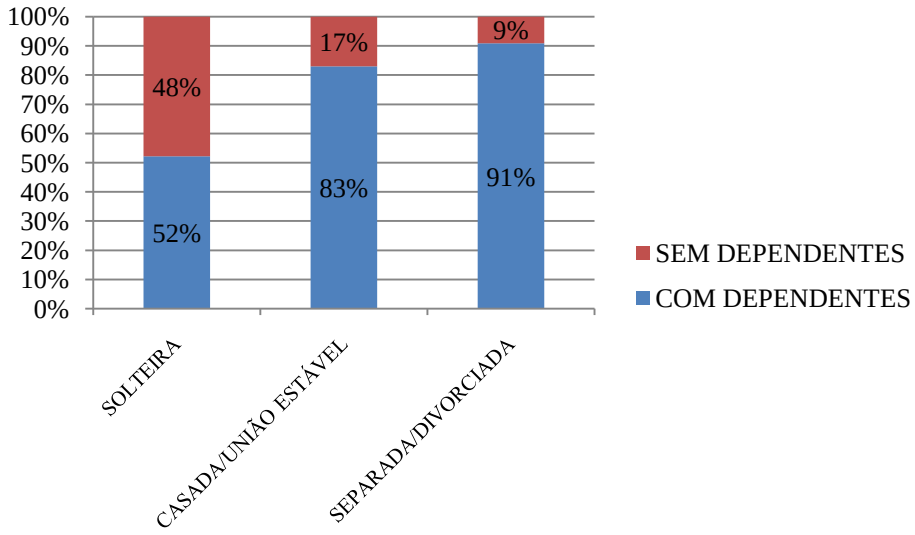
A presença de pessoas que dependem financeiramente dos seus rendimentos e os baixos salários podem ser fatores que levam os(as) profissionais de enfermagem a ter mais de 1 vínculo empregatício. Do total de enfermeiros(as) entrevistados(as), 75,3% possui dependentes financeiros. Entre estes(as), 52% tem 2 dependentes e aqueles(as) com 3 e mais dependentes totalizam 28% (figura 5).

Figura 5 – Distribuição das enfermeiros(as) que possuem dependentes financeiros segundo o número de dependentes, 2012.



Na figura 6, são expostos os percentuais dos(as) enfermeiros(as) que possuem dependentes financeiros, segundo o estado civil, chama a atenção o percentual de dependentes financeiros entre os(as) solteiros(as); bem como o fato de que 91% dos(as) que se identificaram como separados(as) se acharem na mesma situação.

Figura 6 – Relação entre o estado civil e a existência de dependentes financeiros entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.



Não foram encontrados na literatura consultada estudos que abordem a presença de dependentes financeiros entre enfermeiros(as). Supõe-se que a existência destes acarreta um aumento do comprometimento econômico do responsável. Grande proporção dos(as) enfermeiros(as) separados(as)/divorciados(as) encontra-se nesta condição, embora não tenha sido quantificada a proporção de entrevistados(as) que recebe do ex-cônjuge ajuda financeira ou suporte imaterial no cuidado com os dependentes. Mesmo entre os(as) casados(as), não se sabe em que medida o cônjuge participa na manutenção financeira ou no cuidado com os dependentes.

Os(As) enfermeiros(as) entrevistados(as) encontram-se vinculados(as) ao HGV, na condição de estatutários(as) (62%), ou de contratados(as) temporários(as) (38%), entre os(as) estatutários(as), uma parcela é composta por servidores(as) do MS, enquanto os(as) demais são vinculados(as) a SES/PE. Essa realidade cria três categorias de vínculo empregatício dentro do mesmo ambiente de trabalho com diferentes valores de remuneração no exercício de funções e cargas horárias similares. Algumas destes(as) profissionais ainda trabalham em plantões extras na escala do próprio hospital, sendo remunerados(as) por turno trabalhado. Alguns(mas) enfermeiros(as) estão

submetidos(as) à carga horária de 30 horas semanais, enquanto outros(as) trabalham 40 horas, sem que sejam observadas remunerações compatíveis com a diferença de carga horária. Essa realidade não é específica deste campo de estudo, sendo para alguns autores resultado da implantação pelo estado brasileiro, desde a década de 1980, de políticas neoliberais que têm como uma de suas características a intensificação do processo de precarização do trabalho, transformando-se em uma situação propensa ao adoecimento do trabalhador[57]. Em um estudo realizado por Souza *et al.*, com o objetivo de identificar o perfil de saúde dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade de média complexidade, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), no ano de 2010, foi observado que mais da metade (52%) dos profissionais eram contratados temporariamente. Estes mesmos autores ainda referem que os profissionais contratados, por receberem menores salários e não possuírem alguns dos direitos trabalhistas, sofrem precarização das suas condições de trabalho[18]. A co-existência de múltiplas modalidades contratuais proporciona salários muito diferentes e situações de garantia ou de ausência de direitos de proteção social, como assistência médica, estabilidade no emprego, aposentadoria e licenças. Compromete também aspectos subjetivos, como a satisfação e o prazer no trabalho e cria níveis diferenciados de exigência, além de aumentar a possibilidade de acontecer negligências e contribuir para as frustrações e para a redução de expectativas frente à realização profissional.

A média da renda líquida mensal referente às atividades de enfermagem desenvolvidas é de R$4.427,44. A mediana é R$4.300,00, sendo o menor rendimento mensal de R$1.360,00 e o maior de R$8.680,00. As entidades de classe da enfermagem vêm colocando em pauta a luta por um piso salarial de R$4.650,00. Esse valor desejado pela categoria é algo que se aproxima da média dos rendimentos mensais observada entre os(as) enfermeiros(as) deste estudo. A maioria, no entanto, precisa assumir 2 ou mais vínculos para alcançar este patamar de rendimentos. Considerando apenas o salário

mensal dos(as) entrevistados(as) relativo ao vínculo que desenvolvem no HGV, tem-se uma média de R$2.116,53. Fazendo uma comparação com o rendimento médio da categoria dos funcionários públicos e militares (R$3.223,60), de 6 regiões metropolitanas do Brasil, entre elas a RMR, relativo ao mês de janeiro de 2013[58], percebe-se que os rendimentos estão aquém daqueles auferidos pelos demais funcionários públicos. Com base nestas informações, pode-se afirmar que os salários recebidos pelos(as) entrevistados(as) são na maioria baixos, principalmente, entre aqueles(as) que estão contratados(as) de forma temporária. Quando é considerado apenas o vínculo desempenhado no HGV, observa-se a existência de remuneração em torno de R$1.300,00 e outras que se aproximam dos R$6.500,00, essa diferença salarial se dá entre profissionais que embora pertençam a órgãos ou vínculos distintos, exercem a mesma função dentro do mesmo ambiente de trabalho. As diferenças salariais observadas entre os(as) enfermeiros(as) proporcionam um elevado desvio padrão (R$1.671,78). A baixa remuneração, a necessidade de manutenção financeira dos dependentes e a participação significativa na renda da família seriam (segundo a literatura) fatores de desmotivação para o exercício profissional. Essa situação envolve os(as) enfermeiros(as) em uma confusa realidade, onde os(as) mesmos(as) são obrigados(as) a submeterem-se ao acúmulo de vínculos empregatícios e à excessiva carga horária de trabalho[15,8].

Na tabela 2 é possível constatar que mais da metade da amostra (53%) tem carga horária laboral acima de 60 horas por semana, sendo a média total de 65,3 horas (DP=22,3 horas). Um percentual considerável (13,6%) dos(as) enfermeiros(as) tem uma renda mensal de até 4 salários mínimos. Destes(as), mais da metade tem carga horária semanal acima de 30 horas, ou seja, acumulam mais de um vínculo de emprego ou têm jornada de 40 horas semanais. Entre os(as) entrevistados(as) com renda maior que 10

salários mínimos a maioria precisa trabalhar mais de 60 horas por semana para alcançar esta renda.

Tabela 2 – Relação entre a renda líquida mensal e a carga horária semanal dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

RENDA LÍQUIDA MENSAL (em salários mínimos)*	CARGA HORÁRIA SEMANAL EM ENFERMAGEM								TOTAL	%
	30	%	31 a 60	%	61 a 90	%	90 e +	%		
≤4 SM	5	45,4	6	22,2	0	0,0	0	0,0	11	13,6
>4 e ≤6 SM	5	45,4	4	14,8	10	30,3	0	0,0	19	23,4
>6 e ≤8 SM	0	0,0	10	37,0	7	21,2	4	40,0	21	25,9
>8 e ≤10 SM	1	9,1	5	18,5	10	30,3	3	30,0	19	23,4
>10	0	0,0	2	7,4	6	18,2	3	30,0	11	13,6
TOTAL	**11**	**100**	**27**	**100**	**33**	**100**	**10**	**100**	**81**	**100**

* o valor do salário mínimo vigente na época da pesquisa era de R$ 622,00 (seiscentos e vinte e dois reais).

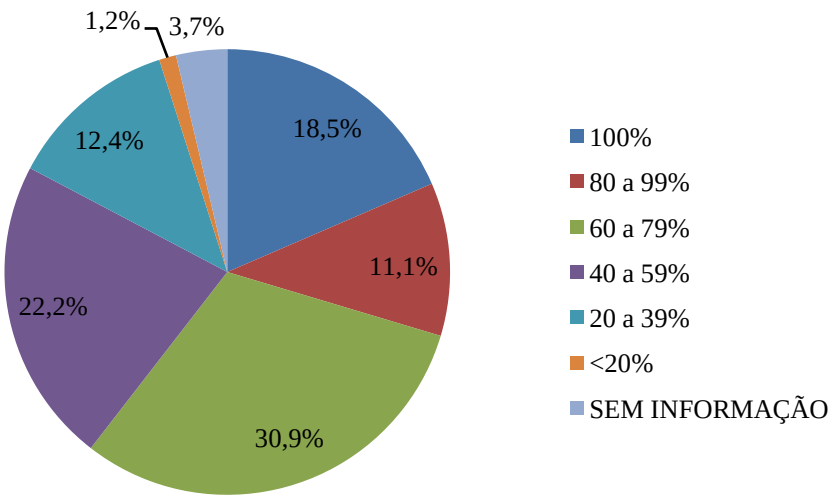
Teste exato de Fisher, P-Valor de 0,0007.

A elevada média da carga horária semanal observada no presente estudo é fruto da soma das horas trabalhadas em todos os vínculos de enfermagem e constitui-se em um achado compatível com pesquisa realizada entre profissionais de enfermagem de um hospital de urgência e emergência de Rio Branco (AC), no qual Vasconcelos *et al*. encontraram uma carga horária semanal média de 63,7 horas (DP = 13,3)[55]. O estudo de Silva, Rotenberg & Fisher, com população semelhante em um hospital universitário da cidade de São Paulo (SP), demonstra uma carga horária de 49,7 horas por semana[59]. Em relação aos aspectos legais sobre carga horária de trabalho na enfermagem, existe uma variação de 30 a 40 horas semanal, sendo mais comum a jornada de 36 horas compatíveis com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) que estabelece uma jornada máxima de 8 horas diárias e de 44 horas semanais de trabalho[17]. Porém, a oportunidade de trabalhar em plantões de 12 horas seguidos por 36 ou 60 horas de descanso permite que os profissionais de enfermagem hospitalar se dediquem a mais de

uma atividade produtiva[59]. Muitas vezes este acúmulo de afazeres é exaustivo alternando atividades diárias, como é o caso dos(as) enfermeiros(as) que trabalham no PSF e em plantões noturnos. Atualmente, a categoria de enfermagem encontra-se com suas instituições representativas mobilizadas e aguardando a aprovação do Projeto de Lei (PL) – 2295/2000, que fixa a jornada de trabalho em 6 horas diárias e 30 horas semanais.

Os(As) enfermeiros(as) do estudo possuem considerável participação na renda das suas famílias. Quase 20% daqueles(as) que informaram sobre sua participação na renda familiar afirma assumir a totalidade desta renda. Mais de 60% deles(as) participa com pelo menos 60% da renda mensal da família (figura 7).

Figura 7 – Distribuição da frequência relativa dos(as) enfermeiros(as) segundo a participação na renda familiar, 2012.



Entre os(as) enfermeiros(as) casados(as), 15,5% contribui com 100% da renda familiar, 55,5% destina seus rendimentos para assegurar 60% ou mais da renda das suas famílias. Já 31,1% arca com um percentual entre 40 a 59% de toda renda familiar. Entre os(as) solteiros(as), 50% assume entre 60 e 99% da renda familiar; e 22,7% arca com

100% da renda da casa (tabela 3). Esta realidade pode ser influenciada por um aspecto cultural dos dias atuais que seria o fato de alguns(mas) dos(as) enfermeiros(as) solteiros(as) morarem sozinhos(as).

Tabela 3 – Relação entre o estado civil e o percentual de participação na renda familiar dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NA RENDA FAMILIAR / ESTADO CIVIL	100	%	80 a 99	%	60 a 79	%	40 a 59	%	<40	%	TOTAL	%
SOLTEIRA	5	22,7	4	18,2	7	31,8	2	9,1	4	18,2	22	100,0
CASADA	7	15,5	4	8,9	14	31,1	14	31,1	6	13,4	45	100,0
SEPARADA	3	27,3	1	9,1	4	36,3	2	18,2	1	9,1	11	100.0
TOTAL	**15**	**19,2**	**9**	**11,5**	**25**	**32,1**	**18**	**23,1**	**11**	**14,1**	**78***	**100,0**

*Dos(as) 81 enfermeiros(as) que compõem a amostra, 3 não informaram o percentual de participação na renda familiar.

Segundo Comunicado do Ipea, referente à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD 2009), pode ser considerado chefe de família a pessoa que responde mais fortemente pela manutenção econômica do lar, o que faz com que mais de 60% dos(as) enfermeiros(as) deste estudo possam ser considerados(as) chefes de família. Esse achado representa uma realidade diferente daquela encontrada no cenário nacional, onde cerca de 35% das famílias são chefiadas por mulheres[60]. Estes(as) enfermeiros(as) têm maior participação financeira na manutenção da casa e da família em relação aos seus cônjuges.

