



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Comunitária

Ana Paula Freitas Henriques

Porto, maio de 2015



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Comunitária

Por: Ana Paula Freitas Henriques

Sob orientação: Mestre Paulo Alves

Mestre Marta Cristina Dias Gomes

Porto, maio de 2015

RESUMO

O local de trabalho é um *setting* privilegiado de intervenção no que se refere à proteção e à promoção da saúde dos colaboradores.

O enfermeiro do trabalho, intervém em múltiplos contextos, tendo como finalidade a capacitação e *empowerment* dos colaboradores. Deve focalizar a sua intervenção na promoção, proteção da saúde e bem-estar dos colaboradores bem como na prevenção de acidentes e de patologias associadas ou agravadas pelo desempenho da atividade profissional, fomentando ambientes de trabalho saudáveis e seguros.

O estudo descritivo transversal incidiu sobre os colaboradores do Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Empresa Pública Empresarial, com o objetivo de contribuir para a deteção e prevenção precoces de fatores de risco, bem como incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis. Neste contexto, foram analisados alguns determinantes de saúde que condicionam positiva ou negativamente o estado de saúde.

Uma equipa de trabalho jovem (55 colaboradores), com uma média de idades situada nos 42,9 anos, encontrando-se distribuída por cinco categorias profissionais e onde o género feminino é prevalente. Relativamente ao estado vacinal, 44 colaboradores têm a vacina do tétano atualizada e 33 a primovacinação completa da hepatite B. No que diz respeito ao número de refeições que ingerem por dia, a média situou-se nas 4,7 refeições e no número de cafés, a média foi de 2,1 por dia. A média de horas de sono por dia ficou nas 6,8 horas. Mais de metade dos colaboradores pratica exercício físico. Referiram hábitos tabágicos 36,53% dos colaboradores. Apresentam o índice de massa corporal dentro da variação normal 57,44% dos colaboradores; 8,51% registou baixo peso e 34,03% apresentou risco associado de comorbilidades. Relativamente à pressão arterial, 36 colaboradores apresentaram-se entre a *TA Ótima* e a *TA Normal* e 12 encontram-se nas categorias de risco. O Teste *Interferon Gamma Release Assays* foi negativo em 39 colaboradores e positivo em 5. Relativamente à avaliação do risco cardiovascular em 10 anos, segundo a Escala de avaliação do risco cardiovascular de *Framingham*, 39 colaboradores apresentaram baixo risco, 1 risco médio e 1 alto risco para doença cardiovascular. Ainda segundo a mesma Escala, pudemos observar que a idade real é superior à idade vascular/cardíaca em 19 colaboradores; que a idade real é igual à idade vascular/cardíaca em 3 e que a idade real é inferior à idade vascular/cardíaca em 19.

Os dados obtidos constituíram a base do planeamento de intervenções imediatas e futuras a serem desenvolvidas, no âmbito da Enfermagem do Trabalho, pelo Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho para estes colaboradores.

Palavras-Chave: Enfermagem Comunitária, Saúde Ocupacional, Enfermagem do Trabalho, Doenças Cardiovasculares, Escala *de Framingham*, Determinantes de Saúde.

ABSTRACT

The workplace is a privileged setting of intervention with regard to the protection and promotion of the health of employees.

The occupational health nurses, intervenes in multiple contexts, with the purpose of training and empowerment of the employees. It should focus its assistance in the promotion, protection of health and well-being of the employees as well as the prevention of accidents and associated pathologies or aggravated by the performance of professional activity, promoting healthy and safe work environments.

The cross-sectional study had his focus on employees of the Department of Pathology of the Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Empresa Pública Empresarial, aiming to contribute to the prevention and early detection of risk factors as well as encourage the adoption of healthy lifestyles. In this context, we analyzed some health determinants, that affect positively or negatively the health status.

It's a team of young labor (55 employees), the average age stands at 42,9 years, lying distributed five professional categories, where the female gender prevails. Concerning the vaccination status, 44 employees have the tetanus vaccine updated and 33 completed the primary vaccination for hepatitis B. Regarding the number of meals they eat per day, the average stood at 4,7 in the number of meals and regarding coffees the average was 2,1 per day. The average hours of sleep per day was at 6,8 hours. More than half of the employees practice physical exercise and 36,53% of the employees declared smoking habits. Presenting body mass index within the normal range, we count 57,44% of the employees, 8,51%, recorded low weight and 34,03% had associated risk of comorbidities. Regarding blood pressure, 36 employees were between the *TA Great* and *TA Normal* and 12 belong in the risk categories. The Test Interferon Gamma Release Assays, was negative in 39 and positive in 5 employees. Regarding the assessment of cardiovascular risk in 10 years, according to the rating scale of the Framingham cardiovascular risk, 39 employees were low risk, 1 medium risk and 1 high risk for cardiovascular disease. According to the same scale, we can see that the actual age is higher than the age vascular/cardiac in 19 employees, the actual age is equal to the vascular age/cardiac in 3 employees and the actual age is less than the vascular age/cardiac in 19 employees.

This data formed the basis for planning immediate and future interventions to be developed under the Occupational Health Nursing by the Office of Safety and Health at Work for these employees.

Keywords: Community Nursing, Occupational Health, Occupational Health Nursing, Cardiovascular Disease, Framingham Scale, Determinants of Health.

AGRADECIMENTOS

O culminar deste percurso é um desejo que persigo há vários anos, e que consegui finalmente ver concluído, com alguns contratempos, devido à minha persistência, determinação e resignação.

Ao Professor Mestre Paulo Alves, agradeço ter aceitado orientar este percurso, bem como o contributo para a sua concretização.

À Mestre Marta Gomes, agradeço a pedagógica orientação, pois sem a sua disponibilidade para acolher as minhas dúvidas e hesitações e sem as suas sugestões e compreensão, este trabalho não teria sido possível.

Aos meus pais, que sempre acreditaram no meu empenho e estiveram incondicionalmente comigo nas diferentes fases desta caminhada.

A todos aqueles que, pela amizade sincera, opiniões e sugestões fundamentadas, e profundo diálogo e incentivo, sempre me apoiaram em todo este percurso.

À Irene Collaço, Soraia Bessa, Gil Teixeira, Tiago Pereira e ao Vasco Neves, um obrigado especial; eles saberão o porquê.

A todos, o meu muito sincero agradecimento.

PENSAMENTO

"Mesmo que já tenha feito uma longa caminhada,
sempre haverá mais um caminho a percorrer."

Santo Agostinho

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAOHN – American Association of Occupational Health Nurses (Associação Americana dos Enfermeiros de Saúde Ocupacional)

Ac Anti-HBS – Anticorpo Contra a Hepatite B

ARSN, I.P. – Administração Regional de Saúde do Norte, Instituto Público

art. – Artigo

BCG – Bacilo de Calmette-Guérin

BIS – Boletim Individual de Saúde

cc – Centímetro Cúbico

CE – Comunidade Europeia

CEE – Comunidade Económica Europeia

CHVNG/E, EPE – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Empresa Pública Empresarial

DGS – Direção Geral da Saúde

DS – Desvio Padrão

etc. – Et Cetera

et al. – Et Alii

ex. – Exemplo

FOHNEU – Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (Federação dos Enfermeiros de Saúde Ocupacional da União Europeia)

g – Grama

HbA1c – Hemoglobina Glicada A1c

HDL – Lipoproteína de Alta Densidade

HTA – Hipertensão Arterial

IGRA – Interferon Gamma Release Assays

IMC – Índice de Massa Corporal

INCM – Imprensa Nacional Casa da Moeda

INE, I.P. – Instituto Nacional de Estatística, Instituto Público

INS – Inquérito Nacional de Saúde

INSA, I.P. – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Instituto Público

I.P. – Instituto Público

Kg – Quilograma

Kg/m² – Quilograma por Metro Quadrado

LDL – Lipoproteína de Baixa Densidade

m – Metro

mg% – Miligrama Percentagem

mg/dl – Miligrama por Decilitro

mm – Milímetro

mmHg – Milímetro de Mercúrio

mmol/l – Milimole por Litro

nº, N° – Número

OIT – International Labour Organization (Organização Internacional do Trabalho)

OMS – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

p. – Página

PNV – Plano Nacional de Vacinação

pp. – Páginas

séc. – Século

SSHST – Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

TA – Pressão Arterial

Td – Vacina Bivalente Contra o Tétano e a Difteria

UI/l – Unidade Internacional por Litro

VASPR – Vacina Trivalente Contra o Sarampo, a Parotidite Epidémica e a Rubéola

VHB – Vacina Monovalente Contra a Hepatite B

Vol. – Volume

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

& – E

= – Igual

> – Maior

≥ – Maior ou Igual

< – Menor

% – Percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
1.1 Saúde Pública	21
1.2 Medicina do Trabalho	22
1.3 Saúde Ocupacional.....	22
1.4 Enfermagem do Trabalho	23
1.5 Determinantes de Saúde	28
1.6 Doença Cardiovascular.....	43
1.7 Escala de Framingham	45
2. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	49
2.1 O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	49
2.2 O Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Empresa Pública Empresarial	49
2.3 O Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE.....	50
2.4 O Enfermeiro do Trabalho no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Empresa Pública Empresarial	51
2.5 Justificação do Estudo	55
2.6 Questões de Investigação	55
2.7 Objetivos do Estudo	56
3. METODOLOGIA	57
3.1 Tipo de Estudo.....	57
3.2 Variáveis Estudadas.....	57
3.3 População e Amostra	60
3.4 Recursos	60
3.5 Descrição do Estudo.....	60
3.6 Tratamento de Dados e Análise Estatística.....	62
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	63
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
6. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	83
7. CONCLUSÃO	85
8. BIBLIOGRAFIA	87
ANEXOS	97
ANEXO I - Inquérito de Determinantes de Saúde	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Caracterização da amostra por categoria profissional.....	67
Gráfico 2 Caracterização da amostra por apresentar diabetes mellitus e hipertensão arterial.....	67
Gráfico 3 Caracterização da amostra relativa ao estado da vacinação antitetânica.....	68
Gráfico 4 Caracterização da amostra relativa ao estado da vacinação da hepatite B	68
Gráfico 5 Caracterização da amostra relativa à imunidade adquirida para a hepatite B após primovacinação completa.....	69
Gráfico 6 Caracterização da amostra relativa ao número de refeições ingeridas por dia.....	70
Gráfico 7 Caracterização da amostra relativa ao número de cafés ingeridos por dia.....	71
Gráfico 8 Caracterização da amostra relativa ao número de horas de sono por dia	71
Gráfico 9 Caracterização da amostra relativa à qualidade do sono.....	72
Gráfico 10 Caracterização da amostra relativa à prática de exercício físico.....	72
Gráfico 11 Caracterização da amostra relativa a hábitos tabágicos	73
Gráfico 12 Caracterização da amostra relativa ao índice de massa corporal	74
Gráfico 13 Caracterização da amostra relativa à média do índice de massa corporal e o género .	75
Gráfico 14 Caracterização da amostra relativa à avaliação da pressão arterial.....	75
Gráfico 15 Caracterização da amostra relativa à média da avaliação da pressão arterial sistólica e diastólica.....	76
Gráfico 16 Caracterização da amostra relativa ao Teste IGRA.....	80

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Definição e classificação dos níveis da pressão arterial em adultos (idade igual ou superior a 18 anos)	30
Quadro 2 Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades...	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização da amostra relativa à avaliação do colesterol total.....	77
Tabela 2 Caracterização da amostra relativa à média da avaliação do colesterol HDL	79
Tabela 3 Caracterização da amostra relativa à avaliação do risco cardiovascular em 10 anos segundo a idade real do colaborador, o Score de Framingham e a idade vascular/ cardíaca do colaborador.....	81

INTRODUÇÃO

Os trabalhadores, no seu desempenho profissional, estão sujeitos a riscos que podem deteriorar o seu estado de saúde, constituindo a melhoria das condições em que é exercido, a prevenção de doenças e a promoção da saúde uma prioridade.

A saúde ocupacional é um conceito moderno subscrito pela generalidade da comunidade científica, pelos Organismos internacionais de referência e tem vindo a ser regulamentada em Portugal. Trata-se de (...) *“uma importante área de intervenção em saúde pública, que tem como objetivos estratégicos não só assegurar a saúde dos trabalhadores, mas também contribuir positivamente para a sua motivação e realização profissional”* (Oliveira e André, 2010, p.119). A saúde ocupacional, globalmente, visa assegurar a saúde dos trabalhadores, melhorar a qualidade de vida dos mesmos, favorecer o desenvolvimento da produtividade e das atividades económicas, de acordo com os mesmos autores (2010, p.119).

A enfermagem do trabalho tem vindo a assumir um papel relevante na equipa de saúde ocupacional, tendo um âmbito de atuação bastante diversificado: na prevenção, promoção, controlo, manutenção e reabilitação em prol da saúde, desempenho, qualidade e segurança do trabalhador. *“O enfermeiro não deve apenas atuar quando a sua colaboração é pedida, é da responsabilidade do enfermeiro de saúde comunitária avaliar quais são as lacunas de determinada comunidade e, neste caso, planear as suas ações de forma a suprir essa falta de informação e condições de trabalho”*, segundo os mesmos autores (2010, p.121).

Os determinantes de saúde são de grande importância como indicadores de avaliação da qualidade de vida e saúde dos indivíduos. Além do provável risco aumentado de desenvolver doenças crónicas a longo prazo, estão também muitas vezes associados a consequências imediatas, como a depressão, incapacidades, absentismo laboral e acidentes. A literatura demonstra que intervir nos principais determinantes da saúde assume um grande potencial para reduzir o peso da doença e promover a saúde em geral.

Neste contexto, o meio laboral, reúne uma excelente oportunidade de intervenção em proximidade com os trabalhadores, permitindo alcançar com base na metodologia do planeamento em saúde a melhoria do seu bem-estar, ajuda na consecução dos seus projetos de saúde e obtenção de ganhos em saúde.

A elaboração do presente relatório de estágio insere-se no âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária 2011/2013, da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.

A realização do Curso vai ao encontro de um processo iniciado em 2008 com a conclusão do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária. Neste contexto, foi possível a obtenção de creditação em várias Unidades Curriculares teóricas e em 2 estágios, Módulo I e Módulo II, que fazem parte integrante do currículo do mesmo.

O estágio, que integra o Módulo III e se assume de carácter opcional, decorreu de 23 de abril a 22 de junho de 2012, no Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SSHST) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Empresa Pública Empresarial (CHVNG/E, EPE). O mesmo teve a orientação do Senhor Professor Mestre Paulo Alves (Docente da Universidade Católica Portuguesa) e a coorientação da Senhora Enfermeira Especialista e Mestre Marta Gomes (Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Mestre em Saúde Pública e responsável do SSHST do CHVNG/E, EPE). O estágio teve a duração de 180 horas presenciais e 75 horas tutoriais.

A opção por este local de estágio prendeu-se com a localização do mesmo, uma vez que o seu local de trabalho é o CHVNG/E, EPE; pelo facto do Enfermeiro do Trabalho ter ainda pouca visibilidade na Instituição; poder ser uma área de intervenção hospitalar na sua área de especialidade (Enfermagem Comunitária) e, por último, o Serviço de Patologia Clínica, com o objetivo de dar continuidade ao procedimento do exame periódico destes colaboradores, já iniciado pelo SSHST.

Assim, com o propósito de intervir ao nível do diagnóstico precoce, da prevenção dos fatores de risco e estimular a adoção de estilos de vida saudáveis, em áreas de necessidade prioritárias, identificadas, tomou-se como finalidades que:

- a intervenção a nível dos determinantes de saúde permite reduzir o peso da doença e promover a saúde em geral, neste âmbito, pretendeu-se a sua caracterização;
- as vacinas permitem salvar vidas e prevenir doenças, nesta medida, pretendeu-se o registo vacinal atualizado de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV);
- a alta taxa de mortalidade e morbidade por doenças do foro cardiovascular, em todo o mundo e, em particular, em Portugal, incentivou estimar o risco de vir a desenvolver doença cardiovascular em 10 anos de acordo com a Escala de avaliação do risco cardiovascular de *Framingham*;
- a tuberculose permanece na atualidade, sendo os profissionais de saúde um grupo populacional de risco, sendo relevante não só contribuir para o seu diagnóstico precoce bem como determinar o índice de tuberculose latente.

O estágio foi planeado em duas fases.

Na primeira pretendia-se colaborar na conclusão da realização do diagnóstico de situação de saúde dos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica. Para tal, efetuou-se a caracterização individual dos determinantes de saúde, bem como a vigilância do seu estado de saúde, sendo necessário fazer a vigilância epidemiológica enquanto grupo de risco. Esta vigilância foi

preponderante para determinar os hábitos e estilos de vida dos colaboradores, distribuição e medição da prevalência de possíveis patologias, o estado vacinal e o risco de tuberculose por infecção latente (serviço de risco para a tuberculose). Foi também estimado o risco cardiovascular a 10 anos, tendo como base de cálculo a Escala de avaliação do risco cardiovascular de *Framingham*. Desta forma, a avaliação do risco tem uma importância preventiva relevante, na medida que permite identificar indivíduos de alto risco, motivar outros para a adesão a intervenções de redução do risco e possibilita ainda elaborar estratégias preventivas a implementar.

Na segunda fase, foram implementadas e avaliadas intervenções de acordo com as necessidades identificadas (avaliação do resultado do Teste *Interferon Gamma Release Assays (IGRA)*, e da imunidade para a hepatite B) e foram planeadas outras no decurso do período de tempo de estágio (atualização do esquema vacinal, quantificação da imunidade para a hepatite B, determinação da taxa de cobertura vacinal, cálculo da taxa de infecção latente por tuberculose, atualização dos registos do exame periódico dos colaboradores, rever o procedimento interno de avaliação de risco do Serviço).

A partir da identificação do risco, são acionados mecanismos interventivos apropriados para o nível de risco estimado que agilizem o acesso adequado a medidas e/ou intervenções necessárias.

É fundamental estabelecer um clima de empatia, adequar a informação ao colaborador, assegurar que teve oportunidade de esclarecer dúvidas e colocar questões, bem como encorajar o contacto com o enfermeiro do trabalho sempre que o entender.

Também direcionou a sua atuação para a aquisição e desenvolvimento de competências na área da gestão e coordenação, bem como colaborou em iniciativas formativas, na elaboração de procedimentos internos, na averiguação de acidentes de trabalho, nomeadamente os provocados por exposição a fluidos orgânicos e na articulação com outros Serviços e Instituições.

Desta forma, a realização do presente documento tem como objetivos:

- relatar de forma clara e concisa as atividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- descrever a aquisição de competências nas diversas áreas de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública;
- desenvolver competências crítico reflexivas na elaboração do relatório de estágio;
- servir como objeto de avaliação do estágio e do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária.

A metodologia utilizada para a sua realização baseia-se no método descritivo e analítico, tendo por base a pesquisa bibliográfica, a utilização das reflexões e do portefólio elaborado durante o estágio, as reuniões tutoriais, a reflexão e a exposição das diferentes atividades desenvolvidas.

O mesmo foi estruturado da seguinte forma: inicia-se com a apresentação da introdução que inclui a descrição da área em estudo e a motivação para a elaboração do mesmo, a seleção do local de estágio e o planeamento do decurso do mesmo; no ponto um é desenvolvida a revisão da literatura aos temas considerados mais pertinentes para a elaboração deste relatório; no ponto dois é

efetuada a caracterização do local de estágio e das atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio, são apresentadas as questões de investigação e os objetivos do estudo; no ponto três é exposta a metodologia adotada neste estudo, na qual se utilizou uma abordagem quantitativa, utilizando o inquérito como método de recolha de dados; no ponto quatro são tecidas considerações éticas subjacentes ao desempenho do enfermeiro do trabalho no SSHST; no ponto cinco é efetuada a apresentação e conclusões dos resultados; no ponto seis são enumeradas as competências adquiridas enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública; no ponto sete são apresentados os contributos e limitações do estudo, bem como sugestões a serem implementadas; por fim, são apresentados a bibliografia e o anexo presente no relatório.

Os SSHST devem assegurar um conhecimento multidisciplinar partilhado, abrangendo o trabalhador, o ambiente e condições de trabalho, salvaguardando o cumprimento de princípios legais e éticos. Deverão apostar, por um lado, na promoção da saúde e na prevenção das doenças, em especial as profissionais e as agravadas pelo trabalho e, por outro lado, identificar desvios de saúde e doença que, por serem detetados precocemente, terão uma resolução mais célere e favorável.

Assim, os resultados refletir-se-ão na saúde, bem-estar e motivação do trabalhador no seu local de trabalho e na produtividade da organização.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Com este capítulo, ambiciona-se expor a temática em apreço, recorrendo a autores diversos, artigos e estudos publicados, sendo a base de informações e evidências referenciadas ao longo do relatório. Desta forma, pretende-se apresentar uma perceção fidedigna e contextualizada, contribuindo para a resolução das questões de investigação.

1.1 Saúde Pública

Para Ferreira, começou a haver Saúde Pública quando o homem percebeu que da vida em comunidade resultavam perigos, não só para a sua saúde, como para a do grupo, descobrindo assim meios para os controlar ou resolver (1990, p.8).

A revisão da literatura no âmbito da Saúde Pública aponta no sentido da existência de uma diversidade de definições e conceitos segundo diferentes autores. De uma forma global, referem-se a manter e melhorar a saúde dos indivíduos através de planos organizados a serem implementados.

“A Saúde Pública é a ciência e a arte de promover saúde (...), com base no entendimento de que a saúde é um processo que envolve o bem-estar social, mental, espiritual e físico. A Saúde Pública intervém com base no conhecimento de que a saúde é um recurso fundamental do indivíduo, da comunidade e da sociedade como um todo e que deve ser sustentada por um forte investimento nas condições de vida que criam, mantêm e protegem a saúde” segundo Kickbusch (1989), de acordo com o publicitado na página eletrónica da Administração Regional de Saúde do Norte, Instituto Público (ARSN, I.P.) (ARSN, I.P., 2012).

A Saúde Pública desenvolveu-se com o progresso do conhecimento científico em diversas áreas, tendo como influência fatores políticos, económicos e sociais.

Desta forma, e tendo em consideração o exposto por Ferreira *“no conceito de saúde pública está implícito um juízo de valor básico – de que a saúde é melhor do que a doença e deve ser feito pelas entidades responsáveis todo o esforço para eliminar a doença e conseguir um melhor estado de saúde dos indivíduos e das comunidades – e a existência duma orgânica específica de serviços com programa de actuação significa que os problemas de saúde foram definidos, ou estão a sê-lo, e que se trabalha no sentido de os solucionar”* (1990, p.4).

O mesmo autor realça ainda o objetivo de promover a saúde, diminuir ou eliminar as causas e os efeitos da doença, tendo por base serviços organizados e com planos e estratégias bem definidas a curto e a longo prazo (1990, p.4). Contudo, sabemos que apesar do progresso, ainda há diferenças significativas a este nível, entre regiões e os diversos países.

1.2 Medicina do Trabalho

“A medicina do trabalho, enquanto especialidade médica, surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial”, segundo Schilling (1981), referenciado por Mendes e Dias (1991, p.341). Com a sobrecarga da produção, nas indústrias, foi necessário intervir, sob pena da rutura do processo produtivo.

A implementação da medicina do trabalho expandiu-se a outros países. A fragilidade dos sistemas de saúde fez com que a medicina no trabalho fosse recurso para o trabalhador e frequentemente para os seus familiares e também servisse para controlo da força de trabalho.

Em 1919, com a criação da *International Labour Organization* (Organização Internacional do Trabalho) (OIT), foram emanadas diversas recomendações no sentido de organizar e implementar os serviços de medicina do trabalho. Na Recomendação 112, em 1959, como referem Mendes e Dias “a expressão “serviço de medicina do trabalho” designa um serviço organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações, destinado a:

- assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue;

- contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões;

- contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores” (1991, p.342).

A incapacidade da medicina do trabalho em dar resposta cabal aos problemas de saúde causados pelos processos produtivos e a crescente insatisfação por parte dos trabalhadores determinaram o aparecimento da saúde ocupacional. Nesta medida, surge “a resposta, racional, “científica” e aparentemente inquestionável traduz-se na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões”, segundo as mesmas autoras (1991, p.343).

1.3 Saúde Ocupacional

A saúde ocupacional “engloba a totalidade das intervenções médicas, técnicas e outras, que visam a proteção e a promoção da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho”, segundo o Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009-2012, defendido pela Direção Geral da Saúde (DGS) (DGS, 2010, Circular Normativa nº03/DSPPS/DCVAE, p.4).

“A “Saúde Ocupacional” surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipas progressivamente multi profissionais, e a ênfase na higiene “industrial”, refletindo (...) lugar de destaque da indústria nos países “industrializados””, como referem Mendes e Dias (1991, p.343).

A crescente industrialização dos processos de trabalho, nomeadamente com “(...) a *automação e informatização, (...)*” a melhoria das condições de trabalho originou um “(...) *deslocamento do perfil de morbilidade causada pelo trabalho: as doenças profissionais clássicas tendem a desaparecer, e a preocupação desloca-se para as outras “doenças relacionadas com o trabalho”. Passam a ser valorizadas as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e doença coronária), os distúrbios mentais, o estresse e o câncer, entre outras. Desloca-se, assim, a vocação da saúde ocupacional, passando esta a se ocupar da “promoção de saúde”, cuja estratégia principal é a de, através de um processo de educação, modificar o comportamento das pessoas e seu “estilo de vida”*”, de acordo com as mesmas autoras (1991, p.346).

A implementação de um Programa Nacional de Saúde Ocupacional evidencia a necessidade de intervir ao nível da saúde em contexto laboral, tendo como objetivo a promoção da qualidade e das condições de trabalho.

A definição de Saúde Ocupacional proposta pela *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde) (OMS) e pela OIT apresentada na página eletrónica do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto é a seguinte: “*Saúde Ocupacional é a área que se dedica à promoção e manutenção do mais elevado padrão de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de todos os sectores de actividade; à prevenção das alterações de saúde provocadas pelas suas condições de trabalho; à protecção dos trabalhadores contra os riscos resultantes de factores adversos, no seu local de trabalho; a proporcionar ao trabalhador, um ambiente de trabalho adaptado ao seu equilíbrio fisiológico e psicológico.*” Ainda segundo a mesma fonte, “*em cada local de trabalho, a intervenção da Saúde Ocupacional é posta em prática através dos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho*” (Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, 2012).

