

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
CURSO DE GRADUAÇÃO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

FERNANDO MONTEIRO DO NASCIMENTO

**A QUESTÃO DO ADOECIMENTO PROFISSIONAL NO CUIDADO DE
ENFERMAGEM**

**Niterói
2013**

FERNANDO MONTEIRO DO NASCIMENTO

**A QUESTÃO DO ADOECIMENTO PROFISSIONAL NO CUIDADO DE
ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Universidade Federal
Fluminense como requisito para a obtenção
do título de Bacharel e Licenciado em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Geilsa Soraia Cavalcanti Valente.

Niterói
2013

N 244 Nascimento, Fernando Monteiro do.

A questão do adoecimento profissional no cuidado de enfermagem / Fernando Monteiro do Nascimento. – Niterói: [s.n.], 2014.

54 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2014.

Orientador: Prof^a. Geilsa Soraia Cavalcanti Valente.

1. Enfermagem. 2. Condições de Trabalho. 3. Saúde do Trabalhador. I. Título.

CDD 610.7346

Resumo

Observamos atualmente muitos profissionais atuantes da área de Enfermagem, sejam técnicos, auxiliares ou enfermeiros que apresentam sintomas como problemas de coluna, fadiga, estresse, dentre outros, que terminam por incapacitá-los em suas atividades laborais e pessoais. Este trabalho visa enumerar quais as principais patologias apresentadas pelo profissional de enfermagem atuante nas Clínicas Médica e Cirúrgica, masculina e feminina do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), para, a partir daí descrever possíveis estratégias para solucionar o problema. Participaram do estudo 30 trabalhadores (23 mulheres e 07 homens), com idades entre 25 e 54 anos (média de 38,6 anos). Utilizou-se o Índice de Capacidade para o Trabalho - ICT, instrumento desenvolvido na Finlândia, que apresentou valor médio de 38,0 entre os técnicos e 36,0 para os enfermeiros. As doenças mais referidas com diagnóstico médico foram as doenças músculo-esquelética e respiratória. Salienta-se que somente num ambiente adequado de trabalho, amparado por uma política institucional que vise seu bem-estar em diferentes medidas e aspectos tanto ergonômicos quanto psicológicos o profissional de enfermagem pode desempenhar um serviço adequado, que se reverta em bom atendimento ao paciente e redução do índice de afastamentos de seu serviço.

Palavras chave: enfermagem, condições de trabalho, saúde ocupacional.

Abstract

Today many professionals working in the field of nursing as technical, assistants and nurses who have symptoms such as back problems, fatigue, stress, among others that eventually incapacitate them in their work and personal activities. This work aims to list the mains pathologies presented by the nursing staff acting in Medical and Surgical Clinics, male and female of the Antonio Pedro University Hospital (HUAP), to thereafter describe possible strategies to solve the problem. We studied 30 workers (23 women and 07 men) aged between 25 and 54 years (38.6 years average). We used the Index Capacity for Work - ICT, an instrument developed in Finland, who averaged 38.0 between technicians and 36.0 for nurses. The diseases most commonly with medical diagnosis were musculoskeletal and respiratory diseases. It is noted that only in a suitable work environment, supported by an institutional policy to their well-being in different measures and both ergonomic and psychological aspects nursing professionals can play an appropriate service, which reverts into good patient care and reduce the rate of absenteeism of their service.

Keywords: nursing, working conditions, occupational health.

Sumário

1. **INTRODUÇÃO**, p. 6
 - 1.1. PROBLEMA, p. 8
 - 1.2. OBJETO, p. 8
 - 1.3. QUESTÃO NORTEADORA, p. 8
 - 1.4. OBJETIVO, p. 9
 - 1.5. MOTIVAÇÃO, p. 9
 - 1.6. RELEVÂNCIA, p. 9
 - 1.7. JUSTIFICATIVA, p. 10

2. **REVISÃO DE LITERATURA**, p. 12
 - 2.1. O MUNDO DO TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR, p. 12
 - 2.2. NORMAS REGULAMENTADORAS RELATIVAS À SEGURANÇA DO TRABALHO NO BRASIL, p. 16
 - 2.3. O TRABALHO EM ENFERMAGEM, p. 19
 - 2.3.1. *Enfermagem e o trabalho em turnos*, p. 22
 - 2.3.2. *Estresse e enfermagem*, p. 23
 - 2.3.3. *Os riscos ocupacionais e sua interferência na saúde do trabalhador de enfermagem*, p. 24
 - 2.3.4. *Ergonomia e enfermagem*, p. 26

3. **METODOLOGIA**, p. 28

4. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**, p. 31

5. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**, p. 40

6. REFERENCIAS, p. 42

6.1 OBRAS CITADAS, p. 42

7. APÊNDICE, p. 47

7.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, p. 47

7.2. ENTREVISTA, p. 49

1. INTRODUÇÃO

Desde meu processo inicial de formação na área de enfermagem ainda como técnico, observei que o adoecimento profissional e todo o pesar físico e psicológico atribuído às atividades de enfermagem eram o principal foco dos comentários relacionados ao desempenho de cuidados ao paciente enfermo. Atestei desta forma que as preocupações e expectativas relativas ao dia a dia no trabalho em enfermagem são completamente diferentes daquilo que se espera em qualquer outra profissão da área de saúde. Corrobora para tal a concepção do Ministério da Saúde (2001), que diz que para que o cuidado prestado aos clientes seja adequado, são necessários ambiente, recursos e condições dignas de trabalho para que os profissionais de enfermagem desenvolvam suas atividades laborais, o que não se observa nos hospitais.

Pude observar também, que não se salientava como principal o prazer de cuidar do próximo, muito menos as práticas de enfermagem, ou ainda, a satisfação pela retribuição financeira, que muitas vezes é a grande finalidade daqueles que buscam a formação técnica; e sim dada ênfase às dificuldades da profissão como: a extenuante carga horária de trabalho, péssimas condições de serviço, má retribuição financeira e prejuízos ao bem-estar físico e mental.

Sendo a enfermagem segundo Stacciarini e Tróccoli (2001, p.18), por sua própria natureza e características, uma profissão suscetível ao fenômeno do estresse ocupacional, podemos entender melhor tal pensamento. Por parte do

conceito de “estresse ocupacional”, podemos complementar tal ideia, de acordo com Costa et al (2000, p.554), que o fato de trabalhar em situações adversas (impostas por necessidades financeiras ou manutenção de um padrão social) impõe grande demanda de atividades variadas, podendo causar danos ao desempenho físico, distúrbios mentais, neurológicos, psiquiátricos e gastrintestinais.

Entre nós, alunos, muitas vezes indagados por pessoas curiosas em saber em qual área da saúde estávamos nos formando, logo que obtinham a resposta “enfermagem” tinham como reflexo quase que primário em sua grande maioria perguntas como: “Por que foi escolher esta profissão trabalhosa e mal remunerada?”; “Você não tem medo de sangue?”; “Vai fazer medicina quando terminar?”; ou ainda afirmativas ainda mais contundentes: “Eu não gostaria de ter que lidar com pessoas doentes”; “Você vai se arrepender dessa escolha”.

No inconsciente coletivo, o que as pessoas pensam sobre a Enfermagem é a de que é algo ruim, pois a ideia associada à mesma se mistura com mitos e dizeres do imaginário coletivo, apenas replicam aquilo que é veiculado pela grande mídia e “simbolizado” por maus exemplos em enfermagem que terminam tornando-se referenciais. A aplicação de alimentação e medicamentos por vias indevidas e maus tratos compõem as ocorrências veiculadas pela grande mídia e ratificam tal afirmativa: O GLOBO online em 04/06/2013 - “Técnica de enfermagem admite erro ao injetar leite em bebê”; O GLOBO País em 07/12/2010 - “Mãe de menina morta espera que enfermeira se apresente e assuma o erro que cometeu”.

Horkheimer e Adorno (1985, p. 177), auxiliam a compreender esta indevida associação de fatos realizada pela maioria das pessoas, quando afirmam que o sujeito é incapaz de refletir não apenas sobre o objeto, mas também a si próprio: “Ele dota ilimitadamente o mundo exterior de tudo aquilo que está nele mesmo; mas aquilo de que o dota é o perfeito nada, a simples proliferação dos meios, relações, manobras, a práxis sinistra sem a perspectiva do pensamento”.

Tais fatos terminam por associar a Enfermagem à dor e ao pesar de uma profissão difícil, penosa. E hoje, formado, trabalhando na área e cursando o nível

superior, vejo que nós mesmos terminamos completando este ciclo, quando nos deixamos “contaminar” por essa dor ao apresentarmos sintomas como depressão, problemas de coluna, fadiga, estresse, dentre outros que terminam por nos colocar tão doentes, senão mais, do que aqueles de quem cuidamos.

Esse contato constante com pessoas fisicamente doentes, lesadas ou adoecidas gravemente, com frequência, impõem fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas ou aterrorizadoras, que muitas vezes requerem para seu exercício adequação prévias à escolha de ocupação, ou um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas. (PITTA, 1994. pág.62).

Tais fatores, além de gerar as defesas psicológicas, impõem demandas da mesma natureza e acarretam o estresse crônico, o qual pode agir como potencial contribuinte para agravos e danos à saúde do trabalhador.

1.1. PROBLEMA

Quais são as patologias apresentadas pelo profissional que produz o cuidado de enfermagem?

1.2. OBJETO

O adoecimento do trabalhador de enfermagem no processo do cuidado de enfermagem.