A análise das atividades com as quais os(as) enfermeiros(as) ocupam o seu tempo fora do ambiente de trabalho (tabela 4), mostra que o somatório das médias das horas dedicadas a estas atividades ficou em 35,1 horas. Esse achado fica muito aquém da média da carga horária semanal de trabalho dos(as) entrevistados(as), que foi de 65,3 horas. Entre as atividades extra-laborais, os cuidados do lar obtiveram a maior média

(14,2 horas por semana), logo após aparece o lazer, com média de 10,8 horas. Em relação à carga horária dispensada ao exercício físico e ao autocuidado, as médias foram de 2,07 e 1,77, respectivamente. A média de horas semanais dedicada ao estudo é de apenas 4,8 horas. Levando em consideração que se trata de um grupo de profissionais de nível universitário que necessita de atualização constante, e que muitos(as) deles(as) participam de cursos de pós-graduação, essa média pode ser considerada baixa.

Tabela 4 – Média, mediana e desvio padrão do número de horas semanais dedicadas às atividades extra-laborais pelos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

ATIVIDADES EXTRA-LABORAIS	MÉDIA DE HORAS SEMANAIS	Mediana	DP
Cuidado do lar	14,17	10	14,7
Lazer	10,80	10	9,8
Estudo	4,79	3	5,6
Exercício físico	2,07	0	3,7
Auto-cuidado	1,77	1	2,5
Atividades religiosas	1,47	0	0,3
Outros	0,04	0	0,3
TOTAL	**35,11**	-	-

As mulheres inseridas no mercado de trabalho muitas vezes têm que acrescentar à sua jornada a sobrecarga do trabalho doméstico, especificamente na enfermagem, considerando-se a expressiva participação feminina na profissão[21]. Além de aumentar a carga laboral, essa realidade pode acarretar desgaste físico e emocional, sendo um possível desencadeador do adoecimento. Elias & Navarro através de um estudo qualitativo mostram que os(as) enfermeiros(as) ocupam suas horas de folga com o trabalho do lar e o ambiente doméstico, o que muitas vezes acaba se tornando uma fonte de frustração[21].

Quando questionados(as) sobre a situação de posse de moradia, 58% dos(as) entrevistados(as) respondeu ser proprietário(a) do seu imóvel, sendo o mesmo quitado.

Quanto aos(às) demais, 16,1% tem sua moradia cedida, 14,8% reside em imóvel alugado e 11,1% possuem imóvel próprio, ainda não quitado. Ao mesmo tempo em que a posse do imóvel significa custos com a sua manutenção, oferece segurança e referencial de espaço onde o indivíduo constrói sua identidade com os vizinhos e a comunidade do bairro. Aqueles(as) enfermeiros(as) que referem pagar aluguel e financiamento da casa própria têm um custo significativo no seu orçamento, muitas vezes demandando esforço laboral extra para financiar estas despesas com moradia.

A média do tempo de formatura em enfermagem (graduação) dos(as) entrevistados(as) é de 16 anos (DP=8,3 anos), enquanto que a média dos anos trabalhados em enfermagem, incluindo o período em que alguns(mas) entrevistados(as) enquanto desempenhavam a função de técnicos(as) e auxiliares de enfermagem, é de 17,9 anos (DP=9,5 anos). Observou-se que 70,4% possui mais de 10 anos de graduação em enfermagem, enquanto que 75,3% trabalham há mais de 10 anos nas funções de enfermagem. Estes números demonstram que se trata de um grupo experiente. Chama atenção o fato de 16% da amostra ter mais de 30 anos de trabalho em enfermagem, tempo considerável que pode implicar em desgaste físico importante.

6.2 Estado nutricional

Na tabela 5, é possível identificar que a maioria dos(as) entrevistados(as) (53%) encontra-se com sobrepeso ou em franca obesidade, embora apenas 2 enfermeiros(as) tenham referido esta condição quando questionados(as) sobre o acometimento de doenças crônicas. A mesma tabela denota uma concentração maior de IMC elevado nas faixas etárias mais altas, chegando a 75% no grupo etário de 45 a 54 anos. Ainda assim,

o teste exato de Fisher realizado não demonstrou associação entre as 2 variáveis sendo obtido um P-Valor de 0,37.

Tabela 5 – Relação entre estado nutricional e faixa etária dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

Faixa etária / Estado nutricional	< 34	%	35 a 44	%	45 a 55	%	55 e +	%	TOTAL	%
Baixo peso	0	0	2	8	0	0	0	0	**2**	**2**
Eutrófico	12	60	14	56	7	25	3	38	**36**	**44**
Sobrepeso	7	35	5	20	15	54	3	38	**30**	**37**
Obesidade	1	5	4	16	6	21	2	25	**13**	**16**
TOTAL	**20**	**100**	**25**	**100**	**28**	**100**	**8**	**100**	**81**	**100**

Os resultados encontrados referentes ao estado nutricional estão coerentes com estudos similares que utilizam amostras de profissionais de enfermagem. Um deles, realizado em um hospital da Universidade Federal de Santa Maria (RS), em 2006, identificou um percentual de 56,3% da amostra com sobrepeso e obesidade[13]. Achado idêntico foi demonstrado em outro estudo com população similar, realizado na cidade do Rio de Janeiro (RJ)[15], no qual 55% da amostra possuía IMC $\geq$25kg/m^2.

Dados do MS referentes à cidade do Recife, em 2011[39], mostram que o percentual da população feminina (maior de 18 anos e beneficiária de planos de saúde) que possui sobrepeso e obesidade é de 50%. Considerando a obesidade em relação aos níveis de escolaridade diferentes, segundo dados da mesma pesquisa, observa-se que entre as entrevistadas o percentual de pessoas consideradas obesas é 5,4% menor do que foi encontrado entre os(as) enfermeiros(as). Ou seja, existe na realidade investigada uma situação de obesidade que não é compatível com o nível de escolaridade da amostra (+ de 12 anos de estudo). Na verdade, verifica-se entre os(as) entrevistados(as) um percentual de obesidade que se aproxima do que é encontrado no grupo que possui entre 0 e 8 anos de estudo na população feminina brasileira, que é de 17,2%. Levando em consideração a especificidade da formação em saúde dos(as) enfermeiros(as) e um

padrão de consumo que permite a opção por hábitos alimentares mais saudáveis, a explicação deve estar em outras características, como por exemplo, a dificuldade de manter uma dieta saudável, em meio a uma carga de trabalho que não permite intervalos para opções alimentares adequadas. Fica evidente, porém, que os achados do presente estudo não se encontram fora da realidade vivenciada pela categoria, em outras regiões do Brasil.

Os números tornam-se preocupantes por ser a obesidade um dos fatores de risco modificáveis para o surgimento de doenças crônicas. A falta de associação (P-Valor de 0,38) entre as variáveis “faixa etária” e “estado nutricional” demonstra que o sobrepeso e obesidade acontecem de forma indistinta nos diferentes grupos etários da amostra.

6.3 Disponibilidade e utilização dos serviços de saúde

Analisando a tabela 6, verifica-se que 55 (68%) dos(as) entrevistados(as) são usuários(as) de planos de saúde privados. Destes(as), 45 (76,4%) estão na condição de titular e 13 (23,6%), na condição de dependentes. Existe a oferta de dois instrumentos patronais de assistência médica destinados aos(às) enfermeiros(as) estatutários(as) do campo de estudo. Os(As) servidores(as) do MS utilizam o GEAP – Fundação de Seguridade Social, enquanto que os(as) servidores(as) da SES/PE recebem cobertura dos serviços de saúde através do SASSEPE (Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Pernambuco). Juntos esses 2 planos prestam assistência a quase 1/3 da amostra, o que acaba contribuindo para a redução no número de profissionais que precisam contratar os serviços dos planos de saúde privados, fazendo com que os dados referentes aos(às) profissionais que participaram do estudo se aproximem da realidade encontrada na população em geral com características sócio-demográficas semelhantes.

Segundo dados da PNAD – 2008, entre as mulheres que residem em Recife, com idade entre 25 e 59 anos e renda per capita de 2 ou mais salários mínimos, 100% tinha cobertura de planos de saúde[61]. Apenas um percentual muito pequeno da amostra de enfermeiros(as) declara-se como usuário(a) SUS exclusivo, o que não quer dizer que os(as) demais enfermeiros(as) não utilizem este tipo de serviço. Alguns comentários dos(as) entrevistados(as), registrados no diário de pesquisa, mostram que parte deles(as) utiliza o SUS durante o próprio horário de trabalho, sendo atendidos(as) pelo serviço hospitalar onde estão lotados(as), procurando a emergência ou o atendimento ambulatorial. Esta prática é facilitada pelo acesso privilegiado aos serviços hospitalares disponibilizados, que a condição de serem funcionários(as) lhes permite.

Tabela 6 – Distribuição dos(as) entrevistados(as) segundo o tipo de assistência de saúde disponível, 2012.

Tipo de assistência à saúde disponível	N	%
SUS exclusivo	4	4,9%
SASSEPE	11	13,6%
GEAP	11	13,6%
PLANO PRIVADO na condição de titular	42	51,9%
PLANO PRIVADO na condição de dependente	13	16,0%
TOTAL	81	100,0%

O achado de que quase 70% dos(as) enfermeiros(as) funcionários(as) de um hospital público são usuários(as) de planos de saúde privados evidencia a existência de mais um item de despesa para estes(as). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a respeito de despesas, rendimentos e condições de vida, em 2008/2009, os gastos com plano/seguro de saúde da população urbana brasileira girou em torno de 2,4% do orçamento familiar[62]. Se for considerada apenas a parcela da população brasileira com rendimento similar ao da amostra, talvez seja possível

verificar um comprometimento maior do orçamento familiar com este tipo de despesa. Além disso, pode significar que os serviços de saúde ofertados pelo SUS e pelos planos patronais não atendam integralmente a expectativa ou a necessidade dos seus usuários e associados. Diante dos dados, supõe-se que os(as) enfermeiros(as) têm acesso ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento e prevenção de doenças, através dos serviços especializados viabilizados pelos planos de saúde que custeiam do próprio bolso, o que aumentaria a disponibilidade de acesso, sendo um fator positivo para a condição de saúde desta população.

Sobre a utilização de serviços de saúde, nos 12 meses anteriores a realização da pesquisa, 70 entrevistados(as), 86,4% da amostra, frequentaram serviços ambulatoriais (tabela 7). Em relação ao total da amostra, 21,0% submeteram-se a consultas eventuais, podendo representar que estes(as) enfermeiros(as) foram acometidos(as) por alguma manifestação clínica que os(as) levaram a procurar atendimento médico (indicador de adoecimento). Em contra partida, 65,4% submeteu-se a monitoramento clínico de rotina. Esse tipo de freqüência aos ambulatórios demonstra que uma parcela significativa dos(as) entrevistados(as) fez controle e acompanhamento, o que pode ser entendido como um indicador de autocuidado. Os serviços de diagnóstico (laboratórios e clínicas de diagnóstico por imagem) foram freqüentados por 67 enfermeiros(as), e 37 foram aos hospitais para se submeter a internamentos, cirurgias ou atendimentos de urgência ou emergência. Entre os(as) entrevistados(as), 10 (12,3%) referiram ter sido internados(as). Segundo a PNAD – 2008, na população geral, respeitando características similares, verifica-se que o percentual de internamento é de 7,7%[61]. A quantidade de enfermeiros(as) que passaram por procedimentos cirúrgicos foi de 9 (11,1%), no período referido. Apenas 7 enfermeiros(as) não receberam nenhum atendimento nestes serviços, durante o período citado.

Tabela 7 - Distribuição dos(as) entrevistados(as) segundo o tipo de serviço de saúde utilizado nos últimos doze meses, 2012.

SERVIÇOS DE SAÚDE	N	%(*)
Ambulatório – para consulta eventual	17	21,0
Ambulatório – para controle e acompanhamento	53	65,4
Hospital	37	45,7
Clínica de exames por imagem e laboratório de análises clínicas	67	82,7

(*) Percentual em relação ao total da amostra.

6.4 Morbidade referida

O uso da morbidade referida neste estudo ganha importância por se tratar de uma população composta por profissionais de nível universitário, da área da saúde e que em sua maioria possui disponibilidade de serviços de saúde. Portanto, espera-se que os achados possam se aproximar da prevalência real. Além disso, apenas 2 entrevistados(as), que são portadores(as) de obesidade, relataram que o diagnóstico de doença crônica não foi comprovado por um médico.

6.4.1 Doenças crônicas referidas

Com base na morbidade referida pelos(as) enfermeiros(as) é possível traçar um perfil do adoecimento nesta amostra. A maioria (53,1%) deles(as) possui pelo menos 1 doença crônica. Esse percentual encontra-se acima do que foi achado na PNAD – 2008 (42,2%), para a população feminina com faixa etária entre 25 e 59 anos, 11 ou mais anos de estudo, renda de 2 salários mínimos ou mais, com cobertura de plano de saúde e residente na RMR[61]. Não foram encontrados na literatura consultada estudos relativos ao percentual de doenças crônicas entre os enfermeiros que permitam a comparabilidade com os dados apresentados aqui. Deve ser evidenciado que 8 enfermeiros(as)

encontravam-se em licença médica, não sendo entrevistados(as) pelo pesquisador. Portanto, é lógico supor que exista na população estudada um número maior de profissionais acometidos(as) por algum tipo de adoecimento crônico.

Quando é verificada a associação entre a presença de doenças crônicas e a faixa etária dos(as) entrevistados(as), tabela 8, verifica-se a existência de associação entre as 2 variáveis (P-valor de 0,01). Os(As) enfermeiros(as) com menos de 30 anos de idade não referem ter doenças crônicas, em contrapartida, a presença de 2 e/ou 3 patologias atinge o maior percentual na faixa etária de 50 e mais anos. Quando é feita uma comparação com os achados da PNAD – 2008, percebe-se que na população geral feminina com faixa etária de 25 a 39 anos existe um percentual de portadores de doença crônica de 29%, enquanto na faixa entre 40 e 49 anos, 47% encontra-se nesta condição, chegando a 65% a proporção das mulheres na faixa etária de 50 a 59 anos que possuem doença crônica[61]. Entre os(as) enfermeiros(as) com idade de 40 a 49 anos a presença de adoecimento crônico é de 67%, significativamente superior ao percentual encontrado na população feminina geral, podendo indicar uma relação entre o exercício da profissão ou o estilo de vida dos(as) enfermeiros(as) e o processo de adoecimento.