Assim acontece no CHVNG/E, EPE, que intervém no âmbito da prevenção dos riscos profissionais, prevenção de doenças, na vigilância e promoção da saúde, não só com os profissionais que tem alocados ao SSHST, mas também articulando-se com outros Serviços da Instituição de forma a dar uma resposta integrada às necessidades dos colaboradores.

1.4 Enfermagem do Trabalho

“*A enfermagem (...) tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital,*” na e para a comunidade em que está inserido, “*de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde,*” e que adquiram “*a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*”, de acordo com o referido no capítulo II, art. 4º, ponto 1 do regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro, p.2960).

Ainda segundo o mesmo documento, no capítulo II, art. 4º, ponto 2, o *“Enfermeiro é o profissional habilitado (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”* (1996, p.2960).

O exercício da atividade profissional dos enfermeiros, no seio da equipa multidisciplinar, envolve intervenções interdependentes e autónomas a serem realizadas no âmbito das suas qualificações profissionais. As intervenções de enfermagem decorrem em diferentes contextos e têm como finalidade a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social ao longo do ciclo vital do indivíduo.

O exercício profissional do Enfermeiro é pautado por princípios e valores definidos no seu Código Deontológico, ou seja, envolve tudo aquilo que possa contribuir para o agir profissional, com ponderação e avaliação criteriosa ao intervir de determinada forma.

“A enfermagem do trabalho é o resultado de um processo evolutivo que começou em finais do séc. XIX e acompanhou o desenvolvimento da indústria no início do séc. XX, em que as empresas contratavam enfermeiros para combater a propagação de doenças contagiosas, como a tuberculose” (Antunes, 2009, p.21).

“Os primeiros enfermeiros na indústria prestavam serviços de saúde à família e à comunidade, centrados na prevenção e tratamento de doenças e lesões relacionadas com o trabalho” (2009, p.21).

“A obrigatoriedade de existência de enfermeiros no local de trabalho surge, em Portugal, nos anos 70, (...)” como sendo *“um dos elementos da equipa de saúde ocupacional (...)”* de acordo com o mesmo autor (2009, p.18).

Entidades internacionais, como a OMS, OIT, *American Association of Occupational Health Nurses* (Associação Americana dos Enfermeiros de Saúde Ocupacional) (AAOHN) e a *Federation of Occupational Health Nurses within the European Union* (Federação dos Enfermeiros de Saúde Ocupacional da União Europeia) (FOHNEU), recomendam a presença do enfermeiro na equipa multidisciplinar de saúde ocupacional. São unânimes nesta posição, dadas as características do trabalho, com todos os riscos que possam estar associados e que podem afetar a saúde do trabalhador, e defendem que o mesmo tem um papel ativo e fundamental na equipa multidisciplinar.

Na União Europeia, os enfermeiros de saúde ocupacional são o maior grupo de profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde no local de trabalho, têm um papel fundamental na prevenção de doenças relacionadas com o trabalho e na promoção e manutenção da boa saúde dos trabalhadores, de acordo com o apresentado na página eletrónica da FOHNEU (FOHNEU, 2012).

A AAOHN na sua página eletrônica, considera a enfermagem de saúde ocupacional como a prática especializada que prevê e proporciona serviços de saúde ao trabalhador, grupos de trabalhadores e grupos da comunidade. Tem uma prática centrada na promoção da saúde, prevenção de doenças e acidentes e na proteção de riscos ocupacionais e ambientais, em prol de um ambiente de trabalho saudável (AAOHN, 2012).

A FOHNEU na sua página eletrônica, define enfermagem de saúde ocupacional como a atividade orientada para garantir a segurança, saúde e bem-estar do trabalhador e o desenvolvimento de estratégias para melhorar as condições e o ambiente de trabalho. Baseia a sua prática na avaliação, controlo e promoção do estado de saúde do trabalhador (FOHNEU, 2012).

Em 2001, a OMS citado por Antunes, refere que *“a tendência na Europa, nos últimos 20 anos, está longe do enfermeiro que actua como assistente do médico e tende para uma enfermagem independente, com autonomia e responsabilidade profissional. Contudo os profissionais de saúde são interdependentes e a colaboração entre o enfermeiro de trabalho e o médico de trabalho é essencial, dadas as suas competências da área da saúde”* (Antunes, 2009, p.29). O mesmo autor, segundo a OMS (2001), faz referência que *“os enfermeiros do trabalho, trabalhando independentemente ou integrando equipas multidisciplinares, estão na linha da frente na protecção e promoção da saúde dos trabalhadores”* (2009, p.32).

A Lei nº59/2008 de 11 de setembro, anexo II, capítulo XIII, secção III, subsecção III, divisão III, art. 161º, ponto 2, que aprova o regime do contrato de trabalho em funções públicas, refere que *“nos órgãos ou serviços com mais de 200 trabalhadores, a responsabilidade técnica da vigilância da saúde cabe ao médico e ao enfermeiro do trabalho”* (p.6612).

No que diz respeito à enfermagem do trabalho, nos Decreto-Lei nº247 e nº248 de 22 de setembro de 2009, que legislam respetivamente o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os requisitos de habilitação profissional e o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os requisitos de habilitação profissional, no capítulo III, art. 6º, ponto 1, vêm mencionadas as áreas de exercício profissional que se encontram definidas na carreira de enfermagem, entre outras, uma delas é a *“(…) de enfermagem no trabalho”* (p.6759) e (p.6762).

No Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009-2012, a única referência feita, no que diz respeito ao enfermeiro do trabalho, é relativa à organização e manutenção atualizada, em cooperação com a Ordem dos Enfermeiros, de um registo dos enfermeiros do trabalho habilitados.

Contudo, as suas funções nunca foram evidenciadas, nem claramente definidas. Existindo em 2009 um referencial legal, que regulamenta o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, Lei nº102 de 10 de setembro, capítulo VI, secção VII, art. 104º, ponto 1, que faz referência apenas ao enfermeiro do trabalho, como sendo um elemento com experiência adequada, a coadjuvar a ação médica (p.6189). No referido documento não especifica a experiência adequada, nem quais são as competências inerentes ao desempenho do enfermeiro do trabalho.

Neste sentido, a DGS, em 2010, no Programa Nacional de Saúde Ocupacional, emitiu um parecer no âmbito das perguntas frequentes, que faz referência em que situações é que é exigida a contratação do enfermeiro do trabalho, quais as habilitações e que atividade irá desempenhar. Assim, passamos a apresentar as atividades pré-definidas a desenvolver:

- *“(…) cooperar (coadjuvar) com o médico do trabalho e outros profissionais de saúde do trabalho;*
- *(…) trabalho em equipa sob orientação do médico responsável pelo serviço de saúde do trabalho;*
- *(…) participa na definição de políticas de saúde da empresa e colabora no planeamento e avaliação de programas de saúde;*
- *(…) participa na vigilância e na avaliação da saúde dos trabalhadores em cooperação com o médico do trabalho;*
- *(…) assume também a prestação de cuidados de enfermagem no local de trabalho, nomeadamente na prestação de primeiros socorros, na administração de medicação prescrita e no encaminhamento dos casos urgentes para unidades de saúde;*
- *(…) colabora com outros profissionais na identificação de riscos profissionais e acompanha os planos de intervenção para reduzir a exposição ou limitar os danos profissionais;*
- *(…) assumir um papel relevante na formação e informação em saúde dos trabalhadores;*
- *(…) desenvolver e avaliar programas de promoção de saúde relacionados com o trabalho, bem como, de outros programas gerais de saúde (...) tendo em vista ganhos em saúde;*
- *(…) deverá estar presente nas empresas com mais de 250 trabalhadores;*
- *(…) deve prestar actividade durante o número de horas necessárias ao trabalho de enfermagem de rotina e de emergência por um tempo não inferior ao número de horas de trabalho do médico do trabalho, em estabelecimentos industriais ou de outra natureza com risco elevado pelo menos 1 hora por cada grupo de 10 trabalhadores ou fracção e nos restantes estabelecimentos 1 hora por cada grupo de 20 trabalhadores ou fracção;*
- *(…) até à publicação de legislação específica de enfermagem do trabalho, deveremos considerar enfermeiro do trabalho todos aqueles que desenvolvem a actividade em serviços de saúde do trabalho ou saúde ocupacional há mais de um ano, comprovado por relatório que evidencie a sua intervenção e os que possuam formação em saúde ocupacional superior a 120 horas (em unidades mínimas de 30 horas comprovadas com avaliação).”*

Contudo, Santos, Rasteiro e Oliveira, no Relatório de Actividades de 2011 e Linhas de Intervenção para o Ano de 2012, do Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009-2012, nas atividades planeadas e não realizadas, entre outras, mencionam que *“não foi concretizada a constituição e reunião do grupo de trabalho de enfermeiros com vista a definir o estatuto de enfermeiro do trabalho”* (2011, p.8). Nesta medida, os mesmos autores, referenciam como linha de intervenção para o ano de 2012, *“constituir grupo de trabalho dos enfermeiros e estudar proposta*

do estatuto profissional do enfermeiro do trabalho” (2011, p.9).

A Ordem dos Enfermeiros em 2011, regulamenta as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública através do Regulamento nº122 e nº128 de 18 de fevereiro, respetivamente.

No âmbito das competências comuns do Enfermeiro Especialista, “*são quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais*” (Regulamento nº122 de 18 de fevereiro de 2011, p.8649).

No que diz respeito às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é de ressaltar que o mesmo “*(...) intervêm em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas (...), estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde (...) com vista à capacitação e “empowerment” de (...) pessoas, grupos ou comunidade*” (Regulamento nº128 de 18 de fevereiro de 2011, p.8667).

Neste âmbito, os enfermeiros reúnem competências para intervir a nível da saúde no trabalho. Uma boa saúde no trabalho permite melhorar a saúde individual e a pública em geral, bem como a produtividade e a competitividade das organizações. Além disso, os problemas de saúde e de segurança no trabalho implicam custos elevados, não só humanos, como financeiros. É necessário assegurar aos trabalhadores condições de trabalho, não só físico, como também mental, moral e social; contribuir para o seu bem-estar geral e para a promoção da saúde e não apenas para a ausência de acidentes ou doenças profissionais.

Assim, em junho de 2014, a DGS emitiu a Orientação nº009, onde define os critérios e “*(...) o prazo de candidatura para autorização e registo de Enfermeiros habilitados a exercerem Enfermagem do Trabalho*” (DGS, 2014, p.2).

Contudo, encontram-se ainda indefinidas as competências deste, bem como existe falta de legislação, formação específica e estatuto definido.

As Organizações, por imperativo legal, face ao número de colaboradores, à atividade que desenvolvem e aos riscos que têm associados, devem organizar o seu SSHST.

Da equipa multidisciplinar, entre outros profissionais, faz parte o enfermeiro do trabalho, que tem como atividades atribuídas as referidas anteriormente e emanadas pelo parecer da DGS em 2010. Neste sentido, o desempenho do enfermeiro do trabalho vai depender bastante da sua capacidade de colocar em prática, não só as intervenções interdependentes, bem como as autónomas. Assim, deve centrar-se nos projetos de saúde individuais dos colaboradores, ajudando-os a desenvolver processos de transição saudáveis.

1.5 Determinantes de Saúde

Os estilos de vida pouco saudáveis acarretam complicações indesejáveis por parte de quem os vem a praticar. Por outro lado, as estatísticas a que todos temos acesso, quase diariamente, não só em termos de literatura científica, mas também através dos meios de comunicação social, são unânimes em expressar que as doenças crónicas têm vindo a aumentar nos países desenvolvidos. Destas, as não transmissíveis, como a doença cardiovascular, a patologia respiratória, o cancro, a diabetes mellitus, as doenças osteoarticulares e as perturbações de saúde mental, como a depressão, são a principal causa de morbilidade e mortalidade, sendo também responsáveis por atribuir incapacidade e perda de qualidade de vida ao indivíduo. Na sua etiologia reúnem um conjunto de fatores, muito ligados a estilos de vida pessoais, destes dependendo a saúde individual, mas também a coletiva. *“O consumo de tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inactividade física e a má gestão do stresse estão hoje claramente identificados como sendo os principais factores implicados na origem daquelas doenças”* (DGS, 2003, p.1).

Combater as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida deve ser uma prioridade de atuação, visando o mais precocemente evitar consequências negativas, numa verdadeira promoção da saúde, nomeadamente nas escolas, nos locais de trabalho, serviços de saúde, comunidades locais, entre outros. Lidar com uma situação de doença crónica torna-se altamente dispendioso, em termos de ordem física, emocional e económica. Urge agir sobre os determinantes de saúde, permitindo obter ganhos significativos em saúde, a médio e longo prazo.

Para poder caracterizar e intervir sobre os determinantes de saúde dos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica, do CHVNG/E, EPE, foi efetuado o diagnóstico de saúde. Neste sentido, foi aplicado um inquérito, já instituído no SSHST. É um instrumento que possibilita o diagnóstico do estilo de vida e, desta forma, promover a saúde e prevenir a doença de forma mais individualizada, fomentando a adoção de estilos de vida saudáveis.

Diabetes Mellitus

A diabetes mellitus caracteriza-se pelo aumento dos níveis de glicose no sangue. É uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, e a sua prevalência aumenta muito com a idade, atingindo ambos os géneros e todas as idades.

“A progressão desta doença parece estar associada a alterações bruscas nos hábitos culturais e sociais, envelhecimento da população, crescimento urbano, alterações na dieta, redução da actividade física e à prática de estilos de vida menos saudáveis” (Eurotrials, Boletim Informativo nº23, 2007, p.1).

“A diabetes é uma das doenças crónicas com maior potencial de sofrimento, de risco de várias incapacidades e de morte”. A sua incidência tem vindo a assumir proporções epidémicas, sendo uma das cinco doenças com maior índice de morte no mundo (Patrão, 2011, pp.15-16).

Os critérios de diagnóstico da doença, na população em geral, são os seguintes:

- “Glicemia de jejum $\geq 126\text{mg/dl}$ (ou $\geq 7,0\text{mmol/l}$); ou
- Sintomas clássicos + glicemia ocasional $\geq 200\text{mg/dl}$ (ou $\geq 11,1\text{mmol/l}$); ou
- Glicemia $\geq 200\text{mg/dl}$ (ou $\geq 11,1\text{mmol/l}$) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral com 75g de glicose; ou
- Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$ ” (DGS, Norma nº002, 2011, p.1).

Segundo a mesma referência, “o diagnóstico de diabetes numa pessoa assintomática não deve ser realizado na base de um único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, devendo ser confirmado numa segunda análise, após uma a duas semanas. É aconselhável usar um só parâmetro para o diagnóstico da diabetes” (2011, p.1).

A mesma fonte, na classificação da diabetes, estabelece a existência de 4 tipos clínicos distintos de acordo com a sua etiologia: “Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2, Diabetes gestacional e Outros tipos específicos de diabetes” (2011, p.2).

De acordo com o Eurotrials, Boletim Informativo nº23, estima-se que existam 246 milhões de diabéticos (5,9% da população mundial adulta) a nível mundial e que em 2025 este número possa atingir os 380 milhões, ou seja, uma prevalência de 7,1% (Eurotrials, 2007, p.3).

O país da União Europeia a 27 com maior prevalência de diabetes (10,2%) é a Alemanha e o que exhibe menor (3,4%) é a Irlanda. Prevalências elevadas encontram-se também em Espanha, Malta e países do leste da Europa, segundo a mesma fonte (2007, p.2).

Os países que apresentam maior taxa de mortalidade por diabetes da União Europeia a 27 são Malta, Eslovénia, Portugal e Áustria com 23, 26, 28 e 30 óbitos por 100 000 indivíduos, respetivamente. “Estes valores encontram-se consideravelmente afastados da média da União Europeia a 27, 13 óbitos por 100 000 indivíduos” (2007, p.2).

O país que apresenta menor taxa de mortalidade é a Grécia, com 5 óbitos por 100 000 indivíduos, como evidencia a mesma fonte (2007, p.2).

Tomando em consideração a mesma referência, a prevalência, em 2003, da diabetes em Portugal, nos adultos dos 20 aos 79 anos, foi estimada em 7,8%. (2007, p.1). “A projecção para 2025 indica um aumento de 1,7% na prevalência desta doença” (2007, p.1). Os casos de diabetes acima dos 60 anos foram de aproximadamente 70%, sendo que 52,3% são no género feminino, de acordo com a mesma fonte (2007, p.1).

A prevalência ajustada da diabetes à população portuguesa, em 2011, foi de 12,7% com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, estando presente uma maior prevalência no género masculino. Mais de um quarto da população portuguesa no escalão etário dos 60-79 anos tem a doença. Confirma-se a existência de uma relação entre o índice de massa corporal (IMC) e a diabetes mellitus, com perto de 90% da população com diabetes a apresentar excesso de peso ou obesidade. Foram detetados 652 novos casos de diabetes por cada 100 000 habitantes, segundo

dados recolhidos no âmbito do Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal - PREVADIAB 2011 (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2012, pp.7-10).

Pressão Arterial

“O aumento da pressão arterial exerce um efeito iterado, consistente e contínuo – sem limiar de risco – no desenvolvimento da doença cardiovascular. A hipertensão arterial é um factor de risco reconhecido de morbilidade e mortalidade cardiovascular e renal. A partir de valores de 115/75mmHg, o risco cardiovascular duplica de cada vez que a pressão arterial aumenta 20/10mmHg” de acordo com o referido pela DGS (Norma nº026 da DGS, 2011, p.5).

“O diagnóstico de hipertensão arterial (HTA) define-se, em medição de consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90mmHg” (DGS, Norma nº020, 2011, p.1).

A mesma norma classifica a HTA em três graus, “ (...) correspondendo o grau 1 a hipertensão arterial ligeira, o grau 2 a hipertensão arterial moderada e o grau 3 a hipertensão arterial grave” (2011, p.1).

A DGS (2011), define e classifica os níveis da pressão arterial (TA) em adultos (idade igual ou superior a 18 anos), como se pode observar no quadro que se segue.

Quadro 1 Definição e classificação dos níveis da pressão arterial em adultos (idade igual ou superior a 18 anos)

Categoria ¹	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	e	Pressão Arterial Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	102-129	e/ou	80-84
Normal-Alta ²	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão Arterial (HTA) ³			
Grau 1 (HTA ligeira)	140-159	e/ou	90-99
Grau 2 (HTA moderada)	160-179	e/ou	100-109
Grau 3 (HTA grave)	≥180	e/ou	≥110
Hipertensão Sistólica isolada (HSI) ⁴	≥140	e	<90

¹Esta classificação é válida para adultos com 18 ou mais anos de idade que não tomem fármacos anti-hipertensores e não apresentem nenhum processo patológico agudo concomitante. Quando as pressões arteriais sistólica e diastólica estejam em diferentes categorias considera-se a categoria do valor mais elevado.

²As pessoas com pressão arterial normal-alta têm risco cardiovascular mais elevado comparativamente às que apresentam uma pressão arterial ótima (risco relativo de 2.5 na mulher e 1.6 no homem).

³Valores médios de duas medições, realizadas em pelo menos três consultas, após a deteção inicial de valores elevados de pressão arterial.

⁴A HSI classifica-se também em graus de 1 a 3, segundo os seus valores de pressão arterial sistólica e com idênticos escalões aos da hipertensão arterial.

Fonte: DGS. (2011). Norma nº020 de 28 de setembro. Hipertensão Arterial: definição e classificação, p.6.

“Na maioria dos casos, desconhece-se a causa final da hipertensão arterial e é, por isso, denominada como hipertensão arterial essencial” (DGS, Norma nº020, 2011, p.3).

“A doença crónica mais frequente é a tensão arterial alta, tendo sido referida por 19,8% de residentes em Portugal” (INS 2005/2006, 2009, p.38).

“A hipertensão arterial é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa (...) deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação” (DGS, Norma nº020, 2011, p.4). Sendo uma doença crónica, necessita de vigilância e terapêutica continuadas, com o objetivo de a controlar com o mínimo de efeitos secundários.

Vacinação

“As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico” (DGS, Norma nº040, 2011, p.5).

É importante avaliar se o PNV se encontra atualizado de acordo com a faixa etária e o risco a que está exposto, com o registo do Boletim Individual de Saúde (BIS), assim como alertar para a importância da vacinação individual atualizada, para a saúde pública e em particular para os profissionais de saúde, com os resultantes ganhos em saúde.

Neste sentido, os profissionais de saúde, atendendo ao seu grau de exposição a fatores de risco de vária ordem, têm recomendações específicas no âmbito vacinal.

De acordo com o Decreto-Lei nº84/97 de 16 de abril, que estabelece o normativo relativo à proteção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos da exposição a agentes biológicos durante o trabalho, no art. 13º, ponto 1 e 2, refere que cabe ao empregador *“assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos inconvenientes da vacinação e da falta de vacinação. Se existirem vacinas eficazes contra os agentes biológicos a que os trabalhadores estão ou podem estar expostos, a vigilância da saúde deve prever a vacinação gratuita dos trabalhadores não imunizados”* (1997, p.1705). Menciona ainda que, *“a vacinação deve obedecer às recomendações da Direção-Geral da Saúde, ser anotada na ficha médica do trabalhador e registada no seu boletim individual de saúde”* (1997, p.1705).

Contudo, o trabalhador pode manifestar intenção de não querer ser vacinado, é recomendável um reforço da informação dos riscos acrescidos a que fica sujeito e, a manter-se tal opção, a mesma deve ficar registada, como sugere as orientações técnicas do Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo (2006, pp.5-6).

“De salientar que, a não aceitação da vacinação não implica a desresponsabilização da entidade empregadora nos casos de acidente em serviço e ou de doença profissional”, de acordo com a mesma Entidade (2006, p.6).

Assim, todos os contactos efetuados pelos colaboradores com o SSHST devem ser aproveitados para avaliar e promover o estado vacinal.

Vacina bivalente contra o tétano e a difteria (Td)

“Apesar de ser uma doença grave e potencialmente fatal, o tétano é facilmente evitável através da vacinação” (DGS, Boletim Vacinação nº5, 2012, p.2).

Em Portugal atualmente, é comercializada combinada, toxoide tetânico e toxoide diftérico (DGS, Norma nº040, 2011, p.35).

O esquema de vacinação é constituído por 6 doses desde o nascimento até à adolescência. Depois, são efetuados reforços de 10 em 10 anos de acordo com a mesma fonte (2011, p.10).

Num colaborador sem registos ou que desconheça o estado vacinal, a mesma é administrada em 3 doses, em 3 períodos distintos (0, 1 mês, 12 meses) e depois seguem-se os reforços de 10 em 10 anos. Se a primovacinação está incompleta ou a última inoculação foi há mais de 10 anos, deve completar o esquema até perfazer as 3 doses (primovacinação) e depois fazer reforços de 10 em 10 anos, segundo as orientações técnicas do Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo (2006, p.6).

A mesma Entidade, para a profilaxia do tétano no ferido/acidentado salienta: se apresenta o PNV em atraso, se não tem BIS/registo de vacinações ou se apresenta alterações imunitárias, com feridas potencialmente tetanogénicas, deve fazer uma dose de vacina na altura do tratamento independentemente do estado vacinal anterior. “Trabalhadores que já tiveram tétano devem ser igualmente vacinados uma vez que a doença natural não confere imunidade” (2006, p.8).

A DGS no seu Boletim Vacinação nº5, refere que “a vacina não confere imunidade de grupo pelo que cada pessoa tem de estar vacinada” (DGS, 2012, p.2). “Ou seja, só a vacinação de todas as pessoas, com reforços regulares, de acordo com o PNV (PNV 2012), pode prevenir todos os casos de doença” (2012, p.1). Ainda segundo a mesma fonte, “o tétano é, atualmente, uma doença dos grupos etários mais velhos. Dos 55 casos declarados nos últimos 10 anos, 53 verificaram-se em pessoas com idade ≥ 55 anos, o que demonstra a importância da recomendação do PNV de vacinar todos os adultos de 10 em 10 anos, durante toda a vida” (2012, p.2).

Menciona ainda, a possibilidade da vacinação durante a gravidez (2012, p.2).

Vacina monovalente contra a hepatite B (VHB)

A vacina é administrada em 3 doses, em 3 períodos distintos (0, 1 mês, 6 meses) (DGS, Norma nº040, 2011, p.10).

Após 1 a 3 meses da administração da última dose deve ser pedido o título do Anticorpo Contra a Hepatite B (Ac Anti-HBS), para avaliação da imunidade à vacina, como vem referido nas orientações técnicas do Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo (2006, p.9). Ainda segundo a mesma Entidade, se apresentar título de Ac Anti-HBS ≥ 100 UI/l está imunizado; se apresentar título de Ac Anti-HBS < 10 UI/l, repete esquema vacinal e 3 meses depois análises; se apresentar título de Ac Anti-HBS ≥ 10 UI/l e < 100 UI/l, faz uma dose adicional de vacina 4 a 6 meses

depois da imunização primária, para se obter um título mais elevado e uma proteção mais duradoura; se foi revacinado, mas continua a ter títulos de Ac Anti-HBS<10UI/l, “é um “não respondedor”. Não deve voltar a ser vacinado. Deve ter cuidados acrescidos no âmbito da sua actividade” (2006, p.9).

A mesma Entidade adianta que a profilaxia pós exposição “(nas situações de acidente com objecto cortante potencialmente contaminado ou contacto próximo com um caso crónico ou agudo)” deve ser feita a colaboradores não vacinados e aos que não responderam serologicamente à primeira série de vacinação, com a administração de 3 doses de vacina (0, 1 mês, 6 meses) e simultaneamente imunoglobulina específica, imediatamente após o contacto (2006, pp.9-10).

A administração da vacina pode ser considerada durante a gravidez, se indicada (DGS, Norma nº040, 2011, p.50).

Vacina trivalente contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola (VASPR)

A vacina é administrada em 2 doses, em 2 períodos distintos (de acordo com o esquema recomendado ou com um intervalo mínimo de 4 semanas) (DGS, Norma nº040, 2011, pp.31-32).

Aos profissionais de saúde, é recomendado “terem 2 doses de vacina contra o sarampo e, pelo menos, 1 dose de vacina contra a rubéola (2011, p.32).

