

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE

**Resumo:** Inferir diagnósticos de enfermagem entre os trabalhadores de um serviço público de saúde. Estudo descritivo, transversal, quantitativo, do tipo censo, ocorrido entre agosto e outubro de 2019. A amostra foi composta por 26 profissionais de uma Secretaria de Saúde municipal. Para a sua efetivação, foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário Alimentar do Ministério da Saúde, Questionário de Baecke, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e o Questionário Bipolar. Realizou-se a análise comparativa entre estes e as características definidoras e os fatores relacionados de diagnósticos de enfermagem da Nanda International (NANDA-I). Foi possível inferir cinco diagnósticos de enfermagem: Estilo de Vida Sedentário, Sobrepeso, Distúrbio no Padrão de Sono, Fadiga e Sobrecarga de Estresse. Identificar os diagnósticos de enfermagem no âmbito da saúde do trabalhador é imprescindível para a elaboração de planos de cuidados adequados ao estado de saúde da pessoa sob cuidados.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Saúde do Trabalhador, Enfermagem do Trabalho, Processo de Enfermagem.

### Nursing Diagnoses in Health Workers

**Abstract:** To infer nursing diagnoses among workers of a public health service. Descriptive, cross-sectional, quantitative, census-type study, carried out between August and October 2019. The sample consisted of 26 professionals from a Municipal Health Secretariat. For its effectiveness, the following instruments were applied: Food Questionnaire Ministry of Health, Baecke Questionnaire, Pittsburgh Sleep Quality Index and Bipolar Questionnaire. A comparative analysis was carried out between these and the defining characteristics and factors related to the nursing diagnoses of Nanda International (NANDA-I). It was possible to infer five nursing diagnoses: Sedentary Lifestyle, Overweight, Sleep Pattern Disorder, Fatigue and Stress Overload. The identification of nursing diagnoses in the scope of workers' health is fundamental for the elaboration of care plans appropriate to the health status of the person being cared for.

Descriptors: Nursing Diagnosis, Occupational Health, Occupational Health Nursing, Nursing Process.

### Diagnósticos de enfermería en trabajadores de la salud

**Resumen:** Inferir diagnósticos enfermeros entre trabajadores de un servicio público de salud. Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, tipo censo, realizado entre agosto y octubre de 2019. La muestra fue conformada por 26 profesionales de una Secretaría Municipal de Salud. Para su efectividad se aplicaron los siguientes instrumentos: Cuestionario del Ministerio de Salud de Brasil, Cuestionario de Baecke, índice de calidad del sueño de Pittsburgh y cuestionario bipolar. Se realizó un análisis comparativo entre estos y las características definitorias y factores relacionados con los diagnósticos enfermeros de Nanda Internacional (NANDA-I). Fue posible inferir cinco diagnósticos enfermeros: sedentarismo, sobrepeso, trastorno del patrón de sueño, fatiga y sobrecarga de estrés. La identificación de diagnósticos enfermeros en el área de salud ocupacional es fundamental para la elaboración de planes de atención adecuados al estado de salud de la persona a la que se atiende.

Descriptor: Diagnóstico de Enfermería, Salud Laboral, Enfermería del Trabajo, Proceso de Enfermería.

#### Daijara Catrini dos Santos Borges

Acadêmica de Enfermagem das Faculdades Integradas de Taquara.

E-mail: [daijaraborges@sou.faccat.br](mailto:daijaraborges@sou.faccat.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4482-7985>

#### Rubellita Holanda Pinheiro Cunha

##### Gois

Enfermeira (UNIFOR). Mestre em Enfermagem (UNIRIO). Docente Faculdades Integradas de Taquara.

E-mail: [rubellitaholanda@faccat.br](mailto:rubellitaholanda@faccat.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3690-9991>

#### Edna Thais Jeremias Martins

Enfermeira, Mestre e Doutora em Ciências da Saúde (PUCRS). Docente das Faculdades Integradas de Taquara.

E-mail: [ednamartins@faccat.br](mailto:ednamartins@faccat.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2546-2987>

#### Claudia Capellari

Enfermeira (UFSM). Mestre em Enfermagem (UFRGS). Doutora em Ciências da Saúde (PUCRS). Docente e coordenadora do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Taquara. Orientadora do trabalho.

E-mail: [claudiacapellari@faccat.br](mailto:claudiacapellari@faccat.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2003-1424>

Submissão: 10/02/2021

Aprovação: 07/10/2021

Publicação: 06/12/2021

#### Como citar este artigo:

Borges DCS, Gois RHPC, Martins ETJ, Capellari C. Diagnósticos de Enfermagem em trabalhadores da área da saúde. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(36):19-29.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.19-29>

## Introdução

O mundo do trabalho tem sofrido muitas transformações, desde direitos adquiridos até diferentes formas de relacionar-se com as funções e premências desse campo de atividades. O trabalho, além de fonte de renda e subsistência, pode ser gerador de prazer e sofrimento<sup>1</sup>. Assim, o termo saúde do trabalhador busca expressar as relações do trabalho e o processo da saúde e da doença.