Tabela 8 – Relação entre o número de registros de doenças crônicas e a faixa etária dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

Faixa etária / Nº de registros de doenças crônicas	20 a 29	%	30 a 39	%	40 a 49	%	50 e +	%	TOTAL	%
0	6	100	15	60	10	33	7	35	38	47
1	0	0	8	32	13	44	4	20	25	31
2	0	0	1	4	7	23	6	30	14	17
3	0	0	1	4	0	0	3	15	4	5
TOTAL	**6**	**100**	**25**	**100**	**30**	**100**	**20**	**100**	**81**	**100**

Na tabela 9, verifica-se que 80% dos(as) enfermeiros(as) com menos de 10 anos de trabalho em enfermagem não referem ser portadores(as) de doenças crônicas.

Observa-se uma diminuição brusca nos(as) que têm entre 10 e 19 anos trabalhados (40%); entre 20 e 29 anos chega a ser de 39%; naqueles(as) com 30 anos ou mais de trabalho, o percentual é de 23%, observando-se a existência de associação, com P-valor de 0,004. A necessidade de ter vários vínculos empregatícios, sendo estes desenvolvidos através de longas jornadas de trabalho ocasiona efeitos danosos à saúde destes(as) profissionais, levando à insatisfação no trabalho, fator que condiciona sofrimento psicossomático e pode determinar o surgimento de doenças crônicas[11]. Ao avaliar a qualidade de vida e a prevalência de sintomas de doenças em profissionais de enfermagem é possível observar que os aspectos emocionais, a saúde mental e a vitalidade são as dimensões mais comprometidas do estado geral de saúde desses trabalhadores[63].

Tabela 9 – Relação entre presença de doenças crônicas e anos de trabalho em enfermagem entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS	ANOS DE TRABALHO EM ENFERMAGEM				
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 ou +	TOTAL
SIM	4	15	14	10	43
NÃO	16	10	9	3	38
TOTAL	20	25	23	13	81

Na amostra estudada é possível observar que o tempo de trabalho em enfermagem é mais elevado entre os(as) enfermeiros(as) que têm maior idade. Mesmo considerando essa lógica e com o intuito de ampliar a possibilidade da análise dos dados optou-se por manter 2 tabelas no texto que demonstram a relação da variável “doença crônica” com faixa etária dos(as) enfermeiros(as) e com anos de trabalho em enfermagem, ambas apresentando associação entre as variáveis.

A HAS é a mais freqüente entre todas as doenças crônicas referidas, tendo representado 27,7% de toda a casuística. Em seguida aparece o DM, com 12,4% e a hérnia de disco com 9,3% dos casos (tabela 10). A HAS tem uma alta prevalência dentre as doenças e agravos não transmissíveis, segundo a literatura corrente que trata da ocorrência de doenças crônicas. Essa freqüência elevada foi também observada em estudo realizado com enfermeiras portadoras de doenças crônicas, na cidade de Curitiba (PR), em 2007, onde foi encontrado um percentual de 65,2% da amostra sendo portadora de HAS[12]. Considerando informações de um estudo feito pelo MS[39], que revela ser a cidade de Recife a capital brasileira com maior percentual de mulheres adultas hipertensas (31%), percebe-se que a amostra de enfermeiros(as) estudada apresenta um percentual de portadores(as) de HAS de 22,2%, ou seja, abaixo do que é encontrado na população feminina de Recife. Porém, quando se observa o percentual de mulheres hipertensas na população geral, entre aquelas que possuem mais de 12 anos de estudo (13%), segundo a mesma pesquisa, a realidade dos(as) enfermeiros(as) mostra-se acima do padrão encontrado. A importância do achado deve-se ao fato de ser a HAS uma doença de relativa gravidade em decorrência de sua cronicidade e de sua evolução para lesões de órgãos importantes que influenciam no desenvolvimento de várias outras enfermidades, como aneurisma, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca, doença renal crônica entre outras, é também um dos fatores de risco reversíveis para o surgimento do DM[15,12].

Dos(as) enfermeiros(as) consultados(as), 9,9% afirmou ser portador(a) do DM. Este dado é bastante expressivo quando comparamos com as informações apresentadas pelo MS para a população feminina da cidade de Recife[39]. Segundo o MS, 3,4% da população feminina adulta e usuária de planos de saúde da cidade de Recife refere ser portadora do DM. Entre as mulheres com mais de 12 anos de estudo este percentual cai para 2,5%. A realidade de adoecimento por DM entre os(as) enfermeiros(as) do estudo é

aproximadamente quatro vezes maior que a encontrada entre a população feminina com características similares na cidade de Recife. O DM representa um dos mais sérios problemas de saúde na atualidade, tanto em termos do número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações. Atualmente, existem cerca de 120 milhões de diabéticos no planeta, e estima-se que, no ano de 2025, teremos aproximadamente 300 milhões. Esse expressivo aumento na prevalência do DM deve-se à maior longevidade das pessoas associada a um crescente consumo de gorduras saturadas, sedentarismo e, por sua vez, mais obesidade. Em conseqüência das complicações vasculares crônicas, os diabéticos apresentam, em comparação à população não-diabética, uma elevada morbidade, com risco aumentado para perda de visão, insuficiência renal em estágio terminal, amputação de membros inferiores, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, entre outras, além de uma mortalidade 2 a 4 vezes maior[64].

Na análise por grupos de doenças, verificou-se no presente estudo um predomínio do grupo das doenças do aparelho circulatório, seguido pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e pelas doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo. Em conjunto, estes três grupos representam quase 70% da casuística. Na sequência, aparecem as doenças do aparelho digestivo, aparelho respiratório e sistema nervoso, com percentuais de citação aproximados. As demais doenças referidas totalizam 6%.

Apenas 3% dos(as) entrevistados(as) relatou a ocorrência de algum transtorno mental e comportamental, quando indagados(as) sobre adoecimento crônico, contrariando outros estudos realizados com a categoria. Uma revisão de literatura realizada por Manetti & Marziale, com o objetivo de identificar em revistas indexadas nas bases nacionais e internacionais, evidências científicas sobre os fatores associados à ocorrência de depressão entre trabalhadores de enfermagem, foi encontrada uma média

dos índices de prevalência de depressão de 28,8%[11]. Um estudo exploratório, objetivando levantar as causas das licenças de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Rio de Janeiro (RJ), realizado por Carvalho *et al.*, em 2007, encontrou os transtornos mentais e comportamentais como a terceira causa de afastamento do trabalho, correspondendo a 17,3% do total dos casos, sendo os episódios depressivos, responsáveis pela maior parte[53]. O constrangimento em assumir a condição de portador(a) de transtorno mental, relacionado a carga de estigma existente na sociedade, pode ter subestimado o resultado encontrado. É interessante, no futuro, fazer uma comparação entre os dados encontrados nesta pesquisa e os registros do setor responsável pela saúde do trabalhador do hospital em estudo.

Tabela 10 – Distribuição das doenças crônicas referidas pelos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

CAPÍTULOS DA CID	DOENÇAS	N	%
Doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX)	hipertensão arterial (I10)	18	27,7
	disritmia (I49)	1	1,5
	SUBTOTAL	**19**	**29,2**
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Capítulo IV)	diabetes mellitus (E11)	8	12,4
	hipotireoidismo (E02-E03)	3	4,6
	obesidade (E66)	2	3,1
	dislipidemia (E78)	1	1,5
	tireoidite de Hashimoto (E06)	1	1,5
	SUBTOTAL	**15**	**23,1**
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (Capítulo XIII)	artrose (M15-M19)	3	4,7
	fibromialgia (M79)	2	3,1
	hérnia de disco (M51)	6	9,3
	ostopenia (M81)	1	1,5
	SUBTOTAL	**12**	**18,6**
Doenças do aparelho digestivo (Capítulo XI)	cirrose biliar (K74)	1	1,5
	gastrite (K29)	1	1,5
	refluxo gastro-esofágico (K21)	1	1,5
	SUBTOTAL	**3**	**4,6**
Doenças do aparelho respiratório (Capítulo X)	asma brônquica (J06/J22)	**3**	**4,6**
Doenças do sistema nervoso (Capítulo VI)	enxaqueca (G43)	2	3,1
	esclerose múltipla (G35)	1	1,5
	SUBTOTAL	**3**	**4,6**
Doenças do olho e anexo (Capítulo VII)	ceratocone (H18)	1	1,5
	glaucoma (H40)	1	1,5
	SUBTOTAL	**2**	**3,1**
Neoplasias (Capítulo II)	CA mama (C50)	1	1,5
	CA tireóide (C73)	1	1,5
	SUBTOTAL	**2**	**3,1**
Transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V)	depressão (F32-F33)	**2**	**3,1**
Doenças do aparelho geniturinário (Capítulo XIV)	endometriose (N80)	**1**	**1,5**
Doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I)	hepatite C (B18)	**1**	**1,5**
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (Capítulo III)	anemia (D55-D59)	**1**	**1,5**
Lesões envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (Capítulo XIX)	tabagismo (T65)	**1**	**1,5**
TOTAL	**-**	**65**	**100**

6.4.2 Doenças agudas referidas

O número absoluto de entrevistados(as) que referiram doenças agudas é de 32, o que corresponde a 39,6% da amostra. É importante lembrar que ao contrário das doenças crônicas, que se instalam permanentemente na vida dos seus portadores, as doenças agudas têm ocorrência fugaz e por isso nem sempre são relembradas pelos(as) entrevistados(as) em um inquérito recordatório.

O grupo mais citado é o de doenças infecciosas e parasitárias (31,9%), destacando-se neste grupo a dengue e as infecções respiratórias (tabela 11). Em relação à dengue, os achados refletem a situação epidemiológica da doença na RMR, que vem acusando há vários anos surtos periódicos da doença. Recife encontra-se entre os 10 municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes com maior registro de casos de dengue no período de janeiro a abril de 2012, tendo um aumento de 7,5 vezes na incidência dos casos da doença, em relação ao mesmo período do ano anterior[65]. Quanto às demais doenças infecciosas e às doenças do aparelho respiratório é possível que tenham relação com o próprio ambiente de trabalho dos(as) enfermeiros(as) que atuam na assistência direta aos pacientes, em especial aqueles(as) que são lotados(as) em setores como UTI e emergência, onde ficam expostos(as) a vários agentes físicos e biológicos que são fatores de risco para o aparecimento destas doenças de transmissão direta, como é o caso das amigdalites, sinusites agudas, pneumonias e conjuntivites, que embora sejam catalogadas em outros grupos, freqüentemente têm etiologia infecciosa.

Tabela 11 – Distribuição das doenças agudas referidas pelos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

CAPÍTULOS DA CID-10	DOENÇAS	N	%
Doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I)	dengue (A90-A91)	6	13,7
	infecção do trato urinário (B99)	3	6,8
	infecção respiratória (B99)	4	9,1
	herpes labial (B00)	1	2,3
	SUBTOTAL	**14**	**31,9**
Doenças do aparelho respiratório (Capítulo X)	amigdalite (J03)	2	4,5
	bronquite aguda (J20)	1	2,3
	pneumonia (J12-J18)	3	6,8
	rinite (J30)	1	2,3
	sinusite aguda (J01)	3	6,8
	SUBTOTAL	**10**	**22,7**
Doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX)	arritmia cardíaca (I49)	1	2,3
	linfangite (I89)	1	2,3
	crise hipertensiva (I11/I15)	2	4,5
	SUBTOTAL	**4**	**9,1**
Doenças do olho e anexo (Capítulo VII)	conjuntivite (H10)	3	6,8
	labirintite (H83)	1	2,3
	SUBTOTAL	**4**	**9,1**
Doenças do aparelho digestivo (Capítulo XI)	gastrite (K29)	2	4,5
	colecistite (K81)	1	2,3
	SUBTOTAL	**3**	**6,8**
Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (Capítulo XIX)	entorse do L. C. J. (S83)	1	2,3
	TCE (T90)	1	2,3
	SUBTOTAL	**2**	**4,5**
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (Capítulo XII)	celulite (L03)	**2**	**4,5**
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (Capítulo XIII)	espondilose (M47)	1	2,3
	tendinite (M65)	1	2,3
	SUBTOTAL	**2**	**4,5**
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Capítulo XXI)	lipoaspiração (Z42)	**1**	**2,3**
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Capítulo IV)	dislipidemia (E78)	**1**	**2,3**
Doenças do sistema nervoso (Capítulo VI)	síndrome do túnel do carpo (G56)	**1**	**2,3**
TOTAL	-	**44**	**100**

Algumas das doenças agudas referidas podem constituir-se em episódios de agudização de doenças crônicas. Este é o caso das descompensações dos portadores de arritmias cardíacas, gastrites, tendinites e dislipidemias. Esta situação pode indicar a dificuldade enfrentada pelos(as) entrevistados(as) para prevenir complicações advindas de doenças pré-existentes.

Os valores de P para o teste de associação da freqüência de doenças agudas com a faixa etária e com os anos de trabalho dos(as) enfermeiros(as) foram respectivamente de 0,22 e 0,12. Cabe relatar que as doenças agudas aparecem com menor freqüência, entre os(as) entrevistados(as) com maior tempo de trabalho em enfermagem, o que sugere a possibilidade da realização de estudos posteriores para compreender melhor essa realidade.

6.5 Estilo de vida

A descrição do estilo de vida dos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as) foi feita, como já relatado no capítulo do construto metodológico, através da aplicação do PEVI, considerando 5 componentes relacionados ao bem-estar individual: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse. A média obtida no somatório dos cinco componentes (escala de 0 a 45 pontos) foi 24,9 (DP=5,7), com mediana de 24 e amplitude de variação de 27, sendo o menor valor de 13, e o maior, de 40 pontos no escore. Através da divisão em quartis (tabela 12) é possível verificar que o maior percentual (42,0%) encontra-se no 2º quartil. Somando os percentuais dos 2 primeiros quartis, obteve-se mais de 60% da amostra, com uma maior concentração de participantes exibindo baixos escores. Levando em conta a possibilidade dos(as) enfermeiros(as) alcançarem uma pontuação do PEVI compatível com um estilo de vida considerado ideal, reforça-se a compreensão de que a média geral do PEVI obtida pelo coletivo dos(as) enfermeiros(as) está significativamente afastada da pontuação máxima (45 pontos) que é compreendida como desejável pelo instrumento utilizado.