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

De que maneira o processo do cuidado de enfermagem interfere na saúde do trabalhador?

Que estratégias podem ser utilizadas para evitar ou amenizar os danos à saúde do trabalhador durante o cuidado de enfermagem?

1.4 OBJETIVO:

Identificar os aspectos inerentes às atividades de cuidado que interferem na saúde do trabalhador de enfermagem.

Descrever estratégias que podem ser utilizadas para amenizar danos à saúde do trabalhador na realização do cuidado de enfermagem.

1.5. MOTIVAÇÃO

A motivação pelo presente estudo surgiu a partir da vivência diária, há cinco anos, como técnico em enfermagem do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE). Durante este período, observei através da prática do trabalho, como o absenteísmo, acarretado pelo estresse advindo de uma prática de cuidado de enfermagem indevida, interfere na rotina da chefia de enfermagem, bem como dos coordenadores de unidades, ocasionando desestruturação na organização do trabalho da equipe, prejuízo tanto à saúde do trabalhador de enfermagem, quanto à qualidade da assistência aos clientes assistidos.

1.6. RELEVÂNCIA

Em pesquisa no Scielo utilizando os descritores: “enfermagem” e “saúde ocupacional” retornaram 13 artigos como resultados, sendo 1 em espanhol, 3 em inglês e 9 em português; a pesquisa utilizando os descritores: “enfermagem” e “condições de trabalho” retornaram 36 artigos, sendo 4 em inglês e os 32 restantes em português. Uma pesquisa com os 3 descritores juntos não retornou resultados.

Em pesquisa na base de dados da LILACS utilizando os descritores “enfermagem” e “saúde ocupacional”, retornou 62 artigos, sendo 45 em português, 16 em espanhol e 1 em inglês. Ao utilizar os descritores “enfermagem” e “condições

de trabalho”, foram encontrados 41 artigos, sendo 27 em português e 14 em espanhol. Uma pesquisa utilizando os três descritores retornou 7 artigos, sendo 4 em português e 3 em espanhol.

Em pesquisa na base de dados da BDENF utilizando os descritores “enfermagem” e “saúde ocupacional”, retornou 35 artigos sendo 30 em português e 1 em inglês. Ao utilizar os descritores “enfermagem” e “condições de trabalho”, foram encontrados 28 textos em português. Uma pesquisa utilizando os três termos na BDENF (enfermagem, condições de trabalho e saúde ocupacional) retornou 3 artigos, todos em português.

Embora as pesquisas realizadas no dia 4 de novembro de 2013 indiquem que existe um quantitativo de pesquisas consideráveis sobre assuntos relacionados à enfermagem, saúde ocupacional, e condições de trabalho, nenhum possui foco exclusivo nos trabalhadores de enfermagem da Clínica Médica e Cirúrgica. Comumente o enfoque se dá a emergência ou ao hospital de forma geral, ou ainda, o tema concentra-se apenas nos acidentes de trabalho.

1.7. JUSTIFICATIVA

A realização deste estudo se justifica a partir da busca do estado da arte, que demonstra a necessidade de elaboração de estudos desta natureza, além de compor um tema de extrema importância, pela sua atualidade constante e pela singularidade em discutir sobre a saúde do trabalhador de enfermagem, por ser este um profissional que cuida da saúde de inúmeras pessoas, e necessita estar ele mesmo saudável, ou com a saúde estável.

Os resultados deste estudo poderão contribuir para o planejamento e implementação de medidas preventivas para redução do absenteísmo no hospital e também de outros contextos, especificamente na intervenção sobre os fatores multicausais, através de ações direcionadas às necessidades dos profissionais e da instituição. Além da expansão do entendimento do adoecimento profissional na realização do cuidado de enfermagem, trazendo embasamento para formulação de

melhorias na qualidade de trabalho do enfermeiro, assim como novas vertentes tanto em sua formação profissional, como para a Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa que ampliará sua produção científica em enfermagem.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O MUNDO DO TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR

O trabalho constitui uma das, senão a mais importante das práticas do ser humano. Segundo Guimarães ET AL (2004), é dele que o homem retira a sua subsistência e a de sua família, entretanto, não deve laborar apenas pela retribuição monetária, mas também pela satisfação pessoal, o que só é possível ao trabalhar num ambiente que respeite sua saúde, ofereça segurança, proporcione tempo livre para o lazer e descanso além de permitir sua realização pessoal.

Entretanto a realidade é bem diferente, visto que datam de tempos antigos os primeiros registros que estabelecem este “choque”, ou ainda “intersecção”, dos termos “trabalho” e “saúde do trabalhador”, enfim, daquilo que poderíamos chamar de “impacto da doença sobre o profissional trabalhador”. Segundo Maeno e Carmo (2005), os primeiros achados sobre questões relativas à relação entre trabalho e saúde foram levantados desde Hipócrates (460-375 a.C.).

No Brasil, antes da criação do SUS, o cuidado à saúde dos trabalhadores era predominantemente assistencial. De acordo com Possas (1989), no início do século 20, aproximadamente metade das fábricas do Estado de São Paulo possuíam serviços médicos destinados a atividades curativas mantidas pelos trabalhadores. Grandes partes dos problemas de saúde dos trabalhadores resumiam-se às “doenças da pobreza”, considerada um obstáculo à produtividade.

Tanto o crescente processo de industrialização, quanto à necessidade da garantia de produtividade por parte dos empresários; juntamente com a grande mobilização dos trabalhadores que se organizavam em sindicatos, levaram segundo Ribeiro (1983), a que esses serviços se expandissem e dessem origem à criação das Caixas de Aposentadorias, precursoras dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) que, além de prover atenção médica, também concediam benefícios relativos à compensação securitária.

No ano de 1943, foi assinada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que ditou normas sobre a garantia da Segurança e Medicina do Trabalho, tornando-os obrigatórios nas empresas de grande porte. Entretanto, para Bedrikow (1952), apud Maeno & Carmo (2005), a assimilação destes serviços foi lenta, como demonstra um estudo de 1954 que mostrou que dentre 3.001 fábricas apenas 4,1% contavam com médico na empresa. A análise detalhada de 43 dessas empresas localizadas no estado de São Paulo demonstrou que a maioria desses serviços de medicina do trabalho estaria submissa a setores de pessoal, com funções ainda “essencialmente curativas e clínico-assistencialistas”.

Em estudo realizado por Nogueira (1984), destaca-se que, na década seguinte apenas 72,4% das empresas tinham Comissões Internas de Prevenção dos Acidentes (Cipas), e destas somente 39,2% realizavam investigação de acidentes de trabalho e adotavam medidas de prevenção, sendo que estas mesmas Cipas eram comumente coordenadas por representantes dos empresários, logo submissas aos empregadores. Logo, podemos entender que mesmo sendo uma associação dos trabalhadores e para os trabalhadores, as Cipas possuíam limitado poder de negociação, principalmente pela ameaça de demissão e punições por parte dos empregadores.

Ribeiro (1983) descreve que nos anos 70, a atenção à saúde do trabalhador continuava atrelada à concessão de assistência médica e benefícios sociais, que à época, eram responsabilidade do recém-criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão instituído a partir da junção dos diversos IAP's existentes na

década de 60. Logo em seguida surgiu o Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS), que ficou responsável pela assistência médica aos trabalhadores que eram segurados e constituiu-se o financiador da grande maioria da assistência médica do País (90%), ora por meio de serviços próprios, ora contratados ou ainda, conveniados.

A partir do ano de 1970 a temática saúde do trabalhador emergiu em um contexto marcado pelo crescimento dos movimentos pela redemocratização do país, o que se deu no final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980.

O olhar conferido pela Medicina Social – atento à estrutura social e do trabalho e mais próximo das instituições públicas de saúde – ganha nova dimensão: o ser humano, sua inserção no processo produtivo como um todo, na organização e na divisão do trabalho e as características específicas de cada extrato social. (...) De caráter interdisciplinar e intersetorial, a Saúde do Trabalhador, sem deixar de se valer do acúmulo do conhecimento da Medicina do Trabalho e da Saúde ocupacional, considera que o trabalhador – e por extensão todo o conjunto da população –, além de objeto de seus benefícios, deve ser também sujeito das ações de transformação dos fatores determinantes do seu processo de adoecimento. (MAENO E CARMO, 2005 p. 44).

O que se vê a partir daí é que a incorporação da ideia de Saúde Pública, de prevenção de riscos e de promoção da saúde com a participação dos trabalhadores, em uma perspectiva coletiva, constituindo o que passou a ser denominado como Saúde do Trabalhador, efetivou-se no país a partir da criação do SUS, em 1988. Maeno e Carmo (2005, pág., 101) dão uma noção da importância da criação do SUS quando afirmam que:

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi a mais ousada reengenharia na Saúde Pública que veio deste processo de construção de uma Constituição que buscava reorganizar o País em todos os seus campos. Antes da Constituição de 1988, o direito à Saúde não era um princípio Universal.

O que se observa nos dias atuais, é que os avanços tecnológicos, a urbanização acelerada acompanhada do aumento dos grandes centros, o aumento

da competitividade aliada à exigência de produtividade pelos trabalhadores, termina por desencadear no ser humano o saldo negativo deste processo.

A incorporação crescente da microeletrônica, da informática, da telemática e da robótica somada a um novo e complexo conjunto de inovações organizacionais modificou profundamente a estrutura produtiva dos países capitalistas avançados e, em níveis diferenciados, a dos países de desenvolvimento capitalista tardio, como é o caso do Brasil. (ELIAS E NAVARRO 2006, pág., 518).

