

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

ANTONIO LISBÔA MENEZES DE OLIVEIRA

**A SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS DE UMA MATERNIDADE
PÚBLICA EM SÃO LUÍS-MA**

São Luís
2010

ANTONIO LISBÔA MENEZES DE OLIVEIRA

**A SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS DE UMA MATERNIDADE
PÚBLICA EM SÃO LUÍS-MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do LABORO–Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Medicina do Trabalho.

Orientadora: Prof^ª Mestranda Tânia Maria Ahid Nunes.

São Luís
2010

Oliveira, Antonio Lisboa Menezes de

A saúde dos funcionários de uma maternidade pública de São Luís-MA. Antônio Lisboa Menezes de Oliveira. - São Luís, 2010.

38 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Medicina do Trabalho) – Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Saúde pública. 2. Perfil profissional. 3. Profissionais de saúde. 4. Maternidade pública I. Título.

CDU 614.2

ANTONIO LISBÔA MENEZES DE OLIVEIRA

**A SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS DE UMA MATERNIDADE
PÚBLICA EM SÃO LUÍS-MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do LABORO–Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Medicina do Trabalho.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Tânia Maria Ahid Nunes (Orientadora)

Mestranda em Biologia Parasitária

Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo - USP

RESUMO

Abordagem quantitativa descritiva realizada na Maternidade Benedito Leite, localizada em São Luís- MA no período de junho a julho de 2010, cujo objetivo consiste em estudar a saúde dos profissionais de saúde da referida instituição, enfocando mais especificamente as doenças crônicas: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Obesidade. Participaram da pesquisa 114 profissionais, cujos resultados apontaram, em sua maioria, para o sexo feminino (84,21%), casados (60,52%), compreendidos na faixa etária entre 43 a 53 anos (39,48%) e de cor branca (27,19), dentre outros. Apesar de terem sido identificados importantes intensificadores de saúde (hábito de não fumar ou de não consumir bebidas alcoólicas), este estudo revelou um número significativo de funcionários com níveis de glicemia elevados, reforçando assim, a importância da avaliação da saúde dos trabalhadores, como uma condição capaz de detectar precocemente as doenças crônicas e os fatores de risco.

Palavras-chave: Saúde. Doença crônica. Qualidade de vida. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

Descriptive quantitative approach carried out in the Maternity Benedito Leite, located in Sao Luis, Brazil in the period from June to July 2010, whose goal is to study the health of health professionals of this institution, focusing more specifically chronic diseases: Hypertension, Diabetes mellitus and obesity. 114 professionals participated in the survey, whose results showed, mostly for females (84,21%), married (60,52%), in the age group between 43-53 years (39,48%) and White (27,19), among others. Despite having been identified important health enhancers (the habit of not smoking or not drinking alcohol), this study revealed a significant number of employees with high blood glucose levels, thus reinforcing the importance of assessing the health of workers, as a condition capable of early detection of chronic diseases and risk factors.

Key-words: Chronic disease. Quality of life. Health professionals.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com a prática de atividade física. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010	23
Gráfico 2	- Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com o consumo de cigarro. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010.....	24
Gráfico 3	- Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com o consumo de bebida alcoólica. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010	25
Gráfico 4	- Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com a prevalência da Hipertensão Arterial. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010	26
Gráfico 5	- Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com a aferição da Hipertensão Arterial. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010	26
Gráfico 6	- Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com Índice de Massa Corpórea. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010	27
Gráfico 7	- Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com a condição de ser diabético. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010	28
Gráfico 8	- Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com a avaliação dos valores glicêmicos. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010	29

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	18
2.1 Geral	18
2.2 Específicos	18
3 METODOLOGIA	19
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICES	35

1 INTRODUÇÃO

Os profissionais da saúde formam um grupo especial de trabalhadores, com características próprias, com predomínio do sexo feminino, divisão fragmentada de tarefas e número quase sempre insuficiente de trabalhadores (REIS et al., 2007). Os impactos oriundos das condições de trabalho refletem-se nos funcionários da saúde, na empresa e na sociedade. Ressalta-se que não se pode estabelecer uma relação de causalidade direta entre estas condições e o aparecimento de distúrbios, pois uma série de componentes sócio-psico-biológicos interferem nesse processo.

A saúde é a principal condição para que o indivíduo possa realizar suas atividades de vida diária, entre elas o trabalho, principalmente para o trabalhador que lida em cuidar da saúde de outras pessoas, como é o caso dos profissionais em foco neste estudo. É importante ressaltar que o trabalho é de suma importância na existência humana, dele nascem tecnologia, as organizações produtivas, os sistemas de troca que constituem os mercados, os recursos que possibilitam a vida individual e coletiva, levando à satisfação das necessidades humanas, desde as mais simplórias às mais grandiosas (LANGOSKI, 2005).

Analisando a vida moderna, vê-se que esta impõe um estilo de vida carregado de atividades específicas e limitado, levando à inatividade e vícios de comportamento. O estilo de vida atual, conseqüente do modelo produtivo vigente, tem provocado comprometimentos à saúde humana que refletem diretamente na qualidade de vida dos indivíduos. O modo de produção adotado pelas sociedades modernas determina o próprio modo de vida dos indivíduos, configurando assim, o trabalho humano como um dos alicerces sociais de relevância científica, tornando-o co-responsável por inúmeras mudanças no comportamento humano, afetando os indivíduos nos seus aspectos fisiológico, psicológico e sociológico (MINAYO, 1992).

Guimarães (2005) diz que é fácil entender a importância do trabalho na vida humana, uma vez que a maior parte do tempo, quando acordados, se passa no trabalho, e as suas repercussões se estendem acentuadamente no bem-estar, mesmo quando não se está trabalhando. Segundo Marziale (2006) os profissionais de saúde se expõem a diversos riscos ocupacionais relacionados à atividade, podendo ser estes:

Risco biológico, pelo contato com microorganismos; risco físico, por condições inadequadas de iluminação, temperatura, ruído, radiações, entre outros; risco químico, pela manipulação de substâncias químicas, como por exemplo, medicamentos, desinfetantes, entre outros; risco psicossocial, pela necessidade de atenção constante, pressão da chefia, estresse e fadiga, ritmo acelerado, trabalho em turnos alternados, entre outros; e o risco ergonômico, pelo levantamento e transporte de peso sem meios auxiliares corretos, peso excessivo.

A instituição hospitalar é um dos contextos de risco à saúde ocupacional, pois o trabalhador que atua em instituições hospitalares está exposto a diferentes estressores ocupacionais que afetam diretamente o seu bem estar, como longas jornadas de trabalho, número insuficiente de profissionais, falta de reconhecimento profissional, alta exposição do profissional aos riscos físicos, químicos, ergonômicos e o contato constante com sofrimento dor e muitas vezes morte dos pacientes e seus familiares (ROSA; CARLOTO, 2005). O desempenho e a saúde do profissional ligado a este ambiente de trabalho exigem um controle mental e emocional que não seria necessário em outro local de trabalho

Saúde e doença são consideradas como processos dinâmicos que estão estreitamente articuladas com o desenvolvimento produtivo em determinado momento histórico e podem ou não estar associados ao ambiente de trabalho. Dentre as várias situações que causam adoecimento existem as doenças crônico-degenerativas, que podem ser relacionadas às condições de vida, de trabalho e consumo da população, gerando desgaste e deterioração orgânico-funcional, e em especial a sobrecarga dos sistemas nervoso, endócrino e cardiovascular (MARTINS; FRANCA; KIMURA, 2004). Estas doenças se caracterizam por ter curso longo, podem em certos casos, deixar seqüelas e impor limitações à vida do indivíduo, motivo pelo qual requer adaptação e necessitam, portanto, de cuidados de saúde.