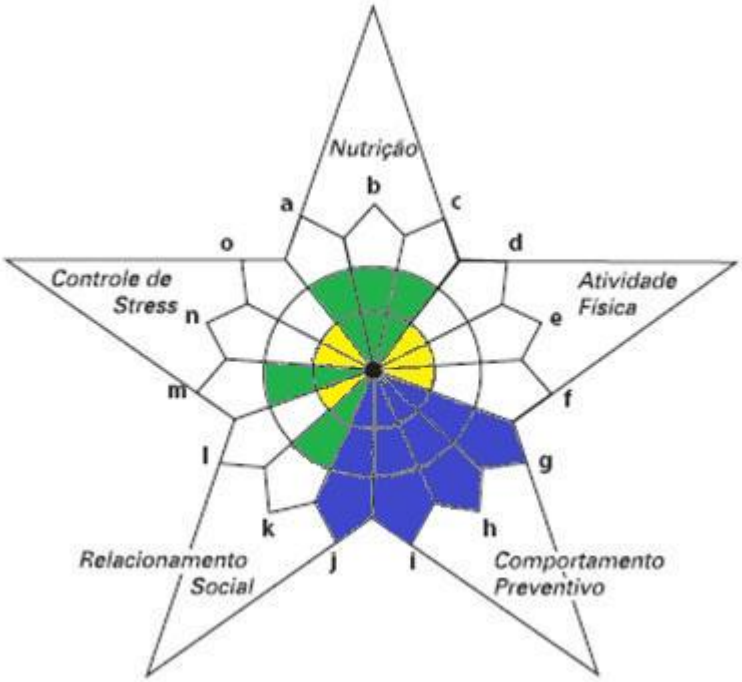
Tabela 12 – Distribuição, segundo quartis dos escores do PEVI, dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
1º quartil	15	18,5%
2º quartil	34	42,0%
3º quartil	24	29,6%
4º quartil	8	9,9%
TOTAL	81	100%

O PBE que ilustra a situação do estilo de vida de toda a amostra; foi colorido a partir das médias dos escores obtidos pelos(as) enfermeiros(as) (figura 8). Para definir as cores a serem utilizadas as médias obtidas precisaram sofrer arredondamento. Não existe na ilustração uma predominância de escores no nível 3 (em azul), o que determina que o PEVI relativo ao grupo de enfermeiras em questão não representa um estilo de vida favorável. Os componentes *atividade física* e *controle do estresse* foram os que contribuíram de forma mais acentuada para o resultado desfavorável. Em contra partida, o componente *comportamento preventivo* dos(as) enfermeiros(as) apresentou uma seqüência de escores no nível 3 em todos os seus itens (comportamento ideal).

O fato de não terem sido encontradas na literatura pesquisas utilizando o mesmo instrumento em população similar ao do presente estudo impossibilitou a comparabilidade dos resultados, no sentido de enriquecer a discussão.

Figura 8 – Representação pictorial do pentáculo do bem-estar referente ao estilo de vida dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.



Para a análise global do PEVI dos(as) enfermeiros(as) observa-se as médias obtidas pelo grupo para cada afirmação (tabela 13). O instrumento utilizado expôs 15 afirmações. Diante de cada uma delas os(as) entrevistados(as) se posicionaram utilizando um escore que vai de 0 a 3, sendo que quanto maior o escore, mais próximo do comportamento ideal. As médias dos posicionamentos apresentaram valores acima de 2 em apenas 4 destas afirmações, sendo que 3 delas dizem respeito ao componente "comportamento preventivo", e 1 à afirmação J do componente "relacionamento social", que faz referência ao hábito destes(as) profissionais cultivarem amizades e encontrarem-se satisfeitos(as) com as mesmas. Chama a atenção o fato de que em 3 dos 5 componentes, (nutrição, atividade física e controle do estresse) todas as afirmações apresentaram um escore menor que 2. Não foi encontrada associação entre a média do PEVI e a presença ou ausência de doenças crônicas (P-Valor de 0,38). Os componentes do PEVI e suas afirmações são discutidos individualmente nos próximos parágrafos.

Tabela 13 – Médias dos escores de todas as afirmações do PEVI expressos pelos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

COMPONENTES	Nutrição			Atividade Física			Comportamento Preventivo			Relacionamento Social			Controle do Estresse		
Afirmações do PEVI	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Médias	1,6	1,6	1,7	0,7	0,8	0,9	2,5	2,7	2,9	2,6	1,5	1,2	1,5	1,4	1,1

6.5.1 Componente Nutrição

A média obtida entre os(as) enfermeiros(as) em relação ao componente nutrição foi de 4,9 (DP=2,1); em um escore de 0 a 9. O maior número de entrevistados(as) apresenta um comportamento moderadamente desejável em relação a este componente (tabela 14). Apenas 13,5% dos(as) enfermeiros(as) demonstrou o comportamento desejável. Quando se soma os percentuais referentes ao comportamento desejável e o próximo ao desejável, obtém-se apenas 38,2%.

Tabela 14 – Distribuição do comportamento referente à nutrição dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

ESCORE DAS AFIRMATIVAS - COMPORTAMENTO	N	%
0 -1 (INDESEJÁVEL)	2	2,5%
2 -3 (POUCO DESEJÁVEL)	20	24,7%
4 - 5 (MODERADAMENTE DESEJÁVEL)	**28**	**34,6%**
6 - 7 (PRÓXIMO AO DESEJÁVEL)	20	24,7%
8 - 9 (DESEJÁVEL - IDEAL)	11	13,5%
TOTAL	**81**	**100%**

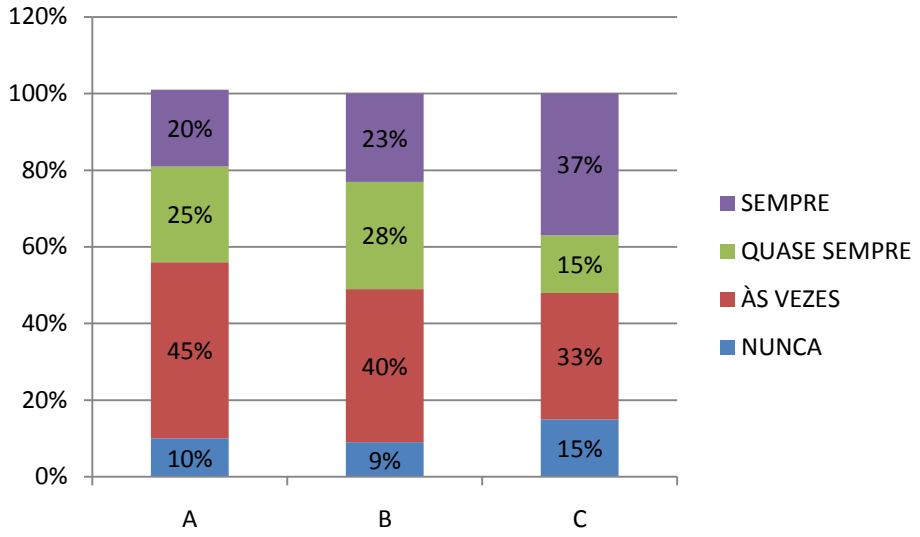
A Figura 9 apresenta a distribuição dos percentuais referentes às afirmações do *componente nutrição* (A, B e C). Em relação à presença na alimentação diária de pelo menos 5 porções de frutas e verduras, afirmação A, verifica-se que 80% dos(as) entrevistados(as) não tem o referido hábito alimentar. Por motivos culturais e sócio-econômicos este padrão alimentar caracterizado pelo consumo reduzido de uma dieta rica em fibras, sais minerais e vitaminas, referido na afirmação A, é bastante generalizado em todo mundo[37]. A OMS recomenda o consumo individual de no

mínimo, cinco porções diárias (cerca de 500g no total) de frutas ou verduras ou legumes, combinados de forma variada, reconhecendo que esta prática diminui o risco de adoecimento por DCNT, sendo maior a proteção quanto maior for o consumo destes alimentos. Estudo do MS de 2011, realizado com a população de beneficiários de planos de saúde, em 27 capitais brasileiras, mostrou que entre as mulheres recifenses, 86,6% não tem este hábito alimentar, tendo sido este o pior percentual entre todas as capitais pesquisadas[39]. Fazendo comparabilidade com a presente pesquisa, embora as metodologias sejam diferentes, podemos afirmar que apesar do percentual ser um pouco menor (80%), fica evidente o reduzido consumo destes alimentos pelos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as).

Na análise dos dados referentes à afirmação B (você evita ingerir carnes gordas, frituras e doces) os achados mostram que alimentos gordurosos e doces fazem parte da dieta de 77% dos(as) enfermeiros(as), seja em menor ou maior escala. As condições de trabalho devem contribuir para essa realidade. No estudo de Vilarinho & Lisboa foi verificado que a maior motivação (50%) para que uma dieta balanceada não seja adotada por parte dos trabalhadores de enfermagem foi o tempo insuficiente para preparar adequadamente as refeições[15].

Em relação à afirmação C, *você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo*, os posicionamentos mostraram que 63% dos(as) entrevistados(as) não possuem habitualmente este comportamento. Embora possuam, pela sua própria formação, conhecimentos sobre a necessidade de ter uma dieta balanceada, rica em frutas, verduras e com restrições de alimentos considerados não saudáveis, boa parte dos(as) enfermeiros(as) não consegue seguir esta proposta. O tempo escasso para preparo das refeições pode ser motivo para o hábito limitado de variar a dieta durante o dia.

Figura 9 – Distribuição dos percentuais relativos ao *componente nutrição* entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.



A – Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras.
B – Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces.
C – Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo.

6.5.2 Componente Atividade Física

A média do *componente atividade física* entre os(as) enfermeiros(as) foi de 2,38 (DP=2,3), em um escore de 0 a 9. Resultado muito baixo, que evidencia uma baixa adesão à prática de atividade física entre os(as) entrevistados(as). O maior número deles(as), 38 (47%), apresenta um comportamento categorizado como indesejável em relação a este componente (tabela 15). Chama a atenção o fato de apenas 1 enfermeira apresentar o comportamento entendido como desejável para a referida prática. A figura 10 apresenta a distribuição dos escores encontrados na amostra.

Tabela 15 – Distribuição do comportamento referente à atividade física dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

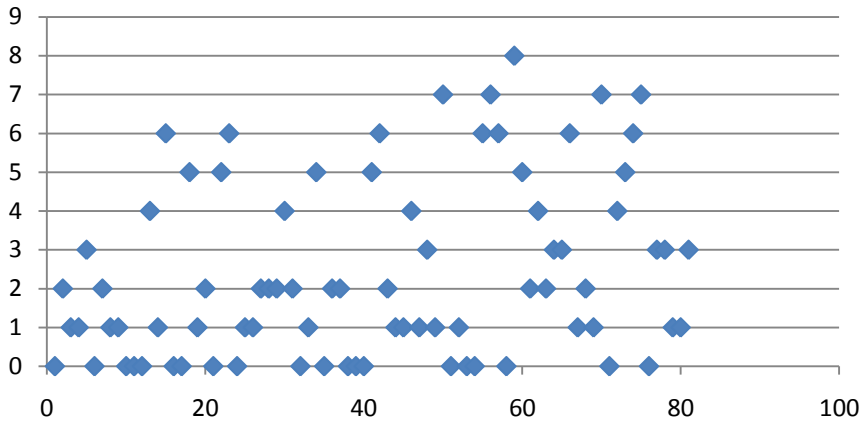
ESCORE DAS AFIRMATIVAS – COMPORTAMENTO	N	%
0 -1 (INDESEJÁVEL)	**38**	**46,9%**
2 -3 (POUCO DESEJÁVEL)	20	24,7%
4 - 5 (MODERADAMENTE DESEJÁVEL)	11	13,6%
6 - 7 (PRÓXIMO AO DESEJÁVEL)	11	13,6%
8 - 9 (DESEJÁVEL - IDEAL)	1	1,2%
TOTAL	**81**	**100%**

Apenas 14,8% da amostra apresenta um comportamento próximo ao desejável ou ideal em relação à prática de atividade física. Incluem-se neste percentual, aqueles(as) que absorvem este hábito como expediente terapêutico, após o diagnóstico de uma doença crônica, como por exemplo, HAS e DM. O percentual de comportamento indesejável é o mais elevado de todos os demais componentes em estudo.

Na tentativa de compreender as possíveis motivações para baixa adesão à prática de atividade física foi realizado teste de associação entre as faixas etárias e o comportamento dos(as) entrevistados(as) em relação à prática de atividade física, evidenciando que não existe associação entre as duas variáveis (P-Valor de 0,56).

Embora o teste estatístico realizado entre o estado nutricional e a prática de atividade física tenha mostrado que não existe associação entre elas (P-Valor de 0,28), 77% dos(as) enfermeiros(as) que são obesos(as) possui comportamento indesejável para atividade física. Também foram testadas as associações entre o comportamento relativo ao referido componente e outras variáveis. A análise mostrou que não existe associação entre a variável em questão e a carga horária semanal de trabalho em enfermagem (P-Valor de 0,60). No que diz respeito ao comportamento observado da prática de atividades físicas e o tempo dedicado aos trabalhos domésticos, foi evidenciado que não existe associação entre as variáveis, neste estudo, com P-Valor de 0,36.