As exigências sociais, o aumento do custo de vida e da necessidade de gastar mais para viver bem, aliam-se à diminuição de vagas para maximizar os lucros e a precarização dos ambientes de trabalho, visto que, pela ótica dos empresários e empregadores, o lucro encontra-se em posição anterior ao bem-estar de seu profissional. Ainda segundo Elias e Navarro (2006), as transformações ocorridas no mundo do trabalho têm alto impacto na saúde dos trabalhadores. Inovações tecnológicas, adicionadas a um complexo conjunto de alterações organizacionais, tem interferido principalmente nas condições de trabalho, acarretando na intensificação laboral como característica principal do capitalismo, o que implica em detrimento de energias físicas e espirituais dos trabalhadores, que se submetem a isto pelo medo do desemprego.

O ambiente de trabalho, lugar de desenvolvimento das atividades laborais do indivíduo, constitui-se no campo de observação principal quando queremos determinar quais os fatores que podem atentar contra o bem-estar e a saúde do indivíduo saudável, que, inserido no contexto laboral, passa a apresentar determinadas patologias.

O ambiente de trabalho, sob condições físicas, mecânicas e psíquicas adversas, é considerado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de alterações no sistema musculoesquelético. A exposição contínua e prolongada do corpo aos fatores de risco de tal ambiente favorece o surgimento das doenças ocupacionais (MAGNAGO et al 2007, pág., 702).

Com a expansão da industrialização acompanhada pelo aumento do mercado de trabalho, expansão essa principalmente em condições desfavoráveis ao bem-estar do indivíduo, aumentaram também os casos registrados de lesões e instalação de doenças associadas às atividades laborais. Segundo Maeno e Carmo (2005), os distúrbios musculoesqueléticos, nas últimas décadas, têm se constituído um grande problema da saúde pública, principalmente para os países industrializados.

Com o crescente aumento do número de casos de doenças e baixa de mão-de-obra disponível para o trabalho, cresceu o interesse de estudiosos e grandes instituições de cunho governamental e iniciaram-se pesquisas para determinar o que estaria causando malefícios aos trabalhadores e diminuindo os lucros dos grandes empresários. Chegou-se à conclusão de que principalmente as lesões por esforços repetitivos (LER), associadas a outros tipos de lesões causados por processos ocupacionais seriam os grandes responsáveis pelas doenças. De acordo com Maeno et al (2008, p.561): “Na literatura mundial, são utilizadas várias terminologias para descrevê-los, como, por exemplo, lesões por esforço repetitivo (LER), doença osteomuscular relacionada ao trabalho (DORT), lesões por traumas cumulativos, lesões ou distúrbios musculoesqueléticos, entre outros.”

2.2. NORMAS REGULAMENTADORAS RELATIVAS À SEGURANÇA DO TRABALHO NO BRASIL

Magnago et al (2007), em revisão integrativa sobre o tema afirmam que na década de 1970 as lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) começam a ser identificadas e registradas no Brasil. Em 1973, essa patologia passou a ser observada com mais atenção em lavadeiras e limpadoras, e passou a recomendar-se que fossem realizadas pausas de trabalho para trabalhadores que desenvolviam atividades laborais intensas com as mãos.

Ainda segundo Magnago et al (2007), em 1986, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) publicou circular orientando as superintendências a reconhecerem a tenossinovite como doença do trabalho, sendo que digitadores, datilógrafos, pianistas, caixas, grampeadores, costureiras e lavadeiras, entre outras categorias, eram as que frequentemente se expunham à sobrecarga tendinosa e inserção muscular, ocasionando a LER/DORT.

Apenas em 1991, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) publicou as Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade. Nelas estão contidos os critérios de diagnóstico, tratamento e a descrição de casos de LER em diversas ocupações: digitadores, operadores de máquinas/computadores, telefonistas, pedreiros, ajudantes de laboratório, técnicos administrativos, entre outros.

Diante o aumento do número de doenças apresentadas pelos trabalhadores em diferentes setores, tomou-se a medida de implementar novas leis que ditariam regras mais específicas com relação às condições de trabalho e ações visando à redução do acometimento de trabalhadores por doenças. As novas diretrizes foram instauradas pela Portaria 3.214, de 8 de junho de 1978, quando foram aprovadas as Normas Regulamentadoras (NRs), relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, no Brasil. Atualmente, temos publicadas 33 NRs.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), dessas 32 NRs direcionadas para o trabalhador urbano, algumas são de especial relevância para o trabalhador da área de saúde: a NR-1 que trata sobre as disposições gerais; a NR-4 que trata sobre os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT; NR-5 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA; NR - 6 que trata sobre os Equipamentos de Proteção Individual - EPI; NR -7 Que trata sobre o Programa Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO; NR – 9 Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA; NR - 15 Atividades e Operações Insalubres; NR - 16 Atividades e Operações Perigosas; NR - 17 Ergonomia; NR - 24 Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho; NR - 26 Sinalização de Segurança;

NR - 31 Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde.

Infelizmente algumas destas NRs ainda são pouco específicas ou não dão a resolutividade necessária de que tanto necessitam os trabalhadores brasileiros na melhoria de suas péssimas condições de trabalho. Algumas merecem ser ressaltadas, em especial a NR 17, que vai ao encontro à demanda de orientações sobre a importância da ergonomia e da adaptação dos ambientes de trabalho, às características dos trabalhadores, sejam estas físicas e psicológicas no sentido de que seja proporcionado aos trabalhadores o máximo de conforto, segurança e desempenho, segundo BRASIL (2006).

Novembro de 2005 determinou um marco na busca de melhores condições de trabalho especificamente para os trabalhadores da área de saúde. Brasil (2006) relata que é quando foi aprovada a NR 32 pela portaria nº 485/05, que trata mais especificamente dos trabalhadores em saúde e tem por objetivo estabelecer diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde. Entretanto, percebe-se novamente que a NR não deu a resolutividade adequada para sanar todos os problemas relativos aos campos de atuação profissionais em saúde. Ela comporta apenas alguns aspectos, deixando outros importantes de fora. Dita sobre aspectos na implementação das medidas de proteção contra os riscos, pois enfocou os riscos biológicos, os químicos e os das radiações ionizantes, por exemplo, ficando algumas questões sobre organização dos postos de trabalho como deslocamentos, esforços adicionais, movimentação e transporte de pacientes e materiais, descritos apenas nas Disposições Gerais da NR. Tais questões, pouco abordadas nesta NR, são determinantes no adoecimento de muitos trabalhadores de enfermagem.

Segundo Guimarães et al (2004), fatores como condições insalubres e perigosas na maioria das vezes terminam por tornarem-se rotineiras, o que termina passando despercebido tanto pelos gerentes quanto pelo próprio trabalhador de saúde, habituado com tal situação. Essas condições insalubres e perigosas na

maioria das vezes se tornam rotina, frequentemente não percebidas pelos gerentes, nem pelo próprio trabalhador de saúde, o qual se habitua à situação ou mantém um autocontrole dos sintomas, o que termina acarretando em queda de produção, vulnerabilidade aos acidentes de trabalho e afastamento por motivo de saúde.

Ainda segundo Guimarães et al (2004), a combinação destes fatores insalubres e perigosos exponencia a enfermagem a uma condição que os peritos da Organização Internacional do Trabalho vieram a caracterizar de penúria crônica.

2.3. O TRABALHO EM ENFERMAGEM

A enfermagem é a profissão de maior quantitativo pessoal dentro do setor saúde em nosso país. Desta forma, também é a área que mais possui trabalhadores sujeitos a más condições de trabalho e propensos ao desenvolvimento de doenças associadas a ambientes laborais impróprios para o desenvolvimento de atividades de serviço rotineiras. No Brasil, a enfermagem é uma das 14 profissões da área de saúde. O trabalho realizado por este grupo profissional é reconhecido pelo significativo impacto e relevância no resultado assistencial em saúde. De acordo com a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), do Ministério do Trabalho e Emprego (2006), citado pelo Jornal da ABEN, os mais de 1,3 milhões de trabalhadores da Enfermagem representam 58,44% do conjunto dos profissionais de saúde, segundo Meira (2009).

Logo, o maior contingente de profissionais da área de saúde é da enfermagem, daí a importância da profissão para a melhoria da qualidade da assistência, pois a responsabilidade principal pelo cuidado direto com o paciente é da equipe de enfermagem. No entanto, o que se observa é o descaso com as condições de trabalho no meio hospitalar, insalubridade, dentre outras mazelas que terminam por afetar negativamente a qualidade do atendimento ao paciente. Segundo Gaspar (1997, p.23) “Os serviços de saúde, em particular os hospitais,

proporcionam aos seus trabalhadores condições de trabalho reconhecidamente piores em relação aos demais serviços de saúde”.

Este panorama termina por afetar principalmente o quadro pessoal assistencial hospitalar acarretando desânimo, baixa qualidade no atendimento e o desenvolvimento de patologias que vão resultar no aumento das ausências no trabalho. Como afirma Robazzi et al (1990, p.18) “Existe alto índice de afastamento dos profissionais de Enfermagem de suas atividades laborais.”.