O estilo de vida é um dos principais determinantes destas doenças, dentro de uma rede multifatorial causal, principalmente nas doenças crônico-degenerativas, séria ameaça a saúde dos trabalhadores, principalmente em forma de problemas como hipertensão arterial, diabetes e obesidade.

Hábitos de inatividade física, consumo de alimentos inadequados principalmente gordurosos, o tabagismo, o alcoolismo, os fatores de estresse, fazem parte de um perfil de estilo de vida negativo (BARROS; NAHAS 2001). Nahas (2006) estima que dois terços das mortes por doenças que poderiam ter sido prevenidas, estes fatores de comportamento tivessem sido positivos. O mesmo autor caracteriza

o Estilo de Vida como “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas”.

Oportunamente, Lessa (2004), com muita propriedade, considera que as doenças crônicas apresentam uma história natural longa, pluralidade de fatores de risco com a interação de vários fatores genéticos, etiológicos e biológicos conhecidos e desconhecidos. Geralmente se iniciam de forma aguda, às vezes sem significado importante, mas se prolongam com episódios de exarcebação e remissão. Muitas doenças crônicas são passíveis de controle, contudo, além de serem um evento estressante, suas restrições e tratamento acabam por alterar a qualidade de vida dos portadores.

Segundo Oliveira (2002) trazem consigo diferentes problemas que, geralmente, interferem no modo de viver das pessoas e dos que convivem com as doenças crônicas. A experiência de tornar-se doente crônico exige que ele visualize e compreenda a sua nova condição para que, desta forma, possa conviver com e enfrentar os problemas trazidos por elas. De acordo com o Ministério da Saúde, “as doenças crônicas representam cerca de metade de todos os óbitos ocorridos, com destaque para as doenças cardiovasculares nos coeficientes de mortalidade com 60%” (BRASIL, 2004).

As doenças cardiovasculares, no seu conjunto, são responsáveis por aproximadamente 30% de todas as mortes no mundo em países ricos e pobres. No entanto, nos países ricos a mortalidade por essas doenças ocorre na faixa etária acima de 60-70 anos, enquanto nos países pobres acontece precocemente, em uma fase na qual o indivíduo é economicamente ativo, representando grande ônus social e econômico (PIERIN, 2004).

Estudiosos como Carvalho (1988); Silva; Marchi (1997) afirmam que os fatores de risco cardiovasculares podem ser classificados em dois grupos: aqueles não suscetíveis à modificação e/ou eliminação, ditos não modificáveis, e os que podem ser modificados ou atenuados por mudanças nos hábitos de vida e/ou por medicamentos. No grupo dos não modificáveis tem-se a hereditariedade, idade, raça e sexo. Dentre os modificáveis, incluem-se a Hipertensão Arterial Sistêmica, tabagismo, Dislipidemias, hipertrigliceridemia, obesidade, sedentarismo, uso de anticoncepcionais hormonais e o estresse.

O enfoque principal desta pesquisa será a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Obesidade, por entender que são consideradas as principais doenças crônicas e apresentarem os maiores índices de morbidade e mortalidade cardiovascular. Tal fato acontece porque esses fatores de riscos cardiovasculares, quando presentes isoladamente ou associados, “determinam um processo acelerado de envelhecimento dos vasos, fazendo com que mais precocemente aconteça uma resposta endotelial alterada e predispõe o vaso a todas as condições dessa disfunção” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

O Ministério da Saúde esclarece que a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre as complicações mais frequentes decorrentes desses agravos encontram-se o Infarto Agudo do Miocárdio, o Acidente Vascular Encefálico, a Insuficiência Renal Crônica, as Amputações de pés e pernas, a Cegueira definitiva, os Abortos e as Mortes Perinatais (BRASIL, 2001).

Destaca-se que o processo de urbanização e industrialização da sociedade provocou mudanças no estilo de vida das pessoas em função do aumento do ritmo de trabalho, e, conseqüentemente, a alimentação associada a este, passou a ser a dos *fast foods*. Da mesma maneira, o tempo para o lazer ficou escasso à medida que o estresse aumentou o que contribui para a predisposição ao desenvolvimento da Hipertensão Arterial. Todas estas alterações contribuíram para o surgimento das doenças crônico-degenerativas que se tornaram mais frequentes devido à maior sobrevivência oferecida pelos progressos do diagnóstico e da terapêutica.

Diante deste contexto, é relevante não só o levantamento dos fatores de risco precocemente, como a prevenção aos agravos para os já adoecidos, sendo ainda mais importante para os profissionais da saúde que necessitam cuidar de sua saúde para assim poder cuidar do outro.

- **Hipertensão Arterial**

A ejeção rítmica do sangue oriundo do ventrículo esquerdo para a aorta denomina-se de pressão arterial. Ela eleva-se durante a sístole, à medida que o ventrículo se contrai, e cai quando o coração relaxa-se durante a diástole (PORTH, 2004).

Por sua vez, Guyton; Hall (2006) acrescenta que “o produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica total é a pressão arterial”. Sendo assim, ela aumenta quando há vasoconstrição generalizada ou aumento do débito cardíaco. O débito cardíaco deve ser responsivo às alterações nas demandas metabólicas dos tecidos. As alterações na frequência cardíaca são efetuadas por controles reflexos mediados pelo sistema nervoso autonômico, incluindo suas divisões simpáticas e parassimpáticas. O referido autor ainda esclarece que:

A pressão arterial é pulsátil, durante o período de ejeção rápida da sístole ventricular, onde o volume de sangue ejetado na aorta excede a quantidade existente no sistema arterial. Se eleva quando quantidades adicionais de sangue são ejetadas na circulação arterial, e cai, quando a resistência ao fluxo de saída diminui.

No entendimento de Lessa (2001) a Hipertensão Arterial é considerada uma doença que mata silenciosamente, sendo “o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes” e que, mesmo sendo conhecido o tratamento não medicamentoso e preventivo, a HAS continuará por décadas representando um dos maiores desafios e ônus para o hipertenso e para a sociedade. Trata-se de doença de relativa gravidade em decorrência de sua cronicidade e de sua evolução para lesões de órgãos alvos, no desenvolvimento de várias outras enfermidades como:

[...] aneurismas, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, afecções retinianas, entre outras, contribuindo com mais de um terço de todas as mortes. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em nível global a hipertensão arterial atinge mais de 20% da população e encontra-se em crescimento na maioria dos países. É responsável por 7,1 milhões de mortes, correspondendo a 13% do total em 2002 (DANT, 2006).