Figura 10 – Distribuição dos escores relacionados à prática de atividades físicas entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

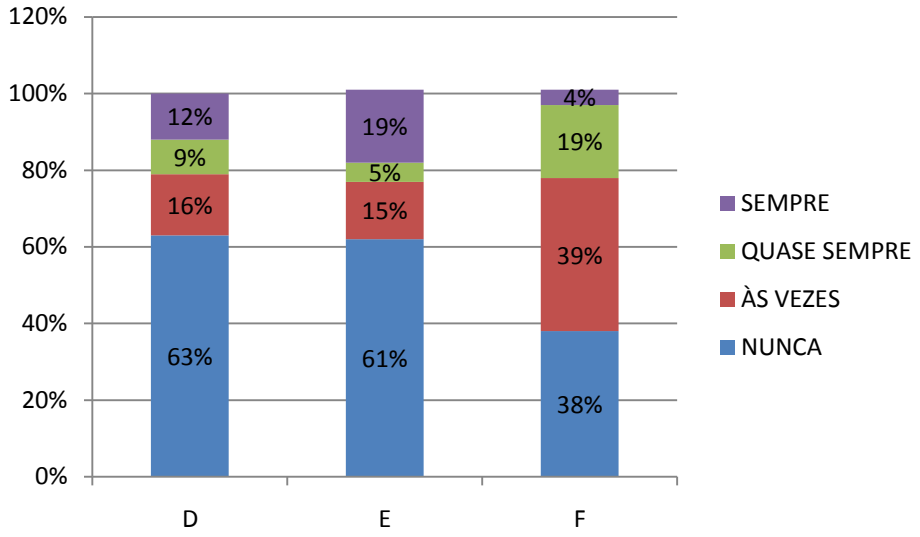


É investigada neste componente a duração, intensidade e freqüência das atividades físicas realizadas. A Figura 11 apresenta os resultados obtidos através da pesquisa e discutidos a seguir. No que se refere à afirmação D, realização de pelo menos 30 minutos de atividade física moderada/intensa, de forma contínua ou acumulada, em 5 ou mais dias na semana, conclui-se que 63% dos(as) pesquisados(as) não fazem uso dessa prática.

Na afirmação E, que busca saber se os(as) enfermeiros(as) realizam ao menos duas vezes por semana exercícios que envolvam força e alongamento muscular, o percentual dos(as) que nunca realizam foi 61%.

Em relação à afirmação F (no seu dia-a-dia o(a) enfermeiro(a) caminha ou pedala como meio de transporte, e preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador), observou-se que 96% dos(as) entrevistados(as) não têm esse hábito cotidiano. Em nenhuma das afirmações do *componente atividade física* a situação *sempre* ou *quase sempre* foi informada por mais de 24% dos(as) entrevistados(as).

Figura 11 – Distribuição dos percentuais relativos ao *componente atividade física* entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.



D – Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana.
E – Ao menos 2 vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular.
F – No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador.

Os resultados relacionados ao *componente atividade física* dos(as) enfermeiros(as) mostram que a população do estudo não possui a preocupação com a manutenção de atividades ligadas ao cuidado corporal de forma regular. Outros estudos mostram resultados similares no que diz respeito à prática de atividades físicas, entre os(as) enfermeiros(as)[18,15,66] e na população brasileira[39]. Da mesma forma que foi observada no *componente nutrição*, a falta de tempo é apontada como motivo para o surgimento de escores tão baixos[15]. Chama a atenção que os estudos analisados não referem que o cansaço físico e mental possa vir a ser motivo para a pouca adesão à prática de atividade física.

Quando é analisada a situação específica da população feminina adulta da cidade de Recife, para comparabilidade com os dados em pauta, observa-se que a mesma possui dificuldade para incorporação das atividades físicas no seu cotidiano. Um estudo realizado pelo MS com pessoas maiores de 18 anos, usuários de planos de saúde, em 27 capitais do Brasil, em 2011, mostrou que o percentual de mulheres adultas que praticam

atividade física suficiente variou entre 35,3% em Fortaleza e 20,7% em Recife[39]. Estudos epidemiológicos demonstram que o risco de desenvolver HAS, por exemplo, é 60% a 70% maior em indivíduos sedentários que em ativos[67].

Foi possível perceber que as atividades físicas regulares foram incorporadas no estilo de vida de alguns(mas) enfermeiros(as), como práticas terapêuticas, após o diagnóstico de doenças crônicas, como HAS e DM, e não como prática prazerosa do estilo de vida, que desenvolva uma função de promoção em saúde[42]. Em estudo de 2007, realizado com 23 enfermeiros(as) portadores(as) de doenças crônicas de um hospital de ensino público federal, localizado em Curitiba (PR), foi demonstrado que ocorrem mudanças no estilo de vida mediante o conhecimento do diagnóstico. No referido estudo, os(as) enfermeiros(as) foram questionados(as) sobre o que faziam para prevenir complicações das doenças crônicas. A maioria (57,7%) adere ao tratamento não medicamentoso como, por exemplo, realização de atividade física e controle alimentar[12]. A atividade física ganha cada vez mais espaço como uma importante medida eficaz e de baixo custo para proporcionar melhorias às condições de vida das pessoas. Sua incorporação pelos(as) enfermeiros(as) pode habilitá-los(as) a uma melhor condição de orientação sobre autocuidado aos seus pacientes[66]. É necessário lembrar que a escassez de tempo, evidenciada através da carga horária de trabalho semanal (média de 65,3 horas), do tempo dedicado aos trabalhos do lar (14,2 horas) e ao lazer (10,8 horas), entre outros; indicam que a falta de tempo pode dificultar a prática de atividade física regular na amostra.

6.5.3 Componente Comportamento Preventivo

A média obtida pelos(as) enfermeiros(as) em relação ao *componente comportamento preventivo* foi de 8,1 (DP=1,44); em um escore de 0 a 9, uma média muito alta. O maior número de entrevistados(as), 62 (76,5%) apresenta um

comportamento categorizado como *desejável* (tabela 16). Somando-se ao percentual referente ao comportamento *próximo ao desejável*, verifica-se que 93,8% da amostra é avaliada positivamente em relação aos hábitos indicados nas afirmações G, H e I do PEVI.

Tabela 16 – Distribuição do comportamento referente ao *comportamento preventivo* dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

ESCORE DAS AFIRMATIVAS – COMPORTAMENTO	N	%
0 -1 (INDESEJÁVEL)	0	0,0%
2 -3 (POUCO DESEJÁVEL)	3	3,7%
4 - 5 (MODERADAMENTE DESEJÁVEL)	2	2,5%
6 - 7 (PRÓXIMO AO DESEJÁVEL)	14	17,3%
8 - 9 (DESEJÁVEL - IDEAL)	**62**	**76,5%**
TOTAL	81	100%

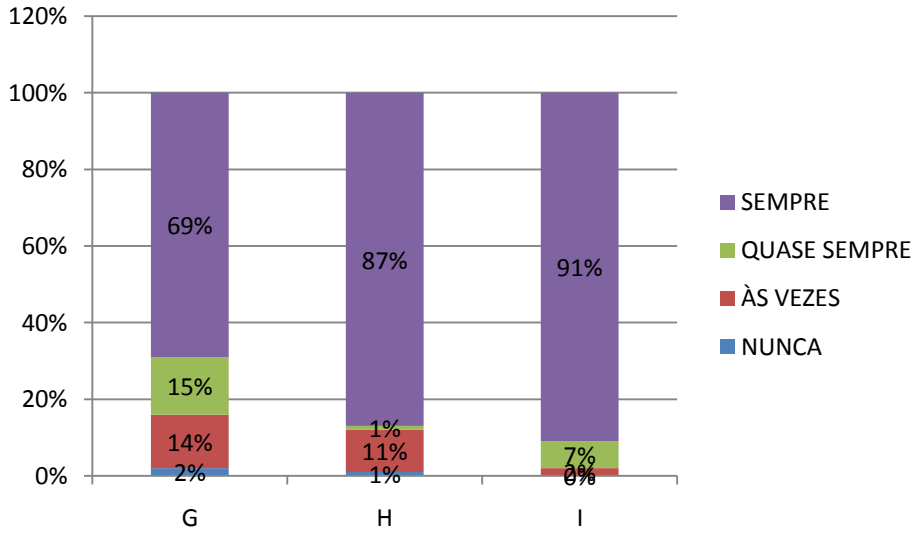
Nesta sessão do PEVI são investigados os hábitos de monitorar a pressão arterial e os níveis de colesterol no sangue, de ser tabagista e consumir bebidas alcoólicas, bem como o de respeitar às normas de trânsito. No que se refere à primeira afirmação (G), foi observado que boa parte (69%) dos(as) entrevistados(as) conhece sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los e apenas 2% nunca os conhece (figura 12). Esse comportamento, embora se apresente como importante forma de prevenção do adoecimento, não está contextualizado em uma proposta positiva para o estilo de vida destes(as) profissionais, pois coexiste com atitudes desfavoráveis presentes em outros componentes, como prática de atividade física, controle do estresse, atividades de lazer, entre outras.

Diante da afirmação H (você fuma ou ingere álcool com moderação), os dados da pesquisa demonstram que 87% dos(as) enfermeiros(as) afirma que não fuma e não ingere álcool ou quando ingere é de forma moderada e apenas 1% nunca se comporta desta forma. Embora não houvessem no formulário de pesquisa, questionamentos sobre

a prática religiosa, foi registrado no diário do pesquisador que a existência de muitos(as) enfermeiros(as) adeptos(as) de religiões evangélicas, pode contribuir para o delineamento do *componente comportamento preventivo*, através da provável redução do uso de álcool e fumo.

Em relação à afirmação I, os(as) enfermeiros(as) se posicionaram sobre o hábito de respeitar as normas de trânsito, seja na condição de pedestre, ciclista, ou motorista, e sobre o hábito de, quando for dirigir, usar sempre o cinto de segurança e nunca ingerir bebida alcoólica ao volante, 91% dos(as) participantes sempre se comporta desta forma. Nenhum(a) enfermeiro(a) afirmou que nunca respeita as normas de trânsito. Os posicionamentos diante da afirmação I podem ter sofrido influência das últimas ações do governo para redução do uso de bebidas alcoólicas, através da lei 11.705, de 19 de junho de 2008, conhecida popularmente como lei seca. O comportamento preventivo é fruto de um processo de educação em saúde, talvez o fato dos(as) enfermeiros(as) possuírem formação na área, seja determinante para o comportamento observado.

Figura 12 – Distribuição dos percentuais relativos ao componente *comportamento preventivo* entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.



G – Você conhece a sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los.
H – Você não fuma e ingere álcool com moderação (menos de 2 doses ao dia).
I – Você sempre usa cinto de segurança e, se dirige, o faz respeitando as normas de trânsito, nunca ingerindo álcool quando vai dirigir.

Apesar dos percentuais altos dos itens da escala *sempre* e *quase sempre* para este componente, chama a atenção que 16% da amostra composta por enfermeiros(as) afirmou não ter ou não se importar tanto com o acompanhamento e controle da pressão arterial e dos níveis de colesterol no sangue. E 13% não evita o consumo de tabaco e usa bebidas alcoólicas de forma não moderada.

6.5.4 Componente Relacionamento Social

A média obtida em relação ao *componente relacionamento social* foi de 5,25 (DP=2,03); em um escore de 0 a 9. Apenas 13,6% da amostra possui um comportamento *desejável* no que diz respeito aos seus hábitos de relacionamento social. O maior número de entrevistados(as), 30 (37%) apresenta um comportamento categorizado como *moderadamente desejável* em relação a este componente (tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição do comportamento referente ao relacionamento social dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

ESCORE DAS AFIRMATIVAS – COMPORTAMENTO	N	%
0 -1 (INDESEJÁVEL)	2	2,5%
2 -3 (POUCO DESEJÁVEL)	13	16,0%
4 - 5 (MODERADAMENTE DESEJÁVEL)	**30**	**37,0%**
6 - 7 (PRÓXIMO AO DESEJÁVEL)	25	30,9%
8 - 9 (DESEJÁVEL - IDEAL)	11	13,6%
TOTAL	**81**	**100%**

A Figura 13 apresenta os percentuais referentes às afirmações do *componente relacionamento social*. As diferenças entre as afirmações são marcantes; na afirmação J o percentual de referências *sempre* e *quase sempr*e chega a 87%. Enquanto que na afirmação K é de 43% e na L é de 34%. Esses números mostram que os comportamentos que tendem a uma participação mais pró-ativa, através de atividades

sociais que favorecem o fortalecimento das coletividades e os relacionamentos interpessoais, não demonstram uma participação expressiva dos(as) enfermeiros(as).

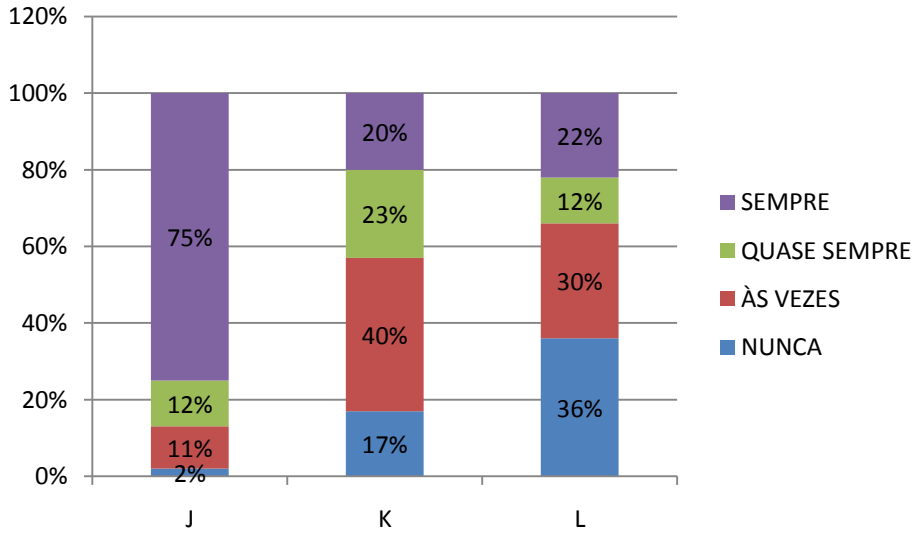
Entre os(as) entrevistados(as), 75% afirma que a prática de cultivar amigos e se sentir satisfeito(a) com seus relacionamentos faz parte do seu dia-a-dia (afirmação J) e somente 2% nunca se comporta desta forma. A manifestação dos(as) enfermeiros(as) em relação a esta afirmação do PEVI influenciou de forma positiva a avaliação de todo o comportamento, pois o percentual que refere *sempre* possuir amigos e estar satisfeito(a) com isso foi significativamente maior do que os observados nas outras afirmações do componente. O tema amizade, principalmente em adultos, ainda é pouco estudado no Brasil. Souza & Hultz afirmam que os indivíduos socialmente integrados vivem mais e que relacionamentos pessoais ou mais próximos, como por exemplo, com amigos, atenuam a solidão e proporcionam bem-estar subjetivo, tendo papel importante na felicidade pessoal e na promoção da saúde[41].