Neste contexto, o processo saúde-doença se define por ser dinâmico e estruturado, interligando a saúde, a doença e o trabalho. Os trabalhadores quase sempre estão expostos a cargas físicas e emocionais que favorecem fenômenos como o estresse ocupacional, passível de gerar desgaste e, conseqüentemente, o adoecimento<sup>2,3</sup>.

Em relação aos trabalhadores da área da saúde, há de se considerar que os mesmos, além de prestarem atendimento em saúde, são pessoas que precisam de suporte, sofrendo a influência de fatores relacionados ao trabalho. Estudo realizado entre enfermeiros do contexto hospitalar identificou que os mesmos apresentavam níveis críticos de sofrimento no trabalho, associados à prática laboral<sup>4</sup>. Outro estudo identificou associação significativa entre as cargas de trabalho e a função dos trabalhadores da saúde, e entre as mesmas e o desgaste à saúde dos trabalhadores de enfermagem<sup>5</sup>. Por outro lado, atividades resolutivas, relacionamento interpessoal com a equipe, relacionamento terapêutico com a comunidade, retorno profissional positivo e identificação com o trabalho foram reconhecidos como geradores de prazer no trabalho<sup>6</sup>.

No contexto da saúde do trabalhador, a enfermagem atua com vistas à prevenção e promoção

da saúde no ambiente laboral, objetivando o bem-estar do trabalhador nesse cenário. A atuação do enfermeiro tem o Processo de Enfermagem (PE) como orientador do cuidado<sup>7</sup>. Uma de suas fases, os diagnósticos de enfermagem (DE), contribui para o cuidado integral ao paciente, uma vez que definem a resposta humana a uma situação de saúde e doença<sup>8</sup>. O enfermeiro possui ação importante junto à saúde do trabalhador, uma vez que, ao identificar DE, pode intervir de forma a prevenir agravos e/ou contribuir na recuperação do bom estado de saúde das pessoas.

Para o estabelecimento de DE, é possível a utilização de instrumentos validados, como os utilizados em um estudo com despachantes bombeiros militares, no qual o autor se valeu de escalas de avaliação para identificar possíveis DE dos participantes<sup>9</sup>. Assim, a identificação de DE permite mapear as necessidades de saúde, gerando subsídios para intervenções, tanto em relação à prevenção de agravos, quanto em relação à promoção da saúde. Desta forma, este trabalho tem como objetivo inferir diagnósticos de enfermagem entre os trabalhadores de um serviço público de saúde.

## Material e Método

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido obedecendo os critérios do *STROBE statement*.

A população do estudo foi composta por 28 profissionais de saúde do município de São Francisco de Paula, do Rio Grande do Sul, Brasil. A atenção em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) realizada pela referida secretaria é feita mediante seis Estratégias de Saúde da Família (ESFs), um Centro de Atendimento Psicossocial I, a sede da Secretaria Municipal de Saúde e uma Academia do SUS.

A amostra do estudo foi não-probabilística, do tipo censo. Conforme critérios de inclusão, possuíam ensino superior completo, atuavam há pelo menos seis meses em suas funções e não possuíam lesão por esforço repetitivo (LER), distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT) ou estavam gestantes; excluíram-se trabalhadores em período de vacância e licença-maternidade. A coleta foi realizada de agosto a outubro de 2019.

No primeiro momento, após a apresentação da pesquisa e processo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram coletados os dados antropométricos e clínicos como peso, altura, pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD). Posteriormente, foram disponibilizados os questionários eletrônicos, explicando a forma de preenchimento de cada um e enviando os *links* de formulários eletrônicos via *WhatsApp*<sup>®</sup>, para que os participantes os preenchessem.

O primeiro questionário eletrônico, desenvolvido pela pesquisadora, continha dados sociodemográficos dos participantes, como idade, sexo, profissão, tempo de formado e de trabalho na unidade. Já, para as características alimentares, foi empregado o Questionário Alimentar do Ministério da Saúde, que faz parte do guia de instrução alimentar<sup>10</sup>. O questionário é interpretado conforme o escore da pontuação total atingida, em que a soma dos pontos e respectiva interpretação significam: até 28 pontos - a alimentação e hábitos de vida não são saudáveis; entre 29 a 42 pontos - sinal de alerta para alimentação e consumo de líquidos; 43 pontos ou mais - modo de vida saudável.

Para a avaliação da atividade física habitual, utilizou-se o Questionário de Baecke<sup>11</sup>. O mesmo é um

recordatório dos últimos 12 meses, composto de 16 questões, distribuídas em três escores: AFO (Atividades físicas ocupacionais), com oito questões, EFL (Exercícios físicos no lazer), com quatro questões e ALL (Atividades físicas de lazer e locomoção), com quatro questões. Salvo as questões relacionadas a tempo (horas, meses) e intensidade dos exercícios (rápida, moderada, vigorosa), as questões são respondidas em uma escala *Likert*, que varia de 1 (nunca) até 5 (muito frequentemente). O cálculo de cada escore e do escore total (ET) foi realizado a partir da fórmula original, apresentada por Baecke<sup>12</sup>.

Na avaliação do estresse, empregou-se a Escala de Estresse Percebido (EEP), composta 14 questões, em que os escores podem variar de 0 a 56, sendo que, quanto maior o escore, maior o nível de estresse percebido<sup>13</sup>.

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) foi utilizado para avaliação da qualidade do sono e de possíveis distúrbios no último mês. As questões estão dispostas em sete domínios, aos quais podem ser atribuídos de 0 a 3 pontos. A somatória total pode variar de 0 a 21 pontos, sendo que os escores superiores a 5 pontos indicam padrão ruim de qualidade de sono. Um escore total maior que cinco indica que o indivíduo está apresentando grandes disfunções em pelo menos dois componentes, ou disfunção moderada em pelo menos três componentes<sup>14</sup>.

Para avaliar a fadiga, foi aplicado o Questionário Bipolar em três momentos de um único dia, isto é, no início do expediente, antes do intervalo (meio da jornada) e no fim da jornada de trabalho, representando a sensação de fadiga que é experimentada naquele momento específico do dia em

que o instrumento está sendo aplicado. A escala é composta por 14 itens, que são dispostas em escala *Likert* de 1 até 7. A interpretação dos dados é feita sob os enfoques qualitativo e quantitativo. No primeiro caso, as marcações efetuadas nos números 2 e 3 indicam fadiga leve, 4 e 5 fadiga moderada e 6 e 7 fadiga intensa. Na segunda perspectiva, deve-se avaliar a diferença entre os valores indicados no início e no fim da jornada de trabalho<sup>15</sup>.

Os dados foram tabulados em uma planilha do programa *Microsoft Excel* e, após, sofreram análise estatística por meio do *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 25.0. Em relação às variáveis numéricas, as características descritivas da amostra foram expressas através da média e mediana, bem como pelas medidas de variabilidade do desvio padrão e amplitude interquartilica. O estudo da distribuição de dados ocorreu pelo teste de *Shapiro Wilk*. Sobre as variáveis categóricas, a apresentação dos dados ocorreu pelas distribuições absoluta e relativa. A comparação entre as classificações da escala de fadiga entre as avaliações de início, meio e fim da jornada ocorreu pelo teste de *McNemar Browker*. A significância estatística adotada foi  $p < 0,05$ .

A partir dos resultados dos instrumentos aplicados, realizou-se a análise comparativa entre estes e as características definidoras e os fatores relacionados de diagnósticos de enfermagem da *Nanda International (NANDA-I)*<sup>16</sup>, construindo-se um quadro com a inferência diagnóstica encontrada neste contexto.

A pesquisa foi realizada após a anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob

número do parecer 3.495.885, respeitando-se a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>17</sup>. Os profissionais de saúde foram convidados para participar do estudo pessoalmente, no horário de trabalho, de acordo com a disponibilidade dos trabalhadores e de modo a não interferir no fluxo de trabalho.

## Resultados

A amostra foi composta por 26 profissionais, com média de idade de  $45,5 \pm 11,9$  anos, em que as idades mínima e máxima foi de 30 e 69 anos, respectivamente. A presença do sexo feminino, 53,8% (n=14), mostrou-se ligeiramente maior que a do masculino, 46,2% (n=12). Os cargos mais frequentes foram de médico, 30,7% (n=8), seguido dos cargos de cirurgião-dentista e enfermeiro, cada um representando 23,1% (n=6) da amostra. Sobre o tempo de formação, a mediana foi de 17,5 (1°-3° quartil: 7,0 – 30,0) anos e a média de  $19,5 \pm 12,3$  anos. E, para o tempo de trabalho na unidade, a mediana foi de 6,0 (1°-3° quartil: 4,9 – 9,7) anos e a média de  $8,5 \pm 7,2$  anos.

Em relação às variáveis antropométricas e clínicas, as mesmas são apresentadas a seguir (Tabela 1).

**Tabela 1.** Variáveis Antropométricas e clínicas.

Variáveis	Total amostra (n=26) *
Peso, Kg	$77,7 \pm 16,5$ (50,0 – 123,0)
Altura, m	$1,68 \pm 0,09$ (1,50 – 1,95)
IMC, Kg/m <sup>2</sup>	$27,4 \pm 5,1$ (21,1 – 43,6)
PAS, mmHg	$113,3 \pm 13,9$ (90,0 – 140,0)
PAD, mmHg	$76,4 \pm 8,9$ (60,0 – 70,0)

IMC - Índice de Massa Corporal; PAS - Pressão Arterial Sistólica; PAD - Pressão Arterial Diastólica. \*Média±Desvio padrão (amplitude).

Os resultados relativos ao Questionário Alimentar do Ministério da Saúde (QAMS) e o Questionário de

atividade física habitual de Baecke (QAFHB) encontram-se a seguir (Tabela 2).

**Tabela 2.** Variáveis do Questionário Alimentar do Ministério da Saúde (QAMS) e do Questionário de Atividade Física Habitual de Baecke (QAFHB).

Variáveis escalas	Total amostra (n=26)
<b>QAMS*</b>	36,5±7,0 (20,0 – 51,0)
<b>Classificação do QAMS**</b>	
Até 28	4 (15,4)
De 29 a 42	19 (73,1)
Maior igual a 43	3 (11,5)
<b>QAFHB*</b>	
AFO	2,63±0,42 (1,75 – 3,75)
EFL	2,25±0,70 (1,25 – 4,00)
ALL	9,00±1,93 (6,00-13,00)
ET	13,87±2,34 (10,5 – 19,25)

QAMS - Questionário Alimentar do Ministério da Saúde; QAFHB - Questionário de Atividade Física Habitual de Baecke; AFO - Atividades físicas ocupacionais; EFL - Exercícios físicos no lazer; ALL - Atividades físicas de lazer e locomoção; ET - Escore Total de Atividade Física. \*Média±Desvio padrão (amplitude); \*\*n(%).

No que se refere à avaliação da Escala de Estresse Percebido (EEP) (Escore 0 – 56), a média foi de 21,92±7,46 com escores variando entre 6 (seis) e 41 pontos. Considerando-se as estimativas para os quartis, verificou-se que 25% da amostra concentraram as pontuações mais baixas do estudo inferiores ou iguais a 18,5, enquanto que, as pontuações mais elevadas neste estudo foram superiores a 26 pontos. A mediana foi estimada em 23 pontos.

Os escores referentes aos resultados do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh encontram-se a seguir (Tabela 3).

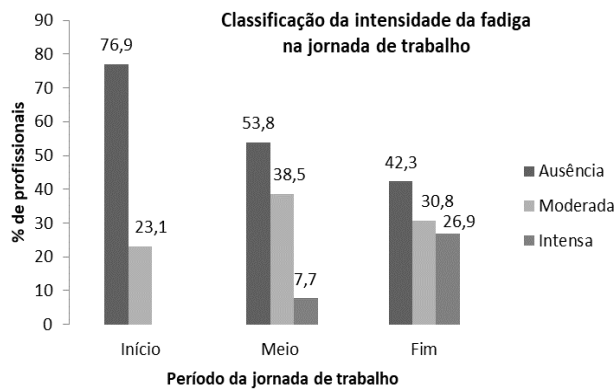
**Tabela 3.** Distribuição absoluta e relativa dos componentes do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI).

Componentes da Escala de Pittsburgh	Níveis de dificuldade - Total Amostra (n=26) *	
	N	%
<b>Qualidade subjetiva do sono</b>		
Muito bom	21	80,8
Bom	2	7,7
Ruim	0	0,0
Muito ruim	3	11,5
<b>Latência do sono</b>		
< ou = 15 minutos	9	34,6
16 a 30 minutos	12	46,2
31 a 60 minutos	2	7,7
> 60 minutos	3	11,5
<b>Duração do sono</b>		
> 7 horas	6	23,1
6 a 7 horas	11	42,3
5 a 6 horas	8	30,8
< 5 horas	1	3,8
<b>Eficiência habitual do sono</b>		
> 85%	0	0,0
75-84%	0	0,0
65-74%	2	7,7
< 65%	24	92,3
<b>Alterações do sono</b>		
Nenhuma no último mês	1	3,8
Menos de 1 vez por semana	19	73,1
1 ou 2 vezes por semana	6	23,1
3 ou mais vezes por semana	0	0,0
<b>Medicações para o sono</b>		
Nenhuma no último mês	21	80,8
Menos de 1 vez por semana	0	0,0
1 ou 2 vezes por semana	2	7,7
3 ou mais vezes por semana	3	11,5
<b>Disfunção diurna do sono</b>		
Nenhuma dificuldade	20	76,9
Dificuldade muito leve	4	15,4
Dificuldade Razoável	2	7,0,7
Dificuldade muito Grande	0	0,0
<b>Classificação Geral Pittsburgh</b>		
Boa (0 - 4)	2	7,7
Ruim (5 - 10)	20	76,9
Presença de distúrbio (>10)	4	15,4

A análise que envolveu a comparação dos dados referentes à escala de fadiga, de acordo com a aplicação do questionário Bipolar, nos três momentos da jornada de trabalho, apontou que, entre o início e fim da jornada, houve diferença estatisticamente significativa entre as classificações (p=0,009). Ocorreu

uma redução significativa do número de casos da ausência de fadiga ao final da jornada de trabalho, 42,3% (n=11) em comparação com o início da jornada, 76,9% (n=20), como apresentado na Figura 1.

**Figura 1.** Distribuição relativa para as classificações da intensidade de fadiga nos momentos de início, meio e fim da jornada de trabalho, de acordo com a aplicação do Questionário Bipolar.



A inferência dos Diagnósticos de Enfermagem baseou-se no sistema de classificação da NANDA-I. A partir da avaliação dos resultados das escalas de aplicadas, foi possível inferir cinco diagnósticos de Enfermagem, conforme detalhado (Quadro 1.). O mesmo apresenta o diagnóstico, seguido dos fatores relacionados (FR) e uma coluna com as correspondências encontradas a partir dos instrumentos aplicados. A seguir, na quarta coluna, encontra-se a descrição das características definidoras (CD), seguido das características identificadas a partir dos instrumentos aplicados.

**Quadro 1.** Inferência dos Diagnósticos de Enfermagem.

Diagnóstico <sup>(22)</sup>	FR descritos na Nanda-I <sup>(22)</sup>	FR identificados nos Instrumentos Aplicados	CD descritas na Nanda-I <sup>(22)</sup>	CD identificados nos instrumentos aplicados
<b>ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO (00168)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Interesse insuficiente em atividades físicas</li> <li>Motivação insuficiente para a atividade física</li> <li>Treinamento insuficiente para fazer exercício físico</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Resultado de 13,87±2,34* pontos para Atividade Física (QAFHB)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Falta de condicionamento físico</li> <li>Média de atividade física &lt; a recomendada para idade e sexo</li> <li>Preferência por atividades com pouca atividade física</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>AFO média de 2,63±0,42* (QAFHB)</li> <li>EFL média de 2,25±0,70* (QAFHB)</li> <li>ALL média de 9,0±1,93* (QAFHB)</li> </ol>
<b>SOBREPESO (00233)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Comportamento Sedentário que ocorre &gt;ou= a 2h/dia</li> <li>Comportamentos alimentares desorganizados</li> <li>Distúrbio do sono</li> <li>Média de atividade física inferior à recomendada para idade</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Resultado de 13,87±2,34* pontos para Atividade Física (QAFHB)</li> <li>Média estimada em 36,5±7,0 pontos, indicando que, de modo geral, os investigados devem ficar atentar para sua alimentação e consumo de líquidos (QAMS)</li> <li>Classificação geral da amostra - 76,0% com</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Índice de Massa Corporal &gt; 25 kg/m<sup>2</sup></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>IMC 27,4±5,1* kg/m<sup>2</sup></li> </ol>



		qualidade de sono ruim (PSQI)		
<b>FADIGA (00093)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ansiedade</li> <li>2. Estressores</li> <li>3. Falta de Condicionamento Físico</li> <li>4. Estilo de Vida não estimulante</li> <li>5. Depressão</li> <li>6. Privação do Sono</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estresse percebido 21,92±7,46* de 56 (EEP)</li> <li>2. Aumento da fadiga intensa de 0% (início da jornada) para 26,9% (final da jornada) (QB)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cansaço</li> <li>2. Capacidade prejudicada para manter o nível habitual de atividade física</li> <li>3. Padrão de Sono não Restaurador</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ao final da jornada, fadiga moderada em 30,8% e fadiga intensa em 26;9% (QB)</li> <li>2. Escore total de atividade física 13,87±2,34 (QAFHB)</li> <li>3. Classificação geral do sono: distúrbio do sono em 15,4% e sono ruim em 76,9% (PSQI)</li> </ol>
<b>DISTÚRBO NO PADRÃO DE SONO (00233)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Padrão de Sono não restaurador;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Classificação geral da amostra - 76,0% com qualidade de sono ruim (PSQI)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificuldade no desempenho das funções diárias</li> <li>2. Dificuldade para iniciar o sono</li> <li>3. Dificuldade para manter o sono</li> <li>4. Insatisfação com o sono</li> <li>5. Não se sentir descansado</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disfunção diurna do sono = dificuldade muito leve 15,4%; dificuldade razoável 7,7% (PSQI)</li> <li>2. Latência do sono - 46,2% de 16 a 30 minutos; 11,5% &gt; 60 minutos (PSQI)</li> <li>3. Eficiência Habitual do sono - em 92,3% da amostra a eficiência é &lt;65% (PSQI)</li> <li>4. Qualidade Subjetiva do Sono - em 11,5% da amostra é Muito Ruim (PSQI)</li> </ol>
<b>SOBRECARGA DE ESTRESSE (00177)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estressores</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estresse percebido 21,92±7,46* e mediana de 23 pontos (de 0 a 56) (EEP)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Impacto negativo do estresse</li> <li>2. Tensão</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Item "Se sentindo nervoso e estressado": escore 1,84 (de nunca [0] a muitas vezes [4]) (EEP)</li> <li>2. Item "Se encontrado pensando em coisas que deve fazer?": escore 2,3 (de nunca [0] a muitas vezes [4]) (EEP)</li> </ol>

FR - Fator Relacionado; CD - Característica Definidora; QAMS - Questionário Alimentar do Ministério da Saúde; QAFHB - Questionário de Atividade Física Habitual de Baecke; QB- Questionário Bipolar. EEP- Escala de Estresse Percebido; PSQI - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg. \*Média ± desvio padrão.

## Discussão

No presente estudo, a amostra foi representada por profissionais de saúde graduados, atuantes na secretaria de saúde de São Francisco de Paula, interior do Rio Grande do Sul. Em relação à idade, o censo deste estudo encontrou uma média de 45,5 anos. Pesquisa realizada entre profissionais de saúde da atenção primária identificou que 45,9% da amostra possuíam 40 anos ou mais<sup>18</sup>.

Ao realizar um censo junto a trabalhadores da saúde da atenção primária, o presente estudo verificou que as variáveis sexo e profissão foram semelhantes ao encontrado em pesquisa realizada com trabalhadores de saúde, em 2017<sup>19</sup>. O número de mulheres predominou dentre os trabalhadores (82%), assim como a maioria dos profissionais, que foram médicos e enfermeiros. No mesmo sentido, os autores indicaram que mais de 60% da amostra atua na atividade há mais de 10 anos; a média do tempo de

atuação dos participantes deste trabalho foi de 8,5 anos, o que denota experiência dos profissionais na atuação nos cenários de atenção primária.

Em relação à pressão arterial, está bem descrito que a mesma influencia diretamente na ocorrência de eventos cardiovasculares. No Brasil, a hipertensão arterial atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, contribuindo para que 50% das mortes seja relacionada a esse tipo de evento<sup>20</sup>. Um estudo com trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família constatou que a prevalência de hipertensão arterial foi maior em homens, com aproximadamente 37,8%, um aumento gradual devido à idade, sendo um dos maiores problemas de saúde nesses profissionais que atuam nessa área<sup>21</sup>. No presente estudo a média de PAS foi de 113,3±13,9 mmHg e da PAD foi de 76,4±8,9 mmHg, caracterizando proteção à população de trabalhadores estudada.

No contexto do cuidado em saúde, os diagnósticos de enfermagem podem ser estabelecidos com base em sinais e sintomas, a partir da avaliação clínica do enfermeiro. Um exemplo foi um estudo realizado com pacientes portadores da Doença de Gaucher em 2018, que possibilitou o estabelecimento dos DE prioritários, a partir dos sinais e sintomas identificados em suas fichas de atendimento<sup>23</sup>. Assim, no presente trabalho, foi possível inferir cinco diagnósticos de enfermagem a partir dos dados oriundos da aplicação dos instrumentos anteriormente citados, o que será abordado na discussão, a partir deste ponto.

Nossos dados em relação aos resultados de IMC (média de 27,4 kg/m<sup>2</sup>) permitem inferir que os trabalhadores envolvidos nesta pesquisa podem apresentar o DE **Sobrepeso**. É possível que sejam

resultantes do estilo de vida adotado pelos participantes, como apontam os resultados do questionário alimentar e do questionário de atividade física (AF). Quando aplicado o QAMS, a pontuação apontou que a maioria dos investigados deve atentar-se para a alimentação e outros hábitos, como atividade física e consumo de líquidos. Tais comportamentos podem levar ao aumento do valor de IMC, uma vez que a atividade física diária inferior à recomendada para o sexo e a idade é um fator de risco para este DE<sup>16</sup>.

O IMC é uma variável diretamente proporcional à ocorrência de eventos cardiovasculares e, ainda que não seja o melhor indicador para avaliar especificidades individuais, indica variações dignas de atenção a populações investigadas. Um estudo realizado com trabalhadores de saúde apontou prevalência de sobrepeso ou obesidade em aproximadamente 55% dos participantes, de acordo com o IMC<sup>24</sup>. No mesmo aspecto, a avaliação geral realizada no presente estudo indicou sobrepeso em 73,1% dos participantes.

É possível que o sobrepeso esteja relacionado ao estilo de vida dos participantes, como apontaram os resultados do QAFHB, a partir do que foi possível inferir DE **Estilo de vida sedentário**. Sobre questionário, identificou-se que os trabalhadores de saúde do cenário em estudo realizam pouca atividade física, especialmente aquelas de lazer, o que caracteriza hábitos de vida com baixo nível desse tipo de prática, além de reforçar o DE **Sobrepeso**, uma vez que a atividade física diária inferior à recomendada para o sexo e a idade é um fator de risco para este DE. O comportamento sedentário também foi encontrado em pesquisa sobre risco de doenças cardiovasculares e



estresse ocupacional, realizada junto a profissionais de saúde, em que 60% dos profissionais avaliados estavam sedentários<sup>16</sup>, e em trabalho sobre estresse ocupacional em trabalhadores de saúde, em que 33,5% referiram a prática de exercícios regular<sup>24</sup>, tornando o cenário preocupante, pois indivíduos inativos fisicamente apresentam piores indicadores antropométricos, além de baixa aptidão física e número elevado de fatores de risco para doenças coronarianas, se comparados com indivíduos ativos<sup>23</sup>.

O DE **Fadiga** é definido pela sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual<sup>16</sup>. Não foi possível identificar estudos reportando o nível de fadiga com o uso do QB junto a profissionais de saúde da atenção primária. No entanto, foi encontrado um estudo com despachantes bombeiros militares, no qual 98% dos participantes indicaram ausência de fadiga antes da jornada de trabalho e 70% indicaram fadiga intensa ao final da jornada<sup>9</sup>. Outro trabalho, realizado junto a fisioterapeutas, no âmbito hospitalar, avaliou os níveis de fadiga, apresentando como principais resultados a ausência de fadiga em 100% da amostra no início da jornada, 25% com fadiga moderada no meio da jornada e 37,5% com fadiga intensa ao final da jornada de trabalho<sup>25</sup>.

A fadiga, além de ser resultante do processo de trabalho, pode ser acentuada por padrões de sono ruins, identificado em 76,9% dos participantes deste estudo, e também por condições estressoras, cujo estresse no trabalho foi identificado em 53% da amostra, situações ilustradas pelos diagnósticos de enfermagem apresentados na sequência.

A partir dos resultados oriundos do PSQI, inferiu-se o DE **Distúrbio no Padrão do sono**, uma vez que os

participantes relataram dificuldade em conciliar e manter o sono, tendo classificação de sono ruim. O sono é um mecanismo essencial ao organismo em sua recuperação física e mental, permitindo que as pessoas tenham um bom desempenho das suas atividades diárias. Quando não se dorme bem, manifestações negativas surgem com o decorrer do tempo, gerando declínio na capacidade de concentração do trabalhador em suas atividades diárias<sup>26</sup>. No presente estudo os trabalhadores relataram uma duração do sono de seis a sete horas por noite em 43,2% dos casos, quando o recomendado ao adulto na faixa etária deste estudo é de dormir cerca de sete a nove horas por noite<sup>27</sup>.

Os participantes do estudo indicaram ter um nível de estresse percebido moderado e referiram ficarem nervosos e estressados no trabalho, o que pode indicar o DE **Sobrecarga de Estresse**, evidenciado por impacto negativo do estresse e tensão. Pesquisa realizada com profissionais de saúde da atenção básica apresentou maiores níveis de EP entre médicos, enfermeiros e agente comunitários de saúde e uma maior prevalência no sexo feminino<sup>28</sup>, o mesmo que retrata em nossa pesquisa em relação aos trabalhadores e sexo, com uma média de 21,92 na escala de EP. Por outro lado, estudo quase-experimental, conduzido junto a trabalhadores de enfermagem, indicaram que intervenções de “sala de bem-estar” foram positivas para a redução do estresse ocupacional<sup>29</sup>.

A enfermagem possui um corpo de conhecimento, incluindo linguagens padronizadas, que denotam a cientificidade da profissão. Ao mesmo tempo, instrumentos e escalas podem servir como

auxiliares para a tomada de decisão do enfermeiro e para a prática baseada em evidências.

### Limitações do estudo

Como limitação deste estudo, indica-se o tamanho amostral, ainda que tenham sido incluídos todos os trabalhadores da população de interesse, o que compromete a capacidade de generalização dos resultados. Também em relação à capacidade de generalização, o estudo foi realizado com profissionais com ensino superior, o que pode não refletir a realidade de todos os profissionais de saúde que atuam no cenário da Atenção Básica. Outra limitação é a ausência de acompanhamento da amostra, que impede a verificação do comportamento dos participantes ao longo do tempo, bem como influências adicionais que possam impactar em seu estado de saúde. Em relação ao Questionário Bipolar de Avaliação da Fadiga, aponta-se a inexistência de trabalho, realizado junto a profissionais de saúde da atenção primária, que permitisse a comparação dos dados. Por fim, é possível que outros diagnósticos estejam presentes nos participantes sem que, contudo, tenham sido considerados para este estudo, tendo em vista que sua inferência ocorreu mediante a aplicação de instrumentos.

### Conclusão

Os dados coletados permitiram a inferência de cinco diagnósticos de enfermagem junto a profissionais de saúde da atenção básica: Sobrepeso, Estilo de Vida Sedentário, Fadiga, Distúrbio no Padrão de Sono e Sobrecarga de Estresse.

Os achados deste estudo apontam para a necessidade de identificar os diagnósticos de enfermagem no âmbito da saúde do trabalhador para elaboração de planos de cuidados pautados em

resultados esperados e na prescrição de intervenções de enfermagem adequadas ao estado de saúde da pessoa sob cuidados.

### Referências

1. Dejours C. Le Choix: Souffrir au travail n'est pas une fatalité. Paris: Bayard. 2015; 300.
2. Santana LC, Ferreira LA, Santana LPM. Occupational stress in nursing professionals of a university hospital. Rev Bras Enferm. 2020; 73.
3. Brasil. Cadernos de Atenção Básica, n. 41. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico]. 2018.
4. Pimenta CJL, Bezerra TA, Martins KP, Costa TFd, Viana LRdC, Costa MML, et al. Pleasure and suffering among hospital nurses. Rev Bras Enferm. 2020; 73.
5. Carvalho DP, Rocha LP, Pinho EC, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Goulart LS. Workloads and burnout of nursing workers. Rev Bras Enferm. 2019; 72:1435-41.
6. Rocha GSA, Andrade MS, Silva DMR, Terra MG, Medeiros SEG, Aquino JM. Feelings of pleasure of nurses working in primary care. Rev Bras Enferm. 2019; 72:1036-43.
7. Guimarães GA, Alves PM, Marcelo C. Identidade e Autonomia do Enfermeiro. In: Chanes M. SAE descomplicada. 1 ed. São Paulo. 2018; 158.
8. Gallagher-Lepak S. Nursing Diagnosis Basics. In: Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). Nursing Diagnoses: definitions and classification 2018-2020. 11th ed. New York: Thieme. 2018; 473.
9. Dutra. KLC. Feelings of pleasure of nurses working in primary care. Rev enferm UFPE. 2017; 11(1):196-206.
10. Brasil. Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília. 2006. Disponível em: <[http://drt2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/10passos\\_adultos.pdf](http://drt2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/10passos_adultos.pdf)>.
11. Florindo AA, Latorre MRDd, Jaime PC, Tanaka T, Zerbini CAF. Methodology to evaluation the habitual physical activity in men aged 50 years or more. Rev Saúde Pública. 2004; 38:307-14.

12. Baecke JA, Burema J, Frijters JE. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *Am J Clin Nutr.* 1982; 36(5):936-42.
13. Luft CDB, Sanches OS, Mazo GZ, Andrade A. Brazilian version of the Perceived Stress Scale: translation and validation for the elderly. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(4):606-15.
14. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Pedro VD, Menna Barreto SS, Johns MW. Portuguese-language version of the Epworth sleepiness scale: validation for use in Brazil. *J Bras Pneumol.* 2009; 35:877-83.
15. Couto HA. Ergonomia aplicada ao trabalho: o manual técnico da máquina humana. 1995. 353.
16. Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). *Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2018-2020.* 11 ed. Porto Alegre: Artmed. 2018; 473.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. 2012. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>.
18. Cordioli DFC, Cordioli Junior JR, Gazetta CE, Silva AG, Lourenção LG. Occupational stress and engagement in primary health care workers. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72:1580-7.
19. Assis AL, Lacerda ST, Huet FHPJM, Costa DE. Worker's Surveillance in the Primary Care: learning with Family Health team of Joao Pessoa, Paraiba, Brazil. *Cien Saude Colet.* 2017; 22(10):3403-13.
20. Malachias M, Plavnik F, Machado C, Malta D, Scala L, Fuchs S. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 1 - Concept, Epidemiology and Primary Prevention. *Arq Bras Cardiol.* 2016; 107:1-6.
21. Oshiro ML, Ferreira JS, Oshiro E. Hipertensão arterial em trabalhadores da estratégia saúde da família. *Revista de Atenção à Saúde.* 2013; 11(36):20-8.
22. Breigeiron MK, Moraes VdC, Coelho JC. Signs and symptoms in Gaucher Disease: priority nursing diagnoses. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(1):104-10.
23. Ulguim FO, Renner JDP, Pohl HH, Oliveira CFd, Bragança GCM. Health workers: cardiovascular risk and occupational stress. *Rev Bras Med Trab.* 2019; 17(1):61-8.
24. Ribeiro RP, Marziale MHP, Martins JT, Galdino MJQ, Ribeiro PHV. Occupational stress among health workers of a university hospital. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2018; 39:e65127.
25. Ferreira JB, De Moraes KCS, Cirqueira RP, Ferreira ZAB, Narici Junior CR. Stress and fatigue levels in physical therapists in a private hospital. *EFDeportes.com.* 2015; 20 (210).
26. Godinho MR, Ferreira AP, dos Santos ASP, da Rocha FSA. Factors associated with sleep quality of technical-administrative workers in education of a public university. *Rev Med Saúde de Brasília.* 2017; 6(3):303-20.
27. Mantua J, Skeiky L, Prindle N, Trach S, Doty T, Balkin T, et al. Sleep extension reduces fatigue in healthy, normally-sleeping young adults. *Sleep Sci.* 2019; 12(2019).
28. Leonelli L, Andreoni S, Martins P, Kozasa E, Salvo V, Sopezki, D. Perceived stress among Primary Health Care Professionals in Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2017; 20(2):86-298.
29. Jacques JPB, Ribeiro RP, Scholze AR, Galdino MJQ, Martins JT, Ribeiro BGdA. Wellness room as a strategy to reduce occupational stress: quasi-experimental study. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71:483-9.