O Ministério da Saúde confirma que no Brasil, o percentual de prevalência da hipertensão chega a 35% da população com idade igual ou superior a 40 anos, ou seja, cerca de 17 milhões de pessoas. As modificações econômicas e de organização social com o predomínio da vida urbana, o domínio da tecnologia, da industrialização e da globalização têm resultado em padrões de comportamento e condições de vida bastante prejudiciais à saúde, especialmente no que diz respeito à hipertensão arterial (BRASIL, 2006). Oportunamente, Bastos; Borenstein (2004) são categóricos ao afirmar que:

Esta doença ocasiona transformações expressivas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica pela possibilidade de agravo em longo prazo, exigindo uma nova reestruturação nas diferentes esferas com uma ruptura no fluxo cotidiano. Estas mudanças que ocorrem provocam alterações no modo de viver anterior ao aparecimento da doença, exigindo dos indivíduos modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenham, e isto, para sempre.

Estima-se que um terço das aposentadorias no Brasil ocorra por invalidez e tem como principal causa a HAS. Além disso, estas aposentadorias sobrevivem precocemente, em média aos 55 anos de idade. Gradativamente cresce o número de hipertensos, particularmente nos países do terceiro mundo que passaram a responder por mais de 70% dos casos de Hipertensão Arterial no planeta. Também nesses países as populações de menor renda são as mais atingidas. Além do elevado custo com o tratamento do doente, a incapacidade e as complicações decorrente da HAS acarretam elevados custos indiretos, entre eles os gastos com internação hospitalar e atingiram no Brasil mais de 45 milhões de reais e no Estado do Paraná mais de 2,5 milhões (DANT, 2006).

O perfil alimentar predominantemente industrializado, com excesso de sal, de gorduras animais e o aumento da obesidade vêm aumentando as taxas de hipertensão arterial. Acresce-se a isto, a tendência a padrões de vida e trabalho sedentários e uma crescente demanda de tempo e insatisfações geradores de estresse, considerados dois outros fatores de risco.

Diz-se que em função de ser a doença mais comum na população e ter um caráter crônico degenerativo do sistema cardiovascular, a Hipertensão Arterial provocou mudanças no perfil de morbi-mortalidade da população e o seu controle tornou-se um desafio para os profissionais de saúde. Isto porque seu tratamento envolve a participação ativa dos hipertensos e mudanças de comportamento para reduzir os fatores prejudiciais à condição clínica (CADE, 2001).

A prevenção da Hipertensão Arterial envolve inclusive educação para a saúde sobre suas inter-relações e complicações, e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida. A motivação para vencer desafios deve estar presente nas ações preventivas, institucionais e privadas, para os profissionais da área da saúde portadores destas doenças (PIERIN, 2001).

▪ Diabetes Mellitus

O Ministério da Saúde afirma que a Diabetes Mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, de maior prevalência na atualidade e estima-se que 11% da população brasileira de 40 anos ou mais seja portadora. Em 1996, a prevalência da doença era de 120 milhões de pessoas no mundo e a previsão é que atinja 250 milhões em 2025, devido ao envelhecimento crescente, à obesidade, ao estilo de vida sedentário e às modificações nos padrões diabéticos (BRASIL, 2005).

Trata-se de uma condição crônica, provocada pela falência ou rebaixamento da função do pâncreas, com redução da produção de insulina ou seu não aproveitamento efetivo. Esta condição resulta em aumento da glicose sanguínea que acarreta em graves danos ao organismo, especialmente ao nível de nervos e vasos sanguíneos (DANT, 2006). Essa hiperglicemia é classificada atualmente baseada na etiologia e não no tipo de tratamento. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas:

DM tipo I (auto-imune e idiopático), DM tipo 2, outros tipos específicos de DM (defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e outras condições) e Diabetes Mellitus gestacional. Ainda, existem duas categorias referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

O DM tipo 1 ou Diabetes Juvenil, no qual a produção de insulina é mínima ou nula, geralmente acomete crianças e jovens, e o DM tipo 2, que acomete adultos e possui prevalência de 85% dos diabéticos e o chamado Diabetes Gestacional que pode ocorrer durante a gravidez e geralmente desaparece após este período. O principal fator de risco para o Diabetes tipo 2 é a obesidade, cerca de 90% dos diabéticos tem peso acima do normal. Em relação ao Diabetes juvenil, o aleitamento artificial contribui com mais de 30% da etiogênese (DANT, 2006).

Os fatores predisponentes ao seu desenvolvimento compreendem a história familiar de diabetes, obesidade, sedentarismo, idade avançada, hipertensão arterial, hiperlipidemia, além de história de diabetes gestacional ou gestação de neonatos acima de 4,5kg (SMELTZER; BARE, 2002). A sua gravidade reside na evolução da

doença com lesão de órgãos alvos e nas várias incapacitações decorrentes: insuficiência renal, cegueira por inflamação da retina, necrose e amputação de membros por insuficiência de vascularização periférica, dentre outros (DANT, 2006).

No Brasil, estudo realizado na comunidade nipo-brasileira mostrou aumento vertiginoso na prevalência do DM, cuja taxa passou de 18,3% em 1993 para 34,9% em 2000, evidenciando o impacto de alterações no estilo de vida, em particular do padrão alimentar, interagindo com uma provável suscetibilidade genética. A incidência do DM tipo 2 é difícil de ser determinada em grandes populações, pois envolve acompanhamento durante alguns anos, com medições periódicas de glicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

No mundo, o número de mortes atribuídas ao DM está em torno de 800 mil, entretanto, é fato bem estabelecido que essa quantidade de mortes é consideravelmente subestimada, pois freqüentemente o DM não é mencionado na declaração de óbito pelo fato de serem suas complicações, particularmente as cardiovasculares e cerebrovasculares, as suas causas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006). A Organização Mundial de Saúde (2003) confirma estas informações referindo-se que:

O aumento da incidência de diabetes em países em desenvolvimento é particularmente preocupante, porquanto é o principal fator de risco para cardiopatia e doença cérebro-vascular, e normalmente ocorre associada à hipertensão. Nos países em desenvolvimento contribuem com $\frac{3}{4}$ da carga global de diabetes. No Brasil há 5 milhões de diabéticos, é o 6º país do mundo em número de pessoas com a doença. Sua natureza crônica, a gravidade de suas complicações e os meios necessários para controlá-la torna o DM uma doença muito onerosa, não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde.

O diagnóstico precoce é vital devido ao alto custo social e econômico das suas complicações. Segundo a American Diabetes Association (2007), alterações como cardiopatia e acidente vascular cerebral (AVC) são duas vezes mais freqüentes em indivíduos diabéticos do que naqueles que não possuem este agravo. Além disso, “portadores de diabetes desenvolvem complicações cardiovasculares mais precocemente. Estas são responsáveis por mais de 65% de óbitos”.