Diante da afirmação K, percebeu-se que apenas 20%, *sempre* tem no seu lazer a inclusão de atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais. Somando os percentuais que referiram as opções *nunca* e *às vezes*, verifica-se que 57% da amostra encontra-se em uma condição não significativa de interação social, fora do ambiente de trabalho. Embora tenha sido percebido, através da análise da afirmação J, a preocupação em manter amizades e um sentimento de satisfação com isso, os(as) enfermeiros(as) não conseguem compartilhar esse mesmo prazer participando de instituições e atividades coletivas, durante seus momentos de lazer. O comportamento da amostra é limitado diante da possibilidade de participação em processos de relacionamento pautados na necessidade de interação coletiva. Esse tipo de relação é oportuna para desenvolver a comunicação e para vivenciar sentimentos como perdão e altruísmo, por exemplo, conforme assinala Ornish, citado por Nahas[26]. As

características da sociedade urbana brasileira, nos tempos atuais, onde se valorizam as posturas individualistas e a defesa ideológica e material dos bens privados, também podem contribuir para esse comportamento. As experiências vivenciadas pelos(as) enfermeiros(as), durante o tempo não utilizado para as obrigações profissionais e familiares, bem como o aprofundamento dos seus significados para esta categoria podem ser objetos de estudos futuros.

Em relação ao item L do PEVI, foi possível observar que, entre os(as) participantes da pesquisa, 36% *nunca* procura participar ativamente na sua comunidade, 22% sempre procura ter uma postura social mais ativa, no local em que está inserida. O percentual de participação nas atividades da comunidade é muito baixo, somando os posicionamentos *nunca* e *às vezes* obtém-se 66% dos(as) entrevistados(as). Talvez isso não seja uma realidade apenas dos(as) profissionais enfermeiros(as), mas sim de uma parcela considerável da sociedade, nos dias atuais.

Figura 13 – Distribuição dos percentuais relativos ao componente *relacionamento social* entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.



J – Você procura cultivar amigos e está satisfeito(a) com seus relacionamentos.
K – Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupos, participação em associações.
L – Você procura ser ativo(a) em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social.

6.5.5 Componente Controle do Estresse

A média obtida pelos(as) enfermeiros(as) em relação ao *componente controle do estresse* foi de 4,2 (DP=2,48); em um escore de 0 a 9. Apenas 9,9% dos(as) enfermeiros(as) apresentam um comportamento *desejável* em relação ao controle do estresse. O maior número de entrevistados(as), 23 (28,4%), apresenta um comportamento categorizado como *pouco desejável* em relação a este componente (tabela 18). A soma dos percentuais relativos aos comportamentos *pouco desejável* e *indesejável* mostra que 43,2% da amostra apresenta dificuldade em controlar o estresse, no dia-a-dia. Este é o segundo componente de todo o PEVI a apresentar os percentuais mais baixos de comportamento *desejável* e *próximo ao desejável*.

Tabela 18 – Distribuição do comportamento referente ao controle do estresse dos(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.

ESCORE DAS AFIRMATIVAS – COMPORTAMENTO	N	%
0 -1 (INDESEJÁVEL)	12	14,8%
2 -3 (POUCO DESEJÁVEL)	**23**	**28,4%**
4 - 5 (MODERADAMENTE DESEJÁVEL)	20	24,7%
6 - 7 (PRÓXIMO AO DESEJÁVEL)	18	22,2%
8 - 9 (DESEJÁVEL - IDEAL)	8	9,9%
TOTAL	**81**	**100%**

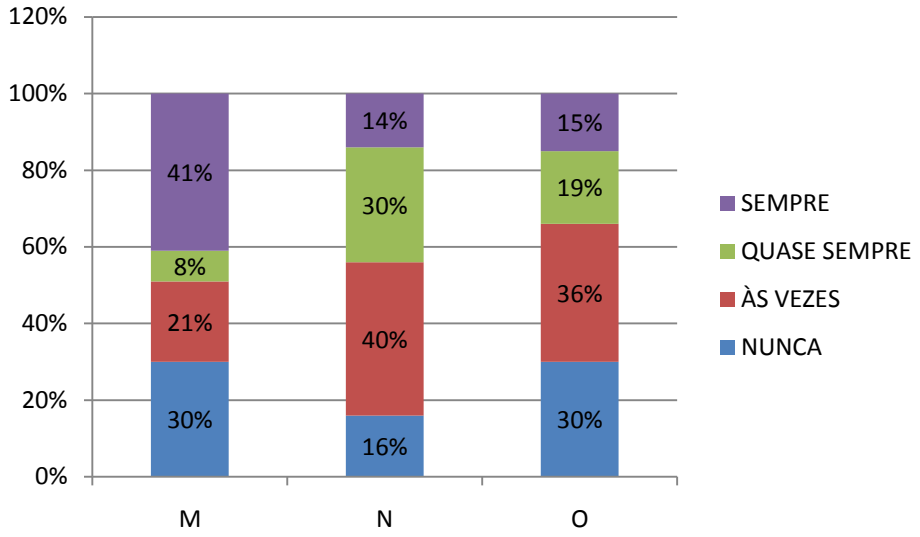
Neste componente busca-se conhecer a rotina dos(as) enfermeiros(as) em relação ao tempo reservado para relaxar, à postura emocional diante de situações de confronto e à proporção do tempo dedicado ao lazer e ao trabalho. Na figura 14, percebem-se os percentuais referentes às afirmações do componente *controle do estresse*, itens M, N e O do PEVI. Em relação à afirmação M (você reserva tempo, ao menos 5 minutos, todos os dias para relaxar), 41% dos(as) participantes *sempre* tem o referido hábito, embora 30% nunca o faz. O posicionamento da amostra em relação a esta afirmação apresenta o maior percentual (49%) dentre as afirmações deste componente, relativo às opções *sempre* e *quase sempre*. Apesar de o tempo considerado

no instrumento ser mínimo (5 minutos), o percentual de enfermeiros(as) que não conseguem relaxar ainda é elevado (51%).

O item N (você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado), mostrou que somente 14% sempre mantêm uma discussão sem alterar-se. O estudo de Cavalheiro, Denis Júnior & Lopes, realizado com 75 enfermeiros(as), que trabalham em um hospital da cidade de São Paulo (SP), demonstra que entre os agentes estressores mais freqüentes na população estudada estão: as situações que envolvem o enfrentamento de críticas, as crises entre chefia e subordinados e a impossibilidade e dificuldade de enfrentar situações que exijam confronto com chefia, colegas e subordinados[43]. É claro que estes aspectos citados estão relacionados ao ambiente de trabalho; mas pode haver também situações de dificuldade nas relações extra-laborais.

Em relação à afirmação O (você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer), constatou-se que 30% nunca equilibra estes 2 aspectos da vida cotidiana, sendo o percentual de enfermeiros(as) que sempre determina tempos similares para o trabalho e o lazer de 15%. Observa-se que 66% dos(as) entrevistados(as) utilizou as opções da escala *às vezes* e *nunca* diante desta última afirmação. Apesar de um bom número de enfermeiros(as) referirem que disponibilizam parte do seu tempo para o lazer, a carga de trabalho formal ainda é muito superior.

Figura 14 – Distribuição dos percentuais relativos ao componente *controle do estresse* entre os(as) enfermeiros(as) de um hospital público de Recife, 2012.



M – Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.
N – Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado(a).
O – Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.

A afirmação O é a que apresenta menor percentual de *sempre* e *quase sempre*, denunciando mais uma vez a escassez de tempo para as atividades não laborais. Do mesmo modo, em relação à afirmação N, os percentuais de *nunca* e *às vezes* ultrapassa 50%.

A análise dos resultados do *componente controle do estresse* mostra que um percentual significativo dos(as) enfermeiros(as), tem dificuldades para equilibrar o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer. Corroborando com este achado, tem-se o fato de 49,4% da amostra afirmar que disponibiliza menos de 10 horas por semana para suas atividades de lazer. Um cotidiano composto por múltiplos vínculos empregatícios, longas jornadas de trabalho, responsabilidades financeiras e operacionais relativas ao lar, tempo de deslocamento no trânsito, estudos, entre outros, são fatores que acabam contribuindo para uma restrição do lazer. Elias & Navarro vão mais além, afirmando que os(as) enfermeiros(as), na busca de encontrar prazer no

trabalho, acabam limitando entre eles(as) a compreensão do lazer como atividade importante[21].

A presença do estresse entre os(as) enfermeiros(as) é observada em vários estudos como sendo fator de risco para o surgimento de doenças crônicas relacionadas ao trabalho, como por exemplo, as alterações cardiovasculares, músculo-esqueléticas e os problemas gastrintestinais[12,21,68]. Coincidentemente, os(as) enfermeiros(as) desta pesquisa possuem os maiores percentuais de doenças crônicas relacionadas a estes sistemas citados.

Associando o estresse entre as categorias profissionais da área da enfermagem (enfermeiros(as), técnicos(as) e auxiliares), Bottoli, Moraes & Goldmeier conseguiram demonstrar que, em relação aos(às) técnicos(as) e auxiliares de enfermagem, os(as) enfermeiros(as) apresentam maiores percentuais na maioria das fases do estresse consideradas na metodologia do estudo. As autoras relacionam esse resultado com o grau de responsabilidade e sobrecarga do(a) enfermeiro(a)[11]. No estudo desenvolvido por Mizobuchi & Cury, com 104 profissionais de enfermagem, em Bauru (SP), no ano de 2005, foi verificada a presença de máximo estresse entre os(as) enfermeiros(as), quando as causas deste estresse estavam relacionadas à baixa remuneração, à falta de estabilidade no emprego e à submissão aos médicos[14]. Todos estes achados reforçam uma realidade propensa ao estresse vivenciado pelos(as) enfermeiros(as), seja no trabalho ou fora dele.

7 CONCLUSÕES

A amostra é composta na sua maioria (93,8%) por mulheres, seguindo uma característica da profissão de enfermagem e tem em média 42,5 anos. Predomina um perfil de enfermeiros(as) casados(as), que trabalham em mais de um vínculo empregatício, possuem dependentes financeiros e assumem a condição de chefes de família, uma vez que contribuem de forma significativa para a manutenção financeira das suas casas. Os achados mostraram ainda que parte considerável dos(as) solteiros(as) assume responsabilidades com dependentes financeiros e também contribuem com elevados percentuais para a formação da renda familiar. Em relação ao rendimento líquido mensal, a média encontrada foi de R$4.427,44, sendo que para atingir este patamar de rendimento é necessário que mantenham múltiplos vínculos empregatícios, submetendo-se a longas jornadas laborais, o que certamente não contribui para uma qualidade de vida ideal e representa fator de risco para a saúde.

Em relação à morbidade referida, foi possível verificar que mais da metade da amostra convive com pelo menos 1 doença crônica. As doenças relacionadas ao aparelho circulatório são citadas com maior freqüência (29,2%). Destaca-se o elevado número de enfermeiros(as) que são portadores(as) de HAS e DM. Trata-se de um perfil de adoecimento presente na população em geral, mas que não condiz com a situação das mulheres que se enquadram no mesmo nível de escolaridade das enfermeiras do estudo. Quando se investiga o quadro de adoecimento agudo dos(as) enfermeiros(as), os achados mostram que as doenças infecciosas e parasitárias são as mais frequentes. A dengue é a doença aguda que mais acomete a população do estudo, reflexo do quadro epidemiológico da RMR, ao passo que as demais doenças infecciosas podem ter relação direta com as atividades laborais dos(as) enfermeiros(as).

A amostra possui uma ampla disponibilidade de oferta de serviços de saúde, com 95% dos(as) entrevistados(as) dispondo de planos de saúde, que custeiam do próprio bolso ou que são disponibilizados pelas instituições empregadoras.

Na análise do estilo de vida dos(as) enfermeiros(as) observa-se no conjunto, uma condição desfavorável, com maiores deficiências encontradas em relação aos componentes *atividade física* e *controle do estresse*. Apenas no que diz respeito aos hábitos de prevenção, encontra-se um comportamento ideal. Não foi encontrada associação entre as médias gerais obtidas para o estilo de vida e a presença de doenças crônicas. Porém, as evidências encontradas, através do estilo de vida desfavorável e da presença considerável de enfermeiros(as) com sobrepeso e obesidade podem ser compreendidas como fatores predisponentes ao surgimento de doenças crônicas de natureza modificável que podem ter relação direta com um dos principais objetos de trabalho da enfermagem, o autocuidado.

Existe, portanto, a necessidade de formular um novo significado para o direcionamento que os(as) enfermeiros(as) dão ao trabalho, ainda hoje pautado nos seus arquétipos de caridade e devoção, com o acréscimo da busca pela ampliação do poder de consumo, que limitam muitas vezes, sua compreensão do próprio autocuidado. Além das condições sócio-demográficas, da disponibilidade e utilização de serviços de saúde, e do estilo de vida que são evidenciados nesse estudo, fatores relacionados à saúde ocupacional podem estar influenciando as condições de saúde destes(as) profissionais. A precarização das condições de trabalho, agindo como fator de estresse, aumentando a carga de esforço físico e os riscos de adoecimento, as relações verticais e horizontais, dentro do ambiente de trabalho, com níveis hierárquicos acima e abaixo demandando pressões, são elementos que não foram estudados neste trabalho, mas podem estar contribuindo negativamente para a saúde destes(as) profissionais.