Segundo a mesma fonte, mulheres em idade fértil devem ser previamente inquiridas sobre uma eventual gravidez. “A vacinação inadvertida durante a gravidez ou nos 3 meses antes de engravidar não é motivo para interrupção da gravidez”, mas sim declarar ao médico assistente, ao responsável pela vacinação e à Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, Instituto Público (2011, p.51). Menciona ainda que a vacina pode ser “administrada a indivíduos que já tenham tido uma das três doenças (sarampo, parotidite epidémica ou rubéola) ou que tenham sido vacinados com qualquer dos seus componentes isolados” (2011, p.32).

A mesma fonte cita que a vacina “está contra-indicada durante a gravidez” (2011, p.51).

Vacina contra a gripe sazonal

A gripe é uma infeção respiratória aguda que afeta predominantemente as vias respiratórias e ocorre geralmente durante os meses de inverno. O vírus pode ser transmitido pela pessoa infetada através da saliva, tosse, espirros e das mãos. Traduz-se num importante problema de saúde pública.

A vacina é o método mais eficaz e seguro de prevenir a doença e as suas complicações. É recomendada pela DGS para grupos prioritários, definidos em Orientações divulgadas anualmente.

A DGS, na Orientação nº31/2011, recomenda a vacinação para determinados grupos prioritários sendo um deles o dos profissionais de saúde e outros prestadores de cuidados, a par de grávidas com mais de 12 semanas de gestação, indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e doentes crónicos e imunodeprimidos com mais de 6 meses de idade (DGS, 2011, p.1).

Ainda de acordo com o mesmo documento, a maior parte das pessoas podem receber a vacina. Contudo, é considerada contraindicação relativa quando tiver tido uma reação grave à vacina no passado, uma reação anafilática a qualquer dos componentes da vacina ou antecedentes de Síndrome de Guillain-Barré nas 6 semanas seguintes a uma dose anterior da vacina. Assim, a decisão de vacinar deverá ser ponderada caso a caso (2011, p.2).

A mesma fonte refere “*as vacinas administradas aos profissionais das instituições do Serviço Nacional de Saúde são alvo de um registo específico no âmbito da Saúde Ocupacional. A avaliação da cobertura vacinal por grupo profissional será enviada às respetivas Administrações Regionais de Saúde no final da época gripal*” (2011, p.4).

Apesar das campanhas de vacinação contra a gripe sazonal, “*até 2005, a maioria da população residente com 15 ou mais anos de idade nunca se tinha vacinado contra a gripe (69,5%)*” (INS 2005/2006, 2009, p.57).

Nas Organizações, a aplicação da vacina, permite não só prevenir a doença como reduzir consideravelmente o absentismo, melhorar a qualidade de vida e o ambiente de trabalho, estimulando o desenvolvimento de atividades e proporcionando uma maior satisfação no trabalho. Funcionários saudáveis garantem uma empresa mais saudável e produtiva.

Teste Tuberculínico ou Teste de Mantoux

A tuberculose, apesar de todos os avanços científicos, continua a ser uma das principais causas de morte por uma doença infecciosa curável e um importante problema de Saúde Pública.

De acordo com o Relatório para o Dia Mundial da Tuberculose, “*o problema da tuberculose em profissionais de saúde por infecção cruzada nos serviços de saúde é de particular importância porque envolve um risco assumido e pela gravidade da potencial infecção por estirpe multirresistente*” (DGS, 2011, p.26). Contudo, a incidência tem vindo a baixar de forma muito significativa, estimando-se em termos de conjunto nacional que os profissionais de saúde têm o mesmo risco que a população em geral (2011, p.26).

O Teste de *Mantoux* não permite distinguir entre doença ou latência (DGS, Circular Informativa nº04/PNT, 2010, p.2). É acompanhado de inquérito de sintomas e radiografia do tórax.

De acordo com Duarte, Amado, Lucas e Sapage, o Teste de *Mantoux* consiste na administração na face anterior do antebraço esquerdo de 0,1mlilitro de tuberculina intradérmica (proteínas purificadas derivadas dos bacilos de tuberculose). Salientam que a leitura do *cut-off* deverá ser realizada às 72 horas, após a realização do Teste (2007, p.399). “*Mede-se a induração em mm (não o eritema). Delimita-se a pápula com a ponta duma esferográfica colocada num ângulo de 45°, dirigida no sentido da induração. Mede-se o diâmetro transversal em mm, com régua rígida transparente. Regista-se o resultado no Boletim Individual de Saúde*”, segundo os mesmos autores (2007, p.399).

A mesma fonte aponta que “*não deverão ser submetidos a teste tuberculínico: pessoas que já tenham tido uma grande reacção à tuberculina no passado (flictenas, necrose, etc.), grandes queimados ou indivíduos com eczema e doentes com infecção vírica grave ou que tenham recebido alguma vacina de vírus vivo há menos de um mês*” (2007, p.399). Fazem menção ainda que “*o teste tuberculínico pode ser efectuado em: pessoas vacinadas com vacinas de vírus mortos, mulheres grávidas, pessoas já vacinadas com BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) e pessoas que dizem já ter tido uma prova positiva, mas que não tenham registo da mesma*” (2007, p.399).

Teste Interferon Gamma Release Assays

O Teste *IGRA* surgiu recentemente e permite “*analisar a resposta imunológica à infecção por Mycobacterium Tuberculosis*”, tendo por base a “*deteção de Interferão-Gama produzido pelos linfócitos*” (DGS, Circular Informativa nº04/PNT, 2010, pp.1-2).

Segundo a mesma fonte, o Teste *IGRA* não permite distinguir entre doença ou latência (2010, p.2). É acompanhado de inquérito de sintomas e radiografia do tórax. Apresenta no entanto, “*algumas mais valias: tem uma interpretação mais reprodutível (positivo/negativo/indeterminado); não é afectado pela vacina do BCG (reduzindo falso-positivos); não apresenta efeito “boosting” (não afeta o resultado de testes posteriores); tem demonstrado maior especificidade (pessoas imunocompetentes)*”, como citado na mesma Circular (2010, p.2).

Relativamente às desvantagens, elencam-se a “*necessidade de equipamento e pessoal especializado para a realização do teste e haver pouca experiência clínica na interpretação dos resultados. Em doentes imunodeprimidos e nas crianças existe o risco de falsos negativos (baixa sensibilidade)*” de acordo com a mesma referência (2010, p.2).

Atualmente, as principais diretrizes a nível mundial e tendo presente o custo-eficácia, recomendam o uso do Teste *IGRA* como meio de confirmação de um resultado tuberculínico positivo, de acordo com o exposto pela mesma circular (2010, p.2). “*Em populações vacinadas com BCG, como é o caso da grande maioria da população de Portugal, os testes IGRA têm uma nítida vantagem no diagnóstico da infecção tuberculosa latente, uma vez que o seu resultado não é influenciado pela vacinação com BCG*” (ARSN, I.P., 2011, p.10).

Consiste na punção venosa e envio das amostras sanguíneas para o Laboratório do Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto. Aproximadamente duas semanas depois, o resultado é enviado em documento fechado, ao cuidado do SSHST.

O resultado do Teste *IGRA* pode ser avaliado de acordo com *Clinicians Guide to QuantiFERON®-TB Gold*, com os seguintes critérios de interpretação: negativo (infecção não provável para *Mycobacterium Tuberculosis*), positivo (infecção provável para *Mycobacterium Tuberculosis*) ou indeterminado (impossível de determinar) (Cellestis, 2005, p.1).

Após este resultado, implica serem ou não tomadas medidas, ou seja, se for negativo é comunicado ao colaborador que não há medidas a serem adotadas e é fornecido o resultado, caso o

solicite. No caso de ser positivo, é comunicado ao colaborador que há necessidade de ser reavaliado pelo médico e é fornecido o resultado caso o solicite. Neste caso, deve ser excluída a doença ativa. Nesta circunstância, é alertado para a importância do tratamento da tuberculose infeção latente, prevenindo o aparecimento de tuberculose doença no futuro. O colaborador posteriormente é encaminhado para o Centro Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia para iniciar o tratamento adequado e para ser submetido a reavaliações periódicas, até à data da alta do Centro. O SSHST acompanha este processo através da interlocutora do CHVNG/E, EPE para a tuberculose. No caso de ser indeterminado, é efetuado novo teste. Este resultado poderá estar associado a alguma falha durante o procedimento de colheita ou analítico, devendo por isso ser repetido. O resultado do Teste deve ficar registado no BIS.

Pretende-se, com a deteção e o tratamento precoce dos casos de tuberculose infeção latente, evitar que o colaborador infetado pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, por contacto antigo ou recente e sem a doença, a venha a desenvolver.

Alimentação

A alimentação tem sido uma preocupação do homem ao longo da história, sendo esta um dos fatores que mais afeta a saúde. A sabedoria popular diz, “*somos o que comemos*” e não podia ser mais verdade. Os alimentos que ingerimos têm um grande impacto na nossa saúde e bem-estar.

As necessidades biológicas e energéticas diárias de cada pessoa variam em função do género, idade, atividade física diária, entre outros fatores. Os valores de energia médios aconselhados para adultos saudáveis variam nas mulheres entre as 1500 e as 1800 calorias e nos homens entre as 2000 e as 2500 calorias (Candeias, Nunes, Morais, Cabral e Silva, 2005, p.7).

“*O acto de comer, para além de satisfazer necessidades biológicas e energéticas inerentes ao bom funcionamento do nosso organismo, é também fonte de prazer, de socialização e de transmissão de cultura*” (Nunes e Breda, p.7).

“*No entanto, não basta ter acesso a bens alimentares. É preciso “saber comer”, ou seja, saber escolher os alimentos de forma e em quantidade adequadas às necessidades diárias, ao longo das diferentes fases da vida*”. (...) “*Nas sociedades ocidentais, muitas das doenças crónicas responsáveis por doença e mortalidade prematura (obesidade, cancro, doenças cérebro e cardiovasculares, osteoporose, entre outras) estão diretamente relacionadas com a prática alimentar*” (p.7). Por outro lado, embora a maioria das pessoas tenham acesso a bens alimentares básicos, existem ainda problemas de carência alimentar, em particular em grupos socialmente excluídos, como referem os mesmos autores (p.7).

“*A variedade na alimentação é a principal forma de garantir a satisfação de todas as necessidades do organismo em nutrientes e de evitar o excesso de ingestão de eventuais substâncias com riscos para a saúde, por vezes presentes em alguns alimentos*” como salientam os mesmos autores (p.15).

Os mesmos autores destacam que “*os alimentos devem distribuir-se ao longo do dia, por 5 a 6 refeições diárias, a intervalos regulares*” (p.44). Deve ser evitado “*estar mais de 3 horas e meia sem comer*” (Candeias, Nunes, Moraes, Cabral e Silva, 2005, p.22). A distribuição aconselhável das refeições ao longo do dia diz respeito ao pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, meio da tarde, jantar e antes de ir para a cama (Nunes e Breda, p.44) e (Candeias, Nunes, Moraes, Cabral e Silva, 2005, p.17).

O consumo de açúcares simples deve ser reduzido e o de sal não deve ultrapassar as 5g por dia (Candeias, Nunes, Moraes, Cabral e Silva, 2005, pp.27-28).

“*O álcool não é considerado um nutriente, principalmente devido aos seus efeitos potencialmente tóxicos, quando consumido de forma excessiva. O consumo de álcool é completamente desaconselhado abaixo dos 17 anos de idade, durante a gravidez, amamentação e nas situações de alcoolismo crónico ou de debilidade física, bem como nas situações em que o médico o interdita*” (Nunes e Breda, p.17) e (Candeias, Nunes, Moraes, Cabral e Silva, 2005, p.11). O adulto saudável, quando consumir bebidas alcoólicas, deve fazê-lo às refeições e com muita moderação, tendo em atenção que estas contribuem para o número de calorias que consome por dia (Candeias, Nunes, Moraes, Cabral e Silva, 2005, p.11).

“*A água é essencial para a vida dos seres vivos, sendo considerada um verdadeiro nutriente. (...) É o constituinte mais importante do corpo humano. O organismo perde água continuamente. As necessidades de água dependem muito do nível de transpiração e do tipo de alimentação, já que a presença de sal pode aumentá-las*” (Nunes e Breda, p.22). “*Deve beber água suficiente para que a sua urina seja abundante, clara e inodora (sem cheiro)*” (Candeias, Nunes, Moraes, Cabral e Silva, 2005, p.11). O baixo consumo de água pode ter como consequências: obstipação, problemas renais, infeções urinárias, hipertensão arterial (HTA), pele seca, aparecimento de celulite, cabelo seco e sem brilho, desidratação e, em casos extremos, levar mesmo à morte, segundo os mesmos autores (2005, p.11).

Neste contexto, surge um Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Orientações Programáticas, tendo como “*(...) objetivo a melhoria do estado nutricional e saúde da sua população*” (DGS, 2012, p.1). O Programa faz referência que “*um consumo alimentar adequado e a conseqüente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes a nível nacional (cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade...)*” (2012, p.3).

Assim, na idade adulta, o objetivo de uma dieta saudável passa por assegurar que se mantém uma boa forma física, peso ideal, energia e vitalidade. A longo prazo, passa por minimizar o risco do aparecimento e curso de determinadas patologias.

Café

O café, ao pequeno-almoço, após as refeições ou durante as merendas, tornou-se uma bebida comum nos nossos hábitos alimentares. *“Muito apreciado pelo seu sabor e aroma, a sua popularidade tem sido objecto da existência de numerosos estabelecimentos tipo "cafeteria" em todo o mundo, tornando-se o seu consumo muitas vezes um acto de convívio”*, como se encontra mencionado no Portal de Saúde Pública (1999).

O café *“(sem adição de açúcar) não tem calorias mas, essa mesma chávena de café contém mais de 300 substâncias. Algumas dessas substâncias são importantes na caracterização do seu aroma e sabor, outras que após a sua ingestão, interferem no nosso organismo; como é o caso da cafeína”* de acordo com a mesma fonte (1999).

“O consumo moderado de café (cerca de 2 chávenas de café por dia) provoca um efeito estimulante, beneficia o nosso estado de alerta e reduz a fadiga” (...) *“quando o consumo de café são em doses mais elevadas, podem ocorrer: dores de cabeça, irritabilidade, palpitações e um aumento na perda de cálcio, havendo maior risco de osteoporose”*, segundo a mesma fonte (1999).

A ligação entre os hábitos alimentares e as doenças está documentada na literatura científica. Existem evidências de que o que ingerimos tem um impacto grande na forma como nos sentimos e no nosso estado de saúde.

Sono

Dormir é fundamental para a nossa vida, já que nos permite descansar e renovar a energia perdida pelo nosso corpo. Todavia, o número de horas necessárias para um bom descanso varia de pessoa para pessoa, com a idade e características genéticas.

“Não se conhece com exactidão o número de horas que o nosso organismo necessita de dormir, mas os limites vão desde as 5 ou 6 horas até às 9 ou 10 horas”, de acordo com Rodrigo, Palacio, Martin, Cabeza, Gutiérrez (p.87). *“Os especialistas referem que cada vez se dorme menos, o que se traduz numa maior irritabilidade, perda de concentração e cansaço. O stress, motivado pelos novos ritmos de vida, faz diminuir as horas dedicadas ao sono (...)”*, como citam os mesmos autores (p.89).

Referem que *“entre os 20 e os 40 anos, a média de horas de sono por noite é de 8 horas. Dos 50 aos 60 anos esta média diminui uma hora, passando para 7 horas de sono* (p.101).

Os mesmos autores salientam que, *“ainda que estejamos a dormir, a nossa mente não para e durante o sono continuaremos a organizar actividades, recordamos imagens e pensamentos, sem limite de consciência”* (p.101).

Defendem ainda que *“normalmente temos costumes adquiridos relativamente ao sono e à vigília. Estas fases podem modificar-se, como acontece com os trabalhadores que fazem turnos nocturnos”* (p.101).

Assim, as pessoas apresentam necessidades diferentes em relação ao número de horas de sono. O sono satisfatório não é medido em horas de sono efetivo mas sim em relação ao quanto o mesmo foi reparador para o indivíduo.

Atividade Física

“É um meio de prevenção de doenças e uma das melhores formas de promover a saúde de uma população”, como refere no Portal da Saúde (2007).

O tipo de vida e o desenvolvimento económico e social levaram a uma acentuada redução dos níveis médios de atividade física na sociedade ocidental, da qual Portugal não é exceção.

Aumentar a atividade física regular da população em geral, em todos os grupos etários, é uma das medidas de maior impacto e com melhor relação custo-benefício na redução da incidência e da gravidade de doenças cardiovasculares, entre outras.

Ainda segundo a mesma fonte, *“a prática regular de actividade física e o desporto beneficiam, física, social e mentalmente, toda a população, homens ou mulheres de todas as idades, incluindo pessoas com incapacidades”*. O exercício físico é para o indivíduo *“um forte meio de prevenção de doenças”* e para os governos dos países *“um dos métodos com melhor custo-efectividade na promoção da saúde de uma população”* (2007).

“Estima-se que o sedentarismo seja causador de um milhão e 900 mil mortes a nível mundial. É também a causa de 10-16% do cancro da mama, cólon e recto, bem como de diabetes mellitus e de cerca de 22% da doença cardíaca isquémica. O sedentarismo é mais prevalente nas mulheres, idosos, indivíduos de grupos socio-económicos baixos e nos indivíduos com incapacidades. O risco de se ter uma doença cardiovascular aumenta 1,5 vezes nos indivíduos que não seguem as recomendações mínimas para a actividade física” (2007).

De acordo com o mencionado pela DGS, no Programa Nacional de Combate à Obesidade, na Circular Normativa 03/DGCG, em Portugal, à medida que a idade avança, diminui a prática de atividade física. *“Se dividirmos a maioria da população em dois grandes grupos, os que não praticam qualquer tipo de actividade física e aqueles que a praticam, pelo menos, 3 horas e meia por semana, constatamos que mais de metade da população portuguesa não pratica actividade física regular, o que contribui para a pré-obesidade e obesidade”* (2005, p.9).

Um estilo de vida saudável passa, sempre, pelo combate simultâneo ao sedentarismo, uma alimentação saudável e prática regular de atividade física. *“Os benefícios para a saúde geralmente são obtidos através de, pelo menos, 30 minutos de actividade física cumulativa moderada, todos os dias. Este nível de actividade pode ser atingido diariamente através de actividades físicas agradáveis e de movimentos do corpo no dia-a-dia, tais como caminhar para o local de trabalho, subir escadas, jardinagem, dançar e muitos outros desportos recreativos”* (Portal da Saúde, 2007).

Tabagismo

Atualmente, o tabaco é uma das drogas lícitas mais consumidas e de mais fácil acesso. Não estando o seu consumo proibido, este é visto pela sociedade como algo normal que nos acompanha para onde quer que vamos, quer sejamos fumadores ou não, através do fumo que inalamos.

A OMS, na página eletrónica da ARSN, I.P. (2012), defende “(...) *que a redução do consumo de tabaco é a medida mais importante de Saúde Pública que pode ser adoptada pelos diferentes países, para benefício da saúde e da economia*”.

O seu consumo é um dos fatores de risco para quatro das oito causas principais de morte no mundo: doenças cardíacas isquémicas, acidentes cerebrovasculares, doença pulmonar obstrutiva crónica e cancro do pulmão, segundo a revisão sistemática realizada por Oliveira, Valente e Leite (2008, pp.338-339). É também responsável pela poluição em ambientes fechados, levando a que os não fumadores, ao inalarem o fumo dos fumadores, tenham um maior risco de desenvolver doenças relacionadas com o tabagismo, de acordo com o citado no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo: Orientações Programáticas (DGS, 2012, p.8).

A Associação Nacional da Tuberculose e Doenças Respiratórias (2012) afirma que “*é inquestionável que existe relação entre os hábitos tabágicos e o aparecimento de numerosas doenças, nomeadamente: tumores malignos, sobretudo o cancro do pulmão, que tem vindo a registar aumento significativo em todo o mundo; outros cancros foram também relacionados com o tabagismo, como o da cavidade oral, da laringe, da faringe, do esófago, do estômago, do pâncreas, do rim e da bexiga; bronquite crónica e enfisema (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica), sendo responsável por 80 a 90% dos casos; maior incidência de doenças cardiovasculares: enfarte do miocárdio, angina de peito, aneurisma da aorta, doença vascular arterial periférica (levando a amputações dos membros) e trombose cerebral; úlcera péptica é mais frequente nos fumadores. Na mulher grávida o tabaco é prejudicial para mãe e para o filho. O tabaco diminui a resistência ao exercício, prejudica a pele e os dentes e pode contribuir para impotência no homem*”.

De acordo com o referido no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo: Orientações Programáticas, “*segundo a OMS, morrem anualmente, em todo o mundo, cerca de 5,4 milhões de pessoas fumadoras ou ex-fumadoras, das quais 650 000 na União Europeia. Estima-se que a exposição ao fumo ambiental do tabaco contribua para a morte adicional de cerca de 600 000 pessoas não fumadoras, por ano, em todo o mundo, 19 000 das quais na União Europeia*” (DGS, 2012, p.1).

Segundo os dados do consumo do tabaco na população portuguesa, na análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (INS 2005/2006), 19,7% dos residentes eram fumadores, sendo que 28,9% era do género masculino e 11,2% do género feminino (2009, p.61).

Assim, embora a prevenção do consumo de tabaco nos jovens deva continuar, é também fundamental “*reforçar as estratégias de promoção da cessação tabágica, como via de reduzir a prevalência de fumadores*”, segundo o mesmo Programa (DGS, 2012, p.2).

Neste âmbito, tem sido emanada legislação, no sentido de homologar normas tendentes à prevenção do tabagismo, de modo a contribuir para a diminuição dos riscos ou efeitos negativos que o uso do tabaco acarreta para a saúde dos indivíduos.

A economia também sofre com o aumento dos custos de saúde do tratamento de doenças relacionadas com o tabaco, a diminuição da produtividade devido à doença e as mortes prematuras.

O incrível peso das doenças atribuíveis ao tabagismo nos países em desenvolvimento justifica, por si só, investimentos significativos em programas abrangentes de controlo do tabagismo de acordo com a OMS na *Tobacco Free Initiative (TFI): Implementing tobacco control*.

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo: Orientações Programáticas refere que está “*cientificamente provado, de forma inequívoca, que a exposição ao fumo do tabaco provoca doenças, incapacidade e morte*” (DGS, 2012, p.8).

Índice de Massa Corporal

O IMC é um indicador epidemiológico de obesidade adotado pela OMS.

O excesso de peso e a obesidade têm tomado proporções epidémicas em todo o mundo. A obesidade é definida pela OMS, referido pela DGS, na Circular Normativa nº03/DGCG, no Programa Nacional de Combate à Obesidade, “*como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde*” (2005, p.2).

O IMC é determinado pela divisão do peso do indivíduo pelo quadrado da sua altura, onde a massa está em quilogramas e a altura está em metros, $(\text{Peso}(\text{Kg})/\text{Altura}^2(\text{m}))$, como reporta a mesma Circular (2005, p.7). Permite, de uma forma rápida e simples, dizer se um indivíduo adulto tem baixo peso, peso normal ou excesso de peso.

A OMS (2000), referido pela DGS (2005), classifica a obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades, como se encontra descrito no quadro que se segue.

Quadro 2 Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades

Classificação	IMC (Kg/m²)	Risco de Comorbilidades
Baixo peso	<18.5	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
Varição normal	18.5-24.9	Médio
Pré-obesidade	25.0-29.9	Aumentado
Obesidade Classe I	30.0-34.9	Moderado
Obesidade Classe II	35.0-39.9	Grave
Obesidade Classe III	≥40.0	Muito Grave

Fonte: DGS. (2005). Circular Normativa nº03/DGCG de 17 de março. Programa Nacional de Combate à Obesidade, p.11.

A pré-obesidade e a obesidade, constituindo um problema de saúde pública, exigem a adoção de medidas de promoção de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente melhores hábitos alimentares e de vida mais ativa.

Na Europa, a obesidade atinge 10% a 40% da população adulta, citado na mesma referência (DGS, Circular Normativa nº03/DGCG, 2005, p.6).

Segundo a mesma fonte, em Portugal a prevalência média da pré-obesidade é de cerca de 34% e da obesidade é de 12%. É de referir ainda a maior percentagem de homens em relação às mulheres com pré-obesidade e obesidade. “*Na população portuguesa com mais de 55 anos a prevalência da pré-obesidade e da obesidade é mais elevada, respectivamente, 1,9 e 7,2 vezes*”. De salientar ainda, “*os portugueses mais escolarizados apresentam cerca de metade da prevalência de pré-obesidade e um quarto da prevalência de obesidade, quando comparados com os de baixa escolaridade*” (2005, p.7). De mencionar que os fatores genéticos, a gravidez e a menopausa, estão também muitas vezes na gênese da obesidade, de acordo com o mesmo documento (2005, p.9).

No que diz respeito ao IMC baixo peso, também surge, podendo estar associado a determinadas patologias nomeadamente: hipertiroidismo, anorexia, síndrome de má absorção, diabetes, entre muitas outras.

Dislipidémia

Os lípidos, as lipoproteínas e as suas componentes, incluindo o colesterol, são essenciais à vida. Contudo, a sua desregulação contribui para diversas situações patológicas. As concentrações dos lípidos variam de acordo com a idade, género e a maturação dos indivíduos.

Nos últimos anos, inúmeros estudos confirmaram o conceito de que a diminuição dos níveis de colesterol proporciona uma redução no risco de eventos coronários, seja nas prevenções primária ou secundária. “*O colesterol é um tipo de gordura que se encontra em produtos de origem animal tais como: carnes, alimentos enchidos e fumados (...), vísceras alimentares e miúdos, banha, toucinho, massas folhadas, caldos concentrados, gema do ovo, leite e queijos gordos, manteiga, margarina, camarão, caranguejo, lagostim, polvo fresco, enguia, amêijoia, etc.*” (Candeias, Nunes, Morais, Cabral e Silva, 2005, p. 25).

De acordo com o relatório do *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III*, para adultos, a partir dos 19 anos, os valores de colesterol total no sangue podem subdividir-se em 3 classes: “*colesterol desejável <200mg/dl, colesterol borderline 200-239mg/dl e colesterol elevado ≥ 240 mg/dl*” (2001, p.3).

A Lipoproteína de Alta Densidade (HDL) apresenta-se: “*baixo <40mg/dl e alto ≥ 60 mg/dl*” (2001, p.3).

A Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL) subdivide-se em 5 classes: “*ótimo <100mg/dl, perto do ótimo/acima do ideal 100-129mg/dl, alto borderline 130-159mg/dl, alto 160-189mg/dl e muito alto ≥ 190 mg/dl*” (2001, p.3).