Complementar a isso, observa-se atualmente uma mudança no perfil em exigências de atividades comuns ao profissional enfermeiro, diferentemente daquilo que lhe era requerido como competência e é ressaltado por Silva e Marchi (1997), que afirmam que não fazia parte da formação do acadêmico graduando em Enfermagem o foco na realização de tarefas administrativas. Esta era uma formação mais direcionada à assistência direta ao paciente, o que com o passar do tempo e o aumento de exigências ao enfermeiro de tarefas burocráticas passou a ser mais um elemento estressor para este profissional. Agora além de cuidar, o enfermeiro deve supervisionar e administrar.

Este acúmulo de funções, deveres e responsabilidades atribuídas ao profissional enfermeiro lhe acarreta uma sobrecarga psicológica muitas vezes excessiva e que, em trabalho realizado por Valente e Martins (2010, p.535) denota que o acúmulo de funções dos profissionais enfermeiros pode se tornar um fator crucial por afetar sua saúde mental, pois ao acumular funções o enfermeiro não se dedica totalmente a nenhuma delas o que termina por desencadear frustração por não obter êxito na realização de seu serviço, levando ao estresse.

No mesmo trabalho afirma-se que a precariedade das condições de trabalho associada à dificuldade de convivência com colegas de profissão levam a prejuízos a vida privada do trabalhador, tanto devido à longa permanência no hospital, quanto à escala exagerada de plantões, que levam os trabalhadores a abdicar do seu lazer em favor de uma melhor retribuição monetária, para tanto, sacrificando o tempo livre e a convivência em família.

Dessa forma, é importante ressaltar a importância do tempo, e a maneira como ele é utilizado pelo trabalhador em enfermagem. Segundo Batista e Bianchi (2006), sobre este aspecto, em função da centralidade do trabalho na vida cotidiana, o tempo é definido a partir deste, estando as demais atividades na dependência do tempo de trabalho. Neste sentido, tempo de trabalho e tempo livre são transversais para o conhecimento da cotidianidade dos trabalhadores em estudo. Sobre este aspecto, em função da centralidade do trabalho na vida cotidiana, o tempo é definido a partir deste, estando as demais atividades na dependência do tempo de trabalho. Neste sentido, tempo de trabalho e tempo livre são transversais para o conhecimento da cotidianidade dos trabalhadores em estudo.

Tendo em vista que o trabalho hospitalar é frequente e ininterrupto, pois a assistência ao paciente é prestada continuamente, a necessidade do esquema de trabalho em turnos na enfermagem fica evidenciada, sendo este um sistema de trabalho totalmente diferente do normalmente realizado pela maioria da sociedade.

Para Paim (1994), sendo o trabalho em turnos existente desde o início da sociedade humana, com o expressivo desenvolvimento tecnológico e econômico, os turnos vêm sendo introduzidos amplamente, e sendo a área da saúde um setor de atendimento nas 24 horas, esta depende da utilização da escala em turnos, e para tal, possui um contingente expressivo de trabalhadores.

Entretanto, esta organização de trabalho tende a ser danosa ao profissional, por diversos fatores, dentre eles, segundo Costa et al (2000), a participação dos funcionários no planejamento e organização da escala de trabalho e dias de folga é mínima, ficando esta tarefa a cargo de sua chefia, desta forma ocorre a interferência direta no relacionamento pessoal/familiar acompanhado de restrições de atividades sociais e dificuldade de planejamento de vida do profissional; profissional este que se encontra em uma fase de sua vida em que está em plena capacidade produtiva, na maioria das vezes casado e com filhos, o que reforça o prejuízo da escala de trabalho em sua vida pessoal e familiar.

Ainda segundo Costa et al (2000), termina-se verificando, de acordo com os relatos dos profissionais, a percepção de diversos aspectos de saúde afetados, tais como distúrbios mentais, psiquiátricos e neurológicos, danos ao desempenho físico, além de desordens gastrintestinais.

2.3.1. Enfermagem e o trabalho em turnos

No Brasil, em sua grande maioria de instituições e estabelecimentos de saúde, optou-se por instituir os plantões de 12 horas, diurnos e noturnos para a divisão e controle dos turnos de serviço. Destes dois, acredita-se ser o plantão noturno o que tem as piores consequências para o trabalhador. Akerstedt (1998), demonstra que dormir no trabalho durante o plantão noturno contribui, mas não é o suficiente para garantir uma boa regeneração. O sono dos trabalhadores noturnos geralmente é de curta duração e menor qualidade que o de trabalhadores diurnos, visto que o sono noturno é o sono mais repousante e restaurativo.

Para Van Veldhoven (2008), o conceito da necessidade de regenerar-se definido como a necessidade de recuperar-se da fadiga induzida pelo trabalho pode ser útil no momento em que consideramos que a tarefa do trabalho induz a uma coleção de sintomas caracterizados principalmente por: sensação temporária de sobrecarga, irritabilidade, ausência social, baixa de disposição para novas atividades e performance reduzida. Beek et al (1999), afirma que estes breves sinais de cansaço correspondem a efeitos a curto-prazo do trabalho, sendo mais experimentados durante ou imediatamente após o trabalho.

Por fim, o trabalhador não consegue descansar completamente no período próprio para seu descanso e se encontra em problemas durante o dia, pois lhe são exigidas habilidades e atividades próprias para aqueles que passaram a noite dormindo. Ainda segundo Beek et al (1999), problemas durante o período diurno como sonolência e fadiga, consequências do sono inadequado e trabalho noturno contribuem para aumentar os riscos de acidentes e erros humanos e, portanto

possuem tanto um alto custo social quanto alto impacto econômico para a sociedade.

Um importante achado, principalmente quando consideramos que comumente a maioria dos profissionais da área de saúde é do sexo feminino, é a consideração de Rotenberg (2001), que concluiu em estudo que as mulheres apontaram dar prioridade ao trabalho doméstico, em contraste aos homens que enfatizam a relevância do sono e descanso após o trabalho noturno. O que vem a evidenciar a dupla jornada de trabalho para as trabalhadoras de saúde do sexo feminino, aumentando assim o cansaço e desgaste desta profissional.

2.3.2 Estresse e enfermagem

Todos os fatores citados anteriormente corroboram para a instalação de um quadro de distúrbios psíquicos nos trabalhadores em saúde. Para Corgonzinho (2002), atualmente, observa-se um aumento crescente com a preocupação a respeito da saúde mental dos trabalhadores da área de saúde, devido ao crescente afastamento das atividades laborais devido a problemas mentais, que num futuro não muito distante tendem a ultrapassar afastamentos por doença osteomuscular, cardiovascular, dentre outras.

Batista e Bianchi (2006) definem o estresse como um elemento de presença marcante na atuação do enfermeiro, destacando principalmente as condições de trabalho para o desempenho de suas atividades e as atividades relacionadas à administração de pessoal, como as atribuições consideradas mais estressantes para os enfermeiros pesquisados. Como condições de trabalho podemos pensar no ambiente de trabalho como uma ameaça ao mesmo, o que vem a repercutir no espectro pessoal e profissional, levando a demandas maiores do que a sua capacidade de enfrentamento. Já no que diz respeito à administração de pessoal, ocorrências como afastamentos com ou sem justificativa, desentendimentos interno

entre companheiros de equipe e a carência de profissionais perante o grande volume de serviços, corroboram para o desgaste do enfermeiro ao desempenhar seu papel de liderança em sua equipe.

Os desgastes perante a equipe e a sensação de impotência levam a um estado de ansiedade e esgotamento. Ballone et al (2002), afirma que, paralelo a isso, a ansiedade crônica ou esgotamento levam a um estado de apatia e desinteresse, desânimo, pessimismo e insegurança perante a vida.

O ambiente da emergência, com sua demanda espontânea, assim como uma enfermaria sobrecarregada de pacientes e afazeres caracterizam o que Alves (2004, p. 153), ressalta quando diz que trabalhos em situações de estimulação ambiental excessiva podem possibilitar desequilíbrio psicossomático relevante para o funcionamento psíquico. Aliado a esse fato, a falta de dirigibilidade pelo enfermeiro sobre seu setor, ocasiona o que Lautert et al (1999), ressaltam quando afirmam que a falta de controle sobre suas tarefas e a grande responsabilidade sobre os pacientes e outros funcionários levam ao surgimento de consequências negativas tanto psicológicas, quanto somáticas para o profissional de enfermagem.

Corroborando ao fator que associa o desequilíbrio psíquico ao baixo nível de controle sobre as tarefas desenvolvidas numa instituição de saúde, uma pesquisa realizada na Bahia por Araújo e Cols. (2003), terminou por encontrar associação entre altos níveis de demanda psicológica no trabalho e prevalências de TMC, o que só veio a confirmar a ocorrência do fato com o decorrer dos anos. Tais fatores além de gerarem as defesas psicológicas terminam por acarretar o estresse crônico o qual pode agir como contribuinte para sérios danos à saúde do trabalhador. Objetivando o amparo ao trabalhador, a legislação previdenciária brasileira em sua lei de número 3048 de 06/05/1999, reconhece o estresse e a depressão como doenças do trabalho, e que podem vir a se tornar graves problemas de saúde pública.

2.3.3. Os riscos ocupacionais e sua interferência na saúde do trabalhador de enfermagem

Não é de hoje que se observa a relação entre os riscos ocupacionais e suas interferências na saúde do trabalhador de saúde, em especial o de enfermagem. Mendes (1995) evidencia que desde séculos passados ocorriam prejuízo ao trabalhador, existindo achados ainda em 1700, presentes na publicação de Ramazzini, que questionava a contaminação das parteiras, sendo estas as que viriam a serem as precursoras dos profissionais de enfermagem atuais.

Ainda segundo Mendes (1995), mais especificamente no Brasil, a partir da década de 1980, começou a observar-se o aumento da ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos nas estatísticas do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). De acordo com os dados disponíveis, mais de 80% dos diagnósticos desses distúrbios resultaram em concessão de auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez pela Previdência Social.

Como distúrbios músculo-esqueléticos (DME), segundo Buckle e Devereux (2002), podemos entender um amplo conjunto de desordens inflamatórias e/ou degenerativas que acometem tendões, nervos, músculos, articulações, circulação e bursas, e resultam principalmente em dor e incapacidade funcional. De acordo com Magnago et al (2008), dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem, em particular, tem sido especialmente afetada pelo distúrbio musculoesquelético. Pesquisas realizadas em vários países exibem prevalências superiores a 80% de ocorrência desses distúrbios em trabalhadores de enfermagem. Estudos brasileiros mostram prevalências de 43% a 93%.

A associação das patologias apresentadas pelo profissional em enfermagem com as atividades que desenvolve ao atuar nos cuidados diretos ao paciente demonstram que há ligação direta com o ambiente que este profissional trabalha, o perfil dos pacientes atendidos e suas atividades na execução de diversas tarefas:

Durante uma jornada laboral, o trabalhador pode assumir centenas de posturas diferentes, e em cada tipo de postura, um diferente conjunto de musculatura é requisitado. [...] Se o trabalhador atuar na postura em pé durante toda a jornada, maior número de grupos musculares estará atuando

contra a ação da gravidade proporcionando maior desconforto e dor, acionando precocemente o mecanismo de fadiga muscular. (IIDA 2005, pág. 57).

Aliam-se a isso a diversidade de atividades, carga horária exaustiva e condições precárias de trabalho contribuem para a instalação de patologias correlatas e seu agravamento caso haja uma predisposição a seu desenvolvimento pelo indivíduo. Estes fatos são contraditórios à proposta principal da carreira de enfermagem que é a promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Campos e Guttierres (2005) em levantamento bibliográfico sobre a questão concluem que em 27 anos de história, profissionais de enfermagem continuam a adoecer e ainda assim não conseguiram resolver os problemas relativos à sua própria proteção.

2.3.4 Ergonomia e enfermagem

A ergonomia, segundo Dul e Weerdmeester (1995), tem sido amplamente divulgada como uma das melhores estratégias a serem implantadas visando reduzir os problemas iniciados por situações de trabalho que causem doenças do sistema músculo-esquelético. Para tal, consiste do estudo científico da relação entre o homem e seu ambiente de trabalho. Uma definição mais ampla e abrangente é dada por Sluchak (1992), quando afirma que a ergonomia encerra um conjunto de elementos que dialogam entre si, necessitando para ser realizada do entendimento de cada aspecto que concerne a um viés desta rede intrincada, de complexo relacionamento de componentes que tem no homem o seu ponto vital:

[...] o centro desse sistema é o homem (educação, motivação dados antropométricos) sendo imediatamente influenciado pela tarefa (análise de postura, vibração, aplicação de forças, repetição, ritmo e métodos de trabalho, movimentos de flexão e torção); instrumento (peso, tamanho, manejo e controles, localização) e posto de trabalho (alcance dos movimentos, espaço de trabalho, altura da superfície de trabalho, mobiliário). Circundando finalmente esse sistema estão os fatores físicos (ruído, iluminação e temperatura) e os aspectos éticos, legais e administrativos, que podem estar influenciando direta ou indiretamente os outros componentes.

Lesões do sistema músculo-esquelético, particularmente as algias vertebrais são internacionalmente conhecidas como um risco ocupacional entre os trabalhadores de enfermagem, visto que inúmeros trabalhos procuram investigar os fatores pessoais e de trabalho que viriam a relacionar-se com a ocorrência de dores nas costas entre o pessoal de enfermagem, sendo os questionamentos cada vez mais voltados para fatores mais amplos, como aspectos organizacionais do trabalho, prática de atividades físicas, fatores psicológicos, tabagismo, defeitos posturais dentre outros, como afirma a World Health Organization (1981) .

Para Fuortes (1994), os fatores de risco cada vez mais relacionados especificamente com as atividades profissionais, que se relacionam com as atividades cotidianas em enfermagem são o transporte e movimentação de pacientes acamados, a manutenção de posturas indevidas e estáticas por longos períodos de tempo, movimentos de flexão e torção da coluna vertebral, além de fatores ergonômicos inadequados no que diz respeito a mobiliários e equipamentos destinados às atividades cotidianas em enfermagem.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica referida por Filho e Rouquayrol (1992) como transversal ou estudo de prevalência, a ser realizado com os funcionários do setor de Clínica médica e Cirúrgica do Hospital Universitário Antônio Pedro.

Para coleta de dados nesse estudo, utilizamos o instrumento de Índice de Capacidade para o trabalho (ICT), que de acordo com Tuomi et al (1997) constitui-se de um instrumento que permite avaliar a capacidade para o trabalho a partir da percepção do próprio trabalhador, por meio de dez questões sintetizadas em sete dimensões: (1) “capacidade para o trabalho atual e comparada com a melhor de toda a vida”, representada por escore de 0 a 10 pontos; (2) capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho”, por meio de duas questões sobre a natureza do trabalho (físico, mental ou misto) e que, ponderadas, fornecem um escore de 2 a 10 pontos; (3) “número atual de doenças auto referidas e diagnosticadas por médico”, obtido a partir de uma lista de 51 doenças, definindo um escore de 1 a 7 pontos; (4) “perda estimada para o trabalho devido a doenças”, obtida a partir de uma questão com escore variando de 1 a 6 pontos; (5) “faltas ao

trabalho por doenças”, obtido a partir de uma questão sobre o número de faltas, categorizada em cinco grupos, com escore variando de 1 a 5 pontos; (6) “prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho”, obtida a partir de uma questão com pontuação de 1, 4 ou 7 pontos; e (7) “recursos mentais”, a partir de um escore de 1 a 4 pontos obtidos pela ponderação das respostas de três questões.

Foi aplicado nessa pesquisa um número de questionários que corresponde a amostra total de sujeitos. Cada sujeito respondeu a um e somente um questionário. Os questionários foram aplicados pelos pesquisadores, respeitando a vontade dos sujeitos da pesquisa, que elegeram um momento oportuno para aplicação dos mesmos.

Foram investigados nesta pesquisa os profissionais de enfermagem do setor de Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital Universitário Antônio Pedro (técnicos em enfermagem e enfermeiros), que aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido que lhes foi oferecido. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que não pertenciam à área de enfermagem, que não trabalhavam no setor de Clínica Médica, e que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido do estudo.

Os resultados das sete dimensões de percepção do trabalho pelo trabalhador fornecido pelo Índice de Capacidade para o Trabalho fornecem uma medida da capacidade para o trabalho que varia de 7 a 49 pontos. As instruções para cálculo do escore são encontradas em Tuomi et al (1997). A partir deste escore os dados foram analisados por frequência percentual simples e os resultados discutidos de acordo com a revisão de literatura consultada.

Vale ressaltar que essa pretendeu cumprir as especificações da resolução 466/12 do ministério da saúde, sendo encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro, tendo sido aprovado em 01/07/2011, sob nº 168/11.

Essa não acarretará ônus financeiro para os sujeitos participantes, ficando a cargo dos pesquisadores as despesas com o desenvolvimento da pesquisa. Vale

ressaltar que a pesquisa não envolve risco direto ao sujeito. Não houve, dentro da metodologia aplicada, aspectos que pudessem acarretar prejuízos de ordem biológica ou psicossocial aos sujeitos da pesquisa ou aos que se encontram sob sua responsabilidade.

Quanto ao questionário, esse foi aplicado de forma conveniente aos sujeitos e respeitando seus limites. Os sujeitos da pesquisa receberam um termo de consentimento livre e esclarecido, que é a permissão do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar; formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa, de acordo com a resolução 466/12. Aos sujeitos da pesquisa foi garantido o anonimato, quando utilizado para fins de produção acadêmica e de divulgação científica e direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de Outubro a Novembro de 2013, sendo realizada com funcionários das Clínicas Médica e Cirúrgica, masculina e feminina do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP); ocorrendo em setores exigentes de atenção e de rotina, mesclando trabalho físico e mental. Participaram do estudo 30 trabalhadores.

Seguindo preceitos de Minayo (1993), o Departamento de Enfermagem do referido hospital foi contatado previamente, a fim de explicar os objetivos, apresentação, menção do interesse da pesquisa, explicação dos motivos, justificativa, e garantia do anonimato da entrevista.

Cada item do questionário era lido em voz alta ao entrevistado, concomitantemente com o preenchimento do questionário pelo pesquisador. Os dados foram tabulados com o auxílio do programa Microsoft Excel 2010 para o ICT e variáveis estudadas. Para descrever o perfil da amostra, segundo as diversas variáveis em estudo, confeccionaram-se tabelas de frequência das variáveis

categóricas (por exemplo, sexo, estado civil) e estatísticas descritivas (com medidas de posição e dispersão) das variáveis contínuas (por exemplo, idade, número de doenças).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados são apresentados de forma simples, iniciando pela primeira parte do instrumento, na qual são levantados aspectos pessoais e profissionais, e de forma complexa, representados pelas correlações das variáveis consideradas mais importantes.

De acordo com a Tabela 1, um total de 30 profissionais, 21 técnicos de enfermagem e 9 enfermeiros, aceitaram participar da pesquisa. Entre os enfermeiros entrevistados, a predominância é feminina (23 mulheres), o que confirma o fato de a enfermagem ainda ser uma profissão predominantemente feminina. Tal fato se dá, de acordo com Pinto e Valério (2000), pela origem da enfermagem relacionar-se fortemente ao trabalho doméstico, logo, mais voltado ao sexo feminino.

A respeito do estado civil, houve um equilíbrio entre a porcentagem de profissionais solteiros, com número equivalente a 40% (12) e casados com 40%

(12), seguidos por 10% (3) que vivem com o companheiro e 10% (3) separados/divorciados; nenhum referiu ser viúvo (a).

Estes resultados opõem-se à pesquisa de Costa, Vieira e Sena (2009), realizada com a equipe de enfermagem de um hospital-escola do Estado de Minas Gerais, que encontrou o índice de 67,1% profissionais casados no período da investigação.

Alves e Godoy (2001) afirmam que os trabalhadores casados apresentam maior índice de afastamentos por terem mais responsabilidades domésticas.

A maioria dos profissionais enfermeiros (4) possui pós – graduação, o que demonstra o interesse do profissional na busca pela melhor formação possível para assim desenvolver suas tarefas visando a melhor qualidade do cuidado.

O desenvolvimento científico no campo da saúde foi exigindo dos exercentes da profissão de enfermagem um aprendizado mais refinado de conhecimentos técnico-científicos, ampliando as dimensões do papel profissional. Tais exigências impõem a necessidade de educação formal continuada, extensão e pesquisa atingindo-se um nível de "profissionalização", para a enfermagem, quando a escolaridade requerida alcançou o nível de escola superior. (SILVA 2005, p.65)

A afirmativa do autor supracitado também serve para auxiliar a compreender o fato da média de idade comparativa entre enfermeiros e técnicos no que diz respeito ao início das atividades laborais menor entre os técnicos, e maior entre os enfermeiros, o que é reforçado pela maior média de escolaridade dos mesmos, o que indica forte desnivelamento intelectual entre os serviços. Silva e Marziale (2000) confirmam tal fato quando afirmam que ocorre separação intelectual no serviço de enfermagem.

Entre os enfermeiros pesquisados, predominam os que trabalham de dia (7 de 9 - 77,8%), à noite apenas 2 (22,2%). Entre os técnicos de enfermagem predominam os que trabalham de dia (16 de 21 - 76.2%).

Faz-se importante lembrar que, de acordo com Magnago et al (2010), estudos diversos demonstram que devemos considerar a importância do trabalho noturno no papel de agravante negativo da capacidade para o trabalho do profissional de enfermagem.

Tabela 1: Tabela 1 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Clínica Médica e Cirúrgica do HUAP, segundo características sociodemográficas.

VARIÁVEIS	Categorias	Trabalhadores de enfermagem	
			%
Sexo	M	7	23,3
	F	28	93,3
Idade (anos)	<30	12	40
	30 - 40	8	26,7
	40 -e+	10	33,3
Estado conjugal	Solteiro	12	40
	Casado	12	40
	Vive com companheiro	3	10
	Separado/divorciado	3	10
	Viúvo	0	0
Tempo de trabalho (anos)	0 a 5	21	70
	6 a 10	5	16,7
	11 a 15	2	6,7
	acima de 15	2	6,7

Função	Técnico	21	70
	Enfermeiro	9	30
TOTAL		30	100

A Tabela 2 demonstra a média total do Índice de Capacidade para o Trabalho - ICT, que apresentou valor de 38.5 entre todos os funcionários, ou seja, a classe trabalhadora de enfermagem estudada referiu uma boa capacidade para o trabalho, segundo Tuomi et al (1997).

Entre os enfermeiros a faixa etária variou entre 35 e 54 anos, com uma média de idade apurada de 44.6 anos, enquanto o ICT entre os enfermeiros teve como resultado 36 indicando uma capacidade moderada para o trabalho. Entre os técnicos de enfermagem a faixa etária variou de 25 a 53 anos, e a média de idade 32.6 anos. O resultado do ICT entre os técnicos de enfermagem foi de 38.5, indicando boa capacidade para o trabalho. Esse achado discorda de outros autores como Bellusci e Fischer (1999), que encontraram associação entre a função e a perda da capacidade precoce para o trabalho. Em nosso estudo os técnicos declararam desempenhar atividades mais trabalhosas, que requerem mais força e repetitivas tais como o banho no leito, aferição de sinais vitais e movimentação de pacientes no leito, enquanto os enfermeiros em sua maioria declararam realizar apenas tarefas administrativas.

Tabela 2: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Clínica Médica e Cirúrgica do HUAP, segundo o índice de capacidade para o trabalho (ICT).

ICT	Trabalhadores	
	F	%
27	1	3

28	0	0
29	1	3
30	0	0
31	1	3
32	1	3
33	0	0
34	0	0
35	1	3
36	10	33
37	1	3
38	4	13
39	2	7
40	0	0
41	1	3
42	1	3
43	2	7
44	1	3
45	0	0
46	1	3
47	0	0
48	1	3
49	1	3
TOTAL	30	100

Quando indagados sobre o valor de sua capacidade para o trabalho atual, 46.6% (n=14) atribuíram-se 8; 13.3% (n=4) atribuíram-se 9 e 10% (n=3) atribuíram-se 10. Nenhum dos trabalhadores assinalou o valor 0, 1 e 2.

Fator importante constatado foi que doenças com diagnóstico médico, por constituírem o escore do ICT, sempre encontram associação com a capacidade para o trabalho. As doenças músculo esqueléticas foram as mais frequentes quando indagados sobre doenças confirmadas pelo médico.

Dos 30 trabalhadores, observam-se seis sujeitos (20%) com doença na parte inferior das costas com dores frequentes, quatro (13.3%) com doença em membros inferiores com dores frequentes, dois (6.6%) com sinusite crônica, dois (6.6%) com outra doença geniturinária, dois (6.6%) com hipertensão arterial, dois (6.6%) com infecção das vias urinárias um (3.3%) com bócio ou outra doença da tireoide, um (3.3%) com lesão nas costas, um (3.3%) com gastrite ou irritação duodenal, um (3.3%) com distúrbio emocional leve, um (3.3%) com obesidade, um (3.3%) com alergia, um (3.3%) com doença na parte superior das costas, um (3.3%) com lesão em outras partes do corpo e um (3,3%) com outra doença musculoesquelética.

A alta porcentagem de referência à dor e desconforto musculoesquelético denota um sério problema de saúde na população estudada. Prevalências similares encontradas em Magnago et al (2010), confirmam a elevada ocorrência de distúrbio musculoesquelético e revelam a importância desse problema entre trabalhadores de enfermagem.

Com relação às doenças auto referidas, a maior frequência observada foi em distúrbio emocional leve (26.6%) e gastrite (10%). Em pesquisa realizada por Martins e Valente (2010), num hospital-escola universitário com funcionários da emergência ficou evidenciado a influência do estresse na saúde do enfermeiro e seu desdobramento negativo para sua saúde mental.

A Tabela 3 mostra a distribuição dos trabalhadores de enfermagem, por faixa etária, relacionada ao escore do ICT. A categoria moderada do ICT foi mais freqüente na faixa etária de 30 a 39 anos com 26,6% (n=8), acima de 49 com 20% (n=3), de 40 a 49 anos com 20% (n=3) e de 26 a 29 anos, com um trabalhador (6,7%).

Tabela 3: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Clínica Médica e Cirúrgica do HUAP, por faixa etária, relacionada ao escore do ICT

ICT						
Faixa etária	MODERADO		BOM/OTIMO		TOTAL	
	f	%	f			
26 a 29	1	6,7	8	53,3	9	30
30 a 39	8	53,3	3	20	11	6,7
40 a 49	3	20	3	20	6	20
acima de 49	3	20	1	6,7	4	3,3
TOTAL	15	100	15	100	30	00

Na faixa etária de 26 a 29 anos prevaleceu o ICT bom/ótimo; na de 30 a 39 anos foi maior o percentual de ICT Moderado; Na faixa de 40 a 49 anos verificou-se igualdade na porcentagem, enquanto acima dos 49 prevaleceu o ICT moderado.

Verificou-se que todos os trabalhadores com resposta muito boa para as exigências físicas de seu trabalho apresentaram ICT bom/ótimo, já os que responderam “boa” que apresentaram ICT bom/ótimo são 44.4% (n=8), 40% (n=2) apresentaram ICT moderado para a resposta moderada capacidade física. Vale considerar que um trabalhador considerou a sua capacidade física para o trabalho ruim, e seu ICT verificado foi de baixa capacidade para o trabalho.

Nenhum trabalhador considerou a exigência mental no trabalho ruim ou muito ruim. Verificou-se que 28,6% (n=4) dos trabalhadores que responderam muito boa apresentaram um ICT bom/ótimo, 36.4% (n=4) com resposta boa encontram-se com ICT bom/ótimo, e curiosamente, dos que responderam moderada, 77.8% (n=7)

apresentam ICT bom, apenas 11.1% (n=1) apresentou o ICT moderado e um 11.1% baixa capacidade para o trabalho.

A relação do tipo de doença auto-referida com o ICT apresentou o seguinte comportamento: dos trabalhadores com ICT bom/ótimo, a maioria, 50% (n=5) auto-referiram distúrbio emocional leve; os com ICT moderado também apresentaram, com maior frequência, o distúrbio emocional leve como patologia.

Verificou-se que 25% (n=2) dos trabalhadores com ICT bom/ótimo relataram a doença músculo-esquelética como a de maior frequência com diagnóstico médico, enquanto para sujeitos com ICT moderado, observou-se a incidência de um caso de hipertensão e infecções repetidas do trato respiratório apenas.

Outro fator relevante foi aquele dos trabalhadores com ICT bom/ótimo, 60% (n=9) que referiram não apresentar doença ou não haver impedimento no trabalho; 87,5% (n=14) daqueles com ICT moderado relataram ter que diminuir o ritmo de trabalho frequentemente.

Quanto à relação de faltas no trabalho por doenças e ICT, observou-se que 66,7% (n=37) dos trabalhadores com ICT bom/ótimo referiram não ter faltado e 73,3% (n=11) dos com ICT moderado apresentaram atestado de até 09 dias. Vale ressaltar que nenhum trabalhador referiu de 10 a 365 dias de afastamento.

Verificou-se, na Tabela 4, que 40,7% (n=22) dos trabalhadores assinalaram valor 8 para a sua capacidade para o trabalho atual. Ressalta-se que 11,1% (n=6) encontram-se com a capacidade máxima (valor 10) e apenas um (1,9%) trabalhador assinalou 3.

Tabela 4: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Clínica Médica e Cirúrgica do HUAP, segundo a relação capacidade para o trabalho atual e faixa etária.

	Faixa etária			
	26 a 34	35 a 44	acima de 44	TOTAL

Capacidade para o trabalho atual	F	%	F	%	F	%		%
3	0	0	0	0	1	14,3	1	3,3
4	0	0	0	0	0	0	0	0
5	2	11,8	1	16,7	0	0	3	10
6	3	17,6	0	0	0	0	3	10
7	0	0	2	33,3	0	0	2	6,7
8	6	35,3	3	50	5	71,4	14	46,7
9	4	23,5	0	0	0	0	4	13,3
10	2	11,8	0	0	1	14,3	3	10
TOTAL	17	100	6	100	7	100	30	100

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou nuances de uma classe trabalhadora que tem como papel principal o cuidado do próximo, entretanto apresenta sinais claros de deterioração. A elevada incidência de patologias envolvendo o sistema musculoesquelético (dores nas costas, mmii, ciático, etc.), corrobora achados de diversas outras pesquisas, entretanto isto suscita uma questão: se tais ocorrências são tão comuns e conhecidas, porque nada se faz? Porque ações de educação em ergonomia e estudos específicos de agravantes em cada situação laboral não são implementadas, para minimizar os riscos e, por fim, a ocorrência das tão temidas lesões que acabam por levar ao afastamento e diminuindo a força trabalhista em muitos casos já defasada?

Podemos inferir que um distanciamento das chefias e direções hospitalares seriam um dos principais motivos, visto que muitos ocupantes destes cargos sequer são ocupados por enfermeiros. Esta “distância” faz com que os principais problemas não sejam visualizados ou corretamente compreendidos, logo, não podem ser solucionados.

Em nosso estudo, observou-se uma deterioração na capacidade para o trabalho maior nos enfermeiros que nos técnicos, o que diferiu do comumente visto em outros estudos. Tal fato pode ser explicado pela faixa etária menor dos técnicos, o que os torna mais “resistentes” visto que realizam mais tarefas mecânicas e repetitivas. Pode-se prever que, com o passar dos anos, e se nada for feito, uma deterioração desta capacidade para o trabalho possivelmente ocorrerá.

Outro fato importante observado foi o alto índice de declaração do distúrbio emocional leve como doença auto referida, o que reflete o papel do estresse no trabalho, fato também pontuado por outras pesquisas, e que indica outra frente a ser combatida visando à preservação da saúde mental dos profissionais de enfermagem.

Enquanto não houver uma aproximação de diretores de hospital, diretores de enfermagem e gerentes de enfermagem com os profissionais que atuam diretamente na assistência como o são técnicos e enfermeiros assistenciais, os gestores e responsáveis não tomarão ciência dos problemas específicos que acometem estes profissionais, e os problemas aqui encontrados persistirão. É preciso ter em mente que somente um profissional num ambiente adequado de trabalho, amparado por uma política institucional que o contemple e vise seu bem-estar em diferentes medidas e aspectos tanto ergonômicos quanto psicológicos pode desempenhar um serviço adequado, que se reverte em bom atendimento ao paciente e redução do índice de afastamentos de seu serviço.

6. REFERENCIAS

6.1 OBRAS CITADAS

ALVES, M.; GODOY, S. C. B. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 73-81, jan./dez. 2001.

ARAÚJO; et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem, **Revista de Saúde Pública**, v.37, n. 4, p. 424-33. 2003.

AKERSTEDT, T. Is there an optimal sleep-wake pattern in shift work? **Scandinavian Journal of Work Environment & Health**. 1998; 24 (Suppl 3): 18–27.

BALLONE, J. G.; NETO, E.; ORTOLONI, I. V. **Da emoção à lesão**, São Paulo: Mandê, 2002.

BATISTA, K. M. ; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, jul-ago. 2006.

BEEK, A. J., Sluiter, J. K. & Frings-Dressen M. H. V. The influence of work characteristics on the need for recovery and experience health: a study on coach drivers. **Ergonomics**, 42, 573–583, 1999.

BEDRIKOW, B.; CORREIA, P. C.; REDONDO, S.F. **Inquérito preliminar de higiene industrial no município de S. Paulo**. SESI, 1952. In: Maeno, M.; Carmo J.C. **Saúde do Trabalhador no SUS – aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

BELLUSCI, S. M.; FISCHER, F. M. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. **Revista Saúde Pública**, 33(6): 602-9, jan. 1999.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **Normas regulamentadoras**. Disponível em: <http://www.mte.gov.br>. Acessado em 11 set. 2011.

BUCKLE, P. W.; DEVEREUX J. J. The nature of work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders. **Applied Ergonomics**, 33: 207-17, 2002.

CAMPOS, A. L. A.; GUTIERREZ, P. S.G. A assistência preventiva do enfermeiro ao trabalhador de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 58(4): 458-61, jul-ago. 2005.

CORGONZINHO, I. Saúde mental, trabalho e o descompasso tupiniquim. **Revista Saúde mental & Trabalho**, Belo Horizonte: UFMG, n.1, Ano 1 ago, p.05 a 15. 2000.

COSTA, E. S.; MORITA, I; MARTINEZ, M, A, R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. **Caderno Saúde Pública do Rio de Janeiro**, 16(2): 553-555, abr-jun. 2000.

COSTA, F. M. D.; VIEIRA, M. P.; SENA, R. R. D. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um Hospital Escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38-44, jan./fev. 2009.

DUL, J.; WEERDMEEESTER, B. **Ergonomia prática**. São Paulo: Edgard Blücher, 1995.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista latino Americana de Enfermagem**, v.14, n.4, p.517-525, jul/ago 2006.

FILHO, A. N.; ROUQUAYROL M. Z. **Introdução à epidemiologia moderna**. 2 ed. Belo Horizonte: COOPMED-APCE-ABRASCO; 1992.

FUORTES, L. J. Epidemiology of back injury in university hospital nurses from review of workers compensation records and a case control survey. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v.36, n.9, p. 1023-6, 1994.

GASPAR, P. J. S. Enfermagem profissão de risco e de desgaste: perspectivas do enfermeiro do serviço de urgência. **Nursing**, 10(09): 23-24, 1997.

GUIMARÃES, R. M.; MAURO, C. C.; MAURO, M. Y. C.; MUZI, C. D. Riscos Ocupacionais em Saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, 12:338-45, 2004.

HORKHEIMER, M.; ADORNO, T. W. Elementos do antisemitismo. **Dialética do esclarecimento**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LAUTERT, L; CHAVES, E. H. B. ; MOURA, G. M. S. S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro, **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 06 n.06, 1999.

IIDA, I. **Ergonomia: projeto e produção** - 2 ed revista e ampliada, São Paulo: Edgard Blucher, 2005.

MARTINS, C. C.; VALENTE, G. S. C. A interferência do estresse na saúde ocupacional do enfermeiro que atua em emergência hospitalar. **Revista de enfermagem UFPE on line**, 4(2):533-538, abr-jun 2010.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista latino-americana de enfermagem*, 8(5): 44-51, set-out. 2000.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; SOUZA, I. E. O.; MOREIRA, M. C. Musculoskeletal disorders in nursing workers: evidences associated to work conditions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 60(6): 702, nov-dez. 2007.

MAENO, M.; CARMO, J. C. **Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar para o presente, construir o futuro**. São Paulo (SP): Hucitec; 2005.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H.; Trabalho da enfermagem e distúrbio musculoesquelético: revisão das pesquisas sobre o tema. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 12 (3): 560-65, set. 2008.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H.; KIRCHHOF, A. L. C.; CAMPONOGARA, S.; NONNENMACHER, C. Q.; VIEIRA, L. B. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em

trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, 23(2): 187-93, jan. 2010.

MEIRA, L. Enfermagem vale a vida. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, jan./fev./mar. 2009, p.8.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços da saúde**. Brasília (DF): OPAS/OMS; 2001.

NOGUEIRA, D.P. Incorporação da saúde ocupacional na rede primária de saúde. **Revista de Saúde Pública**; 18:495-509, 1984.

O GLOBO online - "Técnica de enfermagem admite erro ao injetar leite em bebê". Acessado em 01/10/2013 em <http://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/2013/06/tecnica-de-enfermagem-admite-erro-ao-injetar-leite-em-bebe-diz-policia.html>.

O GLOBO País - "Mãe de menina morta espera que enfermeira se apresente e assumo o erro que cometeu". Acessado em 01/10/13 em <http://oglobo.globo.com/pais/sp-mae-de-menina-morta-espera-que-enfermeira-se-apresente-assumo-erro-que-cometeu-2913671>.

PINTO, S.; VALÉRIO N. Lesões por esforços repetitivos. **Revista Fisioterapia UNICID**, 01(01): 71-81, jan-jun. 2000.

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

POSSAS, C. **Saúde e Trabalho – a crise da Previdência Social**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

PAIM, J. S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Problemas Crônicos e Desafios Agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 1994

RIBEIRO, H. P. **Políticas de saúde e assistência médica – um documento de análise**. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 1983.

ROBAZZI, M. L. C. C.; PARRACHINNI, S. A.; SANTOS W. D. F.; MORIYA, T. M. Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 18(69): 65-70, jan-mar. 1990.

ROTENBERG, Lúcia et al . Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, June 2001. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2001000300018&lng=en&nrm=iso>. acessado em 03 Nov. 2012.

SILVA, S. L.; Interações do enfermeiro do trabalho com a saúde do trabalhador em âmbito de prática e assistência de enfermagem – **Tese de doutorado**, UFRJ/ EEAN, 2005.

SILVA, M. A. D.; MARCHI R. **Saúde e Qualidade de vida no Trabalho**. São Paulo: Editora Best Seller, 1997.

SOUSA, F. A. E. F; SILVA, J.; Prestígio profissional do enfermeiro: estimação de magnitudes e de categorias expandidas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 9(6): 19-24, nov. 2001.

SLUCHAK, T. J. Ergonomics: origins, focus, and implementation considerations. **Journal of American Association of Occupational Health Nurses**, v.40, n.3, p.105 – 12, 1992.

STACCIARINI, J. M.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.9, n.2 p.17-25, março 2001.

TUOMI, K.; ILMARINEN, J.; JAHAKOLA, A.; KATAJARINNE, L.; TULKKI, A. **Índice de Capacidade para o Trabalho**. Helsinki: Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional; 1997.

VELDHOVEN, V. M. Need for recovery after work: An overview of construct, measurement and research. In: Houdmont, J., & Leka, S. (Eds.), **Occupational health psychology: European perspectives on research, education and practice. Volume III**. Nottingham: Nottingham University Press; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Occupational hazards in hospitals**. Copenhagen, 1981. (EURO Reports and Studies 80).

7. APÊNDICE

7.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO E COSTA
CURSO DE GRADUAÇÃO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: A Questão do adoecimento profissional no cuidado de enfermagem

Pesquisador Responsável: Fernando Monteiro do Nascimento

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense

Telefones para contato: (21) 71004227 e-mail: fernandomonteiro01@gmail.com

Nome _____ do _____ voluntário:

Idade: _____ R.G. _____

Cargo/função: _____

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “**A Questão do adoecimento profissional no cuidado de enfermagem**”, de responsabilidade do pesquisador Fernando Monteiro do Nascimento.

A pesquisa destina-se a saber de que maneira o processo de cuidado em enfermagem interfere na saúde do trabalhador e quais estratégias podem ser utilizadas para evitar ou amenizar os danos à saúde do trabalhador durante a realização do cuidado de enfermagem. Seus objetivos são identificar os aspectos inerentes à produção do cuidado que interferem na saúde do trabalhador de enfermagem e descrever estratégias que podem ser utilizadas para amenizar danos à saúde do trabalhador na produção do cuidado de enfermagem. O questionário, será aplicado de forma conveniente aos sujeitos e respeitando seus limites. A pesquisa virá a expandir o entendimento do adoecimento do profissional na produção do cuidado de enfermagem, trazendo embasamento para a formulação de melhorias na qualidade de trabalho do enfermeiro, assim como novas vertentes em sua formação profissional. A qualquer momento o voluntário poderá entrar em contato com o pesquisador para esclarecimentos através dos meios disponíveis (telefone ou email). Sua participação é *voluntária* e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízo algum. A informação prestada é confidencial e sua privacidade será respeitada.

Eu, _____, RG nº _____
_____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do profissional

7.2. ENTREVISTA

Questionário de Índice de Capacidade para o Trabalho

Data: ___/___/___

Nome: _____

Data de Nascimento : ___/___/___

DADOS GERAIS

Sexo:

Feminino..... 1
Masculino..... 2

Estado conjugal atual

Solteiro(a)..... 1
Casado(a)..... 2
Vive com companheiro(a)..... 3
Separado(a)/divorciado(a)..... 4
Viúvo(a)..... 5

Escolaridade - Assinalar o nível mais elevado

Ensino fundamental incompleto (não terminou a 8^o série)..... 1
Ensino fundamental completo (terminou a 8^o série)..... 2
Curso técnico de primeiro grau completo..... 3
Ensino médio incompleto (não terminou o 3^o colegial)..... 4
Ensino médio completo (terminou o 3^o colegial)..... 5
Curso técnico de segundo grau completo..... 6
Faculdade incompleta 7
Faculdade completa..... 8
Pós-graduação incompleta/completa..... 9

Com que idade começou a trabalhar?

Qual a sua ocupação atual na instituição?

Descreva as principais tarefas que você faz no trabalho:

Há quanto tempo trabalha na atual empresa?

É funcionário terceirizado? Sim() Não()

É funcionário com registro em carteira de trabalho? Sim() Não()

Recebe adicional de insalubridade ou de periculosidade? Sim() Não()

Trabalha durante a noite? Sim() Não()

As exigências do seu trabalho são principalmente:

Mentais..... 1
 Físicas..... 2
 Ambas, mentais e físicas..... 3

Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

Assinale com “x” um número na escala de zero a dez , que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estou
 Incapaz para o
 Trabalho

Estou
 em minha melhor capac.
 para o trabalho

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Por exemplo fazer esforço físico com as partes do corpo.)

Muito boa..... 5

Boa	4
Moderada	3
Baixa	2
Muito baixa.....	1

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho?
(Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer.)

Muito boa	5
Boa	4
Moderada.....	3
Baixa.....	2
Muito baixa.....	1

Em sua opinião, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente.
Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

	Em minha Opinião	Diagnóstico médico
1 lesão nas costas	2	1
2 lesão nos braços	2	1
3 lesão nas pernas/pés	2	1
4 lesão em outras partes do corpo.....	2	1

Onde? Que tipo de lesão?

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
5 doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores freqüentes.....	2	1
6 doença da parte inferior das costas com dores freqüentes	2	1
7 dor nas costas que se irradia para a perna (ciática).....	2	1
8 doença músculo-esquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores freqüentes.....	2	1
9 artrite reumatóide.....	2	1
10 outra doença músculo-esquelética.....	2	1

Qual?

11 hipertensão arterial (pressão alta).....	2	1
12 doença coronariana, dor no peito		

durante exercício (angina pectoris).....	2	1
13 infarto do miocárdio, trombose coronariana.....	2	1
14 insuficiência cardíaca.....	2	1
15 outra doença cardiovascular.....	2	1

Qual?

16 infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amidalite, sinusite aguda, bronquite aguda).....	2	1
17 bronquite crônica.....	2	1
18 sinusite crônica.....	2	1
19 asma.....	2	1
20 enfisema.....	2	1
21 tuberculose pulmonar.....	2	1
22 outra doença respiratória.....	2	1

Qual?

23 distúrbio emocional severo (depressão severa)	2	1
24 distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia).....	2	1
25 problema ou diminuição da audição.....	2	1
26 doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa Óculos e/ou lentes de grau)	2	1
27 doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	2	1
28 outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos	2	1

Qual?

29 pedras ou doença da vesícula biliar	2	1
30 doença do pâncreas ou do fígado	2	1
31 úlcera gástrica ou duodenal	2	1
32 gastrite ou irritação duodenal	2	1
33 colite ou irritação do cólon	2	1
34 outra doença digestiva	2	1

Qual?

35 infecção das vias urinárias	2	1
36 doença dos rins	2	1
37 doença nos genitais e aparelho.....	2	1
reprodutor (problema nas trompas ou na próstata)		
38 outra doença geniturinária	2	1

Qual?

39 alergia, eczema	2	1
40 outra erupção	2	1

Qual?

41 outra doença de pele 2 1

Qual?

42 Tumor benigno 2 1

43 Tumor maligno (câncer) 2 1

Onde?

44 obesidade 2 1

45 diabetes 2 1

46 bócio ou outra doença da tireóide 2 1

47 outra doença endócrina ou metabólica 2 1

Qual?

48 anemia 2 1

49 outra doença do sangue 2 1

Qual?

50 defeito de nascimento 2 1

Qual?

51 outro problema ou doença 2 1

Qual?

Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta.)

Não há impedimento, Eu não tenho doenças 6

Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas 5

Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho 4

Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho 3

Por causa de minha doença, sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial 2

Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar 1

Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exames durante os últimos 12 meses?

Nenhum 5

Até 9 dias 4

De 10 até 24 dias 3

De 25 até 99 dias	2
De 100 até 365 dias	1
Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?	
É improvável	1
Não estou certo	4
Bastante provável	7
Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?	
Sempre	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0
Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?	
Sempre	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0
Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?	
Sempre	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0