O padrão de adoecimento diferenciado para pior em relação ao da população em geral pode encontrar explicação na carga de trabalho elevada, marcada pela multiplicidade de vínculos, no estilo de vida não saudável e/ou na compreensão de que os serviços de saúde disponibilizados e utilizados possam não oferecer resolubilidade ou não promover saúde.

A adoção de políticas de recursos humanos nos hospitais com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças entre os(as) profissionais de enfermagem é uma necessidade. Cabe, no entanto, uma reflexão em torno da utilização do termo promoção da saúde quando se quer provocar modificações nas condições de saúde e no estilo de vida destes(as) profissionais, levando em consideração a possibilidade de incrementar o seu poder técnico e a sua consciência política para compreensão da problemática na qual estão inseridos(as). Estes são fatores cruciais para formulação de políticas e ações que promovam à saúde.

Imaginar que mudanças no estilo de vida dos(as) entrevistados(as) podem ser alcançadas apenas com a implantação de atividades educativas é uma proposta simplória e ingênua. Primeiro, porque o sucesso deste tipo de intervenção fica condicionado ao conhecimento e interesse individual de cada pessoa, mesmo considerando que são profissionais com conhecimento técnico diferenciado acerca da promoção e prevenção em saúde e que a adesão às atividades e comportamentos que melhoram o estilo de vida é uma responsabilidade fundamental relacionada à própria profissão. Em segundo lugar, as ações cotidianas (hábitos) e as ações conscientes que constituem o dia-a-dia dos(as) enfermeiros(as) estão relacionadas à percepção de qualidade de vida que os(as) mesmos(as) carregam consigo, o que é fruto de um construto cultural, reflexo de interações com a família e com a sociedade. Para que existam mudanças neste sentido faz-se necessária uma conscientização que promova a

valorização de alguns comportamentos que precisam ser incluídos ou excluídos do dia-a-dia, além da percepção da capacidade própria para conduzir estas mudanças.

Sobre as limitações do estudo, percebe-se que parte delas está relacionada com a realização de pesquisa quantitativa que busca obter mediante entrevistas, evidências objetivas do tipo condições de saúde. Outro aspecto limitante é que as informações levantadas podem ter algum viés motivado por filtros e percepções pessoais das entrevistadas. Os fatores que respondem por este falseamento estão fartamente descritos na literatura científica que trata dos métodos de investigação.

O conhecimento acerca do universo sócio-sanitário dos(as) enfermeiros(as) no Brasil necessita ser ampliado e aprofundado por uma longa trajetória de estudos. A presente pesquisa, além de juntar informações aos estudos anteriores sobre a realidade da profissão e acrescentar as particularidades deste recorte loco-regional de um país tão heterogêneo, produziu um mapeamento capaz de apontar áreas da problemática abordada que precisam ser melhor esclarecidas por pesquisas posteriores, sinalizando as abordagens metodológicas com que precisarão ser tratadas.

A escassez de fontes, que dificulta a comparabilidade dos achados, é uma tônica na busca por estudos neste campo, foi atestada pelo esforço do autor no sentido de capturar referências bibliográficas em periódicos, teses e dissertações produzidas no Brasil. A partir de um conjunto reduzido de trabalhos científicos, encontrar estudos com semelhança de escopo metodológico tornou-se uma tarefa difícil. Esta constatação, no entanto, já aponta para a necessidade de pesquisas que se proponham a realizar levantamentos da literatura disponível sobre este objeto, empregando-se recursos metodológicos como o da revisão sistemática. Em princípio, o momento parece ser o de expandir, registrar e disseminar a produção acerca das condições de vida e de saúde do grupo social em questão.

Outra limitação decorre da disponibilidade ainda restrita de instrumentos capazes de captar de forma mais objetiva e detalhada os aspectos relacionados com estilos de vida e promoção da saúde. O PEVI, utilizado nesta pesquisa, ainda se acha sob o crivo dos pesquisadores que debatem sua acurácia e suas limitações. Entende-se que sendo corretamente aplicado e tendo seus achados confrontados com aqueles produzidos por outras fontes de evidência, como foi feito no presente estudo, pode mostrar-se útil, ajudando a confirmar ou a contestar os achados fornecidos por outras técnicas.

REFERÊNCIAS

1. MORAIS, H. M. M., Uma análise da assistência médico-hospitalar privada: *o pólo médico* do Recife na travessia do século XX para o XXI. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.
2. TEIXEIRA, E., VALE, E. G., FERNANDES, J. D., DE SORDI, M. R. L., Trajetória e tendências dos Cursos de Enfermagem no Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006 jul/ago; 59(4): 479-87.
3. AGUDELO, M. C. C.; *El trabajo en enfermería*. In: MACHADO, M. H. (Org.); *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica / organizado por Maria Helena Machado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
4. GELBCKE, F. L., *et al.*, Perspectivas para um novo modelo de organização do trabalho em enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2004 mar/abr; 57(2): 193-7.
5. FELICIANO, K. V. O. *et al*., *Burnout* na saúde da família: experiências de médicos e enfermeiras. Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP) – Série Publicações Científicas do IMIP, 13. Recife: Brascolor Gráfica e Editora, 2008.
6. BUSS, P. M., ALBERTO FILHO, P., A saúde e seus determinantes sociais. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007; 17(1):77-93.
7. FERREIRA, V. A., MAGALHÃES, R., Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007 jul; 23(7): 1674-81.

8. MACHADO, M. H., VIEIRA, A. L. S., OLIVEIRA, E., Construindo o perfil da enfermagem. Enfermagem em Foco, 2012; 3(3): 119-122.
9. MAGNAGO, T. S. B. S.; Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. Revista enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1): 118-23.
10. PAFARO, R. C., MARTI, N. M. F.; Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um Hospital de Oncologia Pediátrica de Campinas. Revista Esc Enferm USP, 2004; 38(2): 152-60.
11. MANNETTI, M. L., MARZIALE, M. H. P.; Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. Estudos de Psicologia, 2007; 12(1), 79-85.
12. TEIXEIRA, R. C., MANTOVANI, M. F.; Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. Revista Esc. Enferm. USP, 2009; 43(2): 415-21.
13. AGUIAR, A. D. F., BARRETO, E. O., AGUIAR, K. S., BIAZZINI, M. G., SILVA, P. M., Saúde do trabalhador de enfermagem que atua em centro de saúde. Revista Inst. Ciência Saúde, 2009; 27(2): 103-8.
14. MIZOBUCHI, L. E. C., CURY, C. F. M. R., Estresse na enfermagem: mensuração das situações geradoras em um hospital geral. Revista Inst. Ciênc. Saúde, 2007; 25(4): 349-55.
15. VILARINHO, R. M. F., LISBOA, M. T. L.; Diabetes mellitus: fatores de risco em trabalhadores de enfermagem. Acta Paul Enferm, 2010; 23(4): 557-61.
16. ROCHA, S. M. M., ALMEIDA, M. C. P., O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2000 dez; 8(6): 96-101.

17. FREITAS, G. F., FUGULIN, F. M. T., FERNANDES, M. F. P., A regulação das relações de trabalho e gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. Revista Esc. Enferm. USP, 2006; 40(3): 434-8.
18. SOUZA, N. V. D. O., CUNHA, L. S., PIRES, A. S., GONÇALVES, F. G. A., RIBEIRO, L. V., SILVA, S. S. L. F.; Perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro. remE – Revista Min. Enferm., 2012 abr/jun; 16(2): 232-240.
19. SPÍNDOLA T., SANTOS, R. S., Mulher e trabalho – a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. Revista Latino-am Enfermagem, 2003 set/out; 11(5): 593-600.
20. CAPELLA, B. B., Uma abordagem sócio-humanista para um "modo de fazer" o trabalho da Enfermagem. Tese de doutorado – UFPEL; Florianópolis (SC): UFSC; 1998.
21. ELIAS, M. A., NAVARRO, V. L., 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. Revista Latino-am Enfermagem, 2006 jul/ago; 14(4): 517-25.
22. SILVA, A. L., PADILHA, M. I. C. S., BORENSTEIN, M. S., Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2002; 10(4): 586-595.
23. GUTIERREZ, M. L. *et al.*, *La promoción di salud*. In: ARROYO, H. V. & CERQUEIRA, M. T. (Orgs.); *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en Amèrica Latina*. San Juan: Editora de la Universidad di Puerto Rico, 1997.

24. BUSS, P. M., Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (Orgs.) Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
25. MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
26. NAHAS, M. V., BARROS, M. V. G., FRANCALACCI, V., O pentáculo do bem-estar – base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. Atividade Física & Saúde, 2000; 5(2): 48-59.
27. LEBRÃO, M. L. *et al.* Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo. IV – Morbidade referida em entrevistas domiciliárias, 1983-1984. Revista Saúde Pública, 1991; 25(6): 452-60.
28. THEME-FILHA, M. M., SZWARCWALD, C. L., SOUZA-JÚNIOR, P. R. B., Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. Revista de Saúde Pública, 2008; 42(1): 73-81.
29. LEITE, P. C., SILVA, A., Morbidade referida em trabalhadores de enfermagem de um centro de material e esterilização. Revista Ciência, Cuidados e Saúde, 2007 jan/mar; 6(1): 95-102.
30. ALMEIDA, M. F., BARATA, R. B., MONTERO, C. V., SILVA, Z. P., Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2002; 7(4): 743-756. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14603.pdf. Acesso em: 03/01/2012.
31. LEBRÃO, M. L., DUARTE, Y. A. O., SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. – Brasília: Organização

Pan-Americana da Saúde, 2003. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_saber.pdf. Acesso em: 03/01/2012.

32. CELICH, K. L. S., SPADARI, G., Estilo de vida e saúde: condicionantes de um envelhecimento saudável. Cogitare Enferm 2008 abr/jun, 13(2): 252-60.
33. GONÇALVES, A., VILARTA, R., Qualidade de Vida e Atividade Física – Explorando teoria e prática. Barueri, SP: Manole, 2004.
34. MAGALHÃES, S. S., Análise do perfil do estilo de vida por atividade de turismo na natureza: o caso da cidade de Mucugê-Bahia, 2007. Dissertação de mestrado – Sérgio Souza Magalhães: UESC.
35. LESSA, I., Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N., Epidemiologia & Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
36. NAHAS, M. V., Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias brasileiras: relatório geral – Brasília: SESI/DN, 2009.
37. MONDINI, L., MORAES, S. A., FREITAS, I. C. M., GIMENO, S. G. A., Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. Revista Saúde Pública, 2010; 44(4): 686-94.
38. NASCIMENTO, C. M., RIBEIRO, A. Q., SANT'ANA, L. F. R., OLIVEIRA, R. M. S., FRANCESCHINI, S. C. C., PRIORE, S. E., Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(2): 174-180.
39. VIGITEL BRASIL 2011 - Saúde Suplementar. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**.** Série G. Estatística e Informação em Saúde. Rio de Janeiro, 2012.
40. DUCA, G. F., ROMBALDI, A. J., KNUTH, A. G., AZEVEDO, M. R., NAHAS, M. V., HAIIAI, P. C., Associação entre nível econômico e inatividade

física em diferentes domínios. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2009; 14(2): 123-31.

41. SOUZA, L. K., HUTZ, C. S., Relacionamentos pessoais e sociais: amizade em adultos. Psicologia em Estudo, Maringá, 2008 abr/jun; 13(2): 257-65.
42. BACHELADENSKI, M. S., EDGAR JÚNIOR, M., Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2010; 15(5): 2569-79.
43. CAVALHEIRO, A. M., DENIS JUNIOR, F. M., LOPES, A. C., Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. Revista Latino-am. Enfermagem, 2008 jan/fev; 16(1).
44. GIL, A. C., Como elaborar projetos de pesquisa / Antonio Carlos Gil. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.
45. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Pernambuco. Site oficial - Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/hospitais/regiao-metropolitana/hospital-getulio-vargas/. Acesso em 30 jun. 2012.
46. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Ministério da Saúde. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br . Acesso em 14 abr. 2012.
47. NAHAS, M. V., Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida saudável / Markus V. Nahas. 3.ed. Londrina: Midiograf, 2003.
48. BOTH, J., BORGATTO, A. F., NASCIMENTO, J. V. SONOO, C. N., LEMOS, C. A. F., NAHAS, M. V., Validação da escala "Perfil do Estilo de Vida Individual". Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2008; 13(1): 5-14.
49. RICARDO, D. R., ARAÚJO, C. G. S., Índice de massa corporal: um questionário científico. Arq. Bras. Cardiol., 2002; 79(1): 61-9.

50. NORMA TÉCNICA DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN. Disponível em HTTP://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html. Acesso em: 14 dez. 2012.
51. OLIVEIRA, L. P. M., QUEIROZ, V. A. O., SILVA, M. C. M., PITANGUEIRA, J. C. D., COSTA, P. R. F., DEMÉTRIO, F., ANJOS, M. C. G., ASSIS, A. M. O., Índice de massa corporal obtido por medidas autorreferidas para a classificação do estado antropométrico de adultos: estudo de validação com residentes no município de Salvador, estado da Bahia, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2012 abr/jun, 21(2): 315-324.
52. CID-10 / Organização Mundial de Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 4ª Ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.
53. CARVALHO, L. S. F., MATOS, R. C. S., SOUZA, N. V. D. O., FERREIRA, R. F. D. S.; Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. Cienc Cuid Saúde, 2010 jan/mar; 9(1): 60-66.
54. KRUSE, M. H. L., Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. Revista Bras. Enferm., 2006; 59(esp): 403-10.
55. VASCONCELOS, S. P., FISCHER, F. M., REIS, A. O. A., MORENO, C. R. C., Fatores associados à capacidade para trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia Ocidental. Revista Bras Epidemiologia, 2011; 14(4): 688-97.
56. FERREIRA, R. C., GRIEP, R. H., FONSECA, M. J. M., ROTENBERG, L., Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. Revista Saúde Pública, 2012, 46(2): 259-68.

57. SANTO, E. E., FREITAS, F. Q. B., A saúde do trabalho e trabalhador em tempos de precarização do trabalho. Revista Intersaberes, Curitiba, 2009 jul/dez; 4(8): 150-169.