As Recomendações Europeias, expostas por Marques e Serra, referem que “*a avaliação do perfil lipídico e de outros factores de risco cardiovasculares deve ser feito em homens acima dos 40 anos e mulheres acima dos 50 anos ou após a menopausa. No entanto o início de rastreio em idade jovem providencia a detecção precoce dos distúrbios lipídicos, e a possibilidade de frenação do processo arteriosclerótico. Assim, a avaliação do perfil lipídico poderá ser iniciada a partir dos 20 anos e posteriormente de 5/5 anos*” (2012, p.51).

De acordo com o Eurotrials, Boletim Informativo nº22, estima-se que “*68,5% dos portugueses apresenta valores de colesterol iguais ou superiores a 190mg/dl. Aproximadamente um quarto dos portugueses apresenta colesterol de risco elevado (≥ 240 mg/dl) e 45,1% apresenta risco moderado (190-239mg/dl). Os valores médios de colesterol são bastante próximos entre homens e mulheres*” (Eurotrials, 2006, p.1). No entanto, no género masculino verifica-se uma diminuição dos casos de colesterol de risco elevado após os 54 anos, enquanto no género feminino a prevalência destes casos com a idade aumenta, segundo o mesmo documento (2006, p.2).

“*Os valores médios de LDL mostram-se bastante próximos entre homens e mulheres*”, segundo a mesma referência (2006, p.2).

Cita ainda que os valores médios de HDL são superiores no género feminino relativamente ao masculino, respetivamente, 56mg/dl e 47mg/dl (2006, p.3).

Ambos os géneros apresentam valores médios de colesterol total entre 190-209mg/dl em mais de metade dos países da União Europeia a 25 (2006, p.3). Segundo a OMS, exposto na mesma fonte, “*o país que apresenta valores médios de colesterol mais elevados (≥ 240 mg/dl), para o sexo masculino, é a Colômbia*”. Em relação a estes valores para o género feminino, estes oscilam entre 220-239mg/dl, em vários países, nomeadamente Alemanha, Líbia, Malta, entre outros (2006, p.4).

Em suma, o meio laboral é um local importante para a avaliação dos determinantes de saúde, bem como para a prevenção de patologias associadas. Uma vez na vida ativa, o trabalhador pode ser alvo de informação, formação, oferta de apoio, proteção, incentivo e assistência no local de trabalho, nomeadamente através do SSHST.

1.6 Doença Cardiovascular

“*As doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral, a doença coronária ou a doença isquémica do coração são a principal causa de mortalidade em Portugal*” como vem referido na introdução da Circular Normativa nº03/DSPCS da DGS, 2006.

Ao longo dos anos, inúmeras têm sido as diretrizes emanadas, de carácter multidisciplinar e intersectorial, a nível nacional e internacional, no sentido de intervir no âmbito da prevenção e promoção das doenças cardiovasculares. Várias são também as Instituições públicas e privadas que colaboram no âmbito técnico-científico no combate às doenças cardiovasculares. Na área da prevenção primária, diversas têm sido as medidas implementadas: campanhas publicitárias, sessões

de esclarecimento, iniciativas individualizadas por parte de diferentes entidades, a criação da rede portuguesa de cidades saudáveis e dos ambientes 100% livres de fumo, rotulagem dos produtos, a medida legislativa de restrição ao fumo do tabaco em espaços públicos fechados, entre outras.

Contudo, apesar de todas as medidas implementadas, não são conhecidos desenvolvimento e resultados com grande ênfase prático. A mortalidade tem vindo a diminuir em alguns países, mas a morbilidade tem aumentado. Para isso contribui o aumento da sobrevivência à doença (eficácia dos tratamentos e de outras atitudes de prevenção) e a evolução demográfica da população (aumento da longevidade), segundo a Carta Europeia para a Saúde do Coração (2009, p.74).

Assim, as previsões para um futuro próximo apontam para um aumento da prevalência da doença, se não forem adotados estilos de vida mais saudáveis.

“Os factores de risco associados aos acidentes cardiovasculares podem ser divididos em três categorias: biológicos (pressão arterial elevada, elevação de açúcar no sangue, elevação de colesterol no sangue e excesso de peso/ obesidade); associados ao estilo de vida (consumo de tabaco, dieta pouco saudável, consumo excessivo de álcool e sedentariedade); outros factores determinantes que se subdividem em fixos (idade, sexo, genética e etnia) e modificáveis (rendimentos, educação, condições de vida e condições de trabalho)”, segundo a mesma fonte (2009, p.77). Esta classificação dos fatores de risco, entre outras, contribui para orientar as estratégias de prevenção e tratamento de uma forma mais eficaz.

De acordo com dados de 2005, do total de mortes ocorridas na Europa, cerca de metade devem-se a doenças do foro cardiovascular. Anualmente mata 4,35 milhões nos 52 Estados Membros da Região Europeia da OMS e mais de 1,9 milhões na União Europeia, de acordo com o apresentado na mesma fonte (2009, p.74).

Em Portugal, de acordo com a Circular Normativa nº03/DSPCS, as doenças do aparelho circulatório também continuam a ser a primeira causa de morte, o que é explicável pela prevalência de HTA, dislipidemia, maus hábitos alimentares, abuso de bebidas alcoólicas, falta de exercício físico, entre outros problemas relacionados com os estilos de vida da população, nomeadamente o tabagismo, *stress* excessivo e a crescente obesidade e diabetes (DGS, 2006). Estas doenças atingem ambos os géneros, apresentando uma *“tendência decrescente a nível nacional e em todos os grupos etários, sendo que 52% destes óbitos correspondem a doenças cerebrovasculares e 22% a doença isquémica do coração”* (DGS, 2006).

A OMS (2008) promove um Plano de Acção 2008-2013, que visa uma estratégia global de prevenção e controlo de doenças não-transmissíveis. Este Plano tem como finalidade trabalhar em parceria e envolver vários setores, para prevenir e controlar as 4 doenças não transmissíveis: doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças respiratórias crónicas e os 4 fatores de risco compartilhados: o uso do tabaco, sedentarismo, dietas não saudáveis e o uso nocivo do álcool.

A OMS (2012) está empenhada na prevenção e maior controlo das desigualdades entre os países, da reemergência de ameaças de doenças infecciosas, do impacto da globalização e das novas

tecnologias, das preocupações sobre o financiamento e sustentabilidade dos sistemas de saúde, do envelhecimento da população, da mudança do papel dos cidadãos e do aumento das doenças não transmissíveis. Neste âmbito, ambiciona ter um Plano de Acção para a implementação de uma política europeia de saúde de prevenção e controle das doenças não transmissíveis 2012-2016.

Deste modo, um dos programas de saúde prioritário a desenvolver pela DGS é o “*Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares*”, entre outros, regulamentado no ponto 1, alínea h) do Despacho nº404/2012, de 13 de janeiro, p. 1342. O Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares - Orientações Programáticas defende que a estratégia de prevenção destas doenças deverá ter por base a adoção de estilos de vida saudáveis, evitando os comportamentos de risco e, por outro lado, a correção dos denominados fatores de risco modificáveis, como a HTA, a dislipidémia ou a diabetes (DGS, 2012, p.2).

1.7 Escala de Framingham

Existem várias escalas de avaliação do risco cardiovascular, mas a primeira foi a de *Framingham*, com origem nos Estados Unidos da América.

O *Framingham Heart Study* foi um estudo epidemiológico, com o objetivo de identificar os fatores comuns ou características que contribuem para o aparecimento de doenças cardiovasculares. Foi seguido o seu desenvolvimento por um período longo de tempo, num grande grupo de participantes e que ainda não haviam desenvolvido sintomas evidentes de doença cardiovascular ou acidente vascular cerebral.

O estudo teve início na cidade de *Framingham*, em *Massachusetts*, nos Estados Unidos da América, em 1948, com 5209 homens e mulheres, adultos, de uma amostra aleatória de dois terços da população, com idades compreendidas entre os 30 e 62 anos. Mais tarde, alargaram o intervalo de idades de 30 a 74 anos. Desde então, foram acrescentando coortes ao estudo (atualmente são 6) e já foi estudado em 3 gerações de participantes, resultando em dados de aproximadamente 15 mil participantes. Inicialmente, os participantes foram sujeitos a uma extensa e detalhada avaliação clínica, física e laboratorial e os seus hábitos de vida cuidadosamente analisados. Posteriormente a cada 2 anos, são submetidos a uma história clínica minuciosa, testes laboratoriais e exame físico.

Assim, o termo fator de risco foi consagrado aquando da publicação dos primeiros dados do *Framingham Heart Study*. São vários os fatores de risco que concorrem para a avaliação do risco global cardiovascular. Permitindo o desenvolvimento do *Score* de risco de *Framingham*.

“*Desta forma, foi possível calcular a probabilidade de ocorrência de um episódio em função do número e da intensidade dos factores presentes no indivíduo*”, num determinado período de tempo (Silva, 2010, p.78). É utilizado para estimar se o indivíduo é considerado de baixo (<10%), médio (10%-20%) ou alto risco (>20%) de vir a desenvolver doença cardiovascular em 10 anos (*Framingham Heart Study*, 2012).

Ao longo dos anos, a monitorização da população em estudo permitiu a identificação dos principais fatores de risco cardiovasculares: TA elevada, colesterol alto, tabagismo, diabetes e sedentarismo, bem como obter grande quantidade de informações sobre os efeitos dos fatores relacionados, como triglicérides e colesterol HDL, idade, género e as questões psicossociais. As pesquisas estimularam campanhas internacionais de sensibilização dos malefícios do consumo de tabaco, do colesterol, da hipertensão, da obesidade entre outras.

Apesar de apresentar algumas limitações na sua aplicação à população Europeia, foi muito importante para o desenvolvimento do conceito de risco global e serviu de base para a criação de outras escalas. De referir que a escala ainda não se encontra validada para a população portuguesa. Contudo, continua a ser utilizada em estudos de investigação.

A possibilidade de se estimar o risco absoluto num determinado período de tempo, permite adotar medidas preventivas, a nível das doenças cardiovasculares, dado relevante uma vez que estas são a principal causa de morte em vários países, nomeadamente em Portugal. Neste contexto, com a avaliação dos vários fatores de risco, teremos oportunidade de identificar precocemente indivíduos com alto risco, motivar os indivíduos a aderir à terapêutica e, portanto, obter progressos no tratamento e apostar na prevenção do risco das doenças cardiovasculares (Lotufo, 2008, p.233). Esta avaliação permite incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis e, por outro lado, alertar para a importância da mudança de hábitos de vida, quando nefastos para a saúde.

Estudos recentes do *Framingham Heart Study* têm dado ênfase ao estudo do Ácido Desoxirribonucleico dos participantes e encontram-se a reunir o que já sabem com a sua composição genética. Talvez no futuro se torne possível identificar indivíduos que vão ter TA alta ou colesterol alto e encontrar maneiras de intervir, antes que a doença cardiovascular se instale.

Várias ferramentas estão disponíveis e permitem que médicos e qualquer pessoa possam calcular a idade vascular/cardíaca. Os resultados podem sugerir haver uma diferença substancial entre a idade real do indivíduo e a idade dos seus vasos sanguíneos de acordo com os factores de risco presentes no indivíduo.

O *Framingham Heart Study* disponibiliza várias calculadoras interativas, nomeadamente, para as doenças cardiovasculares, com base no IMC e nos lípidos (colesterol total e colesterol HDL), onde são inseridos os factores de risco solicitados, para determinar o risco aproximado de um indivíduo vir a desenvolver a doença nos próximos 10 ou 30 anos.

A calculadora com base no IMC contempla os seguintes factores de risco: género, idade, pressão arterial sistólica, presença ou não de HTA, de hábitos tabágicos e de diabetes bem como o cálculo do IMC. Por sua vez a calculadora com base nos lípidos considera: género, idade, pressão arterial sistólica, presença ou não de HTA, de hábitos tabágicos e de diabetes assim como o valor do colesterol total e do HDL.

De acordo com o anteriormente descrito, foi opção utilizar a calculadora para determinar o risco de desenvolver doença cardiovascular em 10 anos, com base no IMC, porque os factores de

risco predefinidos podem ser recolhidos de forma autónoma pela equipa de enfermagem do trabalho, assim como não implicou custos adicionais ao SSHST e por outro lado nem todos os colaboradores possuíam resultados analíticos do perfil lipídico e os que os apresentavam, tinham data de colheita diferentes.

No entanto, segundo alguns autores, existem problemas básicos ao utilizar a Escala de *Framingham*, dos quais se destacam:

- não se aplica a indivíduos com doença coronária diagnosticada, portanto as suas conclusões dizem respeito apenas à prevenção primária (Lotufo, 2008, p.233);
- a amostra estudada, hoje, ser considerada pequena (2008, p.233);
- a definição de doença coronária foi muito explícita na primeira coorte, onde todos os participantes foram entrevistados, examinados e submetidos a eletrocardiograma a cada 2 anos. Atualmente, os grandes ensaios clínicos consideram apenas a doença coronária grave, isto é, enfarte do miocárdio fatal e não fatal (2008, p.233);
- “ (...) *algumas variáveis foram acrescentadas no decorrer do estudo, como a fração HDL do colesterol e triglicérides.*” Apesar de atualmente se considerar os valores de LDL do colesterol como o alvo para intervir. O *Score* ainda se baseia nessas duas variáveis independentes do risco (2008, pp.233-234);
- “ (...) *a avaliação do risco relativo com aplicação a cada indivíduo tem limitações (...)*” (2008, p.234);
- o *Score* de *Framingham* foi executado com medidas de quase meio século, o que pode levar a que o risco se tenha alterado ao longo do tempo (2008, p.235);
- “ (...) *o risco absoluto nos participantes de Framingham não é necessariamente o mesmo em outras populações*” (2008, p.235);
- não são considerados no *Score* fatores como a dieta, atividade física, entre outros, considerados fatores de risco primordiais (2008, p.235);
- “ (...) *o score categorizou as variáveis contínuas como pressão arterial sistólica, colesterol total e fração HDL do colesterol. No entanto, o risco dessas variáveis é contínuo. Assim, pode haver algum grau de confusão nos valores limítrofes*” (2008, p.235);
- o risco apresentado é unidirecional, como em todos os estudos observacionais, ou seja, reduzindo um fator de risco, não garante que se reduza o risco. Só poderia ser confirmado em ensaio clínico e, tendo em consideração a amostra e o tempo que seria necessário para obter conclusões, tornaria impraticável o estudo (2008, p.235);
- “ (...) *o problema da interpretação do resultado de acordo com a idade e expectativa de vida do observador. Admite-se que o risco em vinte anos seja o dobro do risco em dez anos se houver uma relação temporal linear com o risco, algo improvável (...). Por outro lado, há um risco na adoção dessa perspectiva em não intervir em indivíduos com baixo risco, mas valores*

ainda baixos, cuja repercussão poderá causar malefícios em longo prazo, como ocorre com a relação entre pressão arterial sistólica e insuficiência renal terminal” (2008, p.235);

▪ “ (...) não se corrigiu os valores com variação alta para o ajuste da regressão à média, permitindo que o risco possa estar subestimado, como ficou comprovado em estudos observacionais e ensaios clínicos” (2008, p.235);

▪ a Escala de *Framingham* e outras, “*tendem a subvalorizar o risco nas mulheres com um perfil de risco mais grave (nomeadamente quando há uma história familiar “muito pesada”) (...)”* (Silva, 2010, p.86).

As escalas de avaliação de risco são úteis para identificar indivíduos de alto risco, motivar outros a aderirem a intervenções de redução do risco e permitir a elaboração de estratégias preventivas a implementar para minimizar o risco de doença. Desta forma, a avaliação do risco tem uma importância preventiva relevante.

2. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

O estágio decorreu no CHVNG/E, EPE, no SSHST e teve a duração de 9 semanas. Para além das diversas atividades desenvolvidas no SSHST no âmbito da enfermagem do trabalho também colaborou no diagnóstico de saúde dos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica. A justificação do estudo e os objetivos foram delineados.

2.1 O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

No final do século XIX e início do século XX, a tuberculose assolou Portugal. No combate a esta epidemia, a rainha Dona Amélia ordenou a construção de uma rede de sanatórios, um dos quais o Sanatório Dom Manuel II em Vila Nova de Gaia. Com consecutivas alterações no âmbito da política de saúde nacional ao longo dos anos, foi sofrendo sucessivas transformações, dando origem ao atual CHVNG/E, EPE.

O CHVNG/E, EPE atualmente é constituído por três Unidades:

- A Unidade I, designada de Hospital Eduardo Santos Silva, antigo Sanatório Dom Manuel II, está localizada no Monte da Virgem, em Vila Nova de Gaia. É constituída por 6 Pavilhões principais: Pavilhão Central, Pavilhão Masculino, Pavilhão Feminino, Pavilhão Satélite, Pavilhão da Psiquiatria e o Pavilhão Administrativo, os quais abrigam diversos Serviços. Encontram-se separados entre si, por áreas de vegetação e vias de acesso. Além destas estruturas, existem outras menores, de apoio à prestação de cuidados e mesmo de apoio logístico, no perímetro do hospital.
- A Unidade II, denominada de Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros, antigo Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia, está localizada no centro da cidade de Vila Nova de Gaia. É uma estrutura monobloco onde se encontram instalados o Serviço de Ortopedia, o Departamento Materno-Infantil e o Bloco Operatório.
- A Unidade III, está localizada na cidade de Espinho e designa-se por Hospital Nossa Senhora da Ajuda. É uma estrutura monobloco onde se situa o Serviço de Cirurgia de Ambulatório e o Serviço de Medicina - Espinho.

2.2 O Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Empresa Pública Empresarial

O Serviço de Patologia Clínica está localizado na Unidade I, no Pavilhão Central, no piso zero, e encontra-se inserido na Unidade de Gestão Integrada dos Meios Complementares de

Diagnóstico e Terapêutica. São considerados como espaços constituintes do Serviço: Hematologia, Imunologia, Serologia, Imunologia Celular, Laboratório Nuclear, Microbiologia, Biologia Molecular, Micobactérias, organizados num *open space*, Armazém, Área de recuperação de material e de autoclavagem, Direção do Serviço, Gabinetes Médicos, Setor Administrativo e áreas comuns (Instalações Sanitárias, Sala de Pausa e Sala de Reuniões). O horário de funcionamento do Laboratório Central é das 8 horas às 19 horas e do Laboratório de Urgência é de 24 horas. Dos recursos humanos fazem parte Assistentes Operacionais, Assistentes Técnicas/os, Técnicas/os de Diagnóstico e Terapêutica, Técnicas/os Superiores e Médicas/os.

2.3 O Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

O SSHST foi constituído em março de 2009 e situa-se na Unidade I, na cave do Pavilhão Feminino. Encontra-se inserido na Unidade de Recursos Humanos, dos Serviços de Apoio à Prestação de Cuidados, regendo-se pelas disposições constantes na Lei nº59/2008, de 11 de setembro, que aprova o regime do contrato de trabalho em funções públicas, e na Lei nº102/2009, de 10 de setembro, relativa ao regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho.

Na organização do SSHST, encontra-se adotada a modalidade de “*Serviço interno*”, segundo o capítulo VI, secção I, art. 74º, ponto 1, alínea a) da Lei nº102/2009, de 10 de setembro, que regulamenta o regime jurídico da promoção e, segurança e saúde no trabalho (p.6181). Esta organização deve-se às características da Instituição, nomeadamente à problemática dos múltiplos riscos profissionais que estão presentes de uma forma abrangente, às suas atividades desenvolvidas de cuidados de saúde, bem como às atividades de manutenção e de apoio.

O hospital é um local de trabalho com uma multiplicidade de fatores de risco a vários níveis e onde tradicionalmente estão criadas condições de desvalorização e agravamento dos mesmos. Neste âmbito, são desenvolvidas ações que procuram assegurar as condições de trabalho aplicando medidas que visam a segurança, higiene e saúde de todos os colaboradores da Instituição.

O SSHST é organizado em duas grandes áreas: a da Segurança e Higiene no Trabalho e a da Saúde no Trabalho.

O horário de funcionamento da área da Saúde no Trabalho está compreendido entre as 8 e as 16 horas e o da área da Segurança e Higiene no Trabalho entre as 8 e as 13 horas e as 14 e as 17 horas. Contudo, o SSHST está contactável por via telemóvel 24 horas por dia.

É composto por uma equipa multidisciplinar: uma Enfermeira com Especialização em Enfermagem Comunitária e Mestre em Saúde Pública, uma Enfermeira com Especialização em Enfermagem Comunitária, uma Enfermeira com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, uma Técnica Superior de Segurança e Higiene no Trabalho, uma Técnica de Diagnóstico e Terapêutica, uma Assistente Técnica e uma Médica de Medicina do Trabalho.

O Conselho de Administração nomeia o Diretor que assegura a Direção do SSHST, tendo como competências: apresentar e fazer executar o Plano Estratégico de Atividades para o Serviço após aprovação; gerir os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros necessários ao bom funcionamento do mesmo; coordenar e articular as atividades na área da Segurança e Higiene no Trabalho e da Saúde no Trabalho com os outros Serviços hospitalares e, por último, elaborar o relatório anual de todas as atividades desenvolvidas.

O SSHST tem uma importante área de intervenção em Saúde Pública, tendo como objetivos a promoção da saúde, a prevenção de doenças, zelar pelo bem-estar do trabalhador no local de trabalho, assegurar a saúde dos trabalhadores, mas também contribuir positivamente para a sua motivação e realização pessoal e profissional.

2.4 O Enfermeiro do Trabalho no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Empresa Pública Empresarial

O enfermeiro do trabalho no CHVNG/E, EPE, tem como objetivo intervir na promoção da saúde, ambiente e condições de trabalho de forma a contribuir para uma melhor qualidade de vida e saúde do colaborador, bem como para a sua realização pessoal e profissional. A vigilância em saúde no sentido da prevenção de doenças, redução de morbilidades, redução de acidentes e doenças do trabalho, associadas ao desempenho do trabalhador, é também uma área de atuação da sua responsabilidade.

O primeiro contacto do colaborador com o SSHST é no exame de admissão, sendo este um momento privilegiado para estabelecer os determinantes de saúde, para posterior intervenção, monitorização e avaliação.

Os exames periódicos são realizados tendo em consideração o enquadramento legal e o risco a que o colaborador está exposto na sua atividade. Permitem monitorizar e avaliar os determinantes de saúde e implementar medidas de promoção de estilos de vida saudáveis.

Contudo, sempre que solicitado o colaborador é recebido pelo enfermeiro no SSHST. Por outro lado, o enfermeiro do trabalho visita os Serviços com regularidade e sempre que solicitado.

Todos são momentos privilegiados para a identificação de fatores de risco.

Assim, procura:

- implementar a vigilância epidemiológica;
- promover a saúde consoante as necessidades detetadas individualmente ou na Instituição;
- prestar primeiros socorros, quando necessário;
- fomentar o ensino individualizado sobre fatores de risco cardiovasculares, alimentação saudável, prática de exercício físico, hábitos tabágicos, vigilância de sinais vitais, importância da vacinação, bem como alertar para a adoção de comportamentos saudáveis;

▪ emitir convocatórias para vacinação, tendo por base os registos efetuados no aplicativo informático do SSHST (consiste em consultar uma agenda no aplicativo informático, relativa às marcações de vacinas para o mês seguinte e emitir as convocatórias; posteriormente, a Assistente Técnica do SSHST envia via correio interno ao cuidado do colaborador);

▪ efetivar a administração e o registo de vacinas (Td, VHB e VASPR) no BIS e no aplicativo informático do SSHST de acordo com o PNV;

▪ fazer rastreios de tuberculose, inicial e de contacto, o método escolhido varia de acordo com a avaliação do BIS, ou seja, se no último Teste de *Mantoux* teve um *cut-off* inferior a 10mm, faz novamente Teste de *Mantoux*, mas se for igual ou superior a 10mm, faz Teste *IGRA*. O rastreio de tuberculose inicial é realizado no exame de admissão do colaborador, a não ser que já tenha tido contacto com o bacilo *Mycobacterium Tuberculosis*. Neste caso, o colaborador fará apenas radiografia do tórax. Tem como objetivo a deteção precoce de casos de tuberculose infeção latente e efetuar o rastreio inicial antes do começo da atividade laboral. O rastreio de tuberculose de contacto é efetuado quando um colaborador contacta com outro/doente com a doença bacilífera, a não ser que já tenha tido contacto com o bacilo *Mycobacterium Tuberculosis*. Neste caso, o colaborador fará apenas radiografia do tórax. Tem como objetivo a deteção precoce de casos de tuberculose infeção latente. O procedimento é semelhante ao utilizado no exame de admissão, com a particularidade de ser efetuado por círculos concêntricos, ou seja, são incluídos no rastreio os colaboradores com contacto próximo. É considerado contacto próximo quando houve “(...) *contacto persistente ou recorrente, com um caso de tuberculose infecciosa em espaço confinado e por um período acumulado de, pelo menos, 8 horas*” (Duarte, Villar e Carvalho, 2010, p.811).

O Teste *IGRA* ou Teste de *Mantoux* é acompanhado por inquérito de sintomas e radiografia do tórax e deve ser registado no BIS e no aplicativo informático do SSHST;

▪ averiguar e efetivar o respetivo registo de acidentes provocados por exposição a fluidos orgânicos, no aplicativo informático do SSHST, para a avaliação do risco. O colaborador é convocado pela Assistente Técnica. É realizada a caracterização do acidente, constatado se o mesmo foi reportado ao Serviço de Urgência/Hospital de Dia de Doenças Infecciosas, Serviço de Recursos Humanos e Companhia de Seguros. É verificado o BIS e avaliada a necessidade de administrar a VHB, de acordo com o PNV e a imunidade do colaborador face à Hepatite B.

É efetuada ainda uma sensibilização para a utilização dos equipamentos de proteção individual, bem como para implementação de boas práticas para evitar o risco;

▪ realizar o exame de admissão: “*antes do início da prestação de trabalho ou, se a urgência da admissão o justificar, nos 15 dias seguintes*” de acordo com o capítulo VI, secção VII, art. 108º, ponto 3, alínea a) da Lei nº102/2009, de 10 de setembro, que regulamenta o regime jurídico da promoção e, segurança e saúde no trabalho (p.6190). O exame está a ser efetuado aos colaboradores admitidos e ainda temporariamente a colaboradores em desempenho. Este é convocado diretamente pela Assistente Técnica e consiste na avaliação por parte da enfermeira

(consulta de enfermagem) da história clínico-laboral, com descrição dos antecedentes de saúde pessoais e familiares, bem como a caracterização da história laboral, realização de inquérito de determinantes de saúde, rastreio inicial de tuberculose (Teste de *Mantoux* ou Teste *IGRA*) de acordo com a avaliação do BIS e a história individual do colaborador, colheita de produtos biológicos para análises clínicas, avaliação do BIS e avaliação de sinais vitais e dados antropométricos. É também avaliada alguma incapacidade física, temporária ou definitiva, que o colaborador apresente para o seu posto de trabalho. Desta forma, pretende-se conhecer, determinar e avaliar os estilos de vida pessoais e, por conseguinte, ter oportunidade de efetuar educação para a saúde de forma personalizada, sensibilizando para fatores de risco e promovendo hábitos de vida saudáveis, tendo como suporte a literatura científica. Toda a informação é registada no aplicativo informático do SSHST, tendo como objetivo identificar colaboradores de risco, com necessidades, problemas e preocupações específicas e melhor efetuar a caracterização do risco do posto de trabalho. Posteriormente, o colaborador é encaminhado para a Técnica de Diagnóstico e Terapêutica para realizar provas de função respiratória, rastreio visual e eletrocardiograma. É agendado pela Assistente Técnica a radiografia do tórax a realizar no Serviço de Imagiologia e o dia da consulta médica, de acordo com a disponibilidade do colaborador, para dar como concluído o exame de admissão e obter a ficha de aptidão;

- efetivar o exame periódico: “*anuais para os menores e para os trabalhadores com idade superior a 50 anos, e de 2 em 2 anos para os restantes trabalhadores*” como vem referido no capítulo VI, secção VII, art. 108º, ponto 3, alínea b) da Lei nº102/2009, de 10 de setembro, que regulamenta o regime jurídico da promoção e, segurança e saúde no trabalho (p.6190). O procedimento é semelhante ao utilizado no exame de admissão, com a particularidade de não ser realizada a radiografia do tórax e o rastreio de tuberculose. Em cada exame periódico é emitida ao colaborador uma ficha de aptidão;

- efetuar o exame ocasional: “*sempre que haja alterações substanciais nos componentes materiais do trabalho que possam ter repercussão nociva na saúde do trabalhador, bem como no caso de regresso ao trabalho depois de uma ausência superior a 30 dias, por motivo de doença ou acidente*” segundo o capítulo VI, secção VII, art. 108º, ponto 3, alínea c) da Lei nº102/2009, de 10 de setembro, que regulamenta o regime jurídico da promoção e, segurança e saúde no trabalho (p.6190).O colaborador também pode solicitar o exame. Pode haver lugar à emissão de nova ficha de aptidão;

- executar o planeamento, execução e avaliação da atividade de vacinação da gripe sazonal, transversal a todos os colaboradores da Instituição;

- elaborar os diferentes registos no aplicativo informático *UtilSHST*, do SSHST. Toda a informação referente ao colaborador é registada no seu processo individual do SSHST. A importância dos registos de enfermagem é reconhecida, não só como indispensável para assegurar a continuidade de intervenções e dar visibilidade ao desempenho, mas também como forma de

comunicação, reforço da autonomia e responsabilidade profissional. Neste âmbito, os registos têm vindo a assumir-se como essenciais e indispensáveis, no sentido de fundamentar tomadas de decisão e planear possíveis intervenções;

- planear o agendamento das atividades de enfermagem a serem desenvolvidas com a Assistente Técnica;

- conceber atividades de gestão do serviço, como efetivar pedidos de material médico-hospitalar, hoteleiro, administrativo e de farmácia para o SSHST, através do aplicativo informático institucional; conferir a receção dos pedidos de material médico-hospitalar, hoteleiro, administrativo e de farmácia, tendo em consideração o que foi solicitado e o que foi rececionado e solicitar intervenção a nível do Serviço de Instalações e Equipamentos, sempre que se justificar;

- receber alunos em estágio clínico e em visitas de estudo;

- visitar os diferentes Serviços da Instituição quando oportuno e sempre que solicitado;

- elaborar procedimentos internos documentados relacionados com a área da Saúde no Trabalho para serem implementados a nível Institucional, (ex.: “*Prevenção da Transmissão da Tuberculose Nosocomial*” e “*Consulta de Enfermagem de Saúde Ocupacional*”), com o objetivo de uniformizar procedimentos a serem adotados;

- colaborar com o Diretor do Serviço no planeamento das diferentes atividades a serem desenvolvidas pelo SSHST;

- cooperar com outros Serviços institucionais (Comissão de Controlo de Infecção, Gabinete de Gestão de Risco, Serviço de Aprovisionamento, entre outros), na resolução de problemáticas inerentes a riscos profissionais (notificação de reações alérgicas, devido à exposição a pólenes existentes, pela Instituição apresentar uma grande área de vegetação; notificação de reação alérgica a um material ou produto existente na Instituição, entre outras);

- emitir pareceres, quando oportuno ou solicitado, em matérias do âmbito da Saúde no Trabalho;

- participar no processo de integração do trabalhador com incapacidade temporária ou definitiva no posto de trabalho, em colaboração com a área de Segurança e Higiene no Trabalho;

- colaborar na análise das causas de doença profissional, para assim ser emitida a comunicação ao Centro Nacional de Proteção Contra os Riscos Profissionais;

- elaborar relatórios de atividades desenvolvidas, no âmbito da Saúde no Trabalho, para envio ao Conselho de Administração e a outras entidades (Autoridade para as Condições do Trabalho, ARSN, I.P., entre outras);

- acompanhar entidades relacionadas com a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho que visitam o CHVNG/E, EPE, sempre que solicitado pelo Conselho de Administração (Autoridade para as Condições do Trabalho, entre outras);

- articular com o Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P. para pedido de pareceres em matérias do âmbito da Saúde Pública;

- estabelecer um clima de empatia, adequar a informação ao colaborador, assegurar que teve oportunidade de esclarecer dúvidas e colocar questões, bem como encorajar o contacto com a enfermeira do trabalho sempre que o entender;

- colaborar no planeamento de ações de formação no âmbito da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho organizadas pelo SSHST (*“Tuberculose Ocupacional”* e *“Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho”*);

- fomentar a participação ativa do enfermeiro do trabalho em espaços informativos e formativos, com o objetivo de sensibilizar para fatores de risco, promovendo hábitos de vida saudáveis, prevenção de acidentes e doenças profissionais, tendo como suporte literatura científica.

Para concluir, na sua atuação estão previstas intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção primária, secundária e terciária. Estas intervenções visam responder às necessidades identificadas durante o diagnóstico de saúde, nomeadamente na consulta de enfermagem de saúde do trabalhador, ajudando-o a enfrentar questões de saúde individuais ou decorrentes da sua atividade laboral (acidentes de trabalho ou doenças profissionais) e que possam influenciar o seu bem-estar, desempenho ou segurança.

Teve oportunidade de desenvolver as atividades elencadas ao longo do período de estágio, como expôs nas reflexões realizadas quinzenalmente e no portefólio apresentado.

2.5 Justificação do Estudo

O estudo envolveu os colaboradores do Serviço de Patologia Clínica do CHVNG/E, EPE, porque o SSHST tinha prioridade no diagnóstico de saúde destes colaboradores, considerada pela sua exposição a fatores de risco biológico e também para dar continuidade ao trabalho já iniciado de caracterização dos determinantes de saúde.

Cada colaborador deve ser capaz de reconhecer o quanto os seus comportamentos podem influenciar não só a sua saúde como a dos que o rodeiam, nomeadamente, através de iniciativas desenvolvidas em meio laboral.

As intervenções realizadas tiveram em consideração não só as necessidades evidenciadas mas também fomentar estilos de vida saudáveis junto destes colaboradores.

Desta forma, pretendeu contribuir para enfatizar a importância do SSHST e, mais especificamente, dar visibilidade ao desempenho do enfermeiro do trabalho bem como articular a nível institucional os recursos humanos/materiais existentes, em atividades a serem promovidas.

2.6 Questões de Investigação

As questões de investigação em análise, no estudo, envolvendo os colaboradores do Serviço de Patologia Clínica, do CHVNG/E, EPE, elencam-se, em seguida:

- Quais os determinantes de saúde percebidos e identificados, segundo as quatro dimensões propostas: informações pessoais, estilo de vida e saúde, avaliação do ambiente ocupacional e avaliação biométrica?
- Quais os comportamentos adotados relativamente a hábitos de vida saudáveis?
- Qual o perfil vacinal, de acordo com a avaliação do BIS, segundo o PNV?
- Qual o risco de desenvolver doença cardiovascular, em 10 anos, segundo a Escala de avaliação do risco cardiovascular de *Framingham*?
- Qual a prevalência de tuberculose latente, no rastreio inicial de tuberculose com Teste *IGRA*?

2.7 Objetivos do Estudo

Os objetivos definidos para o estudo, que envolvem os colaboradores do Serviço de Patologia Clínica, do CHVNG/E, EPE, foram os seguintes:

- caracterizar os determinantes de saúde percebidos e identificados, segundo as quatro dimensões propostas: informações pessoais, estilo de vida e saúde, avaliação do ambiente ocupacional e avaliação biométrica;
- caracterizar os comportamentos adotados relativamente a hábitos de vida saudáveis;
- estabelecer o perfil vacinal, tendo em consideração a avaliação do BIS, segundo o PNV;
- estratificar o risco de desenvolver doença cardiovascular, nos próximos 10 anos, segundo a Escala de avaliação do risco cardiovascular de *Framingham*;
- estimar a prevalência de tuberculose latente, aquando do rastreio inicial de tuberculose com Teste *IGRA*.

3. METODOLOGIA

A metodologia é o planeamento de estratégias e recursos mais adequados ao estudo que se pretende efetuar.

Neste ponto, são abordados aspetos relacionados com a caracterização do estudo, nomeadamente, o tipo de estudo, as variáveis e suas dimensões, a população e amostra, os recursos despendidos, a descrição do estudo e o tratamento estatístico.

3.1 Tipo de Estudo

O tipo de estudo realizado trata-se de um estudo descritivo simples e transversal, uma vez que pretende obter uma caracterização da amostra em estudo num determinado período de tempo. Faz o ponto de situação relativamente aos determinantes de saúde percebidos, ao perfil vacinal, rastreio de tuberculose latente, bem como apresenta o cálculo do risco de desenvolver doença cardiovascular nos próximos 10 anos, segundo a Escala de avaliação do risco cardiovascular de *Framingham*, dos colaboradores com posto de trabalho no Serviço de Patologia Clínica do CHVNG/E, EPE.

O método selecionado foi o quantitativo.

Para a colheita de dados foi utilizado o inquérito intitulado “*Inquérito de Determinantes de Saúde*”, já instituído no SSHST, uma vez que permite o preenchimento do mesmo pelo colaborador numa relação direta com a enfermeira do trabalho.

Este inquérito foi adaptado de um questionário já validado, *Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida e da Saúde (QVS-80)*, “(...) com o intuito de avaliar a qualidade de vida e saúde dos trabalhadores em vários aspectos” (Júnior e Leite, p.74).

Encontra-se organizado em quatro dimensões: informações pessoais, estilo de vida e saúde, avaliação do ambiente ocupacional e avaliação biométrica. Está subdividido em trinta e três questões, utilizando uma escala de *Likert* de 3 e 5 categorias (Anexo I).

3.2 Variáveis Estudadas

Como variáveis dependentes, estabeleceu-se o risco cardiovascular nos próximos 10 anos e a prevalência de fatores de risco para a saúde dos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica do CHVNG/E, EPE.

As variáveis independentes consideradas foram os preditores de risco incluídos no cálculo.

da avaliação do risco cardiovascular em 10 anos, segundo a Escala de *Framingham*, e os determinantes de saúde para avaliação dos estilos de vida, operacionalizadas da seguinte forma:

Gênero – variável qualitativa nominal, codificada como (1) para o gênero feminino e (0) para o gênero masculino (extraída a partir do inquérito);

Idade – variável quantitativa contínua, cujo valor foi obtido através da data de nascimento, em anos (extraída a partir do inquérito);

Categoria profissional – variável qualitativa nominal, categorizada em Médicos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Técnicos Superiores, Assistentes Operacionais e Assistentes Técnicos (extraída a partir da aplicação informática *UtilSHST* do SSHST);

Diabetes mellitus – variável qualitativa nominal, codificada como (1) para diabetes mellitus percebida (0) para diabetes mellitus não percebida (extraída a partir do inquérito);

Hipertensão arterial – variável qualitativa nominal, codificada como (1) para HTA percebida (0) para HTA não percebida (extraída a partir do inquérito);

Vacina do Tétano – variável qualitativa nominal, codificada como (1) vacina Td atualizada e (0) vacina Td desatualizada, segundo o PNV (verificada através da avaliação do BIS);

Vacina da Hepatite B – variável qualitativa nominal, codificada como (1) primovacinação completa VHB e (0) primovacinação incompleta VHB, segundo o PNV (verificada através da avaliação do BIS);

Imunidade à Hepatite B – variável qualitativa nominal, codificada como (1) imune à hepatite B, Ac Anti-HBS \geq 100UI/l e (0) não imune à hepatite B, Ac Anti-HBS $<$ 100UI/l. Verificada através do valor do resultado da análise de sangue do Ac Anti-HBS (extraída a partir das aplicações informáticas *UtilSHST* e *Eresults* do SSHST);

Refeições – variável quantitativa discreta, tendo sido obtidos os valores através do número de refeições ingeridas por dia (pequeno-almoço, meio manhã, almoço, lanche, jantar e ceia). Foi categorizada em número absoluto de 1 a 6 refeições por dia (extraída a partir do inquérito);

Café – variável quantitativa discreta, os valores foram obtidos através do número de cafés consumidos por dia. Foi categorizada em número absoluto de 0 a 6 ou mais cafés por dia (extraída a partir do inquérito);

Sono – variável quantitativa discreta, cujos valores foram obtidos através do número de horas de sono por dia. Foi categorizada em número absoluto de menos de 5 horas, 5 a 6 horas, 6 a 7 horas, 7 a 8 horas e a mais de 8 horas de sono por dia (extraída a partir do inquérito);

Qualidade do sono – variável qualitativa nominal, cujos valores foram obtidos através da qualidade do sono (Excelente, Boa e Regular – sono reparador e Má e Muito má – sono não reparador). Foi categorizada como (1) para sono reparador e (0) para sono não reparador (extraída a partir do inquérito);

Exercício físico – variável qualitativa nominal, os valores foram obtidos através da prática de exercício físico (todos os dias, de 5 a 7 vezes, de 3 a 4 vezes, 1 a 2 vezes e não praticado). Foi

categorizada como (1) pratica exercício físico e (0) como não pratica exercício físico (extraída a partir do inquérito);

Hábitos tabágicos – variável qualitativa nominal, cujos valores foram obtidos em relação aos hábitos tabágicos (Nunca fumei, Parei há mais de 2 anos, Parei de 1 ano a menos de 2 anos, Parei há menos de 1 ano e Sou fumador). Foi categorizada como (0) não fumador e (1) como fumador (extraída a partir do inquérito);

Índice de Massa Corporal – variável qualitativa ordinal, cujos valores foram obtidos através do registo do peso e da altura (Peso(Kg)/Altura²(m)). Categorizada em Baixo Peso (<18.5Kg/m²), Variação Normal (18.5-24.9Kg/m²), Pré-obesidade (25.0-29.9Kg/m²), Obesidade Classe I (30.0-34.9Kg/m²), Obesidade Classe II (35.0-39.9Kg/m²) e Obesidade Classe III (≥40.0 Kg/m²) (extraída a partir do inquérito);

Pressão arterial sistólica e Pressão arterial diastólica – variável qualitativa ordinal, obtendo-se os valores através da avaliação da TA em mmHg. Categorizou-se em TA Ótima (<120mmHg e <80mmHg), TA Normal (102-129mmHg e/ou 80-84mmHg), TA Normal-Alta (130-139mmHg e/ou 85-89mmHg), HTA Grau 1 (140-159mmHg e/ou 90-99mmHg), HTA Grau 2 (160-179mmHg e/ou 100-109mmHg), HTA Grau 3 (≥180mmHg e/ou ≥110mmHg) e Hipertensão Sistólica isolada (≥140mmHg e <90mmHg) (extraída a partir do inquérito);

Colesterol total – variável qualitativa ordinal, verificada através do valor do resultado da análise de sangue do colesterol total. Foi categorizada em Colesterol Desejável (<200mg/dl), Colesterol *Borderline* (200mg/dl-239mg/dl) e Colesterol Elevado (≥240mg/dl) (extraída a partir da aplicação informática *Eresults*, existente no SSHST);

Colesterol HDL – variável qualitativa ordinal, verificada através do valor do resultado da análise de sangue do colesterol HDL. Categorizada em Colesterol HDL Baixo (<40mg/dl) e Colesterol HDL Alto (≥60mg/dl) (extraída a partir da aplicação informática *Eresults*, existente no SSHST);

Score de Framingham – variável qualitativa ordinal, sendo os valores obtidos através da avaliação das variáveis (género, idade, pressão arterial sistólica, IMC e presença ou não de diabetes mellitus, HTA e hábitos tabágicos). Categorizou-se em Risco Baixo (<10%), Risco Médio (10% - 20%) e Risco Alto (>20%). Foi utilizada a calculadora interativa do IMC, do *Framingham Heart Study* (dados extraídos a partir do inquérito).

Teste IGRA – variável qualitativa nominal, codificada como (1) para resultado positivo do Teste *IGRA* e (0) resultado negativo do Teste *IGRA* (verificada através do valor do resultado da análise de sangue);

3.3 População e Amostra

A população corresponde a 64 colaboradores com posto de trabalho no Serviço de Patologia Clínica do CHVNG/E, EPE.

A amostra em estudo é não probabilística por conveniência, uma vez que foi selecionado este Serviço com o objetivo de dar continuidade ao trabalho já em curso pelo SSHST. É constituída por 55 colaboradores, de diferentes categorias profissionais, e que nos dias estabelecidos para a colheita de dados se encontravam no desempenho de funções.

3.4 Recursos

Os recursos despendidos justificaram-se pela necessidade em dar resposta às atividades planeadas e desenvolvidas. Neste propósito, foram elaborados objetivos, efetuada pesquisa bibliográfica em várias fontes e colheita de dados, realizada análise dos dados, apresentados resultados, efetivada a avaliação, foram implementadas medidas e executados os respetivos registos no aplicativo informático do SSHST.

No que diz respeito aos recursos humanos, fizeram parte a Enfermeira com Especialização em Enfermagem Comunitária (orientadora do estágio), a Técnica de Diagnóstico e Terapêutica e a Assistente Técnica do SSHST, o Motorista do CHVNG/E, EPE e a investigadora.

Relativamente aos recursos materiais, temos a considerar: material de escritório (2 computadores, 1 impressora, 1 fotocopador, 3 extensões telefónicas, papel, requisições de exames, canetas, lápis, borracha, afia, envelopes, tinteiros, fotocópias, agrafador, agrafes, furador, carimbos (vacinação e do SSHST) e etiquetas para rotulagem dos tubos de sangue); material clínico (tubos para recolha de sangue, compressas não esterilizadas, luvas não esterilizadas, garrote, *butterfly* para colheita de sangue, *holder* adaptador, solução antisséptica, penso rápido, vacinas Td, vacinas VHB, seringas de 2cc, agulhas 23G) e material não clínico (BIS, sacos de plástico para empacotar os tubos de sangue, recipiente para lixo do grupo I (resíduos equiparados a urbanos), recipiente para lixo grupo III (resíduos hospitalares de risco biológico), recipiente para lixo grupo IV (resíduos hospitalares específicos), balança, esfigmomanómetro digital e saco térmico de transporte).

Os recursos financeiros foram suportados pelo orçamento anual do SSHST, uma vez que o estudo está inserido num estágio académico previamente autorizado pelo CHVNG/E, EPE e decorre no âmbito de uma dinâmica já implementada pelo Serviço.

3.5 Descrição do Estudo

O estudo decorreu de 23 de abril a 22 de junho de 2012 e envolveu os colaboradores do Serviço de Patologia Clínica do CHVNG/E, EPE.

No primeiro dia de estágio, após uma reunião curta com a responsável do SSHST e orientadora do estágio, a Enfermeira Especialista Marta Gomes, foi delineado o planeamento do estágio, atividades a desenvolver e, por conseguinte, o estudo.

Houve necessidade de realizar antecipadamente uma reunião, pois o período de estágio era curto para o desenvolvimento do estudo, daí ter sido indispensável esta articulação prévia.

Foi estabelecido entre o SSHST e o Diretor do Serviço de Patologia Clínica que as visitas ao serviço decorreriam em quatro dias distintos (17, 22, 29 e 31 de maio). Por um lado, para não perturbar a dinâmica do serviço e, por outro, porque os colaboradores trabalham por turnos, pretendendo-se facilitar a presença dos mesmos nos dias pré-definidos.

Contudo, não foi possível contactar com a totalidade dos colaboradores, nos 4 dias inicialmente previstos, por se encontrarem ausentes por motivos diversos (férias, atestado por doença, trocas de horário de trabalho, deslocados pontualmente noutra Serviço ou Unidade). Assim, decidiu planear mais 1 dia (5 de junho) para a colheita de dados e agendar a vinda de colaboradores ao SSHST, na tentativa de reunir o máximo de dados dos colaboradores. Após estas alternativas, deu por concluída a colheita de dados para o diagnóstico de saúde. Todavia, ficaram sinalizados na aplicação informática *UtilSHST* os colaboradores que não fizeram a colheita de dados para posterior efetivação pelo SSHST.

Previamente, foram estabelecidos os determinantes de saúde a serem avaliados no estudo, nomeadamente o número de refeições e o número de cafés ingeridos por dia; a qualidade e o número de horas de sono por dia; ser ou não fumador; a prática ou não de exercício físico semanal; ser portador ou não de diabetes mellitus e HTA; o valor da pressão arterial sistólica e diastólica e o IMC. Do inquérito “*Inquérito de Determinantes de Saúde*” existente no SSHST, com o objetivo de caracterizar os determinantes de saúde dos colaboradores da Instituição, foram extraídas as respostas dadas pelos colaboradores aos determinantes de saúde mencionados anteriormente.

Foi efetuada a análise dos dados a serem tratados, existentes nas aplicações informáticas *UtilSHST* e *Eresults*, e constantes do processo individual de cada colaborador, do Serviço de Patologia Clínica. Desta forma, foi possível saber a que colaboradores ainda faltava recolher dados.

A avaliação da TA sistólica e diastólica foi obtida com auxílio do esfigmomanómetro digital existente no SSHST. Na análise dos dados, quando a TA sistólica e diastólica estavam em diferentes categorias, considerou-se a do valor mais elevado (DGS, Norma nº020/2011, p.6).

O IMC foi calculado com base na altura reportada pelo colaborador e o peso avaliado na balança do SSHST.

Foram também incluídos como critério do estudo a avaliação e atualização do BIS no que diz respeito à Td e VHB, de acordo com a observação do mesmo, da quantificação da imunidade à hepatite B e do PNV.

A avaliação da imunidade à hepatite B foi conseguida através da observação do BIS e da consulta do resultado da análise de sangue do Ac Anti-HBS, nas aplicações informáticas *UtilSHST*

e *Eresults*, no processo individual de cada colaborador.

A realização do Teste *IGRA* para rastreio inicial de tuberculose infeção latente, a todos os colaboradores do Serviço de Patologia Clínica, foi também um critério que entrou no estudo, tendo sido obtido através dos resultados analíticos enviados pelo Laboratório do Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto. Este critério foi adotado porque o Serviço é considerado de alto risco para a tuberculose e ainda nunca havia sido efetuado o rastreio de tuberculose a estes colaboradores. O risco está inerente ao trabalho desenvolvido, ao período de exposição com certos agentes infecciosos e ainda ao período de tempo que decorreu desde o início de funções no Serviço.

Os valores do colesterol total e HDL foram conseguidos através da consulta dos mesmos na aplicação informática *Eresults*, no processo individual de cada colaborador. No entanto, nem todos os colaboradores possuíam estes valores e os que os tinham, exibiam data de colheita diferentes.

A avaliação do risco cardiovascular em 10 anos foi determinada com base no *Score de Framingham*, tendo por base as seguintes variáveis: género, idade, pressão arterial sistólica, presença ou não de HTA, hábitos tabágicos e diabetes e IMC, de cada colaborador. Foi utilizada a calculadora interativa, com base no IMC. Posteriormente, com a pontuação apresentada, foi estimado o risco de acordo com os seguintes níveis: baixo (<10%), médio (10-20%) ou alto risco (>20%) de vir a desenvolver doença cardiovascular em 10 anos (*Framingham Heart Study*, 2012).

Todos os recursos necessários para o desenvolvimento das diferentes atividades planeadas eram preparados no SSHST, antes da partida para o Serviço de Patologia Clínica.

Este diagnóstico de saúde teve como objetivo conhecer os determinantes de saúde definidos, tornando possível atuar de acordo com as necessidades detetadas e as prioridades estabelecidas, e posteriormente, acompanhar e avaliar resultados. Pretendeu-se também ser um instrumento para colocar em prática medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, fomentando estilos de vida saudáveis. Os esforços para prevenir acidentes, doenças e incapacidades associadas ao local de trabalho devem ser contínuos e uma prioridade.

3.6 Tratamento de Dados e Análise Estatística

O tratamento de dados foi efetuado no programa de análise estatística SPSS versão 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences 17.0*) e no programa Microsoft Excel 2007, tendo sido previamente elaborada uma matriz onde se inseriram e trabalharam os dados obtidos através do inquérito aplicado.

Na análise dos dados, foram usadas técnicas estatísticas descritivas, como as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (amplitude, variância e desvio padrão).

Os dados foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas.

Os valores foram expressos com uma ou duas casas decimais.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O enfermeiro a desempenhar funções no SSHST atua como representante da Instituição, mas também como defensor do trabalhador. Desempenha as suas funções com base no conhecimento científico disponível, reconhece e aceita a responsabilidade por decisões e ações individuais, respeitando a lei, os princípios éticos e os procedimentos existentes.

O enfermeiro do trabalho atua no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença e segurança e bem-estar do trabalhador, respeitando a dignidade humana, os direitos e a individualidade independentemente do estatuto profissional, socioeconómico, atributos pessoais e natureza do estado de saúde.

As questões da Ética são frequentemente abordadas e discutidas recorrendo aos seguintes princípios: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência, Justiça, Vulnerabilidade, Privacidade e Confidencialidade.

O Princípio da Autonomia, também denominado Princípio da Liberdade, defende que o ser humano deve ter liberdade de escolha e capacidade para decidir, ou seja, que deve ser autónomo, excetuando se estiver incapacitado; este princípio *“prescreve o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que sejam verdadeiramente autónomas ou livres”* (Archer, Biscaia e Osswald, 1996, p.53).

A violação da autonomia só é eticamente aceitável, quando o bem público se sobrepõe ao bem individual.

Cabe ao enfermeiro do trabalho fornecer toda a informação necessária para que o colaborador possa livremente decidir sobre a sua assistência. Assim, o enfermeiro deve procurar a autonomia através do conhecimento disponível.

O colaborador tem liberdade de escolha na sua tomada de decisão, devidamente informado e esclarecido, relativamente aos procedimentos a serem instituídos. Tem o direito de conhecer os riscos reais e potenciais para a sua saúde, inerentes ao seu posto de trabalho, assim como as medidas de prevenção e proteção individual a adotar.

O Princípio da Beneficência remete para *“fazer o bem, o melhor para a pessoa do ponto de vista ético e técnico-assistencial”* (Ludwig, Zogbi, Redivo e Muller, 2005, p.3).

Neste princípio o enfermeiro do trabalho compromete-se a procurar o máximo de benefícios reduzindo ao mínimo os danos e riscos para o colaborador. Desta forma, é necessário que o mesmo desenvolva as suas competências profissionais com o objetivo de facultar os melhores procedimentos, respeitando sempre a autonomia do colaborador.

O enfermeiro do SSHST intervém no exame (admissão, periódicos e ocasionais) e na vigilância de saúde dos colaboradores de acordo com o enquadramento legal, o risco de cada posto de trabalho e o risco individual de cada colaborador, com o objetivo de implementar medidas de prevenção e promoção da saúde no local de trabalho. Neste âmbito, o SSHST promove a vacinação de acordo com o PNV, a vacinação da gripe sazonal, rastreios, sessões de formação transversais a todos os colaboradores no âmbito da prevenção de acidentes de trabalho e promoção de hábitos de vida saudáveis.

De acordo com os mesmos autores, o Princípio da Não Maleficência diz respeito “*ao dever que o profissional de saúde de intencionalmente não causar mal e/ou danos à pessoa. Complementa o princípio da beneficência, quando coloca que não basta apenas fazer o bem, mas também evitar o mal*” (2005, p.3).

O enfermeiro do trabalho compromete-se a avaliar e evitar os danos previsíveis.

O enfermeiro do SSHST, sempre que oportuno, promove/solicita a colaboração de outros profissionais e instituições, a fim de atender à saúde, bem-estar, segurança e outras necessidades relacionadas com os colaboradores e a Instituição. Promove ações de sensibilização no âmbito da saúde e segurança no trabalho.

Archer, Biscaia e Osswald relatam o Princípio da Justiça como referindo-se às “*exigências da justiça distributiva*”, ou seja, à preocupação da distribuição equitativa dos recursos económicos, técnicos e humanos (1996, p.57). O seu objetivo é “*evitar a discriminação, a marginalização e a segregação social*” (Ludwig, Zogbi, Redivo e Muller, 2005, p.3).

Este princípio não foi atingido na totalidade na Instituição, dado que ainda nem todos os colaboradores tiveram acesso ao exame de admissão. Este facto deve-se à inexistência de um SSHST estruturado até meados de 2009 e à ausência, durante o ano de 2012, de médico do trabalho.

O Princípio da Vulnerabilidade emana que “*a vulnerabilidade faz parte da nossa condição humana, (...) que nos faz enfrentar a nossa dependência dos outros, a nossa fragilidade, os nossos limites (...)*” (Biscaia, 2006, p.295).

O SSHST está disponível para esclarecer o colaborador. Sempre que o colaborador o entender, pode solicitar um exame ocasional. Por outro lado, cabe aos profissionais de saúde, “*(...) a todos os agentes informativos e educativos da população, esclarecê-la da forma como pode cada pessoa escolher, adaptar e assumir, as opções mais saudáveis e desejáveis dentro do seu próprio estilo de vida*”, como refere a introdução da Circular Normativa nº03/DSPCS da DGS, 2006.

O direito à Privacidade pressupõe a salvaguarda, não só da vida privada do colaborador, como dos seus familiares. Neste sentido, abrange “*o direito ao respeito pela vida privada relativamente a todas as informações relativas ao estado de saúde da pessoa*” (Serrão, Nunes, 1998, p.180).

O enfermeiro do SSHST tem como pressuposto salvaguardar os direitos dos colaboradores, no que diz respeito à sua privacidade, protegendo informações confidenciais e disponibilizando-a apenas ao próprio, a quem este determine ou quando a lei o estabeleça.

O SSHST tem um aplicativo informático, com níveis de acesso diferenciados dentro da equipa, no sentido da proteção da informação de saúde do colaborador. O acesso a outros aplicativos institucionais que fornecem informações de saúde dos colaboradores é de entrada restrita e com *password* de acesso.

O respeito pela Confidencialidade reporta para “*o sigilo relativo a tudo quanto (...) se conhece do doente*” (Serrão, Nunes, 1998, p.51).

A confidencialidade da informação de saúde do colaborador (resultados de exames, diagnósticos de saúde, questões pessoais, entre outras) por parte do enfermeiro do SSHST é fundamental para que possa existir uma relação de confiança. A confidencialidade salvaguarda a privacidade. Contudo, existem situações que o SSHST poderá ter que declarar parte ou a totalidade da informação de saúde do colaborador, nomeadamente situações de emergência, doença de declaração obrigatória, doença profissional, companhia de seguros, a um prestador de cuidados para continuidade dos mesmos ou para reorganização do posto de trabalho. O colaborador deverá sempre tomar conhecimento, bem como autorizar a divulgação da sua informação de saúde.

Os registos individuais dos colaboradores encontram-se informatizados em grande parte, com acesso restrito, encontrando-se em suporte de papel alguns exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica, nomeadamente o eletrocardiograma, o rastreio visual e a espirometria. Os registos existentes em suporte de papel encontram-se devidamente arquivados em *dossier* individual do colaborador e em armário fechado com chave.

O Serviço de Informática faz *backup* regular ao aplicativo informático do SSHST.

Os enfermeiros, atendendo a todas estas questões, entre outras, sentiram necessidade de regular a sua área de intervenção. Então, através da publicação do Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril, que criou a Ordem dos Enfermeiros e aprovou o respectivo estatuto, surgiu o Código Deontológico dos Enfermeiros. No seu capítulo VI, secção II, art. 79º, alínea c) refere que o enfermeiro assume o dever de “*proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional*” (1998, p.1754). É tendo presente estes propósitos que o enfermeiro do trabalho exerce funções no SSHST do CHVNG/E, EPE.

De salientar que a recolha de dados para o estudo está implicitamente autorizada pela permissão da frequência do estágio, no SSHST do CHVNG/E, EPE, solicitada pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.

O estudo ponderou a minimização de possíveis riscos e considerou os benefícios atuais e futuros, em termos individuais e coletivos, considerando os resultados obtidos, para os colaboradores do Serviço de Patologia Clínica do CHVNG/E, EPE.

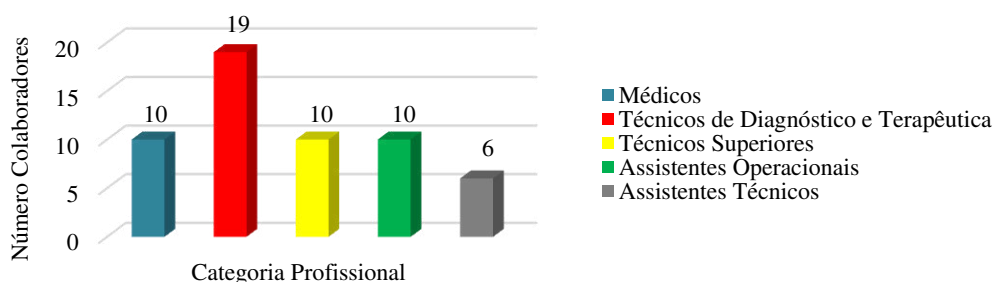
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto, apresentam-se os resultados obtidos do estudo, no Serviço de Patologia Clínica do CHVNG/E, EPE, em forma de gráficos e tabelas para melhor visualização dos mesmos. São apresentadas e discutidas as conclusões dos resultados, no âmbito da literatura.

O Serviço de Patologia Clínica é constituído por 64 colaboradores, tendo apenas participado no estudo 55 colaboradores, sendo o género prevalente o feminino, com 45 colaboradores, em detrimento do masculino, com 10 colaboradores. As idades estão compreendidas entre os 26 e os 61 anos de idade, situando-se a média nos 42,9 anos (DS = 9,6 anos de idade).

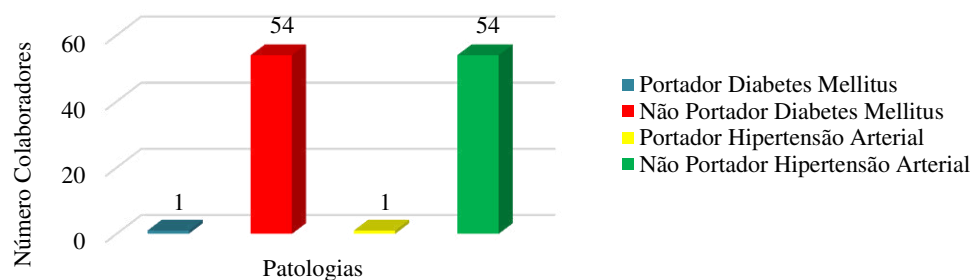
Pode-se concluir pela presença de uma equipa de trabalho ainda jovem para o desempenho de funções, uma vez que a idade de aposentação atualmente na função pública se situa nos 65 anos.

Gráfico 1 Caracterização da amostra por categoria profissional

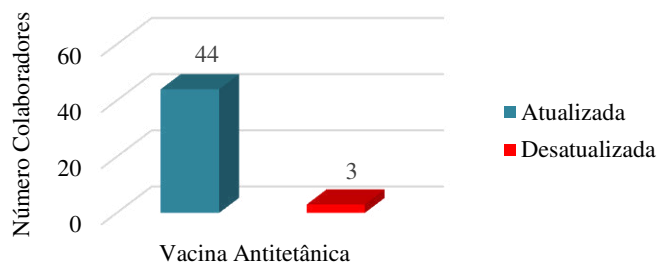


Os colaboradores encontram-se distribuídos pelas seguintes categorias profissionais: 10 Médicos, 19 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, 10 Técnicos Superiores, 10 Assistentes Operacionais e 6 Assistentes Técnicos. Podemos constatar que é uma equipa multiprofissional demonstrada pelas suas diferentes categorias.

Gráfico 2 Caracterização da amostra por apresentar diabetes mellitus e hipertensão arterial



Esteve presente 1 colaborador com diabetes mellitus e com HTA, reportado pelo próprio. Referiu encontrar-se medicado com antidiabéticos orais e anti-hipertensores. Demonstrou conhecimento de hábitos de vida saudáveis, adequados à sua condição de saúde.

Gráfico 3 Caracterização da amostra relativa ao estado da vacinação antitetânica

No que concerne ao plano de vacinação antitetânica, 44 colaboradores apresentam o mesmo atualizado e 3 encontram-se com o mesmo desatualizado, de acordo com o PNV.

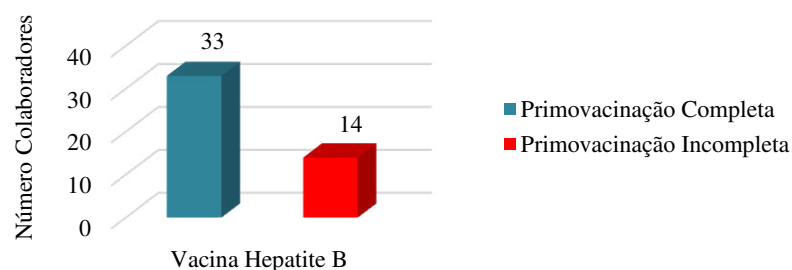
Quando o colaborador não apresenta registos ou desconhece o estado vacinal, a mesma é administrada em 3 doses, em 3 períodos distintos (0, 1 mês, 12 meses). Se a primovacinação está incompleta ou a última inoculação foi há mais de 10 anos, deve completar o esquema até perfazer as 3 doses (primovacinação) e, depois, seguem-se os reforços de 10 em 10 anos, de acordo com o exposto nas orientações técnicas do Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo (2006, p.6).

Contabilizaram-se 8 *missings*, no âmbito da vacinação antitetânica, associados à não apresentação do BIS, para a avaliação do mesmo, segundo o PNV.

No que diz respeito à vacinação dos 3 colaboradores com a Td em atraso, a mesma foi atualizada de acordo com o PNV.

Os 8 colaboradores que não apresentaram o BIS foram alertados de que o deveriam fazer, com o objetivo da atualização do mesmo de acordo com o PNV.

Ainda relativamente à vacinação, elaborou-se um quadro síntese com as indicações, contraindicações, recomendações, a via e o local de administração das vacinas que são administradas no SSHST para ficar para futura consulta.

Gráfico 4 Caracterização da amostra relativa ao estado da vacinação da hepatite B

De acordo com a avaliação do estado vacinal no que diz respeito à VHB, foram reportados 33 colaboradores com a primovacinação completa e 14 colaboradores que ainda não tinham iniciado ou completado a mesma, segundo o preconizado no PNV.

A vacina é administrada em 3 doses, em 3 períodos distintos (0, 1 mês, 6 meses) (DGS, Norma nº040, 2011, p.10).

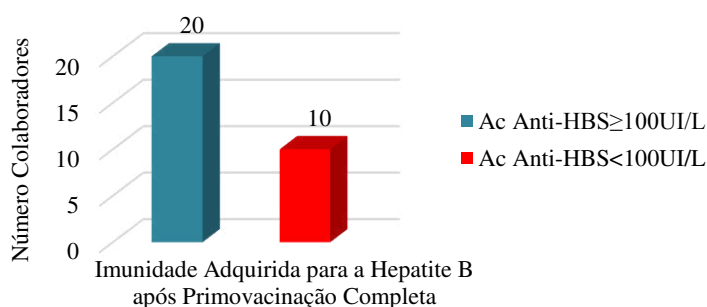
Contabilizaram-se 8 *missings*, no âmbito da VHB, associados à não apresentação do BIS, para avaliação do mesmo de acordo com o PNV.

Dos 14 colaboradores que ainda não tinham iniciado ou completado a primovacinação da VHB, 8 já iniciaram a vacinação, 3 completaram o esquema vacinal, 2 falta apenas uma vacina para ficarem com a primovacinação completa, segundo o PNV e 1 colaborador recusa efetuar a vacinação.

Os 8 colaboradores que não apresentaram o BIS foram alertados para o fazer, com o objetivo da atualização do mesmo de acordo com o PNV.

Houve oportunidade de executar um quadro síntese com as indicações, contraindicações, recomendações, a via e o local de administração das vacinas que são administradas no SSHST para ficar para futura consulta.

Gráfico 5 Caracterização da amostra relativa à imunidade adquirida para a hepatite B após primovacinação completa



Dos 33 colaboradores com a primovacinação completa, encontraram-se 10 com imunidade adquirida para a hepatite B, Ac Anti-HBS < 100 UI/L, apresentando primovacinação completa ou reforço vacinal recente.

De acordo com o exposto pelo Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo, quem apresentar título de Ac Anti-HBS < 10 UI/L, repete esquema vacinal e 3 meses depois análises; se apresentar título de Ac Anti-HBS \geq 10 UI/L e < 100 UI/L, faz uma dose adicional de vacina 4 a 6 meses depois da imunização primária, para se obter um título mais elevado e uma proteção mais duradoura e se foi revacinado mas continua a ter títulos de Ac Anti-HBS < 10 UI/L, “é um “não respondedor”. Não deve voltar a ser vacinado. Deve ter cuidados acrescidos no âmbito da sua actividade” (2006, p.9).

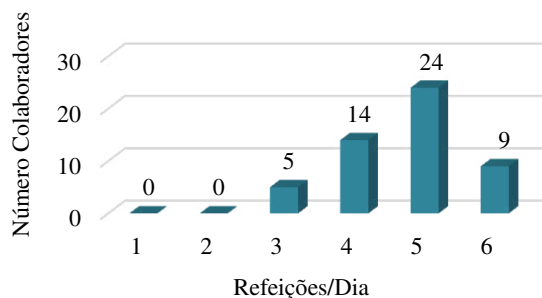
O maior número (20) foi de colaboradores com a primovacinação completa e com imunidade adquirida para a hepatite B, Ac Anti-HBS \geq 100 UI/L.

A mesma fonte menciona que quem apresentar título de Ac Anti-HBS \geq 100 UI/L está imunizado (2006, p.9).

Contabilizaram-se 3 *missings*, no que se refere à avaliação da imunidade adquirida após a primovacinação completa.

Foi planeado para o mês de abril de 2013, estes colaboradores (13) realizarem avaliação analítica do Ac Anti-HBS, para quantificação da imunidade adquirida, bem como aos colaboradores que iniciaram ou completaram esquema vacinal e que ainda não tinham efetivado esta avaliação (13). Esta determinação da imunidade adquirida à hepatite B torna-se uma mais-valia, não só para avaliar a imunidade individual dos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica, como a taxa de cobertura vacinal do CHVNG/E, EPE.

Gráfico 6 Caracterização da amostra relativa ao número de refeições ingeridas por dia



Relativamente ao número de refeições que os colaboradores ingerem por dia, estas variam entre as 3 e 6 refeições, situando-se a média nas 4,7 refeições.

No que diz respeito à média de refeições que ingerem por dia, os resultados aproximam-se do corroborado por Nunes e Breda (p.44), “*os alimentos devem distribuir-se ao longo do dia, por 5 a 6 refeições diárias, a intervalos regulares.*”

A distribuição aconselhável das refeições diz respeito ao pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, meio da tarde, jantar e antes de ir para a cama (Nunes e Breda, p.44) e (Candeias, Nunes, Morais, Cabral e Silva, 2005, p.17).

Contabilizaram-se 3 *missings* no que se refere à avaliação do número de refeições que ingerem por dia (não preenchimento do inquérito).

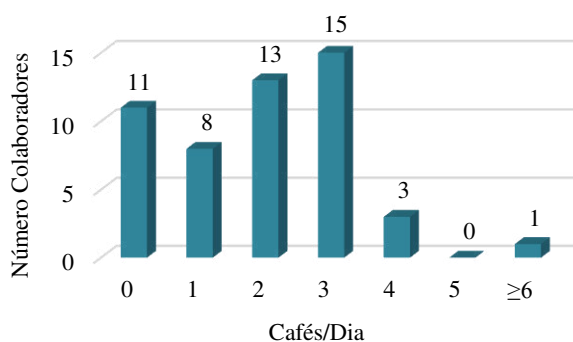
No que diz respeito ao número de refeições ingeridas, em média por dia, estes colaboradores poderão melhorar para atingir o recomendado (*5 a 6 refeições diárias*).

Foi planeada uma posterior reavaliação dos inquéritos para analisar qual ou quais as refeições em falta mais prevalentes.

É importante sensibilizar os colaboradores para evitar estar mais de 3 horas e meia sem ingestão de alimentos (Candeias, Nunes, Morais, Cabral e Silva, 2005, p.22).

A alimentação é um fator transversal a vários fatores de risco de doença cardiovascular, nomeadamente HTA, obesidade, diabetes mellitus e dislipidémia.

Estabelecer parceria com o Serviço de Nutrição do CHVNG/E, EPE, para promover iniciativas de sensibilização com base neste diagnóstico (no refeitório, no bar, no Dia Mundial da Alimentação).

Gráfico 7 Caracterização da amostra relativa ao número de cafés ingeridos por dia

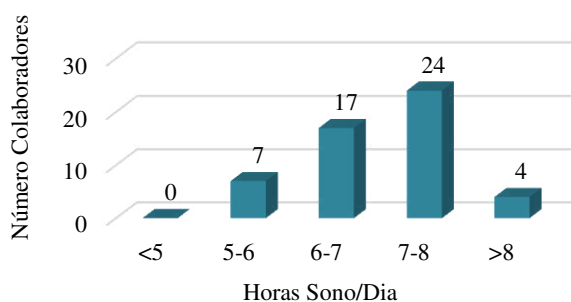
No que respeita à ingestão de café pelos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica, a média encontra-se nos 2,1 cafés por dia, que corresponde a um consumo moderado, “(cerca de 2 chávenas de café por dia) provoca um efeito estimulante, beneficia o nosso estado de alerta e reduz a fadiga” (Portal de Saúde Pública, 1999).

Contudo, este consumo varia entre os 0 e os 6 ou mais cafés por dia.

A mesma fonte alerta, “quando o consumo de café são em doses mais elevadas, podem ocorrer: dores de cabeça, irritabilidade, palpitações e um aumento na perda de cálcio, havendo maior risco de osteoporose” (1999).

Contabilizaram-se 4 *missings* no que se refere à avaliação do número de cafés ingeridos por dia (não preenchimento do inquérito).

Planear um *Workshop*, em parceria com diferentes áreas de especialidade médica do CHVNG/E, EPE, para sensibilizar para os efeitos do consumo excessivo de café.

Gráfico 8 Caracterização da amostra relativa ao número de horas de sono por dia

O número de horas que cada colaborador do Serviço de Patologia Clínica dorme oscila entre as 5 a 6 horas e as 7 a 8 horas por dia, situando-se a média nas 6,8 horas, por dia. Contudo, 4 colaboradores referiram dormir mais de 8 horas por dia.

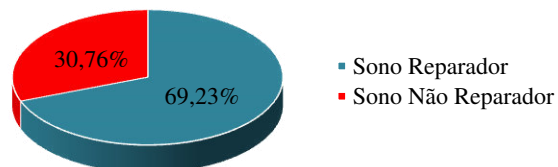
Não existe um número de horas exato que o organismo precise para dormir. Os limites oscilam entre as 5 ou 6 horas até às 9 ou 10 horas (Rodrigo, Palacio, Martín, Cabeza, Gutiérrez, p.87).

Reportando-nos à média de horas de sono por dia (6,8 horas) e à média de idades (42,9 anos), as necessidades de sono poderão estar comprometidas para a maioria dos colaboradores, de

acordo com o que referem os mesmos autores“ *entre os 20 e os 40 anos, a média de horas de sono por noite é de 8 horas*” (p.101).

Contabilizaram-se 3 *missings*, no que se refere à avaliação do número de horas de sono por dia (não preenchimento do inquérito).

Gráfico 9 Caracterização da amostra relativa à qualidade do sono



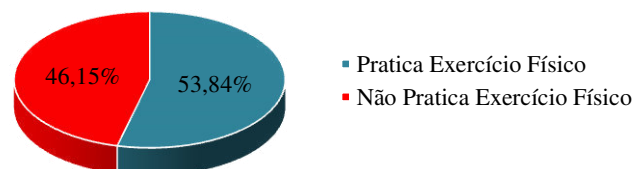
No que diz respeito à qualidade do sono dos colaboradores (52) que preencheram o inquérito, 69,23% refere usufruir de um sono reparador e 30,76% de um sono não reparador.

Não se conhece o número de horas exato que o organismo necessita de dormir. Os limites variam entre as 5 ou 6 horas até às 9 ou 10 horas, segundo Rodrigo, Palacio, Martin, Cabeza, Gutiérrez (p.87). De acordo com esta referência, podemos inferir que o tempo necessário para um sono reparador varia de indivíduo para indivíduo.

É importante perceber a causa do sono não reparador para se poder intervir. No entanto, algumas mudanças simples no estilo de vida podem ajudar a combater o problema.

Um sono reparador é essencial ao ser humano, proporcionando bem-estar e qualidade de vida.

Gráfico 10 Caracterização da amostra relativa à prática de exercício físico



Aproximadamente metade dos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica não pratica exercício físico, sendo essa percentagem 46,15% e a dos praticantes 53,84%.

De acordo com o Programa Nacional de Combate à Obesidade, “*se dividirmos a maioria da população em dois grandes grupos, os que não praticam qualquer tipo de actividade física e aqueles que a praticam, pelo menos, 3 horas e meia por semana, constatamos que mais de metade da população portuguesa não pratica actividade física regular, o que contribui para a pré-obesidade e obesidade*” (DGS, Circular Normativa nº03/DGCG, 2005, p.9).

Ainda, segundo Silva et al (2006), citado por Sampaio, Melo e Wanderley “*a realização de exercício físico pode ajudar na prevenção de fatores de risco associados à doença cardiovascular e na redução dos sintomas da doença já instalada*” (2010, p.53).

Contabilizaram-se 3 *missings*, no que se refere à avaliação da prática de exercício físico (não preenchimento do inquérito).

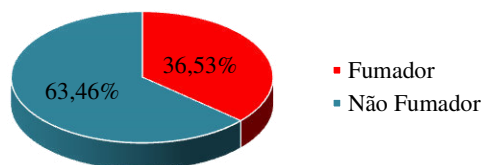
É importante sensibilizar para a importância da atividade física para a saúde, tendo em consideração que aproximadamente metade dos colaboradores do Serviço não a pratica.

Atendendo às características de estrutura física do CHVNG/E, EPE e pelo facto de apresentar uma grande área de vegetação, poderia ser proposto conceber um circuito de manutenção exterior, na área adjacente ao hospital. Desta forma, fomentar a iniciativa “*Correr no Hospital*” em parceria com outros Serviços do CHVNG/E, EPE e Instituições.

O SSHST poderia estabelecer contactos com ginásios, no sentido de propor ao Conselho de Administração do CHVNG/E, EPE a celebração de protocolos de acesso para funcionários.

Desta forma, os colaboradores podem ter opções para a prática de exercício físico regular.

Gráfico 11 Caracterização da amostra relativa a hábitos tabágicos



No Serviço de Patologia Clínica, 36,53% dos colaboradores refere apresentar hábitos tabágicos, contrariamente a 63,46% que não apresenta.

Contudo, a prevalência de fumadores de 36,53% é uma percentagem superior à determinada para a população portuguesa (19,7%), de acordo com o INS 2005/2006 (2009, p.61).

Assim, “*apesar do vasto conhecimento disponível quanto aos efeitos aditivos e aos riscos para a saúde associados ao consumo de tabaco, muitas pessoas continuam a subestimar a dimensão e a gravidade dessas consequências*”, como faz referência o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo: Orientações Programáticas (DGS, 2012, p.8).

“*O tabagismo resulta em duas a três vezes mais risco de morrer por doença Cardiovascular*” (Sá, 2009, p.74).

Os dados obtidos permitem concluir que a prevalência de fumadores ainda é considerável neste grupo de colaboradores.

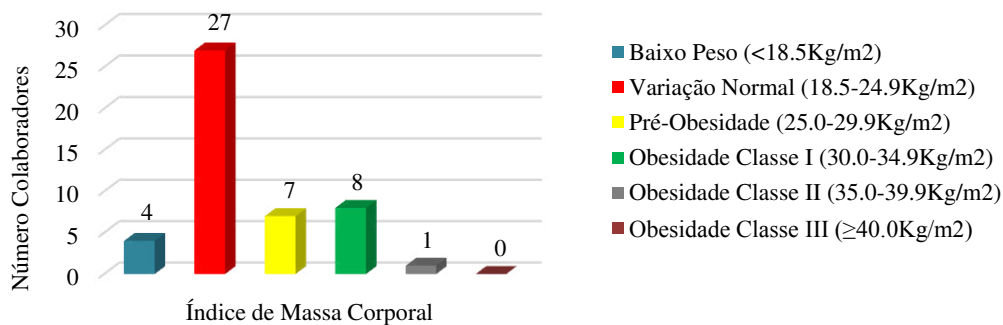
Contabilizaram-se 3 *missings* no que se refere à avaliação de hábitos tabágicos (não preenchimento do inquérito).

O SSHST tem assim funções preventivas e educativas na luta contra o tabagismo.

Há uma consulta antitabágica, no CHVNG/E, EPE, que decorre no Serviço de Pneumologia, à qual os colaboradores podem recorrer tendo prioridade no atendimento, devidamente referenciados pelo SSHST.

Foi também discutido, durante o estágio, um projeto em parceria com o Serviço de Pneumologia para avaliação do monóxido de carbono nos colaboradores fumadores, aquando do seu exame de admissão e exames periódicos na Instituição.

Gráfico 12 Caracterização da amostra relativa ao índice de massa corporal



Os colaboradores do Serviço de Patologia Clínica, no que diz respeito ao IMC, apresentam como *Variação Normal* (18.5-24.9Kg/m²) uma percentagem de 57,44% associado a um risco médio de comorbilidades e 14,89% apresenta *Pré-Obesidade* (25.0-29.9Kg/m²) relacionado a um risco aumentado de comorbilidades (DGS, 2005, p.11).

Classificado no nível de obesidade, apresenta 17,02% de *Obesidade Classe I* (30.0-34.9Kg/m²) e 2,12% de *Obesidade Classe II* (35.0-39.9Kg/m²), estando já associado um risco de moderado a grave de comorbilidades respetivamente (DGS, 2005, p.11).

Regista também a percentagem de 8,51% de *Baixo Peso* (<18.5Kg/m²), correspondente a um baixo risco de comorbilidades, mas com risco aumentado para outros problemas clínicos (DGS, 2005, p.11).

É de referir um aspeto positivo, não se encontrou qualquer percentagem para a *Obesidade Classe III* (≥40.0Kg/m²), que corresponde a um nível de risco muito grave (DGS, 2005, p.11).

De salientar que a média, encontrada para o IMC foi 24,42kg/m², (DS = 4,91kg/m²). Encontra-se associado a um risco médio de comorbilidades (DGS, 2005, p.11).

Um estudo inglês realizado em homens concluiu que “quando o IMC estava acima de 22Kg/m², a incidência de doença cardiovascular aumentou em 10% para cada elevação de uma unidade de IMC”, referido por Sá (2009, p.64).

O intervalo de variação foi de 17,91kg/m² (máximo 35,12kg/m² – mínimo 17,21kg/m²).

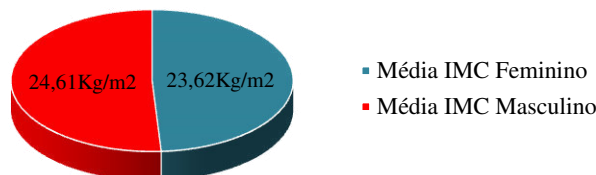
Contabilizaram-se 8 *missings* no que se refere à avaliação do IMC (falta de dados relativos ao peso e/ou altura).

Organizar em parceria com diferentes áreas de especialidade clínica do CHVNG/E, EPE, de *Workshops* para sensibilizar para a problemática da obesidade.

A obesidade, sendo considerada um fator de risco modificável no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, é mandatário sensibilizar para os riscos da mesma, bem como incentivar

para a introdução de medidas corretivas. Os benefícios alcançados traduzir-se-ão numa melhoria da saúde e da qualidade de vida em geral.

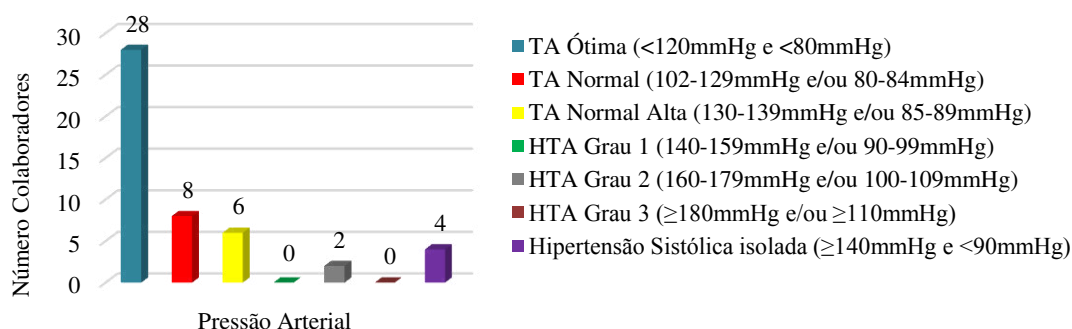
Gráfico 13 Caracterização da amostra relativa à média do índice de massa corporal e o género



A média do IMC dos colaboradores do serviço de Patologia Clínica foi ligeiramente mais elevada no género feminino (24,61kg/m²) do que no género masculino (23,63kg/m²), corroborando com estes valores o INS 2005/2006 (2009, p.36). O documento refere que “a prevalência de mulheres com obesidade, 16,0%, era ligeiramente superior à verificada para os homens, 14,3%” (2009, p.36).

Contudo, estes valores encontram-se dentro da classe de *Varição Normal* (18,5-24,9Kg/m²).

Gráfico 14 Caracterização da amostra relativa à avaliação da pressão arterial



Dos colaboradores com avaliação da TA, 28 apresentavam *TA Ótima* (<120mmHg e <80mmHg) e 8 *TA Normal*, (102-129mmHg e/ou 80-84mmHg) (DGS, Norma nº020, 2011, p.6).

No entanto, 8 colaboradores encontravam-se nas categorias de risco (*TA Normal-Alta* e *HTA Grau 2*), com valores compreendidos entre os 130-179mmHg de TA sistólica e/ou TA diastólica entre 85-109mmHg (2011, p.6).

Contudo, esta é uma avaliação ocasional. Para uma caracterização fidedigna são necessários valores médios de duas medições, realizadas em pelo menos 3 momentos distintos, após a deteção inicial de valores elevados de TA (2011, p.6).

No que diz respeito à *Hipertensão Sistólica isolada*, (≥140mmHg e <90mmHg), encontraram-se 4 colaboradores (2011, p.6).

De salientar que nenhum colaborador apresentava *HTA Grau 1* (ligeira) compreendida entre 140-159mmHg e/ou 90-99mmHg, nem *HTA Grau 3* (grave) com valores ≥ 180 mmHg e/ou ≥ 110 mmHg (2011, p.6).

“A *HTA* é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa (...)” (2011, p.4). Deve obedecer a um processo criterioso de avaliação, diagnóstico e classificação.

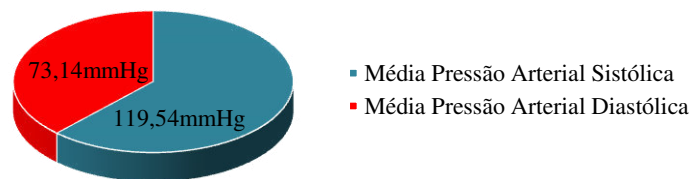
Contabilizaram-se 7 *missings* no que se refere à avaliação da TA (falta de avaliação da TA).

Devem ser fomentadas mudanças no estilo de vida desde as alimentares, redução do peso passando pela prática de exercício físico, perspetivando o mínimo de efeitos secundários para a saúde dos colaboradores.

É também importante aumentar os conhecimentos dos colaboradores, sensibilizar para os cuidados a ter com o problema da HTA e incentivar para a sua vigilância de saúde.

Ações conjuntas entre o SSHST e diferentes áreas de especialidade médica do CHVNG/E, EPE podem ser dinamizadas e implementadas.

Gráfico 15 Caracterização da amostra relativa à média da avaliação da pressão arterial sistólica e diastólica



No que se refere à avaliação da TA, a média da sistólica situa-se nos 119,54mmHg e da diastólica nos 73,14mmHg, correspondendo à categoria de *TA Ótima* (DGS, Norma nº020, 2011, p.6).

Contudo, “*cabe aqui enfatizar que se tratam de valores médios e que qualquer medida de prevenção individual deve levar em consideração uma avaliação caso a caso dos sujeitos acometidos*”, de acordo com Landim e Victor (2006, p.319)

Tabela 1 Caracterização da amostra relativa à avaliação do colesterol total

Género	Colesterol Total (mg/dl)
F	228
F	170
F	210
F	201
F	203
F	236
M	199
F	191
F	165
M	253
F	250
M	261
M	231
F	199
F	243
F	192
F	214
M	245
F	219
F	155
F	166
F	133
F	162
F	141
F	170
F	205
F	90
F	171
M	143
M	165
F	222
F	201
F	195
F	172
F	218
F	172
F	152
F	153
F	212
F	201
F	224
F	233
F	209
F	239
F	194
M	177
F	221
F	191
F	252
F	193
F	192

Legenda: F – Feminino M – Masculino

Com valores de colesterol total desejável, <200mg/dl, encontram-se 26 colaboradores, com valores de colesterol total *borderline*, 200-239mg/dl, encontram-se 19 colaboradores e com valores de colesterol total elevado, ≥240mg/dl, foram encontrados 6 colaboradores, segundo o relatório do

National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (2001, p.3).

De acordo com Landim e Victor, no grupo que estudaram, aproximadamente metade da amostra tinha níveis inferiores a 200mg% e a outra metade estava com níveis acima de 200mg%. O ponto de corte usado seguiu as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, que classifica o colesterol abaixo de 200mg% como ótimo (2006, p.319).

O valor da média do colesterol total situou-se nos 196,74mg/dl, valor desejável, variando entre o valor mínimo de 90mg/dl e o máximo de 261mg/dl, encontrando-se este último valor na classe do colesterol elevado (≥ 240 mg/dl), de acordo com o relatório do *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III* (2001, p.3).

Os valores encontrados corroboram com a literatura, nomeadamente, o Eurotrials faz referência que “68,5% dos portugueses apresenta valores de colesterol iguais ou superiores a 190mg/dl. Aproximadamente um quarto dos portugueses apresenta colesterol de risco elevado (>240 mg/dl) e 45,1% apresenta risco moderado (190-239mg/dl). Os valores médios de colesterol são bastante próximos entre homens e mulheres” (Eurotrials, 2006, p.1).

Quanto à distribuição por género, a média do colesterol total pode ser considerada próxima entre o género masculino (209,25mg/dl) e o feminino (194,39mg/dl), o que corrobora com os dados referidos anteriormente.

Espera-se que o mesmo venha a estabilizar ou mesmo baixar. Com o aumentar da idade e de acordo com a literatura, “enquanto que no sexo masculino se verifica uma diminuição dos casos de colesterol de risco elevado após os 54 anos, no sexo feminino a prevalência destes casos aumenta com a idade” (Eurotrials, 2006, p.2). Considerando a média de idades dos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica, 42,9 anos, poderá ser um fator positivo no futuro para os colaboradores do género masculino, contrariamente aos do género feminino, com o aumentar da idade.

Contabilizaram-se 4 *missings* relativamente à avaliação do colesterol total (não avaliado o colesterol total).

O colesterol insere-se na classificação dos fatores de risco modificáveis das doenças cardiovasculares. Existem vários fatores que podem contribuir para o aumento do colesterol: fatores genéticos, doenças renais, hepáticas ou da tiroide, medicamentos, assim como o estilo de vida (sedentarismo, erros alimentares, falta de exercício físico regular, obesidade, entre outros).

Adotar um estilo de vida saudável pode ajudar a controlar os problemas causados pela hipercolesterolemia. Assim, várias medidas podem ser adotadas para reduzir os níveis de colesterol, nomeadamente: dieta variada e equilibrada, combater o sedentarismo, reduzir o consumo de gordura na alimentação, praticar exercício físico regularmente, evitar o consumo de tabaco, redução do peso e terapêutica, quando necessária.

Ações conjuntas entre o SSHST e diferentes áreas de especialidade médica do CHVNG/E, EPE poderão ser dinamizadas e implementadas.

Tabela 2 Caracterização da amostra relativa à média da avaliação do colesterol HDL

Género	Colesterol HDL (mg/dl)
F	66
F	70
F	60
F	76
F	53
F	57
M	34
F	70
F	39
M	67
F	56
M	38
F	77
F	62
F	53
F	58
F	70
F	75
F	89
F	59
F	46
F	51
F	60
F	58
M	55
F	43
F	42
F	53
F	59
F	56
F	48
F	60
F	68
F	65
F	65
M	31
F	78
F	89
F	80
F	75
F	106
M	90
F	53
F	48
F	102
F	58

Legenda: F – Feminino M – Masculino

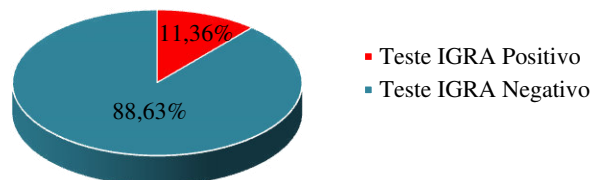
O valor médio do colesterol HDL, encontrado nos colaboradores do serviço de Patologia Clínica foi 62,34mg/dl, situa-se no valor de referência alto (≥ 60 mg/dl), considerado fator protetor contra doenças cardiovasculares, segundo o *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III* (2001, p.3). Portanto, o risco do colaborador vir a sofrer de alguma doença cardiovascular diminui, pois ele atua impedindo o depósito de gordura nas artérias.

Contudo, o colesterol HDL encontra-se compreendido entre 31mg/dl e 106mg/dl.

De realçar que o valor de colesterol HDL de 31mg/dl corresponde a um risco aumentado para doenças cardiovasculares, de acordo com a mesma fonte.

Contabilizaram-se 9 *missings* relativamente à avaliação do colesterol HDL (não avaliado o colesterol HDL).

Gráfico 16 Caracterização da amostra relativa ao Teste IGRA



No que diz respeito à realização do Teste *IGRA*, para despiste de tuberculose latente nos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica, o resultado foi negativo em 88,63%, (39 colaboradores) e foi positivo em 11,36% (5 colaboradores).

Nos casos positivos, foi excluída a doença ativa. Destes, 2 colaboradores foram encaminhados para o Centro Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia para efetivarem tratamento de tuberculose latente e 3 tiveram alta. Ambas as situações foram encaminhadas mediante parecer de uma médica especialista de Pneumologia. O SSHST acompanha este processo através da médica interlocutora do CHVNG/E, EPE para a tuberculose.

Nesta caracterização contabilizaram-se 11 *missings*: 6 justificados pela presença anterior de tuberculose pelo colaborador, 2 por apresentarem registo recente no BIS do Teste de *Mantoux* e 3 porque não realizaram o Teste *IGRA*.

O diagnóstico precoce de tuberculose infeção latente reduz significativamente o risco de desenvolvimento de doença ativa e transmissão na comunidade. Assim, estamos a prevenir o aparecimento de novos casos de tuberculose, quando efetuamos os rastreios.

Participou na elaboração do procedimento interno documentado, “*Prevenção da Transmissão da Tuberculose Nosocomial*”, aprovado pelo Conselho de Administração. O documento pretende uniformizar procedimentos a serem adotados a nível Institucional no que concerne à prevenção da transmissão e controlo da tuberculose.

Colaborou no planeamento da Formação “*Tuberculose Ocupacional*”, que decorreu no Centro de Formação do CHVNG/E, EPE, no dia 30 de maio de 2012, com a duração de 6 horas, dirigida a todos os colaboradores da Instituição. O programa da formação compreendia as seguintes áreas: Epidemiologia da Tuberculose, Mecanismos de Defesa no Contacto com o Bacilo da Tuberculose, Rastreio de Tuberculose e Decisão de Tratar, Tuberculose Ocupacional: Rastreios no CHVNG/E, EPE, Casos Práticos, onde estiveram presentes preletores da Instituição e externos. Estiveram a assistir 31 colaboradores de diferentes serviços e categorias profissionais. Foi uma formação interativa, tendo sido possível o debate e o esclarecimento de dúvidas.

Tabela 3 Caracterização da amostra relativa à avaliação do risco cardiovascular em 10 anos segundo a idade real do colaborador, o Score de Framingham e a idade vascular/ cardíaca do colaborador

Gênero	Idade Real do Colaborador (anos)	Score de Framingham (%)	Idade Vascular/ Cardíaca do Colaborador (anos)
F	46	2,1	38
F	40	4,2	50
F	37	5,3	54
F	34	1,1	30
F	41	4,4	51
F	48	2,8	43
M	29	–	–
F	46	5,7	56
F	61	62,8	86
M	45	8,7	51
F	55	5,7	56
M	39	5,5	47
F	50	4,3	50
F	48	3,2	45
F	53	3,3	45
F	46	6,9	60
F	49	5,5	55
M	51	10,4	53
F	41	1,5	34
F	49	3,1	44
F	57	6,9	60
F	54	5,5	55
F	55	5,5	55
F	37	1,3	32
F	46	5,8	56
M	50	7,6	48
F	56	5,4	55
F	45	2,7	42
F	33	0,6	24
F	40	1,6	34
F	32	1,7	36
F	33	3	44
F	32	1,9	37
F	33	0,6	24
F	50	4	49
F	40	1,7	35
M	27	–	–
M	29	–	–
F	26	–	–
F	27	–	–
F	50	4,6	52
F	48	4,9	53
M	34	2,3	32
F	55	5,2	54
F	40	1,8	37
M	34	2,7	34

Legenda: F – Feminino M – Masculino

Da amostra fazem parte 37 colaboradores do gênero feminino e 9 do gênero masculino, o que evidencia a predominância relativamente ao gênero.

Não foi possível calcular o risco cardiovascular de 5 colaboradores por apresentarem idade

abaixo de 30 anos, uma vez que o *Score de Framingham* não apresenta pontuação para estes colaboradores.

No que diz respeito à avaliação do risco cardiovascular em 10 anos, segundo a Escala de avaliação do risco cardiovascular de *Framingham*, verificou-se que 39 colaboradores (95,65%) apresentaram baixo risco para doença cardiovascular, 1 colaborador (2,17%) apresentou risco médio e 1 colaborador (2,17%) manifestou alto risco.

Este facto pode ser atribuído à média de idades: 42,9 anos. Segundo Barreto et al., referido por Rodrigues e Philippi, um estudo envolvendo 1712 indivíduos, no Estado de Minas Gerais, no Brasil, encontrou baixo risco cardiovascular, segundo a Escala de *Framingham*. “*Da população com idade entre os 30 e 59 anos, mais de metade não ultrapassou a pontuação de 5%, ressaltando que há medida que a população envelhece, existe a tendência dessa percentagem aumentar*” (2008, p.325).

O *Score de Framingham* com maior frequência é 5,5%, representativo de baixo risco para doença cardiovascular em 10 anos, indo ao encontro do referido anteriormente.

A média situou-se nos 5,49% do *Score de Framingham*, corroborando com o referido no estudo mencionado anteriormente.

Podemos observar que a idade real é superior à idade vascular/ cardíaca em 19 colaboradores (2 do género masculino e 17 do género feminino), a idade real é igual à idade vascular/ cardíaca em 3 colaboradores (1 do género masculino e 2 do género feminino) e que a idade real é inferior à idade vascular/ cardíaca em 19 dos colaboradores (3 do género masculino e 16 do género feminino).

A prevenção das doenças cardiovasculares deve ser uma prioridade, principalmente nos colaboradores que apresentam fatores de risco individuais, apesar da média alcançada.

A mediana da idade real situou-se próxima da da idade vascular/ cardíaca, respetivamente, nos 46 anos e 48 anos.

A média das idades real e vascular/ cardíaca ficaram muito próximas, 44,7 anos e 46,2 anos, respetivamente.

Registaram-se 9 *missings* relativamente à avaliação do risco cardiovascular em 10 anos segundo a Escala de *Framingham* (falta dados relativos ao IMC e/ou TA sistólica).

6. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Após a explanação das atividades desenvolvidas no decorrer deste estágio opcional, considerou pertinente mencionar as competências adquiridas tendo em consideração o que foi definido no art. 4º, ponto 1, do Regulamento nº128/2011 de 18 de fevereiro, p.8667.

O facto de possuir o Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, no entanto, atualmente não ser o seu contexto de exercício profissional, facilitou o decurso do estágio bem como proporcionou a mobilização de conhecimentos e competências adquiridas.

O ambiente laboral é, por excelência, uma área de intervenção onde as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são inúmeras, assim como as potenciais atividades a implementar.

Assim, passou a descrever de forma sumária para cada competência as atividades levadas a cabo no decorrer do estágio, que de forma direta ou indireta contribuíram para a aquisição de cada uma das competências.

Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

A concretização desta competência envolve todo o processo de planeamento em saúde nas suas diversas etapas.

Este estágio (opcional) tinha como objetivo desenvolver um projeto de intervenção em saúde, contudo, colaborou com o SSHST ao longo de todo o processo de planeamento em saúde, para responder de forma adequada às necessidades dos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica do CHVNG/E, EPE, proporcionando ganhos efetivos em saúde.

Deste modo, participou no diagnóstico do estado de saúde e identificação de necessidades destes colaboradores. A colheita de dados incluiu um inquérito “*Inquérito de Determinantes de Saúde*”, que foi adaptado de um questionário já validado, *Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida e da Saúde (QVS-80)*, já implementado pelo SSHST, direcionado para a identificação dos determinantes de saúde.

A identificação de necessidades foi efetuada tendo por base dados quantitativos e epidemiológicos, que foram analisados.

As intervenções foram planeadas e executadas, bem como, a respetiva articulação não só de recursos mas também em complementaridade com a prática de outros profissionais.

Avaliou as intervenções desenvolvidas tendo em vista a resolução das necessidades identificadas e a obtenção de ganhos em saúde.

Os exames periódicos ou ocasionais a serem efetuados a estes colaboradores permitirão obter mais informação ou alterações entretanto existentes, através do inquérito realizado na consulta de enfermagem ao colaborador. Possibilitando assim, atualizar o diagnóstico de saúde, determinar novas necessidades e fatores de risco, e implementar as intervenções adequadas.

Por tudo o que referiu anteriormente considera ter alcançado esta competência, uma vez que foi capaz de implementar todas as etapas da metodologia do planeamento em saúde.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

A capacitação de grupos e comunidades entende-se como o empoderamento ou *empowerment* dos mesmos, ou seja torna-los cooperantes e responsáveis no seu projeto de saúde. Tem como objetivo capacitar os indivíduos e comunidades para que possam fazer escolhas informadas no controlo da própria saúde.

Considera que alcançou esta competência enquanto facilitadora de informação e educação para a saúde individual ou coletiva, em diferentes contextos, no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, aos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica do CHVNG/E, EPE.

Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

As áreas de intervenção desenvolvidas integraram-se no contexto de Programas de Saúde Nacionais, desenvolvidos pela DGS, nomeadamente, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares, Programa Nacional de Vacinação e o Programa Nacional para a Tuberculose.

O enfoque atual no que respeita aos determinantes de saúde, pela sua importância não só na saúde individual como coletiva, têm sido motivo de análise por parte de diferentes Organizações nacionais e internacionais. Este facto deve-se à relevância atribuída aos fatores de risco e às doenças que podem originar e por esse motivo têm sido alvo de divulgação e incentivo de medidas de promoção de estilos de vida saudáveis. Nesta medida, foram analisados alguns determinantes de saúde dos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica do CHVNG/E, EPE.

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Durante o estágio na colheita de dados, aplicou um inquérito e obteve informação que visou a recolha de dados de natureza epidemiológica e portanto passíveis de serem trabalhados e utilizados para caracterizar o perfil epidemiológico dos colaboradores não só do Serviço de Patologia Clínica como do CHVNG/E, EPE.

7. CONCLUSÃO

A redação deste relatório simboliza o culminar de um percurso académico. Permitiu descrever as atividades e experiências vivenciadas no decurso do estágio, no SSHST do CHVNG/E, EPE. Fica claro neste contacto com o SSHST, e mais especificamente com a Enfermagem do Trabalho, que o enfermeiro tem um papel relevante nesta área da prestação de cuidados, ainda pouco definida e não regulamentada.

O meio laboral é, por um lado, o local onde os colaboradores passam grande parte do seu tempo e, por outro, pode funcionar como espaço de informação e educação para a saúde, individual ou coletiva. Assim, torna-se evidente a necessidade crescente de intervenção em saúde no contexto laboral, tendo em consideração a qualidade de vida do trabalhador, a qualidade no trabalho e as condições em que este se desenvolve.

Desta forma, a possibilidade de caracterizar diferentes determinantes de saúde, dos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica, do CHVNG/E, EPE, prendeu-se com poder intervir aos mais diversos níveis, na prevenção e promoção de estilos de vida saudáveis.

Os resultados encontrados dos determinantes de saúde estudados superaram as expectativas com que partiu para o estudo, de forma positiva. Podemos inferir que o facto de ser um grupo privilegiado em termos de acesso a informação no âmbito da saúde, nomeadamente fatores de risco e a cuidados de saúde, poderá ter influenciado de forma positiva estes resultados.

Avaliou o risco cardiovascular em 10 anos de acordo com a Escala de avaliação do risco cardiovascular de *Framingham*, tendo verificado que 95,65% dos colaboradores apresentaram baixo risco para a doença.

Foi possível detetar precocemente casos de tuberculose infeção latente, prevenindo o aparecimento de doença ativa e a transmissão na comunidade, assim os 5 colaboradores identificados foram adequadamente encaminhados.

A vacinação é um importante indicador de saúde, não só a nível individual, como de saúde pública, com os resultantes ganhos em saúde. Os colaboradores que não apresentaram o BIS ou se encontravam com o mesmo desatualizado foram incentivados à atualização do mesmo de acordo com o PNV.

A articulação de recursos a nível institucional teve como objetivo responder às necessidades reais ou potenciais, expressas pelos colaboradores do Serviço de Patologia Clínica, visando a adoção de comportamentos e estilos de vida promotores de saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tem uma área

de intervenção bastante diversificada a nível laboral, não só assegurar a saúde dos trabalhadores, mas também contribuir positivamente para a sua motivação e realização pessoal e profissional. Ao agirmos positivamente sobre os determinantes de saúde estamos a promover ganhos em saúde, permitindo melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, das Instituições e da sociedade em geral.

O estágio proporcionou o conhecimento das atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro do Trabalho no CHVNG/E, EPE, facilitado pela disponibilidade e profissionalismo de todos os profissionais do SSHST.

A calculadora segundo a Escala de avaliação do risco cardiovascular de *Framingham*, que foi utilizada para determinar o risco de vir a desenvolver doença cardiovascular em 10 anos teve por base o IMC, contudo, gostaria também de ter realizado esta análise com a calculadora do perfil lipídico (colesterol total e colesterol HDL). Desta forma, poderia estabelecer uma análise comparativa na mesma população. Esta análise não foi possível não só pelas razões anteriormente elencadas mas também pela escassez de tempo.

Uma das limitações do estudo decorre da impossibilidade de generalização das conclusões obtidas para os restantes Serviços do CHVNG/E, EPE, dado este ter incidido apenas num único Serviço da Instituição, o que tornou a amostra demasiado pequena.

Os *missings*, na avaliação dos determinantes de saúde, também condicionaram os resultados obtidos.

Neste sentido, sugere-se que o SSHST dê continuidade às atividades desenvolvidas nos restantes Serviços do CHVNG/E, EPE; que estabeleça protocolos de referência com diversas áreas clínicas (Serviço de Estomatologia, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Pneumologia (Consulta Antitabagismo), Serviço de Dermatologia, Serviço de Psicologia, entre outras), com o objetivo de agilizar o encaminhamento interno especializado aos colaboradores; realize rastreios e *Workshops* temáticos, envolvendo a equipa multidisciplinar do SSHST e outros profissionais da Instituição, com o objetivo de promover não só a saúde dos colaboradores como locais de trabalho saudáveis; solicite um espaço dedicado ao SSHST na *Intranet*, como recurso para a divulgação de informações úteis e campanhas de sensibilização a todos os colaboradores do CHVNG/E, EPE.

Ao finalizar o estudo considerou não só que este permitiu a realização dos objetivos inicialmente definidos, como também possibilitou a reflexão/ação para uma nova área de exercício profissional, a enfermagem no trabalho.

Pretende apresentar e publicar os resultados obtidos, como forma de divulgação dos mesmos, possibilitando que estudos similares sejam realizados e que se possam estabelecer análises comparativas.

Após o término do estágio foi convidada pelo Conselho de Administração do CHVNG/E, EPE a desempenhar funções no SSHST, convite que aceitou. É um Serviço onde não só é possível exercer funções de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, como dar visibilidade à área de especialidade.

8. BIBLIOGRAFIA

- AAOHN - *American Association of Occupational Health Nurses, Inc.*. Recuperado em 18 de maio, 2012, de <https://www.aaohn.org/>

- Antunes, R. J. C. C. P. (2009). *Enfermagem do trabalho - contributo do enfermeiro para a saúde no trabalho*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal. Recuperado em 12 de novembro, 2012, de https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/13501/1/Tese_mestrado_Ricardo%20Antunes.pdf

- Archer, L. & Biscaia, J. & Osswald, W. (1996). *Bioética*. Lisboa. Editorial Verbo.

- ARSN, I.P. (2011). *Programa de Luta contra a Tuberculose na região de saúde do Norte. Caracterização da Utilização dos Testes IGRA 2010*. Porto. Recuperado em 14 de maio, 2012, de http://portal.arsnorte.min-saúde.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Caracterizacao_Utilizacao_Testes_IGRA_2010.pdf

- ARSN, I.P. (2012). *Saúde Pública*. Porto. Recuperado em 10 de junho, 2012, de <http://portal.arsnorte.min-saúde.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica>

- ARSN, I.P. (2012). *Tabaco*. Porto. Recuperado em 10 de junho, 2012, de <http://portal.arsnorte.min-saúde.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde/Tabaco>

- Associação Nacional da Tuberculose e Doenças Respiratórias. *O tabaco e o Pulmão*. Recuperado em 2 de maio, 2012, de http://www.antdr.org/parte_2/2index.htm

- Biscaia, J. (2006). *Princípio - Vulnerabilidade*. Cadernos de Bioética: Revista Portuguesa de Bioética, Ano XVII, nº42, dezembro, pp.295-302.

-
- Candeias, V. & Nunes, E. & Morais, C. & Cabral, M. & Silva, P. R. (2005). *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Lisboa, DGS. Recuperado em 10 de junho, 2012, de <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Institucional/Centro%20Conhecimento/Publicacoes/Principios%20para%20uma%20alimentacao%20saudavel.pdf>

 - Cellestis. Clinicians Guide to QuantiFERON®-TB Gold. (2005). Clinicians Guide 05981000A (13.01.05). Recuperado em 20 de maio, 2012, de http://www.cellestis.com/irm/content/gold/qft-gold_us_clinicianguide.pdf

 - Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo. (2006). *Programa Regional de Saúde Ocupacional. Vacinação dos Profissionais de Saúde. Orientações Técnicas. Nº CRSPLVT/01/SO*. Recuperado em 15 de maio, 2012, de http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/SO_Vac_Prof.pdf

 - Decreto-Lei nº84, de 16 de abril de 1997 (1997). *Transpõe para a ordem jurídica interna as Diretivas do Conselho nº90/679/CEE, de 26 de novembro e nº93/88/CEE, de 12 de outubro e a Diretiva nº95/30/CE, da Comissão, de 30 de junho, relativas à proteção da segurança e saúde dos trabalhadores contra os riscos resultantes da exposição a agentes biológicos durante o trabalho*. Lisboa, INCM. Recuperado em 15 de abril, 2012, de <http://dre.pt/pdf1sdip/1997/04/089A00/17021709.pdf>

 - Decreto-Lei nº104, de 21 de abril de 1998 (1998). *Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto*. Lisboa, INCM. Recuperado em 15 de maio, 2012, de <http://dre.pt/pdf1sdip/1998/04/093A00/17391757.pdf>

 - Decreto-Lei nº161, de 4 de setembro de 1996 (1996). *Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa, INCM. Recuperado em 15 de maio, 2012, de <http://dre.pt/pdf1sdip/1996/09/205A00/29592962.pdf>

 - Decreto-Lei nº247, de 22 de setembro de 2009 (2009). *Estabelece o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional*. Lisboa, INCM. Recuperado em 20 de maio, 2012, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/DL247-2009_Regime_Legal_Carreira.pdf

-
- Decreto-Lei nº248, de 22 de setembro de 2009 (2009). *Estabelece o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional*. Lisboa, INCM. Recuperado em 20 de maio, 2012, de <http://www.dgap.gov.pt/index.cfm?OBJID=91f17207-d63e-4f78-a525-4e8140f46f49&ID=969>

 - Despacho nº404, de 13 de janeiro de 2012 (2012). *Determina quais os programas de saúde prioritários a desenvolver pela Direção Geral da Saúde*. Lisboa, INCM. Recuperado em 15 de junho, 2012, de <http://dre.pt/pdf2sdip/2012/01/010000000/0134101342.pdf>

 - DGS. (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida*. Lisboa. Recuperado em 15 de maio, 2012, de http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf

 - DGS. (2005). Circular Normativa nº03/DGCG de 17 de março. *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa. Recuperado em 15 de maio, 2012, de <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=60766101AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>

 - DGS. (2006). Circular Normativa nº03/DSPCS de 06 de fevereiro. *Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa. Recuperado em 15 de junho, 2012, de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9B01E25D-D16C-422C-B3E0-140D1B591198/0/circularnormativadgs03dspcs060206.pdf>

 - DGS. (2010). Circular Informativa nº04/PNT de 11 de fevereiro. *Tuberculose Latente: Projeto de expansão dos testes IGRA*. Lisboa. Recuperado em 15 de maio, 2012, de <http://www.dgs.pt/?cr=15472>

 - DGS. (2010). Circular Normativa nº03/DSPPS/DCVAE de 18 de fevereiro. *Programa Nacional de Saúde Ocupacional - PNSOC*. Lisboa. Recuperado em 10 de abril, 2012, de <http://www.dgs.pt/?cr=15484>

 - DGS. (2010). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional: Perguntas frequentes*. Lisboa. Recuperado em 20 de abril, 2012, de <http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/perguntas-frequentes.aspx>

-
- DGS. (2011). Circular Normativa nº002/2011 de 14 de janeiro. *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Lisboa. Recuperado em 15 de maio, 2012, de <http://www.dgs.pt/ms/7/pagina.aspx?codigoms=5519&back=1&codigono=0005AAAAAAAAAAAA>
- DGS. (2011). Norma nº020/2011 de 28 de setembro. *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Lisboa. Recuperado em 08 de abril, 2012, de <http://www.dgs.pt/?cr=21293>
- DGS. (2011). Norma nº026/2011 de 29 de setembro. *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa. Recuperado em 08 de abril, 2012, de <http://www.dgs.pt/?cr=21293>
- DGS. (2011). Norma nº040/2011 de 21 de dezembro. *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa. Recuperado em 15 de maio, 2012, de http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEESIP_PNVacinacao2012.pdf
- DGS. (2011). Orientação nº31/2011 de 27 de setembro. *Vacinação contra a gripe com a vacina trivalente na época 2011/2012: Alargamento dos grupos de risco para vacinação gratuita*. Lisboa. Recuperado em 15 de maio, 2012, de http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/dgs_gripe_nov_2011.pdf
- DGS. (2011). *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose: Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho. Relatório para o Dia Mundial da Tuberculose*. Lisboa. Recuperado em 15 de maio, 2012, de http://www.aidsportugal.com/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=2775
- DGS. (2012). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares: Orientações Programáticas*. Lisboa. Recuperado em 10 de abril, 2012, de <http://www.dgs.pt/?cr=22514>
- DGS. (2012). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo: Orientações Programáticas*. Lisboa. Recuperado em 08 de setembro, 2012, de <http://www.dgs.pt/?cr=22514>
- DGS. (2012). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Orientações Programáticas*. Lisboa. Recuperado em 10 de junho, 2012, de <http://www.dgs.pt/?cr=22514>
- DGS. (2012). *Vacinação do adulto contra o tétano*. Boletim Vacinação nº5. julho. 2012. Lisboa. Recuperado em 25 de setembro, 2012, de <http://www.dgs.pt/?cr=22757>

-
- DGS. (2014). Orientação nº009/2014 de 03 de junho. *Autorização para o exercício de Enfermagem do Trabalho*. Lisboa. Recuperado em 15 de junho, 2014, de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0092014-de-03062014.aspx>
- Duarte, R. & Amado, J. & Lucas, H. & Sapage J. M. (2007). *Tratamento da tuberculose latente: Revisão das normas*, 2006. Revista Portuguesa de Pneumologia, Vol. XIII, Nº3, maio/junho, pp.397-418.
- Duarte, R. & Villar, M. & Carvalho, A. (2010). *Tratamento da tuberculose de infeção latente. As recomendações atuais*. Revista Portuguesa de Pneumologia, Vol. XVI, Nº5, setembro/outubro, pp.809-814.
- Eurotrials. Consultores Científicos. *Boletim Informativo Nº22*. dezembro. 2006. Edição trimestral. Recuperado em 07 de maio, 2012, de http://www.eurotrials.com/contents/files/Boletim_22.pdf
- Eurotrials. Consultores Científicos. *Boletim Informativo Nº23*. junho. 2007. Edição trimestral. Recuperado em 07 de maio, 2012, de http://www.eurotrials.com/contents/files/Boletim_23.pdf
- Ferreira, F. A. G. (1990). *Moderna Saúde Pública* (6ª Edição). Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- FOHNEU - *Federation of Occupational Health Nurses within the European Union*. Recuperado em 19 de maio, 2012, de <http://www.fohneu.org/>
- Framingham Heart Study*. Recuperado em 15 de maio, 2012, de <http://www.framinghamheartstudy.org/>
- Gardete Correia, L. [et al.] (2013). *Diabetes: Factos e Números 2012: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Recuperado em 15 de maio, 2012, de <http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documentos/i018361.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa. Portugal. INE, I.P./INSA, I.P. Recuperado em 10 de abril, 2012, de http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf

-
- Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto. (2012). *Áreas de Atividade: Saúde Ambiental e Ocupacional – Apresentação*. Porto. Recuperado em 2 de maio, 2012, de <http://www.ispup.up.pt/index.php?cid=Areas&lang=pt&sub=SaudeAmbiental>
- Junior, G. B. V. & Leite, N.. *Qualidade de Vida e Saúde: Avaliação pelo QVS-80*. pp.71-80.
- Landim, M. B. P. & Victor, E. G. (2006). *Escore de Framingham em motoristas de transportes coletivos urbanos de Teresina, Piauí*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Vol. 87, Nº3, setembro, pp.315-320. Recuperado em 09 de novembro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n3/a14v87n3.pdf>
- Lei nº59, de 11 de setembro de 2008 (2008). *Aprova o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas*. Lisboa, INCM. Recuperado em 20 de abril, 2012, de http://www.ccisp.pt/doc/diplomas/L59_2008.pdf
- Lei nº102, de 10 de setembro de 2009 (2009). *Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho*. Lisboa, INCM. Recuperado em 20 de abril, 2012, de <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/17600/0616706192.pdf>
- Lotufo, P. A. (2008). *O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares*. Revista de Medicina, outubro/dezembro, 87(4), pp.232-237. Recuperado em 20 de junho, 2012 de <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/59084/62070>
- Ludwig, M. W. B. & Zogbi, H. & Redivo, L. B. & Muller, M. C. (2005). *Dilemas Éticos em Psicologia: Psicoterapia e Pesquisa*. Revista Eletrónica da Sociedade Rio-Grandense de Bioética, Vol. 1, Nº1, outubro, pp.1-11. Recuperado em 09 maio, 2012, de <http://sorbi.org.br/revista1/bioetica-e-psico-sorbi.pdf>
- Marques, F. & Serra, F. (2012). *Caminhos da Prevenção Cardiovascular: Tratar ou Não Tratar a Pré-HTA, Pré-Diabetes e Hipercolesterolemia isolada. Conclusões*. Revista Fatores de Risco, Nº24, janeiro/março, pp.50-51.
- Mendes, R., & Dias, E. C. (1991). *Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador*. Revista de Saúde Pública, São Paulo. Brasil. 25(5), pp.341-349. Recuperado em 15 de maio, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>

-
- National Institutes of Health & National Heart Lung and Blood Institute. (2001). *Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults*. Recuperado em 07 de maio, 2012, de <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3xsum.pdf>

 - Nunes, E. & Breda, J.. *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Lisboa, DGS. Recuperado em 10 de junho, 2012, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005536.pdf>

 - OIT - *International Labour Organization*. Recuperado em 18 de maio, 2012, de <http://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm>

 - Oliveira, A. J. E. & André, S. M. S. (2010). *Enfermagem em Saúde Ocupacional*. Revista Millenium, N°41, julho/dezembro, pp.115-122. Recuperado em 15 de maio, 2012, de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium41/8.pdf>

 - Oliveira, A. F. & Valente, J. G. & Leite, I. C. (2008). *Aspetos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática*. Revista de Saúde Pública, São Paulo. Brasil. 42(2), pp.335-345. Recuperado em 15 de maio, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6503.pdf>

 - OMS (2008). *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2008-2013*. Geneva. Recuperado em 15 de junho, 2012, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf

 - OMS (2012). *Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016*. Denmark. Recuperado em 15 de junho, 2012, de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638.pdf

 - OMS (2012). *Occupational health*. Geneva. Recuperado em 25 de maio, 2012, de http://www.who.int/occupational_health/en/

 - OMS (2012). *Tobacco Free Initiative (TFI): Implementing tobacco control*. Geneva. Recuperado em 5 de junho, 2012, de <http://www.who.int/tobacco/control/en/>

-
- Patrão, M. C. L. (2011). *Autoeficácia em Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 Insulinotratadas*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal. Recuperado em 15 de maio, 2012, de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20397/1/TESE%20MESTRADO%20S%20P%20-%20Maria%20C%27%A9lia%20Patr%27%A3o.pdf>
- Portal da Saúde (2007). *Benefícios da atividade física*. Recuperado em 25 de abril, 2012, de <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/atividade+fisica/beneficios+atividade.htm>
- Portal de Saúde Pública (1999). *Educação para a Saúde Café e Chá*. Recuperado em 20 de abril, 2012, de <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/051-Educacao/alim.cafe.htm>
- Regulamento nº122, de 18 de fevereiro de 2011 (2011). *Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem*. Lisboa, INCM. Recuperado em 15 de maio, 2012, de <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf>
- Regulamento nº128, de 18 de fevereiro de 2011 (2011). *Define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa, INCM. Recuperado em 15 de maio, 2012, de <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0866708669.pdf>
- Revista Factores de Risco (2009). *Carta europeia para a saúde do coração*. Revista Factores de Risco, Nº13, abril/junho, pp.74-82. Recuperado em 10 de junho, 2012, de http://www.spc.pt/DL/rfr/FR_13.pdf
- Rodrigo, B. A. & Palacio, M. A. & Martin, A. G. & Cabeza C. M. & Gutiérrez M. S. *O poder do descanso: A saúde e os sonhos*. Espanha: Aupper, S. L..
- Rodrigues, T. F. F. & Philippi, S. T. (2008). *Avaliação nutricional e risco cardiovascular em executivos submetidos a check-up*. Revista da Associação Médica Brasileira, 54(4), julho/agosto pp.322-327. Recuperado em 09 de novembro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n4/16.pdf>

-
- Sá, C. R. (2009). *A avaliação do perfil de risco cardiovascular pelo Escore de Framingham em uma amostra da população adulta no Município de Mateus Leme (MG)*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Brasil. Recuperado em 10 de outubro, 2012, de http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-856GGJ/cleiterson_rezende_de_s_.pdf?sequence=1
- Sampaio, M. R. & Melo, M. B. O. & Wanderley, M. S. A. (2010). *Estratificação do Risco Cardiovascular Global em Pacientes Atendidos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) de Maceió, Alagoas*. Revista Brasileira de Cardiologia, 23(1), janeiro/fevereiro, pp.47-56. Recuperado em 09 de maio, 2012, de http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2010_01/a2010_v23_n01_05marcussampaio.pdf
- Santos, C. S. & Rasteiro, E. M. & Oliveira, T. (2011). *Relatório de Atividades 2011: linhas de intervenção para o ano de 2012. Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009-2012*. DGS. Recuperado em 20 de abril, 2012, de <http://www.aest.pt/uploads/docs/i017054.pdf>
- Serrão, D. & Nunes, R. (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto – Portugal: Porto Editora.
- Silva, P. M. (2010). *Cálculo de risco cardiovascular global: um instrumento em evolução*. Revista Portuguesa de Cardiologia, Vol. 29, Suplemento III, julho, pp.75-88. Recuperado em 25 de outubro, 2012, de <http://www.spc.pt/dl/rpc/artigos/1208.pdf>

ANEXOS

ANEXO I - Inquérito de Determinantes de Saúde



**CENTRO
HOSPITALAR**
VILA NOVA DE GAIA ESPINHO

SERVIÇO SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO
Inquérito de Determinantes de Saúde

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome: _____ Nº Mec. _____

Serviço: _____ Data Nascimento: ____ / ____ / 19 ____

1. Há quanto tempo trabalha no CHVNG/E? ① 0 a 5 anos ② 6 a 20 anos ③ Mais de 20 anos

2. Como é o seu turno de trabalho? ① Fixo ② Turnos diurnos ③ Roulement

3. Há quanto tempo pratica este horário?

① até 6 meses ② 6 a 11 meses ③ 1 ano a 1 ano e 11 meses ④ 2 a 2 anos e 11 meses ⑤ 3 anos ou mais

4. Em média quantas noites faz por mês:

① Não faço ② 1 a 2 ③ 3 a 4 ④ 5 a 6 ⑤ 7 ou mais noites

5. Indique qual(is) as patologias que apresenta actualmente:

① Nenhuma doença ② Diabetes ③ Colesterol alto ④ Asma/Bronquite/Rinite ⑤ Hipertensão

6. Além das patologias citadas acima apresenta alguma destas doenças:

① Nenhuma doença ② Triglicerídios altos ③ Doenças da Tiróide ④ Cancro ⑤ Doenças cardíacas e circulatórias

7. Os seus familiares (pai, mãe, irmãos, avós) apresentam ou faleceram por alguma das doenças:

① Nenhuma doença ② Diabetes ③ Colesterol alto ④ Asma/Bronquite/Rinite ⑤ Hipertensão

8. Os seus familiares (pai, mãe, irmãos, avós) apresentam ou faleceram por alguma destas doenças:

① Nenhuma doença ② Triglicerídios altos ③ Doenças da Tiróide ④ Cancro ⑤ Doenças cardíacas e circulatórias

9. Marque em baixo o local(ais) onde apresenta desconforto/dor:

① Nenhuma dor ② Cabeça/Olhos ③ Coluna ④ Braços/Ombro ⑤ Punhos/Mãos ⑥ Pernas/Pés

ESTILO DE VIDA E SAÚDE

10. Como considera a sua saúde actualmente?

① Excelente ② Boa ③ Regular ④ Má ⑤ Muito má

11. Como considera a qualidade do seu sono?

① Excelente ② Boa ③ Regular ④ Má ⑤ Muito má

12. Qual a duração média do seu sono?

① Mais de 8 horas ② 7 a 8 horas ③ 6 a 7 horas ④ 5 a 6 horas ⑤ Menos de 5 horas

13. Como se sente quando está no trabalho?

① Excelente ② Bem ③ Regular ④ Má ⑤ Muito má

14. Quantos cafés toma por dia :

① não bebo ② 1 ③ 2 a 3 ④ 4 a 5 ⑤ mais de 6

15. Em relação ao cigarro:

① Nunca fumei ② Parei há mais de 2 anos ③ Parei de 1 ano a menos de 2 anos ④ Parei há menos de 1 ano ⑤ Sou fumador

16. Se é fumador, quantos cigarros fuma por dia?

① Não sou fumador ② menos de 5 cigarros ③ 5 a 14 cigarros ④ 15 a 20 cigarros ⑤ mais de 20 cigarros

17. Numa semana normal, quantas “doses” de bebidas alcoólicas bebe? (1 dose = ½ garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque)

- ① Não bebo ② 1 a 4 doses ③ 5 a 9 doses ④ 10 a 13 doses ⑤ 14 doses ou mais

18. Assinale as refeições que faz habitualmente:

- ① P. Almoço ② Meio Manha ③ Almoço ④ Lanche ⑤ Jantar ⑥ Ceia

19. Numa semana normal com 14 refeições (7 almoços e 7 jantares), quantas refeições são de carne?

- ① Não consome ② 1 a 5 doses ③ 6 a 7 doses ④ 8 a 12 doses ⑤ 13 doses ou mais

20. Numa semana normal com 14 refeições (7 almoços e 7 jantares) quantas refeições contêm sopa?

- ① Não consome ② 1 a 4 doses ③ 5 a 9 doses ④ 10 a 13 doses ⑤ 14 doses ou mais

21. Diariamente, quantas peças de fruta ingere?

- ① Não consome ② 1 a 2 doses ③ 3 a 4 doses ④ 10 a 13 doses ⑤ 14 doses ou mais

22. Diariamente, que quantidade de água ingere?

- ① menos 0,33L ② 0,33L a 0,5L ③ mais de 0,5 a 1L ④ mais de 1L a 1,5 L ⑤ mais de 1,5L

23. Numa semana quantas vezes pratica exercício físico?

- ① Todos os dias ② de 5 a 7 vezes ③ de 3 a 4 vezes ④ 1 a 2 vezes ⑤ Não pratico

24. Que exercício físico pratica?

- ① caminhada ② Natação/hidroginastica ③ Futebol ④ Ginasio ⑤ não pratico

25. Há quanto tempo pratica actividades físicas regulares?

- ① Mais de 2 anos ② de 1 a 2 anos ③ de 3 a 12 meses ④ menos de 3 meses ⑤ não pratico

26. Quanto tempo fica sentado durante um dia de trabalho:

- ① Não fico sentado ② entre meia hora e 2 horas ③ entre 2h e 4h ④ entre 4h e 7h ⑤ mais de 7 h

27. No trabalho desloca-se: (caminha, sobe escadas)

- ① Muito frequentemente ② Frequentemente ③ Às vezes ④ Muito raramente ⑤ Nunca

AValiação DO AMBIENTE OCUPACIONAL

28. Como se sente quanto à satisfação de realizar as suas funções no seu posto de trabalho?

- ① Excelente ② Bem ③ Regular ④ Má ⑤ Muito má

29. Como considera o ambiente de trabalho no seu posto de trabalho?

- ① Excelente ② Bem ③ Regular ④ Má ⑤ Muito má

30. Como avalia o seu volume de trabalho?

- ① Excelente ② Bem ③ Regular ④ Má ⑤ Muito má

31. Como avalia o seu relacionamento com chefia?

- ① Excelente ② Bem ③ Regular ④ Má ⑤ Muito má

32. Como avalia o seu relacionamento com colegas de trabalho?

- ① Excelente ② Bem ③ Regular ④ Má ⑤ Muito má

33. Como avalia a sua realização profissional?

- ① Excelente ② Bem ③ Regular ④ Má ⑤ Muito má

Avaliação Biométrica (a ser preenchido pelo Enfermeiro do Trabalho)

TA= ____/____ FC= _____ Peso= _____ Altura _____

_____/_____/201____