Segundo Dant (2006) na cidade de Curitiba até 2002, ocasião em que o INCA realizou o inquérito de prevalência nas capitais brasileiras, a incidência de diabetes era alta e situou-se como a de segunda maior taxa de diabetes, com 6%, ao lado de quatro outras capitais e, a população mais vulnerável foi identificada com 60 anos, apresentando três vezes mais freqüência da doença.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2006) relata que inúmeros indivíduos diabéticos são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência das complicações crônicas, ou ficam com alguma limitação no seu desempenho profissional. O Diabetes Mellitus, muitas vezes, é visto como “uma doença que impõe limitações às atividades da vida diária e implica em medo de viver com dieta restrita, susceptibilidade para infecções, injeções, interferência no trabalho, dependência de outros”. Dessa forma, a sua prevenção é essencial, inclusive para os profissionais de saúde.

Vislumbra-se, pois, o crescente interesse pela qualidade de vida, promoção de saúde e na prevenção de doença dos trabalhadores e, uma vez que esse profissional presta assistência em saúde, direta ou indiretamente e, evidenciando-se sua preocupação no cuidado com o cliente, acaba por não cuidar, ou cuidar pouco de sua própria saúde.

Sem descartar a diversidade de atividades que esses profissionais executam, bem como a relevância social que representa, justifica-se a importância deste estudo, considerando-se como abordagens principais a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e a obesidade, entendidas como doenças crônicas, mas que podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, possibilitando a prevenção de agravos, assim como melhoria no processo de trabalho desses profissionais de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a saúde dos funcionários de uma maternidade pública de São Luís-MA.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil dos profissionais de saúde da maternidade pública;
- Verificar as condições de trabalho e de saúde dos profissionais;
- Avaliar o estilo de vida dos profissionais.

3 METODOLOGIA

- **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo com delineamento transversal. Para Perreira (2002) “um estudo transversal é uma pesquisa onde se examina a exposição à doença em determinada data da coleta dos dados definido pelo pesquisador”. É um estudo ou investigação que traz informações sobre “a prevalência de doenças e as características da população, sendo útil para planejamento em saúde”.

- **Local do estudo**

O estudo foi realizado na Maternidade Benedito Leite, localizada em São Luís- MA no período de junho a julho de 2010.

- **População**

A população foi constituída por 114 profissionais de saúde que mantinham vínculo empregatício com a instituição e em pleno exercício de suas atividades profissionais.

- **Instrumento de coleta de dados**

Como técnica para coleta de dados, utilizou-se o Questionário, auto-aplicável e estruturado com perguntas fechadas, previamente elaboradas pelo pesquisador, com base nos pressupostos da Promoção da Saúde do Adulto, tendo-se como base quatro elementos: estilo de vida, meio ambiente, biologia humana e organização dos serviços de saúde, que compreendem o modelo epidemiológico adotado e dos principais fatores de risco para as doenças crônico-degenerativas. O instrumento contemplou variáveis socioeconômicas e demográficas, além de informações referentes ao estilo de vida, aferições da pressão arterial, peso altura e identificação de doenças. (APÊNDICE A)

Utilizou-se também a Ficha de Aferição de Medidas, elaborada para registrar os valores referentes aos dados biológicos dos indivíduos como: índice de massa corporal, pressão arterial, níveis glicêmicos. (APÊNDICE B)

Os valores da pressão arterial foram identificados através de duas medidas consecutivas. A aferição foi realizada com o profissional sentado e ao final da aplicação do questionário, de modo a garantir o repouso necessário para iniciar o procedimento. Utilizou-se esfigmomanômetro previamente testado e calibrado. Para a análise dos dados considerou-se o valor de pressão arterial obtido pela média dos valores nas duas medidas.

Os dados antropométricos constituíram-se das medidas do peso e altura. Foram realizados sempre após a aferição dos valores da pressão arterial, utilizando-se balança marca Filizola, previamente calibrada. Para a verificação do peso, os profissionais permaneceram descalços. Os valores obtidos foram registrados em quilograma, com aproximação de uma casa decimal. A estatura foi verificada com a utilização de uma régua antropométrica onde os profissionais permaneceram eretos e com os calcanhares unidos. Os valores foram registrados em centímetros, com aproximação de uma casa decimal. O Índice de Massa Corporal (IMC), utilizado para avaliar a obesidade foi calculado como o peso (em Kg) dividido pela altura ao quadrado (em metros).

- **Coleta de dados**

Após autorização da Direção da Instituição, procedeu-se com a explicação dos objetivos e importância da pesquisa e com a aplicação individual dos questionários, respeitando-se a disponibilidade daqueles profissionais que aceitaram participar da pesquisa.

- **Análise dos dados**

Após a coleta, os dados foram tabulados e representados em forma de Gráficos e Tabelas através do Programa Excell Versão 2007, para melhor análise e visualização dos resultados.

- **Considerações éticas**

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão/UFMA, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (APÊNDICE C)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as características socioeconômicas e demográficas, a Tabela 1 mostra que a maioria dos profissionais é do sexo feminino (82%), destacando-se a situação conjugal de casada (69%), compreendidos na faixa etária de 43 a 53 anos (45%) e com cor parda (43%).

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com as características socioeconômicas e demográficas. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010.

SEXO	N	%
Masculino	18	15,79
Feminino	96	84,21
TOTAL	114	100
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteiro	37	32,46
Casado	69	60,52
Viúvo	02	1,75
Divorciado	06	5,27
TOTAL	114	100
FAIXA ETÁRIA		
21 a 31 anos	14	12,28
32 a 42 anos	26	22,80
43 a 53 anos	45	39,48
54 a 64 anos	29	25,44
TOTAL	114	100
RAÇA		
Branca	31	27,19
Parda	57	50,00
Negra	25	21,93
Indígena	01	0,88
TOTAL	114	100

Fazendo-se referência aos hábitos de vida, observou-se que a prática de atividade física não faz parte da rotina dos profissionais sendo que a maioria, 73

(setenta e três) não pratica nenhuma atividade, correspondendo a 64 % do total. (Gráfico 1)

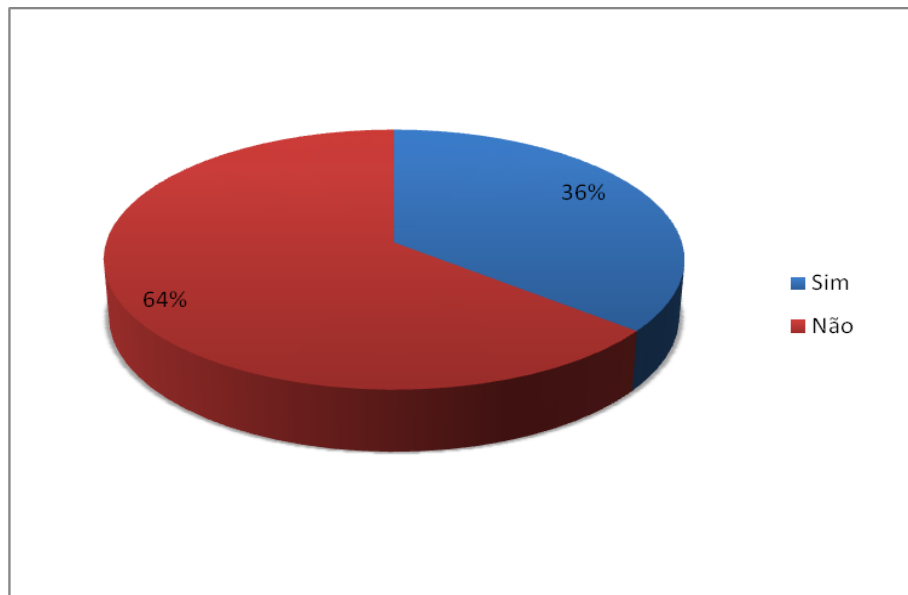


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com a prática de atividade física. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010.

Constatando-se que a prática de atividade física não é realizada por uma quantidade significativa de profissionais, confirma-se o sedentarismo entre eles, bem como sua inclusão nos altos índices de sobrepeso e obesidade, favorecendo assim o surgimento de doenças crônicas. A esse respeito, Masson (2005) discorre:

Entre os vários fatores de risco associados à etiologia das doenças crônicas não-transmissíveis, destaca-se o estilo de vida sedentário. [...] a prática de atividade física é fator relevante na prevenção primária e suporte terapêutico das doenças. [...] além de reduzir a pressão arterial, intensifica a perda de peso, bem como pode agir como coadjuvante no abandono do hábito de fumar.

Com relação ao tabagismo, um pequeno percentual (7%) correspondeu aos profissionais fumantes, conforme mostra o Gráfico 2.

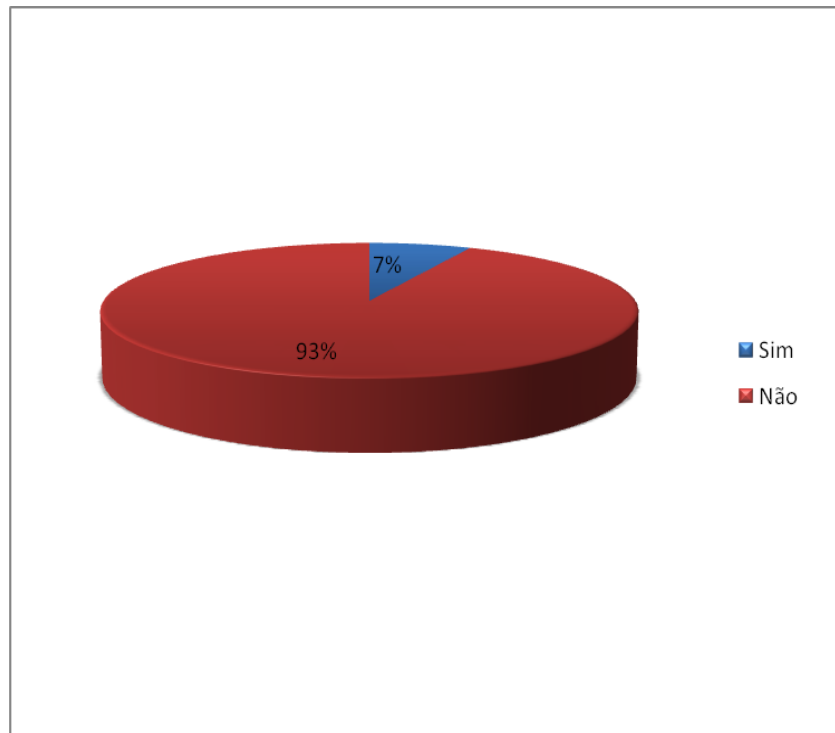


Gráfico 2 – Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com o consumo de cigarro. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010.

Os achados da pesquisa estão equivalentes aos do estudo de Nascimento Sobrinho et al (2006), que relatou uma taxa de 13,1%. O declínio do tabagismo tem sido relatado nos últimos anos pela literatura. Esse declínio pode ser atribuído a uma maior preocupação com a saúde e aos efeitos do tabagismo, por parte da população. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o tabagismo se caracteriza como:

[...] principal causa isolada de doenças e mortes no mundo. Estima-se que no Brasil, a cada ano, morrem 80 mil pessoas precocemente devido ao tabagismo, onde 25% das mortes são decorrentes das doenças coronarianas e 25% das patologias cerebrovasculares originadas pelo tabagismo (BORENSTEIN, 2008).

A Organização Mundial de Saúde ainda acrescenta que o fumo é uma das principais causa de morte evitável. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% da população masculina e 12% da feminina no mundo fumam. No Brasil, um inquérito recentemente mostrou que 18,8% da população brasileira é fumante (BRASIL, 2006). O fumo aumenta a pressão, pois a nicotina provoca vasoconstrição e altera a parede interna dos vasos, reduzindo assim a elasticidade (LUCCHESI, 2004). Sobre tabagismo, Sabry et al (1999) afirmam:

[...] tem sido citado como responsável por 1/5 das mortes por doenças cardíacas, relacionado com maior prevalência de hipertensão arterial. Em pesquisa realizada com funcionários da Universidade do Ceará encontrou-se predomínio do fumo nos homens de 67,5%, e nas mulheres de 32,5%.

Em se tratando do consumo de bebida alcoólica, a maioria dos profissionais (70%), relatou não consumir. (Gráfico 3)

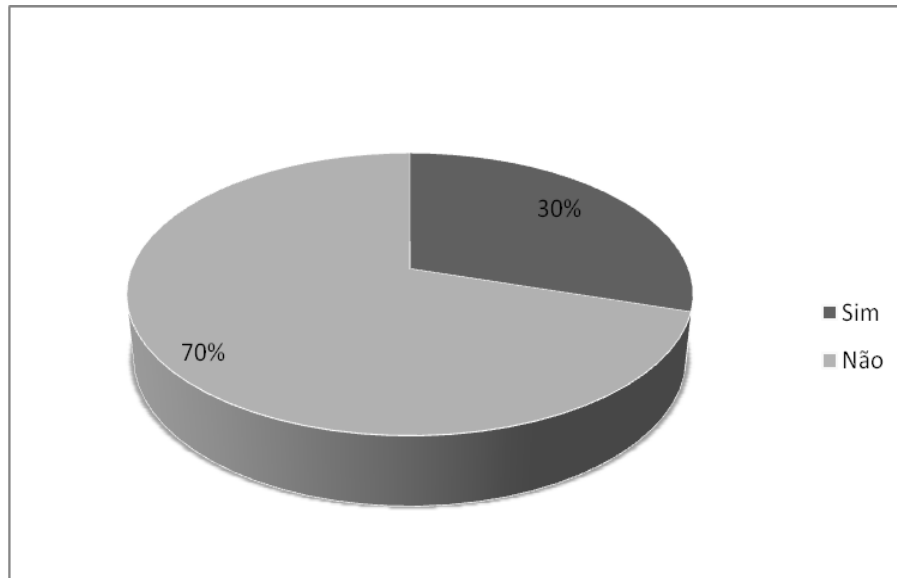


Gráfico 3 – Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com o consumo de bebida alcoólica. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010.

Quanto aos que afirmaram consumir bebidas alcoólicas (30 %), pode-se perceber que houve um maior percentual nos estudos de Alves (1997) e no de Nascimento Sobrinho et al (2006), correspondendo a 34,3% e 48,6%, respectivamente.

No que se refere à prevalência de Hipertensão Arterial, identificou-se que 72% não são hipertensos, enquanto que 28% dos profissionais afirmaram que sim. (Gráfico 4)

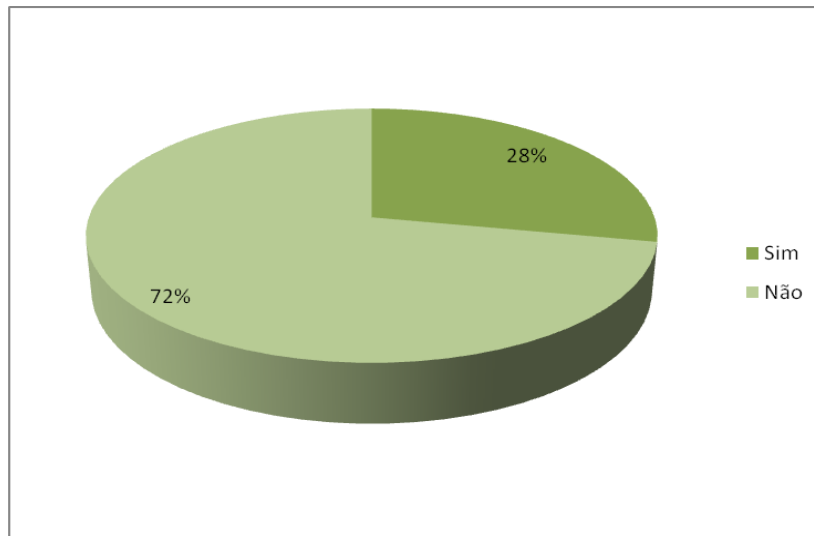


Gráfico 4 – Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com a prevalência da Hipertensão Arterial. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010.

Vale ressaltar que dentre os profissionais que referiram serem hipertensos apenas dois apresentaram valores de pressão arterial correspondente a hipertensão leve, sendo que a maior pressão arterial sistólica e diastólica encontrada foi de 150 x 90 mmHg.

Observa-se que os dados do Gráfico 5 estão de acordo com os resultados obtidos acima, onde a maioria (102 profissionais) apresentou valores de pressão arterial considerados normais e somente 2, apresentaram hipertensão leve.

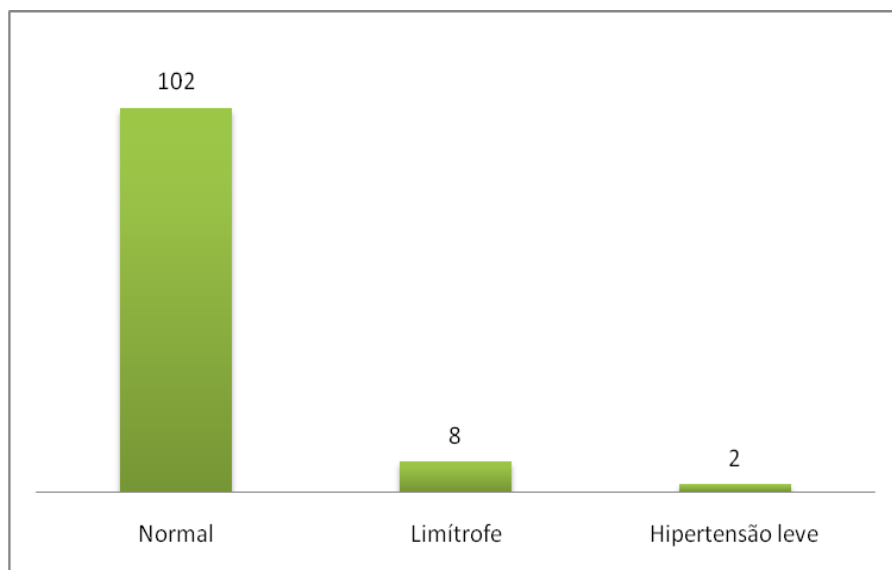


Gráfico 5 – Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com a aferição da Hipertensão Arterial. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010.

Com relação ao Índice de Massa Corporal, 44 (quarenta e quatro) funcionários apresentaram IMC entre 18,5 e 24,9, correspondendo a um IMC aceitável ou ideal; com IMC abaixo de 18,5, constatou-se 2 (dois) funcionários; entre 25 a 29,9, observou-se 41 (quarenta e um) funcionários correspondendo a obesidade leve; com IMC entre 30 e 39,9, destacou-se 26 (vinte e seis) funcionários, correspondendo a obesidade moderada e acima de 40, apenas 1 (um) funcionário, com a obesidade severa. (Gráfico 6)

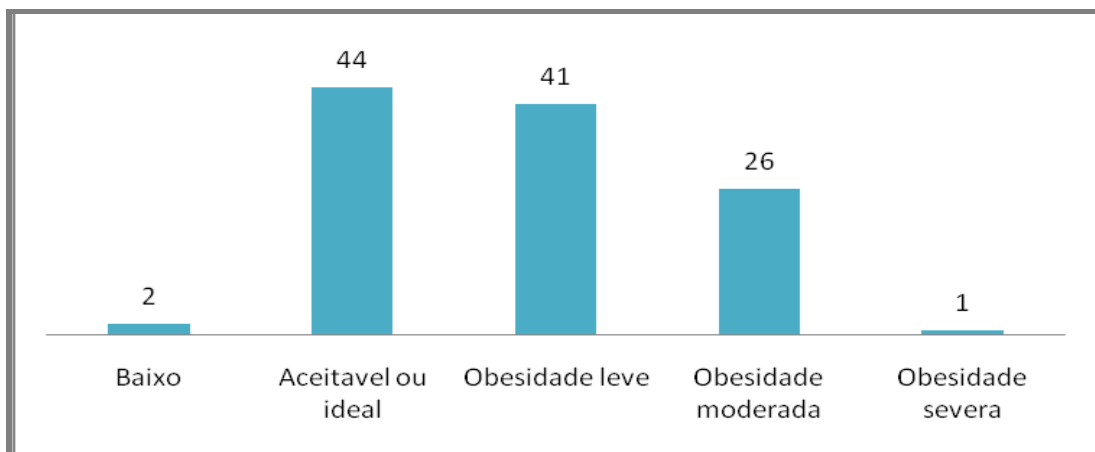


Gráfico 6 – Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com Índice de Massa Corpórea. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010.

Sobre o IMC, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia (2007), esclarece que se constitui na “fórmula que indica se está acima do peso, obeso, ou abaixo do peso ideal” e que:

Para a obtenção do resultado usa-se a equação: $IMC = \text{peso} / (\text{altura})^2$ utilizando-se os seguintes dados para comparação: Abaixo do peso IMC abaixo de 18,5; Peso normal entre 18,5 e 24,9; Sobrepeso entre 25 e 29,9; Obesidade entre 30 e 39,9 Obesidade grave acima de 40.

Segundo Marcílio; Mattos; Avezum (2006) a epidemia da obesidade representa um problema de saúde pública mundial, principalmente para países em desenvolvimento, ocasionando um enorme desafio no controle das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) em todas as regiões do mundo. No Brasil, um estudo sobre a evolução da obesidade e do sobrepeso em 30 anos mostrou que a prevalência atinge um total de 87,5 milhões de habitantes.

Para Viggiano (2006) uma pandemia de obesidade tem gerado, por parte da comunidade científica, do poder público e da sociedade, uma grande demanda de ações que possam minimizar as conseqüências da doença e de suas complicações. Por sua vez, Souza et al (2007) afirma que “a obesidade é uma doença de alta

prevalência com importantes complicações sociais, psicológicas. No Brasil, estudos epidemiológicos sobre a prevalência de obesidade são poucos, considerando a imensidão do problema”.

As prevalências de sobrepeso e obesidade [...] “comprovaram os níveis epidêmicos que este problema tem assumido em todo o mundo” (TEICHMANN, 2006). Tal constatação é confirmada na pesquisa realizada com os profissionais da Maternidade em São Luís-MA, através da evolução das medidas e disposição de gordura e do ganho de peso. Estudiosos como Raffone; Hennington (2005); Nascimento Sobrinho et al (2006) acrescentam que, com relação à jornada de 40 horas semanais, os estudos apontam que:

Quanto maior as horas trabalhadas, maiores o desgaste e o adoecimento. Portanto, ao agregar uma intensa jornada às precárias condições de trabalho, típicas dos hospitais, aumentam-se as possibilidades de adoecimento entre os profissionais de saúde [...].

No que diz respeito aos valores de glicemia, o Gráfico 7 mostra que uma quantidade significativa de trabalhadores (96%) declarou não ser diabéticos. Entretanto, ao ser avaliada a glicemia, observou-se que 65 % dos funcionários apresentaram os valores de glicemia elevados. (Gráfico 8)

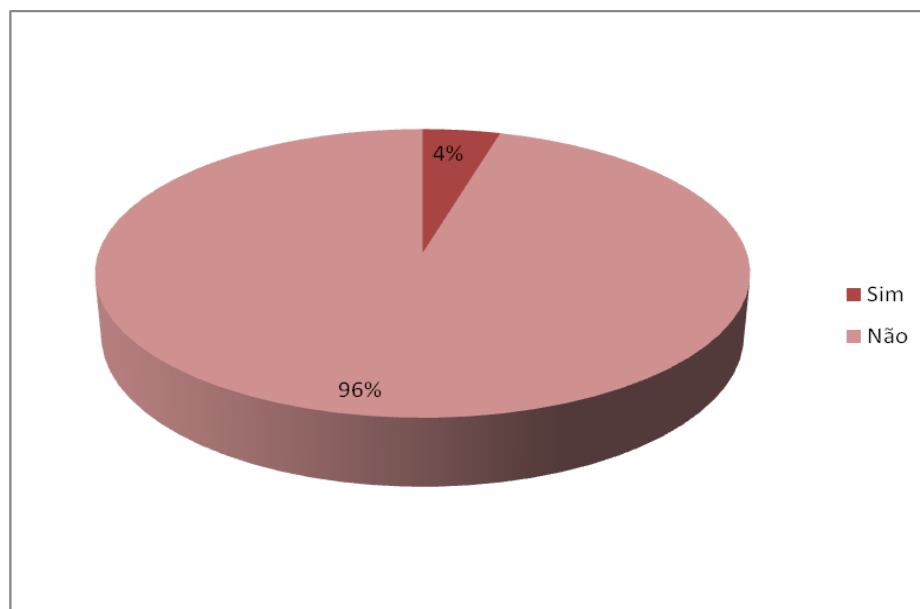


Gráfico 7 – Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com a condição de ser diabético. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010.

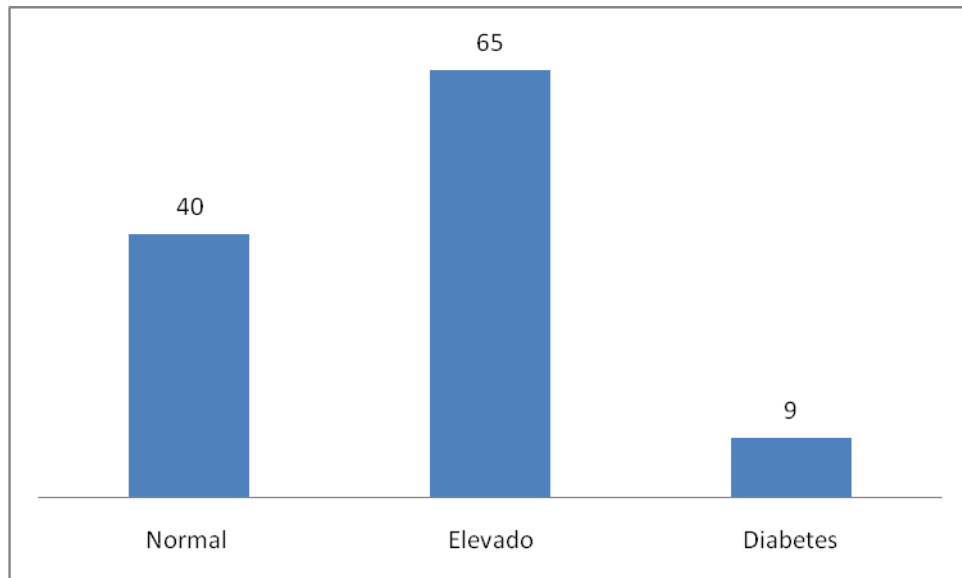


Gráfico 8 – Distribuição percentual dos 114 profissionais de saúde de acordo com a avaliação dos valores glicêmicos. Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA. 2010.

Segundo o Ministério da Saúde, a inatividade física, em particular, reduz a tolerância à glicose e favorece a obesidade (BRASIL 2005). Por sua vez, Mahan; Arlin (1995) também esclarecem que “tanto a ansiedade mental como a fisiológica podem diminuir a tolerância à glicose e precipitar o diabetes em pessoas, cuja tolerância já está em declínio”.

6 CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluiu-se que:

- a) A maioria dos profissionais é do sexo feminino, casados, estão na faixa etária entre 43 e 53 anos e de cor parda;
- b) A maioria dos profissionais não pratica atividade física e a minoria é fumante;
- c) A maioria não consome bebida alcoólica e não é hipertensa;
- d) Grande parte dos profissionais apresenta IMC aceitável ou ideal;
- e) A maioria declarou não ser diabética, embora tenha apresentado valores glicêmicos elevados.

Mesmo que tenham sido identificados aspectos intensificadores de saúde entre os profissionais, como o hábito de não fumar ou de não ingerir bebida alcoólica, considera-se que não são indicativos suficientes para manter a qualidade de vida destes trabalhadores, lembrando-se que a promoção de saúde e a educação se constituem instrumentos determinantes nesse processo.

Reforça-se a importância da avaliação da saúde desses profissionais como uma condição que possibilita detectar precocemente as doenças crônicas e os fatores de risco. Torna-se claro que as instituições de saúde precisam implantar programas educativos, bem como planejar ações voltadas para atenção à saúde, visando incorporar hábitos saudáveis, auto-responsabilidade, autocuidado e autonomia, uma vez que ambos serão beneficiados (profissional/cliente), cuja reciprocidade de conhecimentos e de experiências possibilitará promover saúde e prevenir doenças.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.; JOUCLAS, M.G. O cotidiano do trabalho dos auxiliares: uma dimensão de sofrimento. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.2, p.83-88, jul./ dez. 1997.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diabetes statistics**. Disponível em: <http://www.diabetes.org/diabetesstatistics.jsp>. Acesso em: 12 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. _____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, 2001.

_____. _____. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília, 2004.

_____. _____. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial: proposta de educação permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para os municípios com população acima de 100 mil habitantes**. Brasília, 2006.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 554-563, dez. 2001.

BASTOS, D. S.; BORENSTEIN, M.S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um Centro Municipal de Saúde. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v.13, n. 1, p. 92-99, jan./mar. 2004.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind. **Manual de hipertensão**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2008.

CADE, N.V. Teoria do déficit de autocuidado aplicada em hipertensas. **Rev Latino-am. de Medicina do Trabalho**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 43-50, 2001.

CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão

Preto, v.14, n.1, jan./feb. 2006.

CARVALHO, J.J.M. Aspectos preventivos em cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 50, n.1, p.59-67, 1988.

DANT. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; Centro de Informações e Diagnósticos em Saúde – CIDS. **Doenças e agravos não transmissíveis no Estado do Paraná**. Curitiba: SESA, 2006. 97 p.

GUIMARÃES, L. A. M. et al. Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de um hospital público do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 113, p. 7-18, 2006.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de fisiologia médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LANGOSKI, L.A. **Um enfoque preventivo referente aos fatores de risco das doenças crônicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, p.931-943, out./dez. 2004.

_____. Não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial. Consequências econômicas para o indivíduo e a sociedade. IN: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION, D.J. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da Hipertensão**. São Paulo: Lemos, 2001. p.86-106.

LUCCHESI, Fernando. **Desembarcando a Hipertensão**. Porto Alegre: L&PM. 2004.

MAHAN, L.K.; ARLIN, M.T. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 8. ed. São Paulo: Roca, 2006.

MARCÍLIO, C. S.; MATTOS, A. C.; AVEZUM, A. Síndrome metabólica: o impacto da mudança do estilo de vida. **Rev. Nutrição Profissional**, ano 3, jan./fev. 2006.

MARTINS, L. M.; FRANCA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 20 jun. 2010.

MARZIALE, M.H.P. **Condições ergonômicas da situação de trabalho, de profissionais da saúde em uma unidade de internação hospitalar**. 155p. Tese

(Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

MASSON, Carmen Rosane et al. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, 2005. Disponível em:< www.scielo.br>. Acesso em: 17 jul. 2010.

MINAYO, M. C. S. **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: FASE: Espaço e tempo, 1992.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. et al. Condições de trabalho e saúde dos profissionais da saúde em Salvador, Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 2, mar./abr. 2006.

OLIVEIRA, E. M. **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 2002. p. 29-38.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

PERREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PIERIN, A. M. G. et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n.1, p. 11-18, 2001.

PORTH, Carol Mattson. **Fisiopatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 669-676, ago. 2005.

REIS, R. J. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 61-62, out. 2007.

ROSA, C.; CARLOTTO, M. S.. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista da Sociedade Brasileira de Pesquisa Histórica**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, dez. 2005.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

SABRY, Maria O. Dantas et al. Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. **J. Pneumologia**, São Paulo, v.25, n.6, nov./dez. 1999. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 30 maio. 2010.

SÊCCO, I. A. O.; GUTIERREZ, P. R.; MATSUO, T. Acidentes de trabalho em ambiente hospitalar e riscos ocupacionais para os profissionais de enfermagem. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 23, p. 19-24, jan./dez. 2006.

SILVA, M. A.; MARCHI, R. **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Best Seller, 1997.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Fatores predisponentes de doenças crônicas**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. 154 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA. **Diabetes**: cuidados com a saúde. Disponível em: www.endocrino.org.br. Acesso em: 13/07/2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA. **Diabetes**: cuidado com a saúde. 2007. Disponível em: www.endocrino.org.br. Acesso em: 13 jul. 2010.

SOUZA, Luiz J. de et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, RJ. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**, São Paulo, v.47. n.6, dez. 2007.

TEICHMANN, L. et al. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n.3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 9 jul. 2010.

VIGGIANO, C. E. Recomendações nutricionais na síndrome metabólica. **Rev. Nutrição Profissional**, ano 3, jan./fev. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

QUESTIONÁRIO

I - CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

1. Sexo: Masculino () Feminino ()
2. Situação conjugal: Casado / Vive junto () Solteiro () Viúvo () Divorciado ()
3. Faixa etária: 21 a 31 anos () 32 a 42 anos () 43 a 53 anos () 54 a 64 anos ()
4. Raça: Branca () Negra () Parda () Indígena ()
5. Em qual o turno trabalha? Diurno () Noturno ()

II – INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

6. Realiza regularmente algum tipo de atividade física (ginástica, caminhada, corrida, esportes, danças ou artes marciais? Sim () Não ()
() Sim, 1 ou 2 vezes por semana () Sim, 3 ou 4 vezes por semana () Sim, 5 ou mais vezes por semana
7. É fumante? Sim () Não ()
8. Faz uso de bebida alcoólica? Sim () Não ()
9. É diabético? Sim () Não ()
10. É hipertenso? Sim () Não ()

ANEXO B - Ficha de aferição de medidas

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

FICHA DE AFERIÇÃO DE MEDIDAS

1. PESO em Kg: _____,_____Kg
 2. ALTURA em metros: _____,_____m
 3. IMC em Kg/m²: _____Kg/m²
 4. PERÍMETRO ABDOMINAL em cm _____cm
 5. PRESSÃO ARTERIAL em mmHg: _____/_____mmHg
 6. GLICEMIA em mg/dL _____mg/dL
- JEJUM () Sim () Não

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mestranda Tânia Maria Ahid Nunes.

e-mail: Tânia@ahid.com

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadoras: Antônio Lisbôa Menezes de Oliveira

**A SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA
DE SÃO LUÍS - MA**

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa a respeito da saúde dos profissionais de saúde de uma maternidade pública de São Luís-MA. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o Sr (a). que ajudarão a traçar o perfil dos referidos profissionais. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o Sr(a). quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. O Sr(a). poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecido (a) e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre as características socioeconômicas e demográficas dos profissionais, bem como as relacionadas à sua saúde. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal do Sr(a). Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís, MA / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

Maternidade Benedito Leite
Rua do Norte S/N CEP: 65.000-000
São Luís - MA.