58. Indicadores IBGE – Pesquisa Mensal de Emprego – Jan 2013. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Mensal_de_Emprego/fasciculo_indicadores_ibge/2013/pme_201301pubCompleta.pdf. Acesso em: 15 mar. 2013.

59. SILVA, A. A., ROTENBERG, L., FISCHER, F. M., Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. Revista Saúde Pública, 2011; 45(6): 1117-26.

60. Comunicados do Ipea. Nº 65 PNAD 2009 - Primeiras análises: Investigando a chefia feminina de família. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101111_comunicadoipea65.pdf. Acesso em: 18 dez. 2012.

61. PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2008. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/CGI/tabnet.exe?pnad2008/pnad.def . Acesso em 02 mar. 2013.

62. POF 2008/09 mostra desigualdades e transformações no orçamento das famílias brasileiras [Internet]. Brasil: IBGE; 2010 jun 23. Disponível em: http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1648. Acesso em 20 abr 2013.

63. GEHRING JUNIOR, G., Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. Revista Bras. Epidemiol., 2007; 10(3): 401-9.

64. VILAR, L., ALBUQUERQUE, J. L., LIMA, M. F., Diabetes Mellitus. In: Condutas em clínica médica, 4 ed. / Norma Arteiro Filgueira, *et al.* – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap. 37, p. 518.

65. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: MS, 2012; 43(1): 11-13. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/bolepi_vol_43_n1.pdf. Acesso em 11 abr. 2013.

66. SIQUEIRA, F. C. V., NAHAS, M. V., FACCHINI, L. A., PICCINI, R. X., TOMASI, E., THUMÉ, E., SILVEIRA, D. S., HALLAL, P. C., Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009 set, 25(9): 1917-28.

67. MAIA, C. O., GOLDEMEIER, S., MORAES, M. A., BOAZ, M. R., AZZOLIN, K.; Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. Acta Paul Enferm, 2007; 20(2): 138-42.

68. BOTTOLI, C., MORAES, M. A., GOLDMEIER, S.; Fatores de risco cardiovasculares em trabalhadores de enfermagem em um centro de referência no Sul do Brasil. Ciencia y Enfermeria XV, 2009; (3): 101-109.

69. ANDRADE, G. R. B., VAITSMAN, J., Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2002; 7(4): 925-934.

70. CARVALHO, V., Sobre construtos epistemológicos nas ciências – uma contribuição para a enfermagem. Revista Latino-am Enfermagem, 2003 jul/ago; 11(4):420-8.

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de coleta de dados

TÍTULO DA PESQUISA: A saúde do(a) cuidador(a): um estudo com enfermeiros(as) de um hospital público de Recife.

Nº do questionário: _____ Data de preenchimento: ___/___/_____

Este formulário é o instrumento de coleta de dados da pesquisa intitulada "A saúde do(a) cuidador(a): um estudo com enfermeiros(as) de um hospital público de Recife", que tem como objetivo descrever as condições de saúde das enfermeiras que trabalham em um hospital público da cidade do Recife. O autor, José Ronaldo Vasconcelos Nunes, é enfermeiro e cursa o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGISC/UFPE).

Considerando a importância da informação gerada por este formulário, pedimos a sua colaboração no sentido de responder as perguntas com atenção, pelo que já ficamos gratos.

Caso deseje receber uma síntese do relatório final desta pesquisa, solicitamos que inclua seu e-mail no termo de consentimento junto a sua assinatura.

José Ronaldo Vasconcelos Nunes

Telefone: (81)88450654 – E-mail : ronatriunfo@yahoo.com.br

1. DADOS PESSOAIS

1.1 Idade (em anos já completados): _____anos

1.2 Sexo:

( ) Masculino ( ) Feminino.

1.3 Estado Civil:

( ) Solteira(o)

( ) Casada(o) ou mantendo qualquer tipo de união estável com outra pessoa

( ) Viúva(o)

( ) Separada(o).

1.4 Há pessoas que dependem de você financeiramente?

( ) Não ( ) Sim Quantos?_____

1.5 Há pessoas que dependem dos seus cuidados, exclusivamente?

( ) Não ( ) Sim Quantos?_____

1.6 Qual o seu peso atual? ____ quilos

1.7 Qual a sua altura? ____ metro

1.8 Formatura em Enfermagem.

1.8.1 Qual o ano da sua conclusão do curso superior em enfermagem?_____

1.8.2 Quantos anos completos de trabalho em enfermagem você tem?_____

2. DADOS PROFISSIONAIS, SOCIAIS E ECONÔMICOS

2.1 Perguntas sobre rotina de trabalho **como profissional de enfermagem** e a remuneração.

Qual o seu ambiente de trabalho?	**Qual a sua carga horária semanal**	**Qual a sua remuneração líquida mensal (incluindo gratificações)?**	**Qual o seu regime de trabalho?**	**Qual a natureza do vínculo?**	**Qual a função?**
ATIVIDADE 1 (HGV) ( ) enfermaria ( ) ambulatório ( ) setor fechado ( ) gerenciamento ( ) outra _____	_____ horas	R$	( ) plantonista ( ) diarista ( ) outro_____	(X) instituição pública ( ) instituição privada ( ) trabalha por conta própria ( ) outro _____	( ) Enfermeira(o) ( ) Técnica de enfer. ( ) Auxiliar de enfer. ( ) outro _____
ATIVIDADE 2 ( ) enfermaria ( ) ambulatório ( ) setor fechado ( ) gerenciamento ( ) outra _____	_____ horas	R$	( ) plantonista ( ) diarista ( ) outro_____	( ) instituição pública ( ) instituição privada ( ) trabalha por conta própria ( ) outro _____	( ) Enfermeira(o) ( ) Técnica de enfer. ( ) Auxiliar de enfer. ( ) outro _____
ATIVIDADE 3 ( ) enfermaria ( ) ambulatório ( ) setor fechado ( ) gerenciamento ( ) outra _____	_____ horas	R$	( ) plantonista ( ) diarista ( ) outro_____	( ) instituição pública ( ) instituição privada ( ) trabalha por conta própria ( ) outro _____	( ) Enfermeira(o) ( ) Técnica de enfer. ( ) Auxiliar de enfer. ( ) outro _____
ATIVIDADE 4 ( ) enfermaria ( ) ambulatório ( ) setor fechado ( ) gerenciamento ( ) outra _____	_____ horas	R$	( ) plantonista ( ) diarista ( ) outro_____	( ) instituição pública ( ) instituição privada ( ) trabalha por conta própria ( ) outro _____	( ) Enfermeira(o) ( ) Técnica de enfer. ( ) Auxiliar de enfer. ( ) outro _____

2.2 Tem alguma atividade remunerada **fora do campo da enfermagem?**

( )Sim ( )Não

2.2.1 Caso tenha; quantas horas dedica por semana a esta atividade? _____horas.

2.2.2 Qual o rendimento financeiro por mês desta atividade? R$_____.

2.3 Em relação às suas atividades sociais, responda quantas horas por semana você dedica a:

a) Estudo _____ horas

b) Lazer _____ horas

c) Exercício físico _____ horas

d) Atividades religiosas _____ horas

e) Trabalhos no lar _____ horas

f) Atividade de autocuidado _____ horas

g) Outras atividades _____ horas

2.4 Somando a sua renda líquida mensal com a renda mensal de outras pessoas da família; qual o valor? R$_____

2.5 Quanto de sua remuneração mensal você aplica em despesas da família ou despesas da casa? R$_____

2.6 Quanto de sua remuneração mensal você aplica em despesas individuais? R$ _____

2.7 Condições de posse de moradia:

( ) própria quitada

( ) própria ainda não quitada

( ) alugada

( ) cedida.

3. PERCEPÇÃO SOBRE A MORBIDADE

3.1 Você é portadora(o) de alguma doença crônica? ( ) Sim ( ) Não

Qual o problema de saúde (doença, agravo ou limitação)?	Foi diagnosticado por médico? Em que ano?	Se você está fazendo algum tipo de tratamento, responda se foi prescrito por médico	A doença está sob controle neste momento?

3.2 – Apresentou algum problema agudo de saúde, nos últimos doze meses? ( ) Sim ( ) Não

Qual o problema de saúde (doença, agravo ou limitação)?	Foi diagnosticado por um médico?	Se você se encontra em tratamento responda se foi prescrito por médico	O problema de saúde já foi resolvido?

4. **DISPONIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

4.1 Tipo de assistência à saúde disponível:

( ) SUS

( ) SASSEPE (como titular)

( ) SASSEPE (como dependente)

( ) Plano privado (como titular)

( ) Plano privado (como dependente)

( ) Outros tipos : _____

4.2 Serviços de saúde que você procurou nos últimos doze meses.

Tipo do Serviço	Natureza do serviço	Motivo da procura	Foi internado(a)?	Realizou algum tipo de cirurgia? Especifique.
( ) hospital ( ) clínica radiológica ( ) ambulatório/consultório ( ) laboratório ( ) outro tipo_____	( )Público ( ) Filantrópico ( ) Plano de Saúde ( ) Pagamento à vista	( ) situação de urgência ou emergência ( ) necessidade de consulta eventual ( ) necessidade de realizar controle/acompanhamento ( ) realização de exames		
( ) hospital ( ) clínica radiológica ( ) ambulatório/consultório ( ) laboratório ( ) outro tipo_____	( )Público ( ) Filantrópico ( ) Plano de Saúde ( ) Pagamento à vista	( ) situação de urgência ou emergência ( ) necessidade de consulta eventual ( ) necessidade de realizar controle/acompanhamento ( ) realização de exames		
( ) hospital ( ) clínica radiológica ( ) ambulatório/consultório ( ) laboratório ( ) outro tipo_____	( )Público ( ) Filantrópico ( ) Plano de Saúde ( ) Pagamento à vista	( ) situação de urgência ou emergência ( ) necessidade de consulta eventual ( ) necessidade de realizar controle/acompanhamento ( ) realização de exames		

5. PERFIL DO ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL

Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao seu bem-estar.

Manifeste-se sobre cada afirmação considerando a escala:

(0) NUNCA faz parte do seu estilo de vida

(1) ÀS VEZES corresponde ao seu comportamento

(2) QUASE SEMPRE verdadeiro no seu comportamento

(3) a afirmação é SEMPRE verdadeira no seu dia a dia; faz parte de seu estilo de vida.

5.1 – Componente: Nutrição

a. ( ) Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras.

b. ( ) Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces.

c. ( ) Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo.

5.2 – Componente: Atividade Física

d. ( ) Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana.

e. ( ) Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular.

f. ( ) No seu dia a dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador.

5.3 – Componente: Comportamento Preventivo

g. ( ) Você conhece a sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los.

h. ( ) Você não fuma e ingere álcool com moderação (menos de 2 doses ao dia).

i. ( ) Você sempre usa cinto de segurança e, se dirige, o faz respeitando as normas de trânsito, nunca ingerindo álcool quando vai dirigir.

5.4 – Componente: Relacionamento Social

j. ( ) Você procura cultivar amigos e está satisfeita(o) com seus relacionamentos.

k. ( ) Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações.

l. ( ) Você procura ser ativa(o) em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social.

5.5 – Componente: Controle do Estresse

m. ( ) Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.

n. ( ) Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariada(o).

o. ( ) Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.

Apêndice II - Lista de atividades realizadas fora do ambiente de trabalho

LISTA DE ATIVIDADES REALIZADAS FORA DO AMBIENTE DE TRABALHO

- Cuidados do lar - Realização de feira, limpeza da casa, manutenção da casa, manutenção do carro, cuidados dos animais domésticos;
- Lazer - Cinema, teatro, shows, televisão, dança, visitas a amigos, conversa em grupos ou passeios e viagens;
- Estudo - Estudo em casa, permanência em sala de aula, estudo em casa de colegas ou biblioteca ou curso à distância;
- Exercício Físico - Caminhada, prática esportiva, academia ou pedalada;
- Autocuidado - Permanência em salões de beleza (manicure, cabeleireiro e pedicure), outras atividades de estética ou massagem.

Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco

Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido a(o) Sra.(Sr.) para participar, como voluntária(o), da pesquisa A SAÚDE DO(A) CUIDADOR(A): UM ESTUDO COM ENFERMEIROS(AS) DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE RECIFE. Após ser esclarecida(o) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada(o) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no seguinte endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sla 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50.740-600, tel.: (81)2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: A saúde do(a) cuidador(a): estudo com enfermeiros(as) que trabalham em um hospital público de Recife.

Pesquisador Responsável: José Ronaldo Vasconcelos Nunes.

Endereço/Telefone/e-mail para contato (inclusive ligações a cobrar): Rua Doutor Gastão da Silveira, nº 29, apto.103, Cordeiro - Recife-PE, CEP: 50731-050 / (81)88450654 / ronatriunfo@yahoo.com.br.

Pesquisador participante: Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo (orientador).

Telefones para contato: (81)21268550 / (81)21268548.

A pesquisa em questão tem o objetivo geral de descrever as condições de saúde das enfermeiras que trabalham em um hospital público de Recife. Os dados primários serão coletados através da aplicação do formulário que lhe é apresentado, neste instante. Essa pesquisa não apresenta riscos físicos, sociais ou legais para os sujeitos participantes. É benefício individual a oferta de uma oportunidade de conhecimento e reflexão sobre seu estilo de vida e condições de saúde. Como benefício indireto, o melhor conhecimento sobre os recursos humanos em enfermagem na instituição que você trabalha poderá trazer-lhe melhorias através do planejamento das políticas de RH. Não existem obrigações previstas na sua participação que vão além da resposta ao formulário. Em caso de desistência, você poderá, em qualquer momento, retirar o seu consentimento, sem prejuízos de qualquer espécie. Fica garantido o sigilo das informações prestadas, através da resposta do questionário. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados no computador pessoal do pesquisador e em HD externo, pelo prazo de 5 anos.

José Ronaldo Vasconcelos Nunes _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “A saúde do(a) cuidador(a): um estudo com enfermeiros(as) que trabalham em um hospital público de Recife”, na condição de sujeito pesquisado. Fui devidamente informada(o) e esclarecida(o) pelo pesquisador José Ronaldo Vasconcelos Nunes sobre a pesquisa, e os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Nome do sujeito: _____

Assinatura do sujeito: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Observações complementares: