

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ADRIANA APARECIDA PAZ

**VIGILÂNCIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR:
fatores associados aos acidentes, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho**

Porto Alegre

2014

ADRIANA APARECIDA PAZ

**VIGILÂNCIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR:
fatores associados aos acidentes, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho

Orientadora: Profa. Dra. Liana Lautert

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Paz, Adriana Aparecida
Vigilância na Saúde do Trabalhador: fatores
associados aos acidentes, alterações
musculoesqueléticas e doenças do trabalho / Adriana
Aparecida Paz. -- 2014.
223 f.

Orientadora: Liana Lautert.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem do trabalho. 3.
Vigilância em saúde do trabalhador. 4. Acidentes do
trabalho. 5. Doenças profissionais. I. Lautert,
Liana, orient. II. Título.

ADRIANA APARECIDA PAZ

Vigilância na Saúde do Trabalhador: fatores associados aos acidentes, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho.

Tese apresentada ao Curso de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

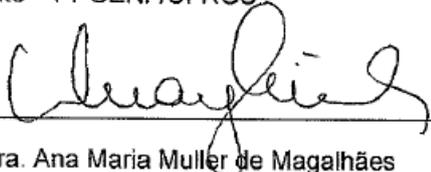
Aprovada em Porto Alegre, 11 de julho de 2014.

Banca Examinadora



Profa. Dra. Liana Lautert

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Maria Muller de Magalhães

Membro – PPGENF/UFRGS



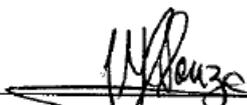
Profa. Dra. Sônia Beatriz Cócáro de Souza

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

Membro – UFF



Prof. Dr. Lucas Melo de Souza

Membro – ULBRA

Dedico aos...
trabalhadores que contribuíram para a realização desta Tese!
Meu amor Marcelo, minha vida.
Minha mamãe Vera, pelo exemplo, de garra e vitória!
Meu pai João (in memoriam) pela vida.
Minhas maninhas Maria Joaquina e Maria das Graças.
Meus lindos sobrinhos e afilhados Eliakin, Maria Lúcia e Teodora!
A todas as pessoas que na minha trajetória de vida e profissional,
possibilitaram a conclusão de mais essa etapa!

AGRADECIMENTOS

A conclusão de uma etapa na trajetória acadêmica é permeada por muitas vivências no campo do saber e fazer da pesquisa em enfermagem, as quais possibilitam o encontro das ideias e pessoas que têm o propósito, de fazer a diferença em nossas vidas! Os agradecimentos por essa conquista é fruto de outras grandes conquistas e do amor que permeia todas essas relações.

Agradeço primeiramente a Deus, por ter colocado sempre, ao meu lado, as pessoas muito especiais para ajudarem nesta minha caminhada!!!

A minha gratidão...

Ao meu pai, João (in memoriam), e à minha mãe, Vera Lúcia, mulher forte e batalhadora, que me deram a vida, me ensinaram desde pequena, os valores essenciais na construção das relações humanas, como o respeito, a dedicação, o compromisso e a afetividade! Vocês... são a minha base. Amo vocês!!!

Ao Marcelo, amor da minha vida, amigo e companheiro que, agora tão presente permaneceu, acompanhando meus desafios e incentivando a contínua caminhada acadêmica, e pelo amor profundo que emana a cada dia, convivido e compartilhado. Te Amo!!!

Às minhas irmãs, Maria das Graças e Maria Joaquina, que souberam entender a minha ausência, tão distante, e por ter pouco tempo para escutar suas confidências nessa última fase de construção desta investigação. Vocês são maravilhosas!!!

Aos meus lindos sobrinhos e afilhados Eliakin, Maria Lúcia e Teodora que me oferecem o amor incondicional em nossos encontros... Adoro vocês, meus lindinhos!

Ao Vô Arlindo (in memoriam), Tia Maria Joaquina e Tio Paulinho (in memoriam), pela credibilidade no meu potencial e do esforço para me apoiar na conquista da minha profissão.

À sogra Antonia Elvira, cunhados Junior e Fabiana, pelos momentos de grande ausência nesta etapa final de elaboração deste trabalho!

O meu Muito Obrigada...

À Profa. Dra. Liana Lautert, por todos os encontros que, com plena sabedoria e competência, na seara da saúde do trabalhador, conduziu essa investigação, despertando e compartilhando os pensamentos para a discussão na sustentação desta Tese. Tens a minha admiração e gratidão pelo apoio, compromisso e amizade durante esta jornada, por ter acreditado em mim na concretização deste sonho.

Aos membros do Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO), que me adotaram e me apoiaram em diversos momentos da minha trajetória acadêmica. Em especial, a amiga e companheira Profa. Dra. Daiane Dal Pai e às enfermeiras Caroline Zorzo Griep, Dayane Santos dos Reis, Déborah Bulegon Mello, Meíra Gonçalves Teixeira (in memoriam), Eunice Fabiani Hilleshein, Juliana Petri Tavares, Lisiane Sausen, Daniëlle Bernardi Silveira e Diana da Costa Pagliarini.

Aos futuros enfermeiros, Cibele dos Santos, Marcella Silveira Leivas, Ernani Bohrer da Rosa, Alencar da Costa Júnior, Alessandra Porto D'Avila, Virgínia de Oliveira Minussi e Keuri Tanira Lohrentz da Cunha, que participaram da coleta de dados na pesquisa "Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre" e atuaram com muita seriedade e compromisso.

À Profa. Dra. Geilsa Soraia Cavalcanti Valente que tive a oportunidade de conhecer em outra instituição e que, com sua experiência na área do trabalhador, contribuiu no Exame de Qualificação da proposta da Tese.

Ao Prof. Dr. Luccas Melo de Souza que tenho a honra de tê-lo nesse momento de minha trajetória quando, nos agradecimentos da Dissertação de Mestrado, escrevia essas linhas, agradecendo pelo apoio na coleta de dados, ainda como futuro enfermeiro, e que hoje me orgulho em tê-lo como membro examinador nessa investigação.

À Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães pelo carinho, aceitação e contribuições para este estudo. Tenho admiração pela sua competência na gestão do trabalho em enfermagem!

À Profa. Dra. Sônia Beatriz Cocaro de Souza, pelas sugestões no Exame de Qualificação que, com certeza, contribuíram imensamente na construção desta Tese.

Aos professores e auxiliares administrativos do Programa de Pós-Graduação do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que permearam esta caminhada com conhecimentos, palavras de incentivo e ensinamentos, que construíram dia após dia este caminho de aperfeiçoamento acadêmico-profissional.

Aos colegas de Doutorado em Enfermagem, que mantiveram sempre apoiando e convivendo, de modo a enriquecer as discussões na construção do saber e da prática em enfermagem.

Aos 288 trabalhadores que se dispuseram e compreenderam a importância desta investigação, decidindo pela participação. E aos trabalhadores do Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por terem apoiado as longas jornadas exaustivas nos seus espaços de trabalhos, para o acesso ao prontuário do trabalhador.

Aos colegas docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), pelo carinho e o incentivo na conclusão dessa etapa e, em especial aos colegas da Área de Conhecimento de Gestão em Enfermagem, Profa. Dra. Graciele Fernanda da Costa Linch, Profa. Dda. Ana Amélia Antunes Lima e Profa. Dda. Taís Maria Nauderer, por assumirem a minha carga horária no meu afastamento das atividades acadêmicas.

Aos amigos especiais, Cassiane Corso, Milena Corso, Leonardo Bandeira Boeira, Débora Coelho, Alex Guimarães, Beatriz Regina Lara dos Santos, Olga Rosária Eidt, Marinês Aires, Emiliane Souza, Karina Azzolin, Brendali Wegner, Wiliam Wegner, Cíntia Nasi, Marcio Camatta, Fátima Cecchetto, Pedro D'Azevedo, Tatiana Bavaresco e a todos os meus amigos que, conscientemente e inconscientemente, souberam apoiar e contribuir de uma forma especial para o sucesso da minha trajetória acadêmica-profissional!

A todos aqueles que colaboraram, de alguma maneira, para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos. Muito Obrigada!!!

Podemos acreditar que tudo que a vida nos oferecerá no futuro é repetir o que fizemos ontem e hoje. Mas, se prestarmos atenção, vamos nos dar conta de que nenhum dia é igual a outro. Cada manhã traz uma benção escondida; uma benção que só serve para esse dia e que não se pode guardar nem desaproveitar. Se não usamos este milagre hoje, ele vai se perder. Este milagre está nos detalhes do cotidiano; é preciso viver cada minuto porque ali encontramos a saída de nossas confusões, a alegria de nossos bons momentos, a pista correta para a decisão que tomaremos. Nunca podemos deixar que cada dia pareça igual ao anterior porque todos os dias são diferentes, porque estamos em constante processo de mudança.

Paulo Coelho

RESUMO

PAZ, Adriana Aparecida. **Vigilância na saúde do trabalhador:** fatores associados aos acidentes, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho. 2014. 223 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Esta tese sustenta que as características sociodemográficas, ocupacionais e de situação de saúde constituem fatores de adoecimento ou de proteção para a ocorrência de acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho em trabalhadores de uma instituição hospitalar. O objetivo geral foi identificar os fatores de proteção e de adoecimento para ocorrência de acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho em trabalhadores de uma instituição hospitalar. Trata-se de um estudo transversal, cujo cenário foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no qual foram abordados 288 trabalhadores e seus respectivos prontuários, de 54 ocupações distintas, no período entre 2010 a 2012. Utilizou-se para a coleta o banco de dados da pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa HCPA, sob o registro 11-315. Os dados foram analisados por estatística descritiva e analítica, considerando o nível de significância de 95%, QuiQuadrado e Regressão de *Poisson*. Na abordagem do trabalhador, verificou-se a prevalência do sexo feminino, maiores de 40 anos, residentes em Porto Alegre, que realizavam atividade física e de lazer, profissionais da área da Enfermagem, e regime de trabalho diurno. Uma menor proporção relatou trabalhar em outra instituição; hospitalizações; acidentes de trabalho; as doenças do trabalho; e doenças crônicas. No prontuário do trabalhador, observou-se o predomínio da admissão inferior a dez anos, risco biológico, risco ergonômico, realização do exame periódico médico, doença crônica e afastamentos laborais. Os acidentes de trabalho, as doenças do trabalho e as alterações musculoesqueléticas tiveram menor prevalência nos registros dos prontuários. Dentre os fatores que potencializam o adoecimento por acidentes de trabalho, identificou-se consumo de tabaco alguma vez na vida (RP=1,80; p=0,010) e o afastamento laboral registrado nos últimos três anos (RP=5,79; p=0,014). As alterações musculoesqueléticas mostraram associação com a situação conjugal sem companheiro (RP=1,69; p=0,005), ter filhos (RP=1,55; p=0,032), e o afastamento laboral nos últimos três anos (RP=2,04; p=0,008). As doenças do trabalho, como fatores de adoecimento, associam-se à mudança da situação conjugal (RP=3,51; p=0,020), risco ergonômico (RP=2,60; p=0,038) e limitação funcional no período de três anos (RP=4,38; p=0,006). Dentre os fatores de proteção, observou-se a associação com a carga horária diária menor que 6 horas e 15 minutos (RP=0,41; p=0,007) e os acidentes de trabalho. Para as doenças do trabalho, a associação protetora ocorreu dentre trabalhadores com risco biológico (RP=0,24; p=0,028) e os que realizam o exame periódico médico (RP=0,36; p=0,015). Os resultados evidenciaram fatores de adoecimento e de proteção à saúde do trabalhador que reforçam a necessidade de articulação de ações que valorizem a co-reponsabilização do trabalhador e da instituição, de modo a se tecerem as estratégias para a prevenção de acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermagem do trabalho. Vigilância em saúde do trabalhador. Acidentes do trabalho. Doenças musculoesqueléticas. Doenças profissionais.

ABSTRACT

PAZ, Adriana Aparecida. **Surveillance in work health:** factors associated to accidents, musculoskeletal disorders and occupational diseases. 2014. 223 f. Thesis (PhD in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

This thesis sustains that sociodemographic characteristics, occupational and health condition compose illness or protection factors for work accidents occurrence, musculoskeletal disorders and work diseases, considering workers of a hospital institution. The general objective was to identify the protective factors for illness and accidents, musculoskeletal disorders and occupational diseases in workers of a hospital institution. It is a transversal study, whose scenario was the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), in which 288 workers from 54 different occupations were approached along with their related medical records, in the period between 2010 and 2012. The data collection was performed using the data bank from a former research work approved by the Research Ethics Committee of HCPA, under the record 11-315. The data were analyzed using descriptive and analytical statistics, considering a confidence interval of 95%, chi-square and *Poisson* regression. At worker approach it was verified the prevalence of females, over 40 years, residents in Porto Alegre, practitioners of physical and relaxing activities, nursing area professionals, and daytime workers. A less portion reported working in a second institution; hospitalizations; work accidents; work diseases; and chronic diseases. It was observed, inside the worker medical record, the predominance of admission lower than ten years, biological risk, ergonomic risk, periodic medical exams, chronic disease and work absence. Work accidents, work diseases and musculoskeletal disorders were observed having low prevalence in workers medical records. Among the factors that leverage the illness by work accidents, it was identified the tobacco consumption at least once in life (RP=1.80; p=0.010) and work absence recorded in the last three years (RP=5.79; p=0.014). Musculoskeletal disorders indicates association with marital status as without partner (RP=1.69; p=0.005), have children (RP=1.55; p=0.032), and work absence in the last three years (RP=2.04; p=0.008). Work diseases, as illness factors, were associated with marital status change (RP=3.51; p=0.020), ergonomic risk (RP=2.60; p=0.038) and functional limitation in the period of three years (RP=4.38; p=0.006). Among protection factors, it was observed an association with working time lower than 6 hours and 15 minutes (RP=0.41; p=0.007) and work accidents. For work diseases, the protection association occurred among workers with biological risk (RP=0.24; p=0.028) and among ones that underwent periodic medical exams (RP=0.36; p=0.015). Results pointed out factors of illness and worker health protection that reinforces the need of articulated actions and that enhance the co-responsibility of worker and institution, in the way to create strategies to prevent work accidents, musculoskeletal disorders and work diseases.

Keywords: Nursing. Occupational health Nursing. Surveillance of the workers health. Accidents, occupational. Musculoskeletal diseases. Occupational diseases.

RESUMEN

PAZ, Adriana Aparecida. **Vigilancia en la salud del trabajador:** los factores asociados a los accidentes, alteraciones musculoesqueléticas y las enfermedades profesionales. 2014. 223f. Tesis (Doctoramiento en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Río Grande del Sur, Porto Alegre, 2014.

Esta tesis sostiene que las características sociodemográficas ocupacionales y de situación de salud constituyen factores de generación de enfermedades o de protección para la ocurrencia de accidentes de trabajo, alteraciones musculoesqueléticas y dolencias laborales en trabajadores de una institución hospitalaria. El objetivo general fue identificar los factores de protección y enfermedades en la ocurrencia de accidentes, alteraciones musculoesqueléticas y enfermedades profesionales en los trabajadores de una institución hospitalaria. Se trata de un estudio transversal cuyo escenario fue el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), en el cual fueron abordados 288 trabajadores y sus respectivos prontuarios, de 54 ocupaciones distintas, en el periodo entre 2010 a 2012. Fue utilizada para la colecta el banco de datos de la pesquisa aprobada por el Comité de Ética y Pesquisa HCPA, sob el registro de 11-35. Los datos fueron analizados por estadística considerando el nivel de relevancia de 95%, Qui-cuadrado y Regresión de *Poisson*. En el abordaje del trabajador fue verificada la prevalencia del sexo femenino, mayores de 40 años, residentes en Porto Alegre, que realizaban actividad física y de ocio, profesionales del área de enfermería y régimen de trabajo diurno. Una menos proporción relató trabajar en otra institución; hospitalización; accidentes de trabajo; las dolencias laborales y crónicas. En el prontuario del trabajador fue observado el dominio de la admisión inferior a diez años, riesgo biológico, riesgo ergonómico, realización de examen médico periódico, enfermedad crónica y alejamientos laborales. Los accidentes de trabajo, las enfermedades laborales y las alteraciones musculoesqueléticas tuvieron menor prevalencia en los registros de los prontuarios. Entre los factores que potencializaron las enfermedades por accidentes de trabajo fueron identificados el consumo de tabaco alguna vez en la vida (RP=1,80; p=0,010) y el alejamiento laboral registrado en los últimos tres años (RP=5,79; p=0,014). Las alteraciones musculoesqueléticas mostraron asociación con la situación conjugal sin compañero (RP=1,69; p=0,005), tener hijos (RP=1,55; p=0,032) y el alejamiento laboral en los últimos tres años (RP=2,04; p=0,008). Las enfermedades de trabajo como factoras de dolencias están asociadas a la mudanza de situación conjugal (RP=3,51; p=0,020), riesgo ergonómico (RP=2,60; 0,038) y limitación funcional en el periodo de tres años (RP=4,38; p=0,006). En lo que respecta a los factores de protección, se observó la asociación con la carga horaria diaria menor que 6 horas y 15 minutos (RP=0,41; p=0,007) y los accidentes de trabajo. Para las dolencias laborales, la asociación protectora ocurrió entre los trabajadores con riesgo biológico (RP=0,24; p=0,028) y los que realizan el examen médico periódico (RP=0,36; p=0,015). Los resultados evidenciaron factores de enfermedades y de protección a la salud del trabajador que refuerzan la necesidad de articulación de acciones que valoren la corresponsabilidad del trabajador y de la institución de manera a generar estrategias para la prevención de accidentes laborales, alteraciones musculoesqueléticas y dolencias laborales.

Palbras-clave: Enfermería. Enfermería del trabajo. Vigilancia de la salud del trabajador. Accidentes de trabajo. Enfermedades musculoesquéticas. Enfermedades profesionales.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| Figura 1 – Seleção da Amostra e coleta de dados. | 51 |
|--|-----------|

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|------------|
| Tabela 1 – Características sociodemográficas autorrelatadas pelos trabalhadores de saúde (n=288). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. | 56 |
| Tabela 2 – Características ocupacionais autorrelatadas pelos trabalhadores de saúde (n=288). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. | 74 |
| Tabela 3 – Características dos acidentes e doenças do trabalho dos últimos doze meses autorrelatadas pelos trabalhadores de saúde (n=288). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. | 85 |
| Tabela 4 – Características da situação de saúde dos últimos doze meses autorrelatadas pelos trabalhadores de saúde (n=288). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. | 91 |
| Tabela 5 – Características ocupacionais e da situação de saúde registradas nos prontuários dos trabalhadores de saúde (n=288), no período de 2010 a 2012. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. | 95 |
| Tabela 6 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de <i>Poisson</i> dos acidentes de trabalho relatados pelos trabalhadores e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. | 109 |
| Tabela 7 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de <i>Poisson</i> dos acidentes de trabalho registrados nos prontuários e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. | 113 |
| Tabela 8 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de <i>Poisson</i>, das alterações musculoesqueléticas e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. | 130 |
| Tabela 9 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de <i>Poisson</i> das doenças do trabalho autorrelatadas pelos trabalhadores e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. | 150 |

| | |
|---|------------|
| Tabela 10 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de <i>Poisson</i> das doenças do trabalho registradas nos prontuários dos trabalhadores e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. | 154 |
|---|------------|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| AC | - Acre |
| AEPS | - Anuário Estatístico da Previdência Social |
| AM | - Amazonas |
| BA | - Bahia |
| CAT | - Comunicação de Acidente de Trabalho |
| CE | - Ceará |
| CEP | - Comitê de Ética e Pesquisa |
| CEREST | - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador |
| CFB | - Constituição Federativa do Brasil |
| CID-10 | - Classificação Internacional das Doenças – 10ª revisão |
| CIPA | - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes |
| CLT | - Consolidação das Leis Trabalhistas |
| CNAE | - Código Nacional de Atividade Econômica |
| COFEn | - Conselho Federal de Enfermagem |
| d.C | - Depois de Cristo |
| DDH | - Declaração dos Direitos Humanos |
| DF | - Distrito Federal |
| DNTs | - Doenças Não Transmissíveis |
| DORT | - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho |
| DPM | - Distúrbios Psíquicos Menores |
| DTs | - Doenças Transmissíveis |
| EENF | - Escola de Enfermagem |
| EPIs | - Equipamentos de Proteção Individual |
| EPS | - Educação Permanente em Saúde |
| ESNER | - Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes |
| FGTS | - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço |
| GISO | - Grupo Interdisciplinar em Saúde Ocupacional |
| GPPG | - Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação |
| GO | - Goiás |
| HCPA | - Hospital de Clínicas de Porto Alegre |
| HIV | - Vírus da imunodeficiência humana |

| | |
|--------|---|
| IC | - Intervalo de Confiança |
| IMC | - Índice de Massa Corporal |
| INAMPS | - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social |
| INPS | - Instituto Nacional de Previdência Social |
| INSS | - Instituto Nacional de Seguridade Social |
| LER | - Lesão de esforço repetitivo |
| LOS | - Lei Orgânica de Saúde |
| MG | - Minas Gerais |
| MPS | - Ministério da Previdência Social |
| MS | - Mato Grosso do Sul |
| MTE | - Ministério do Trabalho e Emprego |
| n° | - Número |
| NOB | - Norma Operacional Básica |
| NRs | - Normas Regulamentadoras |
| OIT | - Organização Internacional do Trabalho |
| OMS | - Organização Mundial de Saúde |
| ONU | - Organização das Nações Unidas |
| OPAS | - Organização Panamericana de Saúde |
| OR | - Odds Ratio |
| p | - Nível de Significância |
| PCMSO | - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional |
| PE | - Pernambuco |
| PEA | - População Economicamente Ativa |
| PNAD | - Pesquisa Nacional de Amostra de Famílias e Domicílios |
| PNT | - Política Nacional do Trabalhador |
| PNSST | - Política Nacional sobre Saúde e Segurança do Trabalho |
| PNSTT | - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora |
| PPGENF | - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem |
| PR | - Paraná |
| RENAST | - Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador |
| RJ | - Rio de Janeiro |
| RP | - Razão de Prevalências |
| RR | - Risco Relativo |
| RS | - Rio Grande do Sul |

| | | |
|-------|---|---|
| r_s | - | Correlação de Spearman |
| SC | - | Santa Catarina |
| SE | - | Sergipe |
| SESMT | - | Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho |
| SIPAT | - | Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho |
| SMO | - | Serviço de Medicina Ocupacional |
| SP | - | São Paulo |
| SRC | - | Sarampo, Rubéola e Caxumba |
| SUS | - | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | - | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TMM | - | Transtornos Mentais Menores |
| UFRGS | - | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| VIF | - | Variance Inflation Factor |
| VISAT | - | Vigilância em Saúde do Trabalhador |
| X^2 | - | QuiQuadrado |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 20 |
| 2 | OBJETIVOS DO ESTUDO | 25 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL..... | 25 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 25 |
| 3 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 26 |
| 3.1 | RELAÇÃO HISTÓRICA DO TRABALHO E SAÚDE..... | 28 |
| 3.2 | CONTEXTUALIZANDO O TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL..... | 34 |
| 3.3 | VIGILÂNCIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR | 36 |
| 3.4 | ENFERMAGEM DO TRABALHO E A GESTÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR | 41 |
| 4 | MATERIAIS E MÉTODOS | 46 |
| 4.1 | DELINEAMENTO DO ESTUDO | 46 |
| 4.2 | CENÁRIO DO ESTUDO | 46 |
| 4.3 | POPULAÇÃO/AMOSTRA | 47 |
| 4.4 | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 49 |
| 4.5 | COLETA DE DADOS | 50 |
| 4.5.1 | Coleta de dados primários | 50 |
| 4.5.2 | Coleta de dados secundários | 51 |
| 4.6 | ANÁLISE DE DADOS | 52 |
| 4.7 | ASPECTOS ÉTICOS | 53 |
| 5 | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 55 |
| 5.1 | ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS..... | 55 |
| 5.2 | ASPECTOS OCUPACIONAIS E DA SITUAÇÃO DE SAÚDE | 73 |
| 5.3 | FATORES ASSOCIADOS AOS ACIDENTES DE TRABALHO | 108 |
| 5.4 | FATORES ASSOCIADOS ÀS ALTERAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS | 129 |
| 5.5 | FATORES ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS DO TRABALHO..... | 147 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 178 |
| 6.1 | LIMITAÇÕES DO ESTUDO | 182 |
| 6.2 | RECOMENDAÇÕES..... | 183 |
| | REFERÊNCIAS | 186 |

| | |
|---|------------|
| APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO DA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS DA PESQUISA: GPPG/HCPA nº 11-315 | 211 |
| ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA: GPPG/HCPA nº 07-482 | 212 |
| ANEXO B – APROVAÇÃO DA PESQUISA: GPPG/HCPA nº 11-315 | 213 |
| ANEXO C – TERMO DE CIÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA: GPPG/HCPA nº 11-315..... | 214 |
| ANEXO D – QUESTIONÁRIO DO TRABALHADOR..... | 215 |
| ANEXO E – FORMULÁRIO DO PRONTUÁRIO DO TRABALHADOR..... | 218 |
| ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GPPG/HCPA nº 11-315..... | 222 |
| ANEXO G – TERMO DE CIÊNCIA PARA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS DA PESQUISA: GPPG/HCPA nº 11-315..... | 223 |

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é o ato consciente no qual o homem transforma a matéria-prima ou ideia em produto ou serviço de acordo com o que foi planejado (ideação) e executado (objetivação). Deste modo, o homem concretiza a produção para a sociedade e se reconhece nessa relação como sujeito social em função de ser ativo e capaz na transformação de matéria-prima em um produto. É nessa dinâmica, na qual novas relações sociais se desenvolvem num processo de acumulação de conhecimento e da condição essencial de sobrevivência, que a construção da sociedade se torna possível⁽¹⁻³⁾.

Na década de 90, a Reestruturação Produtiva (Terceira Revolução Industrial) desenvolveu uma produção resultante de avanços tecnológicos e gerenciais do trabalho, o que deflagrou mudanças aceleradas que culminaram em novas formas de se estabelecerem as relações interpessoais, familiares, socioculturais e da própria vida diante do perfil epidemiológico da sociedade. Essa combinação dos avanços tecnológicos e gerenciais intensificou o trabalho em todos os setores de produção e de serviços⁽⁴⁾.

De fato, esse ritmo acelerado na produtividade caracteriza-se pela complexidade das exigências e, por vezes, também é acompanhado por vários fatores, tais quais: condições ambientais de trabalho desfavoráveis; falta de controle sobre a atividade; retaliação; escassa segurança dos processos e fluxos exigidos; escassez de treinamentos e orientações; relação abusiva entre supervisores e subordinados; ciclo trabalho-descanso incoerentes com o trabalho exercido, entre outros aspectos⁽⁵⁻⁹⁾.

Nesse contexto, o trabalhador é exposto aos antigos e novos agravos adversos no cenário laboral, relacionados ao processo e organização do ambiente de trabalho, os quais são potencializadores do adoecimento. As mudanças das relações de trabalho, a sociedade e o empregador exigem mais produtividade do trabalhador para que a industrialização e a comercialização de produtos sejam atendidas, assim como da ampliação de serviços para atender-se a demanda do mercado mundial. O uso de novas tecnologias, de novos métodos de trabalho e de controle facilitam a intensificação laboral que, aliada à instabilidade no trabalho, potencializa o adoecimento de trabalhadores, evidenciando o aumento da prevalência de acidentes e doenças do trabalho⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Dentre as doenças, destacam-se as lesões por esforços repetitivos (LER) e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) que atinge cerca de 100 mil trabalhadores por ano, que somatizados pela carga do estresse, fadiga física e mental, e outras

manifestações de sofrimento psíquico tem como desfecho o adoecimento⁽¹²⁾. Este panorama configura situações que exigem empenho em investigações para consolidação do conhecimento na área, na medida em que se torna possível estabelecer propostas coerentes e efetivas de intervenção para manter a saúde do trabalhador em todas as etapas do ciclo vital.

Historicamente, no Brasil, a atenção ao trabalhador é impulsionada com a Emenda Constitucional de 1.926⁽¹³⁾, que estabeleceu a competência da União para legislar sobre o trabalho, e com o Decreto-Lei número nº 5.452/43⁽¹⁴⁾, que cria a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). No entanto, as políticas de saúde do trabalhador foram fortalecidas somente em 1988 pela Constituição Federativa do Brasil (CFB), expressas no capítulo da Saúde e Seguridade Social, no artigo 200, que aponta as “ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador^(15:94). Esses mesmos deveres e direitos são referendados pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) nº 8.080/90⁽¹⁶⁾ publicada em 1990, que operacionaliza o Sistema Único de Saúde (SUS).

Posteriormente, em 1996, publicou-se, pelo SUS a Norma Operacional Básica (NOB) que descreve sobre os direitos e deveres dos trabalhadores na área da saúde⁽¹⁷⁾, ressaltando as questões relacionadas à Vigilância na Saúde do Trabalhador (VISAT) e a Educação Permanente em Saúde (EPS). A VISAT tornou-se vigente pela publicação da Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998, regulando as práticas de saúde do SUS de maneira que a atuação seja contínua e sistemática em detectar, conhecer, pesquisar e analisar os agravos a saúde dos trabalhadores, considerando o ambiente de trabalho, as tecnologias, as ações sociais, organizacionais e epidemiológicas, assim como traçar as estratégias para eliminar ou controlar os agravos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

O trabalho em saúde instiga que seus trabalhadores desenvolvam estratégias que garantam o controle e a prevenção de doenças, sejam as doenças transmissíveis (DTs) ou as doenças não transmissíveis (DNTs). Esse propósito de trabalho em saúde garante ações direcionadas a todo cidadão economicamente ativo, ou em fase de crescimento e desenvolvimento, para que mantenha a saúde na força de trabalho e não inviabilize a economia do país com o pagamento de indenizações e auxílio doença^(1,3,20-21). Assim, os profissionais de saúde tomam como objeto o corpo humano investindo socioeconomicamente nas dimensões individual e coletiva.

Os trabalhadores de saúde estão expostos aos riscos ocupacionais que são peculiares às atividades exercidas nos serviços de saúde. A definição de riscos ocupacionais⁽²²⁾ pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) considera que entre os determinantes da saúde do trabalhador estão incluídos os condicionantes caracterizados como socioeconômicos,

tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacional, presentes ou relacionados ao trabalho. Esses riscos podem ser classificados em cinco grupos: biológico (evidenciado pelo contato com micro-organismos patogênicos); físicos (condições inadequadas de iluminação, ruído, temperatura, radiações, entre outros); químicos (manipulação de desinfetantes, medicamentos, entre outros); psicossociais (atenção constante, pressão da chefia, estresse, fadiga, ritmo acelerado, trabalho em turnos alternados, entre outros); e ergonômicos (uso da postura inadequada e levantamento de peso excessivo).

Em função disso, o trabalhador permanece em seu cotidiano exposto aos diversos riscos ocupacionais da função que exerce no espaço social do trabalho. As mudanças geradas pela globalização, tecnologias, crescimento demográfico, comunicação em massa colaboram para que o mundo do trabalho, de certa forma, confunda-se com a vida do trabalhador. Entende-se que cada trabalhador responderá à intensificação do trabalho com diferentes componentes motores, perceptivos e cognitivos, que quando acarretados pela presença do estresse crônico, podem resultar em agravos e acidentes de trabalho. Portanto, esses agravos, inevitavelmente, também acarretaram transtornos no processo e na organização das atividades laborais na instituição, em decorrência dos absenteísmos decorrentes das doenças ou acidentes do trabalho, os quais exigem auxílio doença ou restrição de função, temporária ou permanente^(1,3-4,10,23-24).

Os acidentes de trabalho não ocorrem por acaso, mas por uma sincronização de diversos eventos que determinam a causa, sendo esta considerada como falha humana ou material que implica em uma lesão corporal ou perturbação funcional. Os acidentes são classificados como de trajeto (ocorrido entre a residência e a instituição) e típico (ocorrido ao desempenhar a função dentro da instituição). O Ministério da Previdência Social (MPS) publicou o Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) no ano 2011, de um total de 538.480 acidentes de trabalho registrados pela Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), 423.167(78,7%) casos foram registrados como acidentes típicos, 100.230(18,5%) casos de acidentes de trajeto, 15.083 (2,8%) casos de doenças do trabalho. Esse número que apesar de considerado crítico não contempla os trabalhadores os contribuintes individuais (trabalhadores autônomos e empregados domésticos, entre outros), os militares e os servidores públicos estatutários⁽²⁵⁾.

O processo de adoecimento por doença do trabalho ocorre de maneira latente e prolongada e, por vezes, se manifesta por meio de diferentes mecanismos fisiopatológicos e sociocupacionais, dentre os quais se destacam: baixa autoestima; baixa autoimagem; sobrecarga de trabalho; desenvolvimento de comportamentos de defesa para manter a

permanência no trabalho; acirramento dos conflitos interpessoais no trabalho, especialmente, em situações de enxugamento do quadro de trabalhadores e a carga psíquica vivenciada no ambiente laboral que leva ao sofrimento mental^(5,26-27).

Logo, o perfil epidemiológico da saúde do trabalhador caracteriza-se por um mosaico que se configura na mistura de padrões de adoecimento decorrentes do trabalho associado às DTs e DNTs que repercutem na sobreposição de acidentes e doenças do trabalho ou não ocupacionais. Essa caracterização do processo de adoecimento pode manifestar-se por um envelhecimento dependente ou de morbimortalidade prematura resultantes das DNTs associadas à sintomatologia psíquica⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Diante dessa contextualização, observa-se que, nos últimos anos, surge a preocupação em realizar investigações para ampliar os conhecimentos interdisciplinares que fundamentem propostas de intervenção na saúde do trabalhador. Nesta seara, o enfermeiro é um elemento essencial na composição da equipe de saúde do trabalhador. Dentre uma série de responsabilidades, assume a função de educador, assim como a busca por melhores condições ambientais e do exercício laboral, no intuito de promover a qualidade de vida do trabalhador⁽³⁰⁾. A relevância do papel do enfermeiro na saúde do trabalhador consiste, também, na maneira como o mesmo articula as ações de promoção, manutenção da saúde e prevenção de doenças.

Essa investigação está vinculada ao Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), inserido na área de concentração de Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem e na linha de pesquisa Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho. Essa proposta agrega-se aos esforços do Serviço de Medicina Ocupacional (SMO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para apreender esse contexto de saúde-adoecimento laboral e as investigações realizadas pelo Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO), da Escola de Enfermagem (EENF) da UFRGS. O grupo vem desenvolvendo várias pesquisas neste espaço social e de saúde, tendo em vista a necessidade de (re)conhecer os fatores potencializadores de saúde ou de adoecimento dos trabalhadores.

Atualmente, os resultados dessa investigação contribuem para o segundo eixo – Atualização e implementação do Banco de Dados do Serviço de Medicina Ocupacional – que propõe identificar os fatores de proteção à saúde e os associados ao adoecimento, vinculado à pesquisa “Avaliação dos fatores potencializadores de saúde-adoecimento dos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre” (Protocolo nº 07-482); e a pesquisa “Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital

de Clínicas de Porto Alegre” (Protocolo nº 11-315), que subsidiou o levantamento de informações sociodemográficas, ocupacionais e de saúde dos trabalhadores. Em face da contextualização das premissas da VISAT que se associou à preocupação dos pesquisadores do GISO surgiu a questão de pesquisa: Quais são os fatores para a ocorrência de acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho em trabalhadores na área hospitalar?

Essa questão impulsionou a realização desta investigação que sustentou a verificação da tese que “as características sociodemográficas, ocupacionais e de situação de saúde constituem fatores de adoecimento ou de proteção para a ocorrência de acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho em trabalhadores de uma instituição hospitalar”. A suposição baseou-se no fato de que as condições socioeconômicas, ocupacionais e de saúde podem contribuir para uma maior prevalência de acidentes e doenças do trabalho^(3-4,10,24,27). Da mesma forma, acreditou-se que esses fatores contribuem no processo de adoecimento mental e físico do trabalhador no ambiente laboral. Nesse sentido, o cenário laboral saudável associado às ações institucionais que valorizem a saúde permite ao trabalhador realizar o autocuidado por meio da promoção e proteção agregando a responsabilidade como agente transformador de sua saúde.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Neste capítulo serão apresentados os objetivos para responder a questão de pesquisa e sustentação da tese.

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores de proteção e de adoecimento para ocorrência de acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho em trabalhadores de uma instituição hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde dos trabalhadores.
- Avaliar a associação das características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde dos trabalhadores com os acidentes, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Atualmente, vive-se em um mundo com grandes mudanças e competitividade, em um ritmo cada vez mais acelerado. A palavra trabalho é utilizada para designar toda atividade realizada com a finalidade de se conseguir um rendimento econômico e o alcance de metas. Com isso, começou-se a observar a importância de se respeitar a vida mediante ações que valorizem a saúde do trabalhador por meio de um conjunto de práticas e teorias interdisciplinares e interinstitucionais^(3-4,10-11,23-24). As atividades laborais constituem na possibilidade da ocorrência de agravos considerados como acidentes e doenças do trabalho que são decorrentes da exposição aos riscos ocupacionais. Diante dessa magnitude dos agravos laborais, várias organizações têm se preocupado no sentido de minimizar danos de modo a garantir condições laborais adequadas aos trabalhadores.

Historicamente, criticou-se que a categoria dos profissionais de saúde, por muito tempo, não foi considerada exposta ao risco para os acidentes e doenças do trabalho. Mas com o incremento no número de trabalhadores na área da saúde, considerado hoje, o maior contingente de mão-de-obra, confirma-se por meio de vários estudos e estatísticas^(2,21-23,31), de que os profissionais de saúde, especialmente os trabalhadores que exercem atividades diretas e ininterruptas aos pacientes, estão sujeitos ao maior número de riscos ocupacionais do que outras categorias profissionais.

As atividades na área da saúde são complexas, as quais exercem e envolvem uma carga de trabalho elevada, tanto física como mental. As exigências por decisões rápidas e precisas em relação ao planejamento e execução de procedimentos podem resultar em melhora ou piora do estado clínico do paciente e as pressões peculiares a essa demanda podem tornar-se um agravante de tensão entre os trabalhadores^(2,32-33).

Em se tratando do ambiente hospitalar, muito se tem discutido e publicado a respeito das condições inadequadas de trabalho, que expõem seus trabalhadores aos riscos em todos os níveis. Essas condições relacionam-se com a atividade laboral que possui características inerentes como o trabalho noturno, a alternância de turnos de trabalho, horas extras e plantões, ocasionando desgaste físico e mental, tempo de sono insuficiente, alteração do ritmo circadiano⁽³⁴⁻³⁵⁾. O estudo realizado em um hospital geral do sul do Brasil, no período de 1997 a 2002, analisou 717 acidentes de trabalho típicos notificados pelos trabalhadores, dentre os quais se constatou que a maioria dos acidentes eram de carga biológica e coeficiente de risco médio anual de seis acidentes a cada cem trabalhadores⁽³⁶⁾. Deste modo, essas características

impõem-se no exercício laboral, o que ocasiona redução da capacidade cognitiva na execução de tarefas, favorecendo a ocorrência de acidentes e doenças do trabalho.

Os acidentes e doenças do trabalho trazem consequências pessoais que se traduzem nos prejuízos que influenciam as relações sociais e organizacionais pelas constantes ausências, declínio do ritmo de trabalho e redução da produtividade. As consequências relacionadas ao ambiente do trabalho decorrem pela diminuição na qualidade do trabalho que pode estar associada à exaustão do trabalhador, que necessita mais energia para realizar a tarefa. A persistência deste quadro conduz o trabalhador para o desenvolvimento da despersonalização ao realizar determinada tarefa que vem comprometer as relações interpessoais na assistência à saúde dos pacientes. Já as consequências sociais e organizacionais decorrem do absenteísmo no ambiente laboral que impossibilitam a criação de vínculos. Agregam-se ainda a baixa produtividade, lentidão, irritabilidade e insatisfação que predisõem aos acidentes de trabalho devido à falta de atenção e concentração^(3,11,23,37).

Nessa perspectiva, salienta-se a crescente preocupação com as condições de trabalho nos serviços de saúde. Paralelamente, os trabalhadores devem participar continuamente na identificação dos problemas existentes e reconhecer os fatores predisponentes da própria atividade laboral para a ocorrência dos acidentes e doenças do trabalho. Essa participação no processo de reconhecimento dos fatores tem por finalidade propor estratégias e intervenções que sejam adotadas pelos mesmos com objetivo da promoção e da proteção da saúde do trabalhador.

Face aos novos riscos emergentes, propõem-se novos modelos de prevenção no que tange a avaliação e gestão dos riscos, a promoção de cultura de segurança e saúde, e programas e estratégias nacionais e regionais pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). A Agência Europeia de Saúde e Segurança do Trabalho realizou o Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes (ESNER), o qual avaliou os riscos de saúde e segurança no ambiente de trabalho na perspectiva de 36.000 entrevistados em 31 países. Os resultados apontam que os índices de lesões e problemas de saúde, reduziram, embora ainda sejam presentes os riscos persistentes e emergentes relacionados à segurança que implica em custo para o trabalho, empresa e sociedade⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

Nessa perspectiva, o estudo realizado com enfermeiros de um hospital universitário propõe estratégias na redução do absenteísmo associado aos riscos psicossociais, destaca-se: a necessidade de ultrapassar o paradigma de tratamento da doença; o incentivo de atividades de redução de danos osteomusculares; a valorização da ergonomia nos ambientes de trabalho; a capacitação dos gestores para identificação de sinais e sintomas de problemas em saúde

mental; a sensibilização dos trabalhadores para participação das discussões; a avaliação contínua da satisfação no trabalho; e a inclusão de disciplinas de saúde do trabalhador na formação acadêmica⁽⁴¹⁾. Contudo, outros estudos apontam que as estratégias de valorização dos trabalhadores podem ser obtidas pelo incentivo da capacidade criativa e da aprendizagem para a construção de objetivos^(7,42).

Os constructos da fundamentação teórica desta investigação são apresentados seguindo a uma linha histórica do trabalho e sua contemporaneidade, na seguinte perspectiva da Relação histórica do trabalho e saúde; Contextualizando o trabalho em saúde; Vigilância na saúde do trabalhador; e Gestão na enfermagem do trabalho.

3.1 RELAÇÃO HISTÓRICA DO TRABALHO E SAÚDE

O trabalho é tão antigo quanto o primeiro ser humano em função da busca da satisfação das necessidades psicobiológicas de sobrevivência, segundo as necessidades humanas básicas. Do Egito ao Império Romano, atravessando o período da Idade Média ao Renascimento, o trabalho foi considerado pela sociedade como um sinal de desonra, desprezo e inferioridade. Nesse período, a concepção de trabalho esteve ligada a uma perspectiva negativa, visto que, a palavra trabalho deriva etimologicamente do vocábulo latino *tripaliare* e do substantivo *tripalium*. Este conceito denota um aparelho de tortura formado por três paus, no qual eram atados os condenados e os animais. Por esse motivo, tem-se a associação do trabalho com sofrimento, pena e labuta⁽⁴³⁻⁴⁵⁾.

Passado esse período, o trabalho é considerado como fonte de riqueza e economia de um país. O trabalho é a busca da realização pessoal por meio de alguma atividade, seja na prestação de um serviço ou na manufatura de um produto. Esse trabalho pode ser realizado por uma ou mais pessoas, desde que as mesmas estejam em consonância com os objetivos que atendam o resultado idealizado⁽⁴⁶⁾. Assim sendo, com a evolução da sociedade, os conceitos negativos do trabalho dão lugar ao trabalho como fonte de realização pessoal e social, ou seja, o trabalho como meio de dignificação da pessoa, sendo este essencial na vida em sociedade^(2,44-45).

Os fatos históricos sobre o trabalho estão registrados desde as primeiras formas de escrita, mas as relações entre as atividades laborativas e as doenças decorrentes do trabalho permaneceram praticamente ignoradas até os últimos 250 anos, podendo este fato ser

justificado pela baixa expectativa de vida das pessoas, em torno de 30 anos. Desde os primórdios da Era Cristã, os registros escritos referem-se aos fatores nocivos do exercício laboral. Hipócrates, Pai da Medicina, escreveu a obra conhecida *Ar, Água e Lugares*, que discorreu sobre o saturnismo. Da mesma forma, Plínio em sua obra *O velho* (23 d.C.) descreveu sobre os aspectos de proteção dos trabalhadores de minas de mercúrio e chumbo, que foram aconselhados ao uso de máscaras⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾.

As doenças do trabalho começam a ser descritas no século XVI, em decorrência do crescimento da industrialização e pela forma de como ocorria às relações de trabalho, sendo agravado pelo desenvolvimento das cidades. Esse crescimento urbano aliado ao trabalho potencializou a propagação de doenças relacionadas aos metais pesados entre trabalhadores e não-trabalhadores na área da mineração e da indústria. Contudo, mesmo sabendo do processo de adoecimento por metais pesados, não havia conhecimento científico sobre a periculosidade de determinadas substâncias sobre a saúde humana, mediante a história natural da doença implicando em mortes prematuras. Em 1556, George Bauer publicou o livro *De Remetallica*, no qual avaliou diversos problemas relacionados à extração de minerais e à fundição de prata e do ouro. Descreveu que era comum entre os mineradores a *asma dos mineiros* em decorrência da fuligem lançadas ao ar. A atenção para esse adoecimento ocorreu diante da descrição dos sintomas e da rápida evolução da doença na época, que incitou a busca por novos conhecimentos, sendo categorizada essa exposição como *silicose*, que posteriormente, passou a ser denominada de *pneumoconiose* causada pela sílica livre⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾.

Mais tarde, em 1700, a obra *De Morbis Artificum Diatriba*, as doenças dos trabalhadores, foi publicada por Ramazzini em Modena (Itália), descrevendo uma série de doenças relacionadas às profissões. Em face dessa publicação, Ramazzini foi denominado o Pai da Medicina do Trabalho, por ser o primeiro estudioso que descreveu as doenças do trabalho, elencando os riscos ocupacionais específicos para cada profissão. Dentre estes, foram descritos os danos causados pela exposição do trabalhador, destacando-se a falta de ventilação e o desconforto térmico. Também, reconheceu-se a importância de pausas, de exercícios e da postura ergonômica para a prevenção da fadiga física e mental⁽⁴⁷⁻⁵¹⁾.

Entre 1760 a 1830, ocorreu na Inglaterra um movimento que marcou a história, ou seja, o processo da industrialização moderno que exigia a utilização de máquinas. Já em meados de 1831, foi constituída uma comissão para avaliar as condições de trabalho nas fábricas. Das atividades realizadas por essa comissão, resultou a elaboração de uma lei reguladora sobre as jornadas de trabalho na época, considerado o turno de 16 horas diárias. Diante dessa exaustiva jornada de trabalho, associada ao processo acelerado e desumano de

produção, aumentou o número de acidentes e doenças do trabalho. Desta maneira, para atender as demandas econômicas na produção, foi designado ao cerne da fábrica têxtil, a presença de um médico generalista para intervir na saúde do trabalhador, mas com função de manter o trabalhador ativo⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾.

A magnitude dos acidentes e doenças do trabalho assolavam as fábricas, sendo atribuída ao médico a função de zelar pelo trabalhador em decorrência da forte industrialização. Nesta época, o médico detinha conhecimentos prévios da clínica devido à vivência em outros cenários de atenção à saúde, e passou a desenvolver e relacionar os conhecimentos clínicos associados ao trabalho exercido para constituir uma prática de saúde relacionada ao processo saúde-adoecimento do trabalhador.

Face ao contexto de reorganização do processo de trabalho atribuído pelo uso de máquinas, exigiram-se funções que intensificam as atividades repetitivas e que desenvolveram as LERs; conseqüentemente, a prolongada jornada de trabalho exaustiva culminou em doenças diagnosticadas como DORT. Por conseguinte, após alguns anos foram introduzidos mecanismos que contribuíram na identificação de causas para a minimização dos efeitos sobre a saúde decorrentes de LER e DORT. A partir desta reorganização da atenção a saúde, na primeira metade do século XIX, nasceu a Medicina do Trabalho coordenada por pessoas da confiança do empregador, estando centrada na figura do médico que aplicava a clínica curativista face aos danos à saúde, decorrentes da exposição laboral^(47-48,50).

Diante de situações caóticas de acidentes de trabalho que estavam acarretando invalidez e morte prematuras de trabalhadores, foi criada a OIT, em 1919, que, desde, então vem atuando em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo o objetivo de uniformizar as questões trabalhistas e superar as condições subumanas do trabalho entre os países. Deste modo, adotaram-se cinco convenções destinadas à proteção da saúde e a integridade física e psíquica dos trabalhadores como meio de garantir o desenvolvimento econômico. Essas convenções atendem as questões de: limitação da jornada de trabalho; proteção à maternidade; trabalho noturno para mulheres; idade mínima para admissão de crianças; e o trabalho noturno para menores^(39,52-53).

A CFB, de 1934, alinhada com as convenções da OIT, incorporou algumas garantias aos profissionais, tais como: assistência médica, licença remunerada à gestante trabalhadora e jornada de trabalho de oito horas diárias. Depois do golpe de 1937, o Presidente Getúlio Dornelles Vargas, com o intuito de obter apoio social e político, confere a legitimidade ao Estado Novo ditatorial. Neste momento histórico, criaram-se para a população urbana empregada dos setores industrial e comercial, incluindo o setor da saúde, uma legislação

social que garantiu maiores direitos aos profissionais urbanos destes cenários laborais. Os problemas causados pelo trabalho começaram a receber atenção de estudiosos apresentando maior profundidade nas discussões acerca da relação trabalho e saúde a partir de 1940, sendo publicada a CLT⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

Em nível mundial, emergiu em 1944 o movimento operário que buscou negociar melhores condições de vida e de trabalho, destacando: duração máxima da jornada de trabalho; aquisição de período de férias; aposentadoria após ter contribuído para o desenvolvimento econômico da sociedade; segurança mediante a prevenção e ocorrência de acidentes; atenção às morbidades decorrentes da função ocupacional e os exames de acompanhamento do processo saúde-adoecimento. Esse movimento operário associado a outros movimentos no processo de organização da sociedade, em 1948, consolidou o direito ao trabalho sendo mencionado na Declaração dos Direitos Humanos (DDH) da Organização das Nações Unidas (ONU), tratando que todo homem tem direito ao trabalho, livre escolha de emprego, condições justas e favoráveis de trabalho e proteção contra o desemprego. Em face desta declaração, o trabalhador precisa estar motivado ao exercício laboral para o qual foi designado, entendendo que essa motivação pessoal decorre das necessidades básicas de sobrevivência própria e da necessidade como provedor na subsistência da unidade familiar⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾.

Por conseguinte, apreenderam de que o trabalhador é aquela pessoa que detém uma experiência, a qual exerce por meio da atividade laboral, independentemente de estar inserido no mercado formal ou informal de trabalho, inclusive na forma de trabalho familiar e/ou doméstico. Deste modo, o trabalhador passa a ser considerado como um agente social de transformação, reconhecido pela sociedade de acordo com a função que exerce nas suas relações interpessoais, familiares, ocupacionais e socioculturais^(22,52,58).

Passado quase 26 anos da implantação da CLT, foi criado o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), instituído pela Lei nº 5.107/66⁽⁵⁹⁾, regulamentada pelo Decreto nº 59.820/66⁽⁶⁰⁾. Também nesse mesmo período, para gerenciar o FGTS, implantou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), para o qual os trabalhadores contribuíram com parte de seu salário para constituir em um benefício futuro conhecido como aposentadoria. Seguindo o processo histórico, o mercado de trabalho em saúde, no período de 1970 a 1980, ampliou-se de forma significativa no cenário brasileiro, mas não foi dada a atenção necessária para que ocorressem as melhorias nas condições de trabalho. As modificações organizacionais afetaram de forma direta o trabalho, como a intensificação das exigências durante a jornada de trabalho de 8 horas diárias. Logo, essas exigências acarretam aos trabalhadores maior

consumo de energia física e emocional pela aceleração do desenvolvimento econômico do País^(27,47,50,55).

Nesse período, o Brasil foi intitulado o campeão mundial de acidentes e doenças do trabalho. Diante desse perfil de acidentes, em 1977, passa a ser exigido dos empregadores a disponibilização de um espaço que garanta ações na área da Segurança e Medicina do Trabalho para maximizar a prevenção de acidentes e doenças do trabalho, de modo que fosse reduzido o número de pessoas em idade economicamente ativa por restrições ao exercício laboral, por invalidez e/ou morte prematura. O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) elaborou 28 Normas Regulamentadoras (NR), dentre as quais estabeleceu a concepção de Saúde Ocupacional e substituiu o INPS pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Deste modo, ficou evidente que o trabalho, nessa época, não foi considerado como fonte de prazer e liberdade devido ao sofrimento desencadeado pela alienação, ou seja, do trabalhador perder a dimensão de si na relação com os outros no ambiente laboral^(43,47-48,52).

Os movimentos sociais e sindicais, destacando-se os profissionais de saúde e a população realizaram em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual se instituiu que a saúde é para todos. Essa mobilização em torno da saúde desencadeou a inclusão de um capítulo na CFB de 1988, denominado de Saúde e Seguridade Social⁽¹⁵⁾, e, mais especificadamente, a Saúde apresentou cinco artigos estabelecendo as premissas do novo modelo de sistema de saúde do Brasil. A LOS nº 8.080/90⁽¹⁶⁾, publicada em 1990, estabeleceu as atribuições do sistema de saúde e o INAMPS passou a ser denominado de Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Em função da preocupação com a saúde do trabalhador, o Ministério da Saúde elaborou a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, publicada pela Portaria nº 1.339/99⁽⁶¹⁾. Esta Lista foi adotada pelo MPS, setor que regula o conceito de Doença Profissional e de Doença Adquirida pela exposição às condições de como o trabalho foi realizado pelo profissional⁽²²⁾. Contudo, as Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde ressaltam que as ações de Saúde do Trabalhador devem ser assumidas pelo SUS, tendo a porta de entrada na atenção primária à saúde. Para ocorrer a referência e contra referência dos trabalhadores no SUS, implantaram-se os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), visando a que essas ações atinjam todos os trabalhadores do país, cumprindo as determinações da LOS^(16,22). Embora as normas e as leis tragam as regras pautadas no caráter de texto jurídico, observa-se que a CFB trouxe muitos benefícios aos

trabalhadores, garantindo a proteção e atenção à saúde física e mental, com a possibilidade de alcance da qualidade de vida individual e coletiva.

Torna-se relevante salientar, ainda, que é presente a preocupação com as condições de trabalho, o que atrai a atenção de pesquisadores devido aos riscos ocupacionais do ambiente de trabalho que potencializam os acidentes e doenças nesse ambiente. Entretanto, sabe-se que o trabalho passou a ocupar um lugar central na vida do homem e o mundo vem passando por sucessivas, rápidas e constantes modificações, dentre as quais se destacam: o capitalismo, a globalização, os inúmeros avanços tecnológicos, as descobertas científicas, entre tantas outras, as quais nem sempre são acompanhadas por medidas de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores^(39,62-63). Indubitavelmente, as mudanças relacionadas à organização do processo do trabalho são acompanhadas por novas exigências de adaptação nesse meio social do trabalho, o que requer do empregador a busca por inovações do mercado, exigindo melhorias de seus sistemas administrativos, produtivos e tecnológicos.

Hoje, na Era do Conhecimento e Tecnologia, existe a necessidade de se modificar a visão empreendedora e de priorizar a valorização do principal capital das empresas: os trabalhadores, sob o risco de se perderem grandes potenciais humanos. O reconhecimento de valor do capital humano ocorre quando a pessoa é agregadora e geradora de conhecimento, ao ponto de ser considerada como um agente de transformação social que interage e compartilha conhecimentos com os membros do grupo. O conhecimento adquirido pelo trabalhador permite aplicar, com eficiência, as inovações tecnológicas, em um processo que pode se favorecer das tecnologias da informação. Assim, o trabalho do homem finalmente é reconhecido como fundamental para a sobrevivência e eficiência da organização e da sociedade. A interação entre o capital intelectual e o estrutural constitui a organização e desenvolve um ambiente organizacional com condições saudáveis ao exercício laboral^(39,63).

De fato, vive-se em um mundo de mudanças constantes que repercutem no espaço laboral, mediante o surgimento de novos agravos procedentes de diferentes tecnologias, gerenciamento e do aumento de trabalhadores informais. Entretanto, independentemente do cenário laboral, os trabalhadores e gestores precisam entender que são agentes ativos e participativos na identificação dos problemas existentes, bem como no reconhecimento dos agravos estressores próprios do exercício laboral, tendo como meta a melhoria das condições de trabalho, promoção e proteção da saúde.

3.2 CONTEXTUALIZANDO O TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL

O trabalho em saúde responde à pluralidade de necessidades de pacientes e trabalhadores em saúde que requerem demandas por intervenções tecnológicas de baixa a alta complexidade nos serviços de saúde. Este trabalho fundamenta-se na atenção ao processo de saúde-adoecimento como garantia da vida humana, por meio de ações de prevenção de doenças, promoção, manutenção e reabilitação em saúde⁽⁶⁴⁾. O trabalho em saúde constitui um consumo coletivo, que pode ser definido como “um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato da sua realização. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade”^(65:85).

A execução do trabalho em saúde exige a atuação de diversos profissionais, sendo considerado um trabalho coletivo, multiprofissional e/ou interdisciplinar, levando-se em consideração que cada profissional de saúde possui uma formação específica, ou seja, tem competências e habilidades para realizar uma respectiva função na equipe de saúde. Logo, a assistência em saúde é o resultado obtido da soma do papel desempenhado por cada profissional que constitui a equipe de saúde. Quando se fala do trabalho em saúde, fala-se em trabalho coletivo, em unir forças e saberes em prol de um cuidar, assistir ou prestar assistência ao paciente^(39,65).

Entende-se o trabalho como uma ação transformadora e, na área da saúde, ele especifica-se pela identidade de natureza entre os sujeitos que recebem a assistência e os seus respectivos cuidadores. O processo de produção e o produto do trabalho são indissociáveis no cenário do contexto sociopolítico, histórico e cultural da sociedade. Deste modo, o trabalho é permeado por trocas que permitem articular as estratégias no âmbito do conhecimento e das relações interpessoais para ampliar as potencialidades quanto à criatividade, co-participação e co-responsabilização no contexto laboral⁽⁶⁶⁾.

A NOB pressupõe os requisitos básicos de valorização do trabalhador em saúde no seu espaço social de trabalho, tais como: plano de carreira, cargos e salários; o trabalho como proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, mesas de negociação permanente; comissões locais de negociação de condições de trabalho; EPS; humanização da qualidade do trabalho, e valorização da saúde do trabalhador^(17,19).

A divisão do trabalho na área da saúde gerou a condição de complementaridade e interdependência dos diversos trabalhadores especializados e gerais que se integram de maneira (in)direta⁽⁶⁷⁾. Os trabalhadores possuem autoridades desiguais, podendo surgir a

tensão de embate entre a complementaridade e interdependência, o que implica na autonomia técnica. A equipe de saúde hospitalar é formada por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, técnicos de nutrição, fisioterapeutas, administradores, engenheiros, trabalhadores da área de higienização, biomédicos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, assistentes administrativos, entre outros. Contudo, esses trabalhadores fazem parte da equipe de saúde pela interposição de suas funções para garantir a qualidade da assistência integral no âmbito hospitalar. No entanto, quando estes diversos profissionais vivenciam o ambiente precário, com escassos materiais associados aos conflitos interpessoais, extravasam sentimentos negativos, que amplia a carga psicossocial, potencializando a ocorrência da violência física ou psicológica⁽³²⁾. Face a essa situação, existe a necessidade de estabelecer-se a integração dos profissionais responsáveis pela assistência ao paciente, para que ocorra a troca de informações sobre a saúde dos mesmos de maneira eficaz, entre a equipe e entre turnos, possibilitando, assim, ampliar a qualidade e a excelência da assistência^(4,32,65,68).

As relações de trabalho são evidenciadas pela grande competitividade, pelos elevados níveis de exigência e produtividade, que são os fatores que potencializam as alterações no processo saúde-adoecimento⁽⁶⁹⁻⁷⁰⁾. Desta maneira, o cenário laboral carece de um processo de mudança quanto à organização do trabalho e das relações, especialmente, no que diz respeito ao tipo de organograma estrutural, hierarquia, remuneração, carga horária, entre outros aspectos que possam vir a interferir na satisfação do trabalhador, tanto ao nível pessoal quanto profissional.

Além disso, a equipe de trabalhadores da área da saúde é predominantemente composta por mulheres, o que caracteriza um elevado crescimento do desgaste profissional, pois, muitas delas, exercem dupla jornada de trabalho ao realizarem as atividades domésticas⁽⁶⁹⁻⁷¹⁾. Nesse sentido, o trabalho acaba tornando-se uma fonte de problemas ao invés de ser observado como uma condição de liberdade. Conseqüentemente, sabe-se que a análise da organização e do processo de trabalho possibilita a detecção de fatores que podem contribuir para a ocorrência de acidentes e doenças de trabalho entre os profissionais.

Desta forma, o trabalhador em saúde é um membro ativo e participativo da equipe em qualquer instituição; o qual assume, por meio de seu exercício laboral, a responsabilidade na prestação da assistência integral à saúde, constituindo uma rede para a tomada de decisões imediatas que sejam pautadas em conhecimentos técnico-científicos e gerais decorrentes da própria experiência profissional. A conduta ativa e participativa dos trabalhadores

possibilitará subsidiar políticas e programas de saúde que realmente valorizem o trabalhador na utilização de estratégias e intervenções que promovam e protejam a saúde.

3.3 VIGILÂNCIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR

A Revolução Industrial (1760-1850) teve papel primordial nas mudanças de vida privada e do trabalho. As condições de trabalho eram precárias, o que potencializou a ocorrência dos inúmeros acidentes e doenças do trabalho. De tal modo, esses agravos associaram-se à falta de controle na jornada, a qual ultrapassava 16 horas diárias, ao ambiente, que era fechado do tipo confinamento e insalubre, e às máquinas, que não tinham proteção e nem mensuração na emissão de ruídos produzidos pelo motor. Nesse contexto de produção de agravos a saúde do trabalhador no ambiente laboral e as aglomerações de pessoas na área urbana, caracterizado pelo êxodo rural, as DTs disseminavam-se no território pela falta de higiene e de ventilação nas habitações e fábricas, ou seja, esses espaços não possuíam recursos do saneamento ambiental^(48,72).

A primeira proposta de institucionalização de atenção à saúde do trabalhador surgiu na Inglaterra, no século XIX, por um proprietário de fábrica que resolveu instituir um serviço médico para os seus trabalhadores. Este propôs os elementos básicos para as finalidades dos serviços, cujas ideias serviram para organizar e implantar os serviços de medicina do trabalho. Então, em 1833, foi instituída a primeira legislação de proteção ao trabalhador que propôs tornar os ambientes laborais salubres, como maneira de reduzir os acidentes e doenças de trabalho, e conseqüentemente, as sequelas e o óbito prematuro dos trabalhadores^(50,73).

No Brasil, na década de 70, foi regulamentada como obrigatória a existência de Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), pela Portaria nº 3.237/72⁽⁷⁴⁾ para as instituições com quadro de pessoal de no mínimo 50 trabalhadores e com qualquer grau de risco devido à grande prevalência de acidentes e doenças do trabalho, que chegou a atingir 18% da mão-de-obra segurada. O SESMT tem como princípio assegurar a proteção dos trabalhadores contra os danos à saúde decorrentes da exposição aos riscos ocupacionais, os quais resultassem de seu trabalho ou das condições do mesmo. O modelo de prática na indústria baseou-se na prevenção e tratamento de doenças ou lesões relacionadas com o trabalho^(2,47,72-73). Esse serviço foi constituído pelo médico do

trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, técnico em segurança, enfermeiro e auxiliar de enfermagem do trabalho, dependendo do grau de risco das atividades laborais⁽⁷⁴⁾.

Em meados da década de 80, começaram a emergir a luta dos sindicatos no Brasil em busca por melhores condições de trabalho e da saúde do trabalhador. Este movimento teve a intenção de esclarecer os direitos e deveres nas relações trabalhistas, saúde e segurança, na perspectiva de se qualificarem os serviços que atendem aos trabalhadores^(54-55,75).

A CFB de 1988 delineou a saúde do trabalhador como garantia jurídica-legal e institucional, que foi marcada em 1986, pela forte participação dos trabalhadores através dos movimentos sociais e sindicais. Esta CFB é a norma jurídica que rege e legitima todos os brasileiros, não podendo seus princípios serem contestados ou diminuídos por outro documento que o suceder na hierarquia jurídico-legal^(15,22,72,76). Segundo o artigo 196, a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, garantido por medidas sociopolíticas e econômicas que priorizam a redução do risco de doença e de outros agravos, assim como o acesso universal e igualitário aos serviços para a promoção, proteção, manutenção e recuperação^(15:93). Na mesma seção, o artigo 200 consolida as atribuições do sistema de saúde, o qual deve prever a execução de “ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” e “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”^(15:94).

A LOS nº 8.080/90⁽¹⁶⁾, que delineou a criação do SUS, regulamentou os dispositivos constitucionais sobre saúde do trabalhador conceituando a saúde ocupacional como um conjunto de atividades que são permeadas por ações de vigilância epidemiológica e sanitária através da promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores expostos aos riscos e agravos decorrentes das condições de trabalho⁽⁷⁷⁻⁷⁸⁾. A NOB, publicada em 1996, instituiu as normas de trabalho dentro do SUS, destacando as ações de vigilância em saúde do trabalhador⁽¹⁷⁾. A Portaria nº 3.908/98⁽⁷⁹⁾ estabeleceu procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS. A partir desses documentos, deu-se início ao desenvolvimento de ações de VISAT, no âmbito do SUS.

A vigilância parte dos princípios do SUS para a criação de suas diretrizes, que são resumidas em: universalidade, em que todo o trabalhador, independente da função, cargo, localização, inserção ou vínculo empregatício é considerado objeto do trabalho da VISAT; integralidade, que visa à assistência, à recuperação e à prevenção dos agravos à saúde, assim como a promoção de ambiente de trabalho saudável; e descentralização, que visa à

consolidação, em nível local, à formulação e ao desenvolvimento de ações de vigilância em saúde⁽⁸⁰⁾.

A Instrução Normativa da VISAT no SUS, publicada pela Portaria nº 3.120/98^(18:3), conceitua a vigilância em saúde do trabalhador como uma “atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los”. Assim sendo, a VISAT refere-se ao campo do saber que visa a compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde-adoecimento, estabelecendo a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. As ações da VISAT atendem as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela Portaria nº 3.252/09⁽⁸¹⁾.

Os trabalhadores estão vulneráveis diante de situações como falta de receptividade, condições climáticas, divergências dos membros da equipe, conflitos culturais, entre outros agravos. Em 2002, a Portaria nº 1.679⁽⁸²⁾ instituiu a Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST) e de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) regionais e estaduais para que sejam estabelecidas as estratégias de capacitação da rede de serviços de saúde, apoio as investigações de maior complexidade, assessoria a realização de convênios de cooperação técnica, formulação de políticas públicas, apoio a estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender aos agravos do trabalho⁽⁸³⁾.

Diante da estruturação dos serviços na área do trabalhador, a Portaria nº 1.125/05⁽⁸⁴⁾ define os propósitos da Política Nacional do Trabalhador (PNT), em que a saúde do trabalhador é compreendida como atenção integral à saúde. Logo, cabe a articulação intra e intersetorial para a estruturação da rede de atenção à saúde do trabalhador, com apoio de investigações científicas de instituições de ensino superior e fundações para fortalecerem-se as propostas de EPS, e a participação da comunidade como co-gestores de todas essas etapas supracitadas. No mesmo ano, a Portaria nº 2.437/05⁽⁸⁵⁾ propõe a ampliação e o fortalecimento da RENAST e do CEREST. Em 2009, a Portaria nº 2.728⁽⁸⁶⁾ descreve que a RENAST deverá ser implementada de forma articulada nas três esferas político-administrativas com o envolvimento intersetorial que são executoras de ações relacionadas à Saúde do Trabalhador, considerando-se também as instituições colaboradoras, de modo que se estabeleça a Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador.

Em 2011, a Política Nacional sobre Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST) foi regulamentada pelo Decreto nº 7.602/11⁽⁸⁷⁾, mencionando a redução dos agravos do trabalho mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Como avanço das discussões nesta seara, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) foi publicada pela Portaria nº 1.823/12⁽⁸⁸⁾, considerando o alinhamento das ações Política de Saúde do Trabalhador e PNSST⁽⁸⁷⁾ para que as ações sejam transversais nos serviços de saúde. Essa política tem a como finalidade “o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos”, nas três esferas político-administrativas de gestão do SUS^(88:1).

A saúde do trabalhador pressupõe que a atenção ocorra em todos os níveis de complexidade, propiciando ações de promoção e a proteção da saúde do trabalhador por meio de ações de vigilância dos riscos ocupacionais em ambientes laborais, dos agravos à saúde, e da prestação da assistência à saúde do trabalhador, compreendendo integralmente os procedimentos de diagnósticos, tratamento e a reabilitação⁽²²⁻²³⁾. No entanto, a responsabilidade pela assistência médica ao trabalhador pressupõe o atendimento na rede de atenção, mas que ainda contínua sendo prestada no modelo INAMPS, pelo atual INSS. Esse modelo mantém a atenção à saúde anacrônica às ações de convênios com prestadores de serviços privados. A maioria das ações de reabilitação não foi incorporada aos procedimentos do SUS, o que mantém a responsabilidade do MTE inserida na estrutura do INSS.

As NRs do MTE apresentam premissas relativas à segurança e medicina do trabalho, sendo de observância obrigatória pelas empresas de direito privado, filantrópico e público, tendo os trabalhadores em regime de CLT. O não cumprimento das disposições legais e regulamentares sobre a segurança e medicina do trabalho acarreta aos empregadores a aplicação de penalidades previstas na legislação. Porém, no processo de trabalho, interagem habilidades técnicas e relações interpessoais implícitas, como no processo saúde-doença. Desta forma, a saúde do trabalhador tem despertado o interesse dos profissionais e, ao mesmo tempo, a consciência dos trabalhadores para reivindicar por melhores condições de trabalho, ainda carecendo da conscientização de serem co-participantes e co-responsáveis na tomada de decisão diante do processo de saúde-doença^(23,55).

Os trabalhadores da área da saúde seguem a NR-32 que regulamenta as questões de segurança e saúde no trabalho no setor da saúde. A NR-32 preconiza que as instituições implantem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores em

todas as atividades destinadas à prestação de assistência à saúde, sendo considerados três eixos: a) capacitação contínua dos trabalhadores; b) definição de programas que tratam dos riscos ocupacionais; e c) determinação de medidas de proteção contra os riscos ocupacionais⁽⁸⁹⁻⁹⁰⁾. De fato, o trabalhador em saúde está exposto aos riscos ocupacionais que comprometem a saúde, gerando índices elevados de acidentes e doenças do trabalho, o que implica em auxílio doença e indenizações^(69,91).

Na organização dos serviços de saúde que priorizam a intensificação do trabalho, jornada de trabalho dupla, acúmulo de funções, exposição aos riscos ocupacionais, inobservância no uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), remuneração inadequada, relações interpessoais conflituosas, hierarquia autocrática, desprestígio social, entre outros fatores, exige dos trabalhadores ajustamentos ao contexto laboral para que o trabalho continue sendo humanizado, mantendo-se a qualidade de modo a garantir a preservação da saúde do trabalhador^(4,10,27,66). As condições de trabalho refletem-se na qualidade da assistência prestada ao usuário, assim como nas relações pessoais, expressando-se por sinais e sintomas relativos ao sofrimento psíquico dos trabalhadores, dentre eles a exaustão emocional e a despersonalização, com chances da ocorrência da violência laboral. Esse conjunto de problemas tem levado os diversos profissionais ao abandono da profissão, tendo como consequência a redução do quantitativo de profissionais no mercado de trabalho^(32,37-38,66).

A ocorrência crescente de afastamentos laborais por agravos do trabalho tem causado preocupação entre os gestores, face às repercussões que geram no cotidiano laboral. Diante disso, a participação dos trabalhadores na segurança e saúde permite que se dialogue e se compartilhem as opiniões e informações entre as pessoas, que permaneçam atentos às preocupações uns dos outros, com a tomada de decisão consensual, respeitando-se os valores de cada um. Diante disso, os serviços de saúde ocupacional precisam propor estratégias que permitam a participação do trabalhador nas discussões relacionadas à saúde, as quais também estão associadas à determinação sociopolítica, econômica e histórica, que podem potencializar o processo de adoecimento^(3,24,40,92-93).

Neste sentido, a VISAT propõe ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância em saúde. A avaliação do perfil do trabalhador associado às condições de trabalho e ao desgaste físico e mental subsidiam estratégias no planejamento de programas de readequação dos processos de trabalho, que indiscutivelmente, poderão qualificar o atendimento à saúde da população, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS^(19,26,80,94). Face às aceções, a VISAT viabiliza estratégias de articulação de seu programa

com os demais setores do SUS, sejam eles da atenção primária à saúde, hospitalar ou especializada, juntamente com a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de modo que cada um cumpra as atribuições em cada nível de gestão, ao mesmo tempo em que seja transversal para todas as esferas político-administrativas da gestão^(19,84,88).

Finalmente, levando-se em consideração o fato de esta área estar ainda em construção dentro do SUS, pretende-se que as experiências exitosas possam elucidar maneiras de como aprimorar com a maior brevidade a rede de serviços de atenção ao trabalhador. Portanto, a VISAT caracteriza-se como um conjunto de práticas sanitárias, epidemiológicas e ambientais, que podem ampliar a qualidade de vida no trabalho mediante a execução na prática das regras e estratégias no contexto laboral. A relação saúde, doença e trabalho é considerado como um processo dinâmico nos modos de desenvolvimento das populações em cada época histórica. Contudo, sabe-se que a forma de inserção de homens, mulheres e crianças nos espaços laborais contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer.

Os acidentes e doenças do trabalho foram denominados de agravos ao trabalho, a partir de 2007, em decorrência da nova metodologia de processamento e de avaliação das informações, não ficando restritas somente as informações da CAT provenientes dos empregadores e de atendimentos ambulatoriais e hospitalares. Essa redefinição de metodologia buscou reconhecer por meio das atividades econômicas, os agravos que acometem a saúde dos trabalhadores brasileiros^(31,95).

Face ao exposto, os serviços de saúde, hospitais e atenção primária, carecem de equipes de saúde do trabalhador que atuem na perspectiva da interdisciplinaridade na área de vigilância na saúde do trabalhador para efetivação e resolutividade dos serviços, de maneira que isso exige dos profissionais o rompimento da lógica produtivista para implantar práticas de saúde consoantes ao conceito de saúde adotado pelo SUS⁽⁹⁶⁾. As ações interdisciplinares na saúde do trabalhador são capazes da promoção de mudanças estruturais, enriquecimento mútuo, reciprocidade e melhora da qualidade de vida dos trabalhadores.

3.4 ENFERMAGEM DO TRABALHO E A GESTÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Historicamente, a enfermagem teve o ensino prático não sistematizado, desenvolvido nos cenários dos orfanatos, residências e hospitais. As atividades eram centradas no fazer

manual, e os conhecimentos transmitidos por informações vivenciadas nas práticas. A enfermagem como atividade profissional foi inicialmente concebida como parte integrante da prática médica e social, porque se articulou com o conjunto das práticas de saúde envolvendo o caráter histórico e sociopolítico⁽⁹⁷⁻⁹⁸⁾.

A enfermagem profissional fundamentou-se nas bases científicas propostas por Florence Nightingale, que foi influenciada diretamente pelo exercício do cuidado de enfermagem leigo e caritativo evidenciando o amor ao próximo, doação e humildade. Também valorizou os princípios de um ambiente adequado para o cuidado, divisão do trabalho em enfermagem e autoridade sobre o cuidado a ser prestado⁽⁹⁷⁻⁹⁹⁾.

Os profissionais de enfermagem, no Brasil, encontram-se segmentados em três grupos: auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros, respectivamente, com formação de nível fundamental, médio e superior⁽¹⁰⁰⁾. O serviço de enfermagem, como membro integrante da equipe de saúde na atenção à saúde da população nos serviços hospitalares e da atenção primária à saúde tem acompanhado a evolução tecnológica, administrativa e cultural, buscando desenvolver uma estrutura de trabalho dentro de modelos cientificamente fundamentados.

De acordo com a Lei nº 7.498/86⁽¹⁰¹⁾, as atribuições ético-legais dos enfermeiros referem-se: às funções de ocupar os cargos de gerência e organização de serviços de enfermagem em qualquer serviço de saúde; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; consultoria, auditoria e consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem e capacidade de tomar decisões imediatas.

O enfermeiro é a referência para os demais profissionais nos serviços de saúde, pois é o membro que busca a integração dos diversos profissionais, tendo a finalidade de contribuir no planejamento para o alcance de metas. Esse profissional estabelece canais de comunicação eficazes entre os trabalhadores de enfermagem, de saúde, pacientes e famílias. No contexto das práticas em saúde, o enfermeiro desenvolve quatro atividades essenciais: o cuidado, a gerência, a educação e a pesquisa. Tais atividades são desenvolvidas de forma integrada e concomitante, contudo, ora são mais centradas em uma, ora em outra^(42,98-99).

O enfermeiro do trabalho foi inserido na equipe de Saúde Ocupacional das empresas, pelo MTE, a partir da publicação da Portaria nº 3.460/75⁽¹⁰²⁾. As atribuições são regulamentadas pela Lei nº 7.498/86⁽¹⁰¹⁾ e pelo Decreto nº 94.406/86⁽¹⁰³⁾, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Este profissional desenvolve suas atividades em empresas públicas ou privadas, sendo exigida sua contratação em tempo integral quando o número de

trabalhadores ultrapassarem 3.500 pessoas e apresentar grau de risco, conforme a Portaria nº 3.214/78⁽¹⁰⁴⁾, que instituiu os SESMT. No entanto, hospitais, ambulatórios, maternidades, casas de repouso, clínicas e estabelecimentos similares, quando têm no mínimo 500 trabalhadores, deverão contratar em turno integral o profissional enfermeiro do trabalho.

As atribuições do enfermeiro do trabalho estão relacionadas: às investigações das condições de segurança e periculosidade; elaboração, execução, supervisão e avaliação dos planos, programas e atividades de proteção à saúde e de prevenções de acidentes, doenças profissionais ou não profissionais; prestação de primeiros socorros no local de trabalho em caso de acidente; realização de EPS para a adoção ao uso de EPIs, avaliação sanitária e ações para aquisição de hábitos saudáveis^(26,30,47).

Considera-se a enfermagem do trabalho como um ramo da enfermagem de saúde pública que utiliza métodos e técnicas semelhantes, visando à promoção da saúde do trabalhador; proteção contra os riscos decorrentes de suas atividades laborais; proteção contra agentes químicos, físicos, biológicos e psicossociais; manutenção da saúde; recuperação de lesões, doenças do trabalho ou não ocupacionais e sua reabilitação para o retorno ao trabalho^(19,105-107).

Face ao exposto, o enfermeiro do trabalho assiste ao trabalhador de maneira integral, considerando-se a localização da empresa, as condições de trabalho interno, o ruído, o processo de trabalho, o uso de materiais na produção, as relações do empregador e subordinados, as relações entre os trabalhadores, assim como a exposição aos riscos à saúde, o estilo de vida dos trabalhadores associados aos problemas fisiopatológicos, socioeconômicos e culturais. Com base nessas informações, o enfermeiro realizará o diagnóstico do grupo de trabalhadores para propor ações que envolvam os programas de saúde, educação para saúde, cuidados específicos de enfermagem, na perspectiva de melhoria na qualidade de vida⁽¹⁰⁷⁾.

Dentre as atribuições, poderá contribuir de forma relevante na equipe interdisciplinar, no planejamento e acompanhamento de medidas preventivas que visem à saúde, segurança e satisfação do trabalhador. Esse profissional atua incondicionalmente por meio de ações educativas, mantendo a atenção aos trabalhadores de diferentes setores ou postos de ocupação. As atividades assistenciais e educacionais possibilitam a observação e o acompanhamento contínuo e sistemático da saúde dos trabalhadores no contexto laboral^(26,30,108).

As ações da enfermagem do trabalho ocorrem em todos os níveis de prevenção, atendendo as premissas da PNSTT descritas na Portaria nº 1.823/12⁽⁸⁸⁾, a saber: na prevenção primária, secundária e terciária. As ações na prevenção primária objetivam a identificação e

classificação de agentes ou condições por meio da proposição da EPS e prevenção dos riscos ocupacionais; na secundária, as intervenções de enfermagem objetivam ações corretivas em relação à sintomatologia, no sentido de reduzir danos; e na prevenção terciária, ocorre a reabilitação da capacidade funcional do trabalhador, propondo-se ações de reintegração ao trabalho^(19,30,58).

Diante do exposto, é importante ressaltar que o enfermeiro do trabalho, quando ativo em programas de saúde, independentemente do nível de prevenção, desenvolve competências para melhorar as condições de segurança e saúde no ambiente de trabalho. Deste modo, pode promover tanto a saúde ocupacional como ajudar o trabalhador a conviver com a doença, limitando o dano e reabilitando-o para as atividades laborais. Logo, a atuação na promoção da saúde almeja valorizar o ser humano em sua totalidade e contribuir na redução dos acidentes e doenças do trabalho, sendo o diferencial para a formação do enfermeiro do trabalho^(30,42,109).

Os conhecimentos da área de saúde do trabalhador tornam-se, neste momento, necessários na formação dos enfermeiros diante da expectativa de vida que permite com que a população atinja idades avançadas, continuando economicamente ativa, mesmos após terem a aposentadoria. Deste modo, as pessoas permanecem executando suas atividades laborais, o que tem como consequência o aumento da exposição aos riscos à saúde no trabalho⁽⁷³⁾. A enfermagem pode atuar nas Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) que têm como objetivo a prevenção dos agravos laborais, e suas ações envolvem a elaboração do Mapa de Riscos e a organização anual da Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT), além de outras medidas realizadas em conjunto com o SESMT^(66,110).

Indiscutivelmente, o trabalho de enfermagem é parte do processo de trabalho em saúde, o qual requer estudos, ações e formulação de estratégias com vistas à realização de cuidados seguros e à valorização profissional. O desafio do enfermeiro do trabalho consiste em desempenhar a prática profissional de forma que a liderança seja eficaz para transformar o processo e a organização do trabalho, no sentido de reduzir o desgaste físico e psíquico dos trabalhadores, de modo que se respeite o direito à vida e ao trabalho em condições socioeconômicas e culturais dignas⁽⁴²⁾. Logo, novos referenciais são incorporados pelas investigações científicas, e mudanças de paradigma da sociedade estão possibilitando propor a integralidade no sentido de contribuir no entendimento do cuidado à saúde, como um sistema complexo de cuidar.

Todavia, por exercer o papel de liderança, o enfermeiro, enquanto gestor na saúde do trabalhador, poderá associar o uso de sistemas de informação em saúde na medida em que se conhecem os fatores de proteção e de adoecimento dentre os trabalhadores da instituição. O

uso de sistemas integrados é uma poderosa ferramenta na tomada de decisão nos serviços de saúde, de maneira que possibilita a agilidade, facilidade ao gestor e profissionais que atuam em saúde ocupacional, assim como a segurança das informações que são armazenadas em repositórios, exemplificando a história clínica e ocupacional do trabalhador. Desta forma, reconhece-se que a tecnologia da informação pode auxiliar a assistência prestada quando facilita e torna ágil a execução de uma intervenção em saúde, o que amplia a qualidade da gestão do enfermeiro do trabalho⁽¹¹¹⁻¹¹²⁾.

A atuação do enfermeiro é essencial e ímpar neste cenário de cuidado à saúde, devido ao fato de desempenhar o papel de liderança na gestão da equipe interdisciplinar e de, em muitas situações, ser o primeiro profissional que atende o trabalhador em uma situação que carece de atenção. Dessa forma, o enfermeiro fornece informações que subsidiam as atuações dos demais profissionais de saúde para que, no conjunto, todos possam planejar ações que venham contribuir na redução de danos, controle e prevenção de DTs e DNTs, na manutenção e na reabilitação de saúde.

Cabe lembrar que a atenção à saúde do trabalhador deve ir além da proposta meramente assistencialista, prevendo a construção de um comportamento voltado para a saúde com a adoção de um modelo de vida saudável, sempre se considerando a concepção de atenção integral à saúde do trabalhador. Nesse sentido, o enfermeiro como membro da equipe de saúde do trabalhador com enfoque na vigilância em saúde, possibilita o diagnóstico, intervenção, avaliação e promoção da saúde no processo de cuidar, envolvendo conceitos e modelos de cuidado, os aspectos socioculturais, éticos e estéticos e as situações e relações de trabalho, riscos ocupacionais e os danos à saúde. Por sua vez, entende-se que o tema é complexo e amplo, mas consente-se com as reflexões de que a atenção à saúde do trabalhador possibilita a qualificação da gestão do enfermeiro do trabalho e da equipe interdisciplinar.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O delineamento desta investigação foi transversal, com abordagem descritiva e quantitativa. O método definido pelo delineamento serviu de suporte e direcionamento da investigação levando em consideração a finalidade deste estudo, sua abrangência e seu processamento. O estudo transversal é descrito como uma “estratégia de estudo epidemiológico, que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade”^(113:125), sendo essa definição complementada de que “todas as aferições são realizadas em um único momento, sem período de acompanhamento e são relevantes quando se pretende analisar variáveis e seus padrões de distribuição”^(114:47).

A abordagem descritiva na pesquisa permitiu através de seus resultados a caracterização do perfil epidemiológico de uma população de acordo com as características individuais ou coletivas encontradas e assim possibilitou a proposição de ações para a promoção e proteção da saúde ⁽¹¹⁵⁻¹¹⁶⁾. E a abordagem quantitativa baseou-se na formulação e utilização de inquéritos sistemáticos, objetivando a busca de associações para o fenômeno, permitindo uma análise estatística adequada para medir as características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde dos trabalhadores⁽¹¹⁷⁾. Com este desenho, obtiveram-se os fatores para elencar subsídios para estratégias de atenção à saúde do trabalhador e na gestão do serviço, de modo que poderá contribuir para geração de novas propostas de pesquisa.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que é caracterizado por ser uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação, vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tal instituição possui uma estrutura organizacional própria e autônoma, que tem por objetivos prestar serviços nas áreas de assistência, de ensino e de pesquisa, oferecendo

serviços em nível de alta complexidade no SUS⁽¹¹⁸⁾.

Neste cenário, o estudo foi desenvolvido no Serviço de Medicina Ocupacional (SMO) que é um espaço singular por desenvolver atividades de atenção aos trabalhadores na perspectiva da prevenção e proteção da saúde do trabalhador. Para tanto, o serviço busca a participação do trabalhador como sujeito do processo decisório da atenção à saúde, no sentido de contribuir com boas práticas de estilo de vida saudáveis, assim como conhecer os efeitos potencializadores ao adoecimento e intervir na realidade de modo a transformar a relação do trabalho e saúde na sociedade.

Esta investigação está atrelada aos objetivos do projeto “Avaliação dos fatores potencializadores de saúde-adoecimento dos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”, aprovado sob o registro de Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA nº 07-482 (ANEXO A). Desse projeto, surgiu o projeto “Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”, também aprovado pelo GPPG/HCPA sob o nº 11-315 (ANEXO B), que gerou um banco de dados com informações sociodemográficas, ocupacionais e de saúde do trabalhador do HCPA.

Esses dados que compuseram o banco foram coletados desde a admissão do trabalhador, sendo obtidos do prontuário em papel e eletrônico, assim como da atualização de algumas variáveis diretamente com o próprio trabalhador. Esse projeto foi realizado com autorização da Coordenação do SMO-HCPA, conforme termo de ciência da realização da pesquisa (ANEXO C). Em 2011, o SMO-HCPA implantou o prontuário eletrônico do trabalhador, ferramenta que se destina aos registros de atendimentos realizados pela equipe de saúde.

4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

O trabalhador no cenário desta investigação foi aquele que atua na área hospitalar, especificamente no HCPA, e está em exposição aos diversos riscos ocupacionais, os quais abreviam o aparecimento de agravos à saúde decorrente do exercício laboral. O trabalhador em saúde está inserido em um contexto de multiplicidade de fatores de exposição, oriundos tanto da vida cotidiana quanto do trabalho, e pode com isso ter afastamentos por acidentes e doenças do trabalho. Sob este enfoque, entende-se que esse trabalhador busca atender as

necessidades de saúde do paciente/família por meio de suas atividades (in)diretas na atenção à saúde e serviços de apoio. Deste modo, esse trabalhador precisa desenvolver um estilo de vida saudável para que possa prestar o serviço àquele que necessita de atenção à saúde.

A população do estudo foi composta por 4.583 trabalhadores dos diversos setores do HCPA, contratados em regime de trabalho CLT e que desempenhavam atividades diretas e indiretas aos usuários do hospital (dado obtido em novembro de 2011 no SMO-HCPA). A amostra calculada para o estudo do projeto “Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre” nº 11-315, estimando uma proporção em torno de 50%, com intervalo de confiança de 95% e uma diferença aceitável de 6%, foi de no mínimo 267 trabalhadores do HCPA e seus respectivos prontuários. No entanto, considerando-se as possíveis perdas por dados não preenchidos ou da indisponibilidade do trabalhador ou do prontuário, adicionou-se 20%, totalizando a amostra de 321 trabalhadores e seus respectivos prontuários.

A amostragem ocorreu pelo método de amostra aleatória sistematizada. Neste tipo de amostra, a premissa é de que cada componente da população estudada tenha a mesma chance de ser escolhido para compor a amostra, e a técnica que garante esta igual probabilidade é a seleção aleatória de indivíduos⁽¹¹⁴⁾.

Para tanto, no projeto “Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre” 11-315 a seleção dos trabalhadores e prontuários teve início após a relação numérica de todos os 4.583 trabalhadores e dos prontuários disponíveis no SMO-HCPA, sendo sorteado o primeiro prontuário entre os dez primeiros números, e, em seguida, a cada nove prontuários, o seguinte foi selecionado para compor a amostra. O critério de inclusão da amostra foi o prontuário do trabalhador em status ativo. E o critério de exclusão foi a ausência do trabalhador no setor de trabalho por afastamentos prolongados ou dos prontuários, após três tentativas para a coleta de dados.

Dentre os 321 trabalhadores selecionados pela amostra, 288(89,7%) trabalhadores aceitaram participar da pesquisa, assinaram o TCLE, e o prontuário estava disponível no SMO-HCPA para a coleta dos demais dados. A demanda imposta pelo ritmo de trabalho e o processo de saúde-doença implicaram em uma perda previsível de 33(10,3%) trabalhadores. Desses, 20(60,6%) trabalhadores estavam afastados por doenças; 7(21,2%) não aceitaram participar da pesquisa, justificando que não tinha tempo disponível devido a demanda de trabalho; 4(12,1%) por desligamento institucional; e 2(6,1%) por óbito.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

No estudo, “Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre” foram utilizados dois instrumentos.

O primeiro instrumento foi um questionário aplicado ao trabalhador que abordou as questões sociodemográficas, ocupacionais e de saúde dos trabalhadores (ANEXO D). Foi utilizado o questionário em decorrência que o prontuário não traz informações atualizadas quanto aos aspectos sociodemográficos. Esse questionário contemplou duas dimensões, sendo denominada a primeira de “aspectos sociodemográficos” com 40 questões, e a segunda “dimensão aspectos ocupacionais e de saúde” apresentando outras 36 questões. As variáveis que compuseram este instrumento foram elaboradas a partir de estudos realizados pelo Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO/UFRGS), situado na Escola de Enfermagem, sob a coordenação da Profa. Liana Lautert e outras pesquisas com trabalhadores em hospitais^(11,33,38,41,93).

O segundo instrumento foi elaborado como formulário para registrar os dados desde a admissão na instituição no que se refere ao histórico ocupacional nos prontuários em papel e eletrônico do trabalhador do HCPA (ANEXO E). As informações estão diretamente relacionadas aos registros que constam no histórico ocupacional do prontuário dos trabalhadores, contendo questões estruturadas em nove dimensões: História Ocupacional; Doença Crônica e Ocupacional; Limitações; Reabilitação, Procedimentos Cirúrgicos e Tratamentos; Imunizações; Sinais Vitais e Medidas Antropométricas; Exames Laboratoriais e Complementares; e Acidentes de Trabalho.

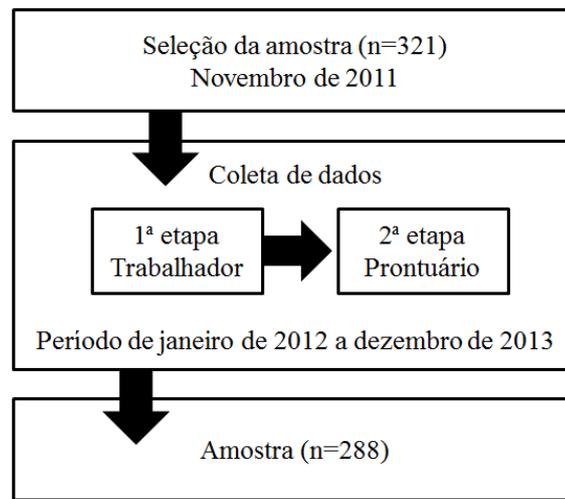
Foi realizado um pré-teste para avaliar as questões de ambos os instrumentos, sendo aplicado aleatoriamente em quatro trabalhadores e seus respectivos prontuários para analisar-se a clareza do preenchimento do instrumento com a finalidade de se garantir a qualidade do registro para posterior análise. O pré-teste é considerado uma ferramenta que possibilita corrigirem-se falhas e dificuldades eventuais precedentes da coleta de dados amostrais; também favorece estimar o tempo gasto na coleta de dados⁽¹¹⁹⁾. A aplicação do instrumento foi realizada em um número reduzido de pessoas que não compuseram a amostra oficial da pesquisa.

4.5 COLETA DE DADOS

4.5.1 Coleta de dados primários

Inicialmente, para proceder a coleta de dados do projeto “Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre” (11-315), ocorreu o contato formal com as chefias dos setores para informar da proposta do estudo. A abordagem do trabalhador ocorreu no próprio local de trabalho para aplicação do questionário estruturado (ANEXO D) de forma individual, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; ANEXO F) que expressou a liberdade em participar da pesquisa, assinando o referido documento. Durante toda essa etapa, os pesquisadores mantiveram-se disponíveis para esclarecimentos, manteve-se o respeito em situações de recusas, considerou-se a disponibilidade, sem imposição e ônus ao desempenho da atividade laboral. Esses trabalhadores foram orientados quanto ao objetivo do estudo e ao preenchimento do instrumento de coleta de dados. A abordagem e o preenchimento do instrumento da pesquisa não excederam aos trinta minutos.

Com a conclusão da primeira etapa da pesquisa, conseqüentemente, habilitou-se a execução da segunda etapa que se constituiu na coleta de dados do prontuário dos mesmos trabalhadores que assinaram o TCLE no SMO-HCPA. Essa etapa utilizou o formulário (ANEXO E) em Microsoft Excel para o registro de diversas informações da trajetória ocupacional desde a admissão do trabalhador no HCPA. A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013, seguindo os critérios de seleção dos trabalhadores. A seguir a Figura 1 expressa a seleção da amostra e as etapas de coleta de dados.

Figura 1 – Seleção da Amostra e coleta de dados.

Fonte: Dados da pesquisa.

4.5.2 Coleta de dados secundários

Para essa investigação se propôs a coleta de dados sociodemográficos, ocupacionais e de saúde dos 288 trabalhadores do período de 2010 a 2012 que foram registrados no banco de dados da pesquisa “Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre” (11-315).

De acordo com o banco de dados foram coletadas as seguintes dimensões e variáveis relacionadas ao questionário preenchido pelo trabalhador com informações referentes aos últimos doze meses:

- Características sociodemográficas: sexo, idade, anos de estudo, anos de trabalho/experiência, situação conjugal, mudança da situação conjugal, filhos, composição familiar, condição de moradia, município de residência, tempo de deslocamento casa-trabalho-casa, uso de transporte, suporte familiar, suporte social, cuidador de familiar acamado, lazer, atividade física, sono, uso de tabaco e bebida alcoólica;
- Características ocupacionais: ocupação, nível do cargo na instituição, trabalhador sem vaga fixa, tempo no cargo da instituição, turno de trabalho, satisfação com o turno de trabalho, motivação para o trabalho, pensamento em mudar de função, sobrecarga de trabalho, autonomia no trabalho, possibilidade de progresso ou

recompensa, conflito de valores pessoais e institucionais, o trabalho em outra instituição, acidentes de trabalho e doenças do trabalho;

- Características de saúde: doenças diagnosticadas, hospitalização e uso de medicamentos.

Os demais dados no banco de dados provenientes do histórico ocupacional (prontuários) foram selecionados dos registros no período de 2010 a 2012: risco ocupacional, acidente de trabalho, doenças do trabalho, alterações musculoesqueléticas, limitação funcional, auxílio doença, exame periódico, imunização e afastamento laboral.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Primeiramente, a análise das variáveis ocorreu pela estatística descritiva, sendo considerado na apresentação dos resultados a média, desvio padrão, mediana, percentis 25 e 75, e moda para as variáveis contínuas e discretas. As variáveis categóricas foram expressas por meio de frequência absoluta e relativa^(114,117,120-121).

Em seguida, utilizou-se a estatística analítica e definiu-se a análise dos dados pelos seguintes testes estatísticos a seguir descritos:

- Teste QuiQuadrado Wald estimado por Regressão de *Poisson* simples e múltipla. Nesse teste foram selecionadas as variáveis que obtiveram valores de $p < 0,20$ para a análise bivariada dos desfechos para inclusão na regressão múltipla, constituindo em análise bruta.
- Teste de Multicolinearidade, utilizado em modelos multivariados para a avaliação da multicolinearidade – *Variance Inflation Factor* (VIF). Esse teste considera o valor de até dois pontos ($VIF < 2,0$) para se manter a variável no modelo múltiplo para análise da Regressão de *Poisson*.
- Regressão de *Poisson* múltipla ($p < 0,05$), pertence à classe de modelos lineares generalizados que consiste na análise ajustada. Na modelagem final foram excluídas as variáveis que não apresentavam significância estatística ($p > 0,05$), quando ajustadas pelas demais variáveis. Essa regressão analisa as proporções ou

razões, levando-se em consideração a totalidade das respostas com uma determinada característica⁽¹²⁰⁻¹²²⁾.

Os desfechos utilizados para modelagem linear generalizada foram os acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo está atrelado aos objetivos das investigações “Avaliação dos fatores potencializadores de saúde-adoecimento dos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre” e “Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”, respectivamente, aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA sob o nº 07-482 (ANEXO A) e o nº 11-315 (ANEXO B).

Em respeito às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde a execução ocorreu mediante a autorização do responsável pelo banco de dados do projeto “Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre” (ANEXO G). Desta forma, os princípios éticos foram respeitados, o que procurou proteger os direitos das pessoas envolvidas, levando-se em consideração os aspectos éticos do Conselho Nacional de Saúde⁽¹²³⁾.

Para a utilização do banco de dados firmou-se por assinatura do Termo para Utilização do Banco de Dados (APÊNDICE A), no que se refere à responsabilidade com dados, mantendo-se os princípios éticos em pesquisa. Atendendo as premissas da pesquisa com seres humanos, nesse banco de dados não consta dados de identificação do trabalhador. Esse banco será guardado por cinco anos pelas pesquisadoras, quando então se procederá com a exclusão digital do banco de dados do computador.

A divulgação dos resultados ocorreu por meio desse relatório final de pesquisa sob a forma de Tese de Doutorado, com defesa em Sessão Pública. Os profissionais do SMO-HCPA receberão um exemplar desse estudo, após as considerações da banca examinadora. Também se pretende organizar um encontro com a equipe de saúde do trabalhador do SMO-HCPA para a apresentação e discussão dos resultados no próprio serviço. Além disso, espera-

se que ocorra a aceitação de manuscritos contendo esses resultados para publicação em periódicos indexados e a exposição em eventos científicos.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os trabalhadores da instituição hospitalar vivenciam em seu cotidiano situações que evidenciam tanto prazer quanto sofrimento na produção de seu trabalho, sentimentos permeados pelas relações afetivas e conflituosas presentes no cenário laboral. Os trabalhadores que exercem funções indiretas aos pacientes, sentem-se invisíveis na organização do trabalho no hospital, em decorrência do pequeno reconhecimento profissional, em relação à valorização da enfermagem e medicina que executam as ações diretas ao paciente. Por outro lado, o contato direto com pacientes e familiares pode suscitar sentimentos de medo, desvalorização e sofrimento^(32,68).

Logo, evidencia-se a necessidade de se (re)conhecerem os fatores de proteção e de adoecimento dos trabalhadores, independentemente, de sua posição hierárquica e/ou setor de trabalho no cenário hospitalar. Os resultados apresentados e discutidos neste capítulo são decorrentes da análise dos dados sociodemográficos, ocupacionais e de situação de saúde de 288 trabalhadores que atuam em diversos setores de uma instituição hospitalar. A análise apresentada buscou sustentar a tese de que as “as características sociodemográficas, ocupacionais e de situação de saúde constituem fatores de adoecimento ou de proteção para a ocorrência de acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho em trabalhadores de uma instituição hospitalar”.

No decorrer do capítulo, são realizadas a discussão e a proposição de estratégias com o intuito de se potencializar os fatores de proteção à saúde e se reduzirem os de adoecimento associados aos acidentes, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho entre trabalhadores do setor produtivo de serviços em saúde. Os resultados são discutidos à luz da produção do conhecimento vigente na seara da saúde do trabalhador, ao mesmo tempo em que se identifica quais os resultados levantam novas questões para aprofundar os conhecimentos sobre a proteção e promoção da saúde do trabalhador.

5.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Os resultados dos aspectos sociodemográficos são apresentados na Tabela 1 referente à amostra de 288 trabalhadores do cenário hospitalar.

Tabela 1 – Características sociodemográficas autorrelatadas pelos trabalhadores de saúde (n=288). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (continua)

| Variáveis | n(%) |
|--|-------------|
| Sexo feminino | 215(74,7) |
| Idade \geq 40 anos | 177(61,5) |
| Anos de estudo $>$ 13 anos | 206(71,5) |
| Anos de trabalho/experiência $>$ 20 anos | 155(53,8) |
| Situação conjugal (com companheiro) | 168(58,3) |
| Mudança da situação conjugal nos últimos 12 meses (sim) | 23(7,9) |
| Filhos (sim) | 199(69,1) |
| Número de filhos \leq 2 | 151(75,9) |
| Filho com necessidade especial (sim) | 9(4,5) |
| Composição familiar (mora sozinho) | 34(11,8) |
| Condição de moradia própria | 218(75,7) |
| Município de residência | |
| Porto Alegre | 200(69,4) |
| Região Metropolitana | 82(28,5) |
| Outros municípios | 6(2,1) |
| Tempo de deslocamento casa-trabalho-casa \leq 60 minutos | 177(61,5) |
| Utilização de meio de transporte (sim) | 274(95,1) |
| Utilização de transporte coletivo (sim) | 153(55,8) |
| Suporte familiar (sim) | 174(60,4) |
| Suporte social (sim) | 97(33,7) |
| Cuidador de familiar acamado (sim) | 7(2,4) |
| Lazer (sim) | 268(93,1) |
| Tempo para lazer \leq 12 horas semanais | 173(60,1) |
| Tipo de atividades de lazer | |
| Ambientais | 166(29,5) |
| Cultural | 133(23,6) |
| Física | 121(21,5) |
| Intelectual | 49(8,7) |
| Grupais | 44(7,8) |
| Hobbies | 26(4,6) |
| Família | 24(4,3) |
| Número de atividades de lazer realizadas \geq 2 | 89(30,9) |

Tabela 1 – Características sociodemográficas autorrelatadas pelos trabalhadores de saúde (n=288). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (conclusão)

| Variáveis | n(%) |
|--|-----------|
| Atividade física (sim) | 151(52,4) |
| Prática de atividade física > 3 vezes na semana | 43(28,5) |
| Tempo da realização da atividade física ≤ 60 minutos | 98(64,9) |
| Tipos de atividade física | |
| Coletiva | 25(11,4) |
| Individual | 195(88,6) |
| Número de atividades físicas ≥ 2 | 62(41,1) |
| Sono < 7 horas | 194(67,4) |
| Consumo de tabaco | 77(26,7) |
| Consumo de tabaco atual | 32(11,1) |
| Consumo de tabaco no passado | 57(19,8) |
| Consumo de bebida alcoólica | 130(45,1) |

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao sexo, houve a prevalência de mulheres neste estudo, dado corriqueiro nas pesquisas da área da saúde. Dentre os trabalhadores de saúde de um Pronto Socorro de Porto Alegre-Rio Grande do Sul (RS), 58,4% eram do sexo feminino⁽³²⁾. Em estudo realizado na região norte de Portugal, a prevalência foi de 67,7% dentre 155 trabalhadores com nível superior, enfermeiros e médicos⁽¹²⁴⁾, dado confirmado por outro estudo no mesmo país em que 78,3% dos 286 trabalhadores de enfermagem eram do sexo feminino⁽¹²⁵⁾. No sul do Líbano, no estudo com 277 trabalhadores de saúde de quatro hospitais, 57,4% eram do sexo feminino⁽¹²⁶⁾. Na área administrativa de uma empresa de autogestão de planos de saúde paulista, 51,3% dos 224 trabalhadores eram do sexo feminino⁽¹²⁷⁾.

Embora os estudos apresentem diferenças nas proporções de mulheres, em todos se confirmam a prevalência do sexo feminino entre os trabalhadores dos diversos contextos da área da saúde. Em se tratando de instituições hospitalares, os trabalhadores de enfermagem constituem o contingente mais expressivo entre as categorias profissionais, com predominância de mulheres⁽⁹⁸⁾. Historicamente, a figura da mulher está associada à função de cuidadora, e o surgimento da enfermagem enquanto profissão, no passado, considerava o sexo feminino como pré-requisito para realização de cursos de enfermagem no Brasil.

A crescente participação das mulheres na força de trabalho foi decorrente da exigência de contribuição na renda familiar. Contudo, esse aumento progressivo propicia uma tendência

para as transformações socioculturais do trabalho, a qualificação profissional pelo aumento da escolaridade e a redução da taxa de fecundidade⁽¹²⁸⁾.

Evidencia-se que a mulher assume múltiplas funções sociais que lhe são atribuídas, tais como: cuidadora, filha, companheira, mãe, esposa e trabalhadora. Essa gama de funções exige esforços para que a mesma esteja quase onipresente em todas as situações, o que caracteriza a dupla ou tripla jornada de trabalho. As condições da jornada de trabalho adicionadas às demais demandas podem acarretar a sobrecarga, predispondo ao adoecimento físico e mental. Portanto, torna-se imprescindível considerar as questões relacionadas ao sexo na avaliação da saúde de trabalhadores em serviços de saúde, ampliando o olhar para as condições da organização do trabalho e riscos presentes no exercício laboral.

A média de idade dos trabalhadores neste estudo foi de $43,2 \pm 9,2$ anos, dado que se assemelha a outros dois estudos realizados com trabalhadores de enfermagem; um na mesma instituição⁽⁴¹⁾ e outro no mesmo município⁽⁹³⁾, sendo observadas as médias de idade de $42,1 \pm 7,7$ anos e $40,7 \pm 9,4$ anos, respectivamente. A enquete realizada com 53.846 trabalhadores de enfermagem de seis países⁽¹²⁹⁾, para avaliação da Síndrome de *Burnout*, observou que a média de idade foi semelhante aos achados desse estudo para idade nos Estados Unidos ($39,9 \pm 9,7$ anos), Canadá ($42,2 \pm 8,9$ anos) e Nova Zelândia ($40,7 \pm 9,9$ anos), e um pouco inferior na Alemanha ($35,3 \pm 9,0$ anos), Inglaterra ($35,3 \pm 8,9$ anos) e Japão ($29,2 \pm 7,4$ anos).

Ao se avaliar 321 trabalhadores de diversos setores de uma instituição de assistência em saúde mental de longa permanência⁽¹³⁰⁾, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), verificou-se que a média de idade é semelhante ($41,4 \pm 9,8$ anos); no Serviço de Higiene e Limpeza de um hospital de Campinas-São Paulo (SP), 92,7% dos trabalhadores tinham idade maior que 40 anos⁽¹³¹⁾.

A média de idade desta amostra em estudo está em consonância com os achados de outros estudos em que trabalhadores com diferentes ocupações encontram-se na condição de adultos de meia-idade, exceto no Japão onde predominou a faixa etária de adultos jovens entre os 5.956 trabalhadores de enfermagem⁽¹²⁹⁾. Os trabalhadores do presente estudo são contratados por processo seletivo público. Esses trabalhadores zelam pela manutenção do vínculo institucional e reconhecem a instituição como uma das melhores da região metropolitana de Porto Alegre-RS para o exercício laboral⁽¹³²⁾. A instituição foi fundada na década de 70 e ainda hoje mantém em seu quadro de pessoal trabalhadores admitidos dessa época, cujos quais participaram desta amostra na investigação.

Entretanto, sabe-se que com o avançar da idade ocorre o declínio de algumas funções biológicas e sociais, fato que pode ser agravado por alterações da saúde dos trabalhadores que podem também ser decorrentes do exercício laboral^(131,133). Dentre esses, destacam-se as atividades de grande esforço físico e mental associadas à falta de adesão às medidas de proteção, tais como os recursos ergonômicos e EPIs. O oferecimento de medidas de proteção pelas instituições e sua adoção pelo trabalhador promovem a prevenção de acidentes e doenças do trabalho, propiciando a manutenção da capacidade laboral. De fato, a falta de adoção da prática segura pelo trabalhador diante de situações cotidianas constitui-se em risco adicional, que pode contribuir favoravelmente ao afastamento temporário ou permanente do mercado de trabalho, assim como a perda prematura de um trabalhador em idade economicamente ativa.

O nível de escolaridade elevado foi predominante dentre os trabalhadores deste estudo, com uma média de $16,1 \pm 6,1$ anos. Dentre esses trabalhadores, houve o relato de um trabalhador que considerou que sua escolaridade está relacionada à formação técnica, profissional-acadêmica há 48 anos.

A escolaridade⁽¹³⁴⁾ da População Economicamente Ativa (PEA) aumentou significativamente desde a década de 90; dentre os trabalhadores com oito ou mais anos de estudo, a proporção cresceu de 33% para 47%. No estudo com 268 trabalhadores do ramo metalúrgico, na cidade de Canoas-RS, identificou-se que 73,5% tinham concluído no mínimo o Ensino Médio⁽¹³⁵⁾. No estudo com 809 trabalhadores da Secretaria do Estado de São Paulo, de diversos cargos e setores, 52% declararam ter o nível superior completo⁽¹³⁶⁾. O estudo comparativo dos trabalhadores de saúde⁽¹³⁷⁾ entre Brasil (n=112) e Portugal (n=112) verificou que 75% dos trabalhadores portugueses têm maior formação superior que os brasileiros (45%). E dentre trabalhadores de enfermagem de um hospital na Serra Gaúcha, a média de anos de estudo foi de $15,1 \pm 2,5$ anos⁽¹³⁸⁾.

A proporção de trabalhadores com escolaridade de Ensino Médio e Superior vem aumentando nos cenários laborais em decorrência dos incentivos das políticas públicas de valorização da educação superior⁽¹³⁹⁾. Atualmente, essas políticas ampliam o ingresso nas universidades, públicas e privadas, com incentivos aos educandos para participação em diferentes projetos.

Entretanto, os trabalhadores do presente estudo constituem uma amostra diferenciada quanto ao nível de escolaridade que é exigido para desempenhar as funções de atenção à saúde. A instituição em estudo mantém em suas metas os incentivos para o aperfeiçoamento, especialização e o ensino superior por meio de um plano de carreira. Desse modo, estimula os

trabalhadores para a qualificação, acompanhando, em consequência, as mudanças laborais que exigem nível de escolaridade elevado para o diagnóstico de doenças, uso de materiais, substâncias e equipamentos, assim como os cuidados de saúde.

A maioria dos trabalhadores deste estudo executam atividades ocupacionais há mais de 20 anos (média $21,1 \pm 10,1$ anos). Logo, a permanência do trabalhador se atribui às características do hospital que proporciona, além do plano de cargos e salários, o plano de saúde, creche e outros benefícios aos trabalhadores⁽¹³²⁾. Médias semelhantes são encontradas entre trabalhadores de hospitais públicos como no estudo em um hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre-RS, onde a média foi de $24,8 \pm 7,8$ anos em atividades laborais⁽³²⁾, e entre os trabalhadores de um hospital universitário de Campinas-SP, com média de $18 \pm 7,9$ anos⁽¹⁴⁰⁾.

Demais investigações apontam médias inferiores. Em Portugal, 65,8% dos trabalhadores de saúde expostos a risco biológico relataram ter dez ou mais anos de prática em atividades laborais⁽¹⁴¹⁾. Em São Paulo-SP, foram investigados 636 trabalhadores de enfermagem que sofreram exposição ocupacional, sendo que 31,1% trabalhavam no mínimo há 21 anos⁽¹⁴²⁾. No hospital universitário do Triângulo Mineiro-Minas Gerais (MG), 54,2% dos enfermeiros desenvolvem atividades profissionais no mínimo há dez anos⁽¹⁴³⁾. Na Coreia do Sul, o estudo com 279 enfermeiros de cinco hospitais observou que 37,3% dos trabalhadores executam suas atividades há mais de dez anos⁽¹⁴⁴⁾.

A investigação sobre a exposição laboral ao xilol utilizado em laboratórios de anatomia patológica e citologia identificou que 50% dos trabalhadores têm no mínimo dez anos de trabalho⁽¹⁴⁵⁾. Estudo americano identificou que 22% de 1.525 trabalhadores de diversos setores da produção têm onze ou mais anos de trabalho no mesmo local⁽¹⁴⁶⁾.

A situação conjugal de casados, vivendo com companheiro ou união consensual foi predominante, o que denota semelhança aos resultados de outro estudo realizado com 368 enfermeiros de uma instituição hospitalar⁽⁹³⁾ em Porto Alegre-RS que apresentou a prevalência de 64,8%. No estudo que avaliou a capacidade para o trabalho de 465 trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte, 58,5% tinham um companheiro⁽¹⁴⁷⁾, e em Santa Maria-RS, 69,3% dos 498 trabalhadores de um hospital possuíam companheiro⁽¹⁴⁸⁾.

Em Portugal, 65,8% dos 155 trabalhadores de saúde, médicos e enfermeiros, tinham a situação conjugal de casados⁽¹²⁴⁾, e na empresa de autogestão de planos de saúde e de previdência privada paulista, 55,4% de 224 trabalhadores da área administrativa tinham essa condição⁽¹²⁷⁾. Dentre 1.525 trabalhadores americanos de diversos setores produtivos, 46,8% relataram possuir companheiro⁽¹⁴⁶⁾.

Os dados sobre a situação conjugal são semelhantes aos de outros estudos, o que talvez seja decorrente da idade, pois a maioria dos trabalhadores encontra-se na fase adulta de meia-idade. Sendo assim, no desenvolvimento humano em geral, os adultos constituem núcleos familiares. O conviver conjugal propicia a valorização da pessoa, o compromisso, o senso de humor e o consenso nas decisões que promovem a satisfação. A comunicação é outro fator de proteção na satisfação conjugal, sendo demonstrada pela empatia de quem ouve, pela aceitação incondicional que permite a plena exposição de quem fala⁽¹⁴⁹⁾. Nessa perspectiva, pesquisa com 53 casais constatou os benefícios da satisfação com a vida e da vivência conjugal com afetividade, fatores de bem-estar subjetivos e expressão de afeto⁽¹⁵⁰⁾.

O estudo com 38 casais residentes em São Paulo-SP, convivendo conjugalmente no mínimo há 20 anos, verificou que entre os conjugues existem valores, objetivos e modos semelhantes de encarar a vida, assim como a busca de alternativas para evitar a rotina por parte daqueles que estão envolvidos para manter a relação afetiva⁽¹⁵¹⁾. Na revisão integrativa acerca do constructo “satisfação conjugal”, foi identificado que o relacionamento conjugal está associado à saúde e à qualidade de vida⁽¹⁵²⁾.

Os estudos nas áreas do envelhecimento⁽²⁸⁾ e do tabagismo⁽¹⁵³⁾ confirmam que o convívio com conjugue reduz o número de sintomas depressivos e o uso de tabaco. Por outro lado, a ausência do conjugue e a insatisfação conjugal podem ser fatores potencializadores para o adoecimento mental, ao mesmo tempo em que podem ocasionar a somatização de origem física⁽¹⁵²⁻¹⁵³⁾.

A mudança da situação conjugal nos últimos doze meses foi menor (7,9%) entre os trabalhadores, o mesmo ocorrendo entre os trabalhadores de enfermagem da Atenção Primária à Saúde⁽¹⁵⁴⁾ (5,3%). Em um hospital da Serra Gaúcha⁽¹⁵⁵⁾, foi constatado que 22% de 164 trabalhadores de enfermagem relataram a mudança conjugal nos últimos doze meses, dado que pode ser decorrente da idade da amostra (31,98±8,71 anos). Os achados dentre os estudos apresentados mostram sutil divergências nas proporções, mas o desconhecimento sobre a forma como o dado foi coletado impossibilita afirmar que esse evento seja uma mudança positiva ou negativa na vida do trabalhador.

Contudo, existe um número significativo de pessoas casadas e/ou com companheiro, situação que pressupõe o sentimento preponderante de amor⁽¹⁴⁹⁾. No passado, as motivações para o convívio conjugal eram os fatores socioeconômicos, familiares e/ou a chegada de um filho⁽¹⁵⁶⁾. Quando a mudança é positiva, e se tratando do mundo do trabalho, essa situação pode ser considerada como fator de proteção à saúde do trabalhador. No entanto, quando

existe o desajuste na vida conjugal, a ruptura de uma relação afetiva pode afetar o trabalhador e, em consequência seu trabalho e saúde.

O processo de transição do casal para a parentalidade foi avaliado entre 62 mulheres primigestas, que identificaram redução na qualidade da relação do casal, presença do desajustamento psicossocial e depressão pós-parto. As mulheres ficam vulneráveis à depressão, regressam aos estereótipos de gênero, se deparam com o aumento de atividades domésticas e cuidados com a criança. Para os homens, ocorre refúgio no trabalho, a redução da comunicação e da libido⁽¹⁵⁶⁾. Outro estudo realizado com homens confirma a diminuição do interesse e do número de relações sexuais, atribuindo-se essa decisão à companheira⁽¹⁵⁷⁾. Diante de situações de conflitos, está dissimulada a violência psicológica, pois, mesmo que seja sutil a agressão verbal ou humilhação, certos comportamentos provocam a baixa da autoestima e da capacidade de reação de quem sofre a violência⁽¹⁵⁸⁾.

A separação/divórcio, em geral, causa a desestabilização emocional familiar. Essa transição nunca é indolor para o casal e a parentalidade (filhos, pais, irmãos, entre outros membros do núcleo familiar), mas é um momento de transformações e reconstrução da identidade pessoal. A decisão da separação perpassa as condições financeiras de acordo com cada classe social, sendo a iniciativa predominante do sexo feminino^(149,159).

A viuvez é a outra condição que determina a mudança conjugal, que pode ser natural (esperada) ou trágica. O luto e os sentimentos de quem vive a viuvez são singulares, em decorrência da identificação com o companheiro. Essa mudança pode causar dor afetiva pela perda da convivência e dos cuidados, assim como ser compreendida como libertadora para reescrever sua história e traçar novos projetos de vida⁽¹⁶⁰⁾.

Essa ambivalência na mudança conjugal, se positiva ou negativa, suscitou a reflexão da necessidade de pesquisas interdisciplinares que analisem essa condição vivenciada pelos trabalhadores. Os estudos^(149,158-160) denotam a ocorrência do adoecimento por transtornos mentais e comportamentais que podem influenciar o trabalho, a qualidade de vida e a saúde de trabalhadores.

No que se refere à presença de filhos, foi prevalente (52,3%) dentre os trabalhadores o relato de, no máximo dois filhos (75,9%). No serviço de nutrição hospitalar em São Paulo-SP, 61% dos 115 trabalhadores têm filhos⁽¹⁶¹⁾. Em um hospital de média complexidade de Londrina-Paraná (PR), 81,3% entre 187 trabalhadores de diversos setores, afirmaram ter filhos⁽¹⁶²⁾ e no hospital público⁽¹⁶³⁾ da Bahia (BA), 88,6% dos 837 trabalhadores de saúde tinham até dois filhos. Dentre trabalhadores de enfermagem de um hospital em Montes

Claros-MG, 75,9% tinham filhos⁽²⁴⁾ e em um hospital na Serra Gaúcha, o número de filhos foi de $1,89 \pm 0,80$ ⁽¹³⁸⁾.

Segundo os resultados do Censo Demográfico de 2010, na Pesquisa Nacional de Amostra de Famílias e Domicílios (PNAD), na composição de 37.556.268 famílias brasileiras constatou-se que 59% têm filhos, e a quantidade de até dois filhos representou 83%. No território gaúcho, para 2.349.732 famílias, 52% tem filhos, sendo que dentre essas 88%, tem até dois filhos. De acordo com estes resultados, observa-se que há uma maior parentalidade – 24,1% tem três ou mais filhos⁽¹⁶⁴⁾.

As mudanças na estrutura da família são observadas nos dados dos Censos Demográficos realizados desde 1981, no Brasil, e confirmam a redução da taxa de fecundidade, a maior participação da mulher no mercado de trabalho, e o crescimento da população de pessoas idosas. Tais fatores estão influenciando a decisão dos casais em ter filhos, sendo ainda mais representativo nas unidades federativas do sudeste e sul do Brasil⁽¹⁶⁵⁾.

A inserção da mulher no mercado de trabalho delimitou o projeto de vida de acordo com o futuro profissional, constituição de família e número de filhos, o que contribui no declínio da fecundidade e do arranjo familiar. Essa mudança poderá se refletir na faixa etária acima dos sessenta anos que não contará com o auxílio dos filhos nas atividades diárias e nem na sua companhia, contribuindo para o isolamento social nessa etapa de vida^(133,166). Em contrapartida, a parentalidade em qualquer fase da vida, seja o conjugue ou filhos, promove os vínculos afetivos, potencializando a satisfação e a qualidade de vida, já discutidos na situação conjugal.

Neste estudo, observou-se que nove trabalhadores têm filho com necessidade especial, ou seja, dependentes de cuidados especiais, o que exige reorganização da dinâmica familiar. Embora a proporção seja menor, existe a necessidade da visibilidade dessa condição pela exigência de atenção temporária ou permanente no domicílio.

A necessidade de cuidados para com o filho pode desestruturar a vida financeira e social familiar, impondo, principalmente à mulher, a exclusão do mundo do trabalho, e, conseqüentemente, a redução da renda e o aumento das despesas em decorrência do uso de tecnologias para prover melhores condições de sobrevivência e de adaptação a sociedade⁽¹⁶⁷⁻¹⁶⁸⁾. Estudo com famílias de crianças com necessidades especiais, verificou que apenas 19% dos cuidadores trabalhavam ou estudavam⁽¹⁶⁹⁾.

Logo, quando a mulher permanece no mercado de trabalho, essa situação caracteriza a dupla ou tripla jornada de trabalho e implica em sobrecarga, cansaço e isolamento social

quando ausente o suporte familiar e social, repercutindo sobre a saúde mental e física do trabalhador.

A composição familiar dos trabalhadores, neste estudo, é de três ($2,97 \pm 1,32$) pessoas na mesma residência, havendo uma menor proporção de trabalhadores que moram sozinhos. Essa proporção é inferior à encontrada no serviço de higienização de um hospital em Campinas-SP, onde 65,2% das famílias eram constituídas por três ou mais pessoas⁽⁹¹⁾.

A PNAD realizada em 2010 verificou que 12,1% das residências são unipessoais. A composição familiar de até três pessoas representou 61,2% dos domicílios. Dentre os gaúchos, o arranjo familiar constituído de até três pessoas evidenciou 69,4%, e a condição de morar sozinhos 15%. Em Porto Alegre-RS, 70,9% das famílias residem com até três pessoas, e 21,4% residem sozinhos⁽¹⁶⁴⁾.

A composição familiar dos trabalhadores deste estudo assemelha-se ao Censo Demográfico. Porém, o fato de residir sozinho quase duplica no município cenário do estudo em comparação ao resultado nacional, informação que alerta a necessidade de elaboração de políticas públicas voltadas a essa população que está em processo de envelhecimento e em residências unipessoais. Dados do estudo com 310 auxiliares e técnicos de enfermagem em Ribeirão Preto-SP apontam que residir sozinho representou alta exposição ao estresse⁽⁸⁾.

A moradia é um fator relevante nas condições de vida e de saúde do trabalhador e se mostrou prevalente (75,7%) quanto à condição própria dentre os trabalhadores deste estudo. A moradia própria prevaleceu em 70% dos trabalhadores de enfermagem da atenção primária de saúde em Porto Alegre-RS⁽¹⁵⁴⁾. Dentre os enfermeiros gestores de uma instituição hospitalar no Rio de Janeiro-RJ, 84,9% residem em casa própria⁽¹⁷⁰⁾. De acordo com o Censo Demográfico realizado em 2010, para 68,2% das famílias brasileiras e 71% das famílias gaúchas a residência era própria⁽¹⁶⁴⁾. Os resultados do Censo e demais estudos assemelham-se às condições de moradia dos trabalhadores da instituição hospitalar em estudo.

Em São Paulo, um estudo de base populacional com 2.672 indivíduos, no período de 2008 a 2009, verificou que 64,3% têm moradia própria⁽¹⁷¹⁾, e outro, intitulado “Mapa da Felicidade”, com 300 indivíduos, observou que a condição de felicidade estava associada à moradia própria para 96,4% dos indivíduos mais jovens, 81,5% dos adultos de meia-idade, e 44,4% para pessoas idosas⁽¹⁷²⁾.

O fato de não ter a moradia própria implica na distribuição da renda familiar, a qual pode estar comprometida em até 30% ao mês e consignada ao financiamento bancário. A condição de moradia do trabalhador pode acarretar preocupação em decorrência da falta de segurança financeira, do endividamento e da instabilidade no emprego e se expressar em

sintomatologias físicas e/ou mentais, exigindo adaptação ou afastamento do trabalhador do cenário laboral⁽¹⁷⁰⁾.

O trabalhador, em geral, procura um local próximo à sua residência para exercer sua função laboral, o que corrobora os achados deste estudo em que a maioria reside no município de Porto Alegre-RS. Dentre os municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre-RS, foram identificados trabalhadores residentes em Viamão 22(7,6%); Alvorada 11(3,8%); Gravataí 10(3,5%), Canoas 8(2,8%); Cachoeirinha 6(2,1%) e Guaíba 6(2,1%), entre outros. Também se observou que um trabalhador de enfermagem com regime de trabalho noturno reside em Criciúma-Santa Catarina (SC), que fica distante a 278 quilômetros.

A instituição deste estudo tem um regime de trabalho noturno diferenciado, ou seja, a jornada de trabalho é de doze horas por sessenta horas de descanso, o que possibilita a esse trabalhador percorrer a longa distância. Contudo, a proporção das pessoas que residem em municípios em torno da capital gaúcha representou quase um terço. A decisão do trabalhador em percorrer essas distâncias diariamente possivelmente decorre das condições de trabalho e remuneração da instituição. A cada processo seletivo da instituição, aumenta o número de candidatos aos diversos cargos, residentes de diversas cidades, sejam elas gaúchas ou de outras unidades federativas.

No tempo de deslocamento casa-trabalho-casa do trabalhador, foi observada a mediana de 60(30-103,75) minutos, sendo que para 38,5% o tempo é superior a uma hora diária. Na PNAD realizada no período de 2001 a 2005, considerando a Região Sul do Brasil, foi observado que, para 22,2% dos trabalhadores, o deslocamento do domicílio ao trabalho era superior a 60 minutos⁽¹⁷³⁾. Em 2009, o tempo médio de deslocamento casa-trabalho na região metropolitana de Porto Alegre era de 27,7 minutos, o que certamente aumentou nos últimos anos vista a alta densidade de automóveis circulantes na mesma malha de rodovias e ruas existentes em 2009⁽¹⁷⁴⁾.

No interior de São Paulo-SP, o deslocamento casa-trabalho de 182 trabalhadores de uma indústria metalúrgica dura em média 32,5 minutos⁽¹⁷⁵⁾; em Campinas-SP, 75,6% dos trabalhadores de um serviço de higienização de um hospital têm o deslocamento casa-trabalho superior a trinta minutos⁽⁹¹⁾ e 39,3% dos trabalhadores das Clínicas de Odontologia Cearense consideraram o deslocamento ao trabalho como fatores estressantes do trabalho⁽¹⁷⁶⁾.

Atualmente, em grandes centros urbanos, vivencia-se um trânsito intenso decorrente do aumento da frota de veículos e do transporte público deficitário. Essa experiência diária do trabalhador que não reside próximo ao trabalho e necessita de transporte pode afetar as condições físicas e psicológicas, repercutindo na produtividade laboral⁽¹⁷⁴⁾. O deslocamento

casa-trabalho é relevante da vida laboral dos trabalhadores porque se reflete na saúde, potencializando o adoecimento e a ocorrência de acidentes de trabalho, em especial os de trajeto. Logo, quanto menor o tempo de deslocamento casa-trabalho pressupõe-se melhores possibilidades de organização e realização de suas atividades de lazer, físicas e domiciliares.

Diante do tempo para deslocamento casa-trabalho-casa, a utilização de algum meio de transporte e do uso de transporte coletivo ocorre para a maioria dos trabalhadores da instituição em estudo. Para aqueles que utilizam o transporte coletivo para chegar ao local de trabalho, foi verificada a média de $2,58 \pm 1,04$ linhas do transporte diferentes.

Na avaliação do uso do transporte coletivo de cinco capitais brasileiras (Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre e Salvador), em 2002, com estratificação por classe social, foi observado que 66% dos usuários das classes C, D e E utilizam o transporte coletivo municipal e que 71,1% dos usuários das mesmas classes utilizam o transporte metropolitano⁽¹⁷⁷⁾.

Em 2011, dentre os 2.265 trabalhadores industriários gaúchos, 45,7% usavam o transporte coletivo para o deslocamento casa-trabalho⁽¹⁷⁸⁾. No interior de São Paulo-SP, 46,1% dos 182 trabalhadores da indústria metalúrgica utilizavam o transporte coletivo fretado pela empresa⁽¹⁷⁵⁾. Em um serviço de higienização hospitalar de Campinas-SP, 94,2% utilizavam o transporte coletivo, proporção superior que corrobora os dados de que as classes sociais C, D e E utilizam mais o transporte coletivo⁽⁹¹⁾.

A mobilidade urbana apresentou, nos últimos anos, um crescimento desordenado impulsionado pelo aumento da frota de veículos e congestionando as vias públicas, que têm se agravado ainda mais, pela crise do transporte coletivo. Esses fatores podem contribuir para o afastamento laboral em decorrência do estresse vivenciado pelo trabalhador associado à impossibilidade de se usufruir do intervalo para almoço em família, assim como para o descanso e tempo para o convívio com a família e lazer⁽¹⁷⁹⁾.

Outro achado que merece destaque neste estudo refere-se ao deslocamento ativo, sendo relatado por 14(4,9%) trabalhadores da instituição. Diversos autores⁽¹⁸⁰⁻¹⁸¹⁾ mencionam que o deslocamento ativo (bicicleta e caminhar) para o trabalho, lazer e outros eventos, traz benefícios à saúde quando realizado por um período superior a 150 minutos por semana.

No estudo realizado com 603 trabalhadores da indústria têxtil de Caruaru-Pernambuco (PE) o deslocamento ativo foi observado em 33,9% dos trabalhadores, sendo que destes, 4,3% pedalavam e 29,6% caminhavam⁽¹⁸⁰⁾. Em 2007, 26,5% dos 2.256 trabalhadores industriários do RS realizavam o deslocamento ativo⁽¹⁷⁸⁾. No estudo com 12.402 adultos de 23 estados brasileiros, em 2009, 33,3% apresentaram deslocamento ativo em suas atividades, percentual

que reduzia conforme a faixa etária avançava⁽¹⁸¹⁾. Em outra pesquisa realizada em 26 capitais brasileiras e Distrito Federal (DF), no período de 2006 a 2009, observou-se que o deslocamento ativo teve um aumento significativo de 14,4% para 18% ($p < 0,001$) na população⁽¹⁸²⁾.

No período de 2005 a 2006, o estudo com 2.364 adultos americanos avaliou os riscos para doenças cardiovasculares, identificando que 16,7% utilizam o deslocamento ativo para ir ao trabalho; o mesmo, quando associado às condições de saúde, apresentou associação inversa com o índice de massa corporal (IMC), obesidade e nível elevado para triglicerídeos, pressão arterial e insulina/glicemia⁽¹⁸³⁾.

No entanto, hoje, no Brasil, a opção do trabalhador pelo deslocamento ativo ao trabalho é decorrente da falta de escolha devido às longas distâncias a serem percorridas. Além disso, a qualidade das vias públicas para pedestres e ciclistas apresentam riscos para acidentes de trajeto. Por sua vez, os trabalhadores com residência próxima do local de trabalho têm optado mais pelo deslocamento ativo por conhecerem os benefícios para a saúde e ainda por fazê-lo em menor tempo, quando em horários de maior circulação de veículos na via pública e de falta de locais para estacionamento próximo ao local de trabalho. Assim, o deslocamento ativo vem sendo considerado como uma estratégia para se aumentar a realização da atividade física^(174,180).

O suporte familiar é um construto multidimensional determinado pela interação dos componentes da família, sendo estabelecido em três dimensões: coesão, adaptabilidade e comunicação⁽¹⁸⁴⁻¹⁸⁵⁾. O suporte familiar neste estudo apresentou uma prevalência inferior em relação aos estudos com trabalhadores da Atenção Primária à Saúde^(154,186) e hospital⁽¹⁵⁵⁾, respectivamente, 85%, 90,8% e 92,7%, os quais referiram ter o suporte familiar para organizar as atividades diárias. Estudo realizado com 100 porteiros de prédios e empresas identificou que 65,5% têm uma percepção de bom suporte familiar⁽¹⁸⁵⁾, semelhante aos 60,4% desse estudo.

O suporte social pode ser considerado como apoio social, o qual permite o compartilhamento de emoções e sentimentos de um indivíduo para além da estrutura familiar⁽¹⁸⁷⁻¹⁸⁸⁾. Os amigos, grupos, vizinhos e colegas de trabalho constituem essa rede social que oferece o apoio emocional e afetivo no enfrentamento de problemas de saúde e no trabalho.

O suporte social foi referido como inexistente por aproximadamente dois terços dos trabalhadores deste estudo. Na atenção primária à saúde, com trabalhadores de enfermagem⁽¹⁵⁴⁾ e de saúde⁽¹⁸⁶⁾, 65% e 71,9% observaram a prevalência de presença do

suporte social. No hospital de Lageado-RS, em 2006, o suporte social no trabalho foi avaliado como baixo por 41% dos trabalhadores de enfermagem, seguido de 36% como intermediário e 24% como alto⁽¹⁸⁹⁾.

Na amostra de 164 trabalhadores de enfermagem de uma instituição hospitalar na Serra Gaúcha, 76,2% referiram o suporte social⁽¹⁵⁵⁾. Os trabalhadores de saúde, médicos e enfermeiros de unidades de tratamento intensivo, pediátrica e neonatal verificaram redução de qualidade de vida do trabalhador, predispondo ao adoecimento, quando os mesmos têm baixo controle sobre o trabalho, alta demanda psicológica e baixo suporte social⁽¹⁹⁰⁾. Os estudos⁽¹⁸⁹⁻¹⁹¹⁾ evidenciam que quanto menor suporte social percebido, maior o desgaste no trabalho e presença de distúrbios psíquicos menores.

O suporte familiar e social torna-se imprescindível no cotidiano dos trabalhadores, por considerar como a retaguarda para atender as situações que requerem o apoio afetivo e emocional. Os resultados deste estudo divergem principalmente daqueles realizados em cidades menores. Pode se inferir que o fato de se residir em grandes centros urbanos nem sempre propicia uma rede de suporte, pois, muitas vezes, esse suporte advém somente da família, a qual reside distante. Desse modo, os resultados evidenciam a necessidade estratégias de apoio social ao trabalhador de modo a ampará-lo e criar o sentimento de pertencimento, tendo-se em vista que o trabalho é propulsor tanto de felicidade como de adoecimento do trabalhador.

O cuidado ao familiar acamado na amostra em estudo foi relatado por sete trabalhadores. O papel de cuidador pode ocorrer pela opção pessoal ou não, mas, muitas vezes, o vínculo familiar e emocional define o indivíduo que exercerá o cuidado, função geralmente, assumida pela mulher^(188,192-193). Com a inserção da mulher no mercado de trabalho, esse papel passa a ser assumido pelos demais membros que compõem o núcleo familiar de forma a dividirem a jornada de cuidado; caso contrário, há uma sobrecarrega de apenas um membro, ainda mais quando esse tem um vínculo empregatício. A situação de doença do familiar com dependência prolongada pode desencadear o estresse e ameaçar o equilíbrio do funcionamento pessoal, familiar e social dos membros familiares⁽¹⁹⁴⁾.

O cuidado ao familiar dependente/acamado foi avaliado entre 19.045 trabalhadores de enfermagem, nos países europeus, entre 2003 a 2005, sendo observada a prevalência na Polônia em 23,5%, Eslováquia 17%, Itália 13,6%, Países Baixos 8,6%, Bélgica 8,2%, Alemanha 7,3% e França 6,3%⁽¹⁹⁵⁾. Na Holanda, em 2011, 28,3% dos 328 trabalhadores de saúde realizavam o cuidado ao familiar, sendo que dentre esses, 51,7% declararam que o tempo para cuidado era igual ou superior a oito horas por semana⁽¹⁹⁶⁾. Dessa forma, o

resultado do presente estudo pode ser considerado pouco expressivo, comparando-se com a literatura internacional.

No México, investigação com 265 cuidadores familiares de idosos dependentes identificou que essa função é desempenhada por filhos (79,5%), dentre os quais 46,9% tinham vínculo empregatício em diversos setores de produção⁽¹⁸⁸⁾. Na Serra Gaúcha, em 2009, 8,5% de 164 trabalhadores de enfermagem cuidavam de familiar acamado⁽¹⁵⁵⁾. Entre 98 trabalhadores de saúde da Atenção Primária à Saúde em Caxias do Sul-RS, 9,4% desempenhavam a dupla jornada de trabalho, sendo cuidadores de familiar dependente⁽¹⁸⁶⁾.

Na amostra deste estudo, foi encontrada uma proporção que pode ser decorrente da predominância da composição familiar nuclear (pais e filhos), pois muitos trabalhadores são provenientes do interior do Estado, afastando-se dos progenitores.

O tempo para lazer foi preponderante para 93,1% dos trabalhadores deste estudo, os quais relataram que realizam até 12 horas de atividades, sendo as mesmas distribuídas ao longo da semana. As atividades de lazer são distintas, com predomínio das consideradas como ambientais, culturais, física, intelectuais, grupais, *hobbies* e família. No mesmo cenário, em outro estudo, 91,3% trabalhadores de enfermagem afirmaram que realizavam atividades de lazer⁽⁴¹⁾. Também, dos 187 trabalhadores abordados em um hospital de média complexidade, em 2010, 75,4% declararam realizar atividades de lazer⁽¹⁶²⁾, e dentre 93 enfermeiros de um hospital de Porto Alegre-RS, 93,5% confirmaram o tempo para o lazer⁽³³⁾.

O estudo em um Pronto Socorro de Londrina-PR⁽¹⁹⁷⁾ observou que 67,2% de 61 trabalhadores de enfermagem têm lazer, sendo destacada as atividades de passeio (36,6%), seguidas pelo dormir (21,9%) e a leitura (14,6%). No interior de São Paulo-SP, em uma indústria metalúrgica, 88,4% dos 182 trabalhadores afirmaram realizar atividades de lazer, destacando como as mais frequentes: assistir a televisão (14,4%), passear (12,1%), ouvir música (11,3%), visitar a família (8,8%), sair com amigos (7,8%), entre outras⁽¹⁷⁵⁾.

A prática de atividade física neste estudo é realizada pela metade (52,4%) dos trabalhadores. Dentre os que executam a atividade física, a maioria a realiza por menos de 60 minutos, com frequência inferior a três vezes na semana, sendo que a maior opção é por atividades individuais, seguidas pela escolha diversificada de outras modalidades de atividades.

Na capital gaúcha, dentre os 465 trabalhadores de enfermagem de uma instituição hospitalar, 37,6% realizavam atividade física⁽¹⁴⁷⁾. O estudo com 187 trabalhadores de diversos setores de um hospital de média complexidade constatou que 40,1% realizam atividade

física⁽¹⁶²⁾, e em São Paulo-SP, 50,4% dos 696 trabalhadores de enfermagem realizavam atividade física⁽¹⁹⁸⁾.

Em Pelotas-RS, em uma amostra de 3.119 pessoas com idade mínima de 20 anos para se avaliar a presença de lombalgia, identificou-se que 58,9% realizavam atividade física⁽¹⁹⁹⁾; já na indústria metalúrgica no interior paulista, 55% dos 182 trabalhadores praticam atividade física⁽¹⁷⁵⁾.

A prática de atividade física de no mínimo três vezes na semana também foi observada apenas para 16,7% dos trabalhadores de enfermagem de um hospital na Serra Gaúcha⁽¹³⁸⁾, sendo que em Porto Alegre-RS, 37,6% dos 93 enfermeiros de uma instituição hospitalar afirmaram realizar atividade física no mínimo três vezes na semana⁽³³⁾. Já no Pronto Socorro de Londrina-PR, dos 47,6% trabalhadores de enfermagem que realizavam atividade física, somente 69% a praticavam no mínimo três vezes por semana⁽¹⁹⁷⁾.

De acordo com o PNAD 2008, a prática de atividade física de no mínimo três vezes na semana e duração de 30 ou mais minutos no Brasil⁽¹⁶⁵⁾ representou, respectivamente, 52,6% e 93,4% da amostra, e no território gaúcho, os números são de 50,2% e 92,1%. O tempo de atividade física com duração de 30 ou mais minutos foi confirmado por 49,9% dos 651 trabalhadores de saúde de um hospital do interior paulista, e desses, 76,2% despendiam até seis horas semanais⁽²⁰⁰⁾. Preferiam a caminhada (48,2%), a ginástica (17,6%) e o futebol/vôlei (11,7%). Dentre 268 trabalhadores do ramo metalúrgico na cidade de Canoas-RS⁽¹³⁵⁾, 77,6% praticavam atividade física, e 45,6% dos mesmos realizavam no mínimo três vezes na semana com preferência por ginástica laboral (42,6%), seguido por futebol (35,1%) e caminhada (22,3%).

A atividade física é reconhecida pelos benefícios de promoção da saúde como meio para se atingir a qualidade de vida. Uma investigação aponta que os trabalhadores que não praticam exercícios físicos regularmente tendem a apresentar um nível de estresse superior⁽²⁰¹⁾. Logo, a atividade física, o tempo para o lazer e as horas de descanso contribuem para a saúde e, em consequência, para o exercício laboral.

O sono é uma função biológica fundamental e necessária cuja falta pode acarretar alterações significativas na vida do trabalhador. Pesquisa com trabalhadores de enfermagem da mesma instituição identificou a média de sono de $7,2 \pm 1,5$ horas diárias⁽⁴¹⁾, dado similar aos achados deste estudo, realizado com os trabalhadores dos diversos setores ($6,7 \pm 1,4$ horas diárias). Em 2010, 93 enfermeiros do mesmo cenário do estudo apresentaram a média de sono diário de $6,9 \pm 1,3$ horas⁽³³⁾.

O sono está associado à restauração e preservação do corpo, e a forte atividade cerebral que ocorre durante o sono auxilia a restauração psicológica, nomeadamente, a consolidação de memórias e a aprendizagem⁽²⁰²⁾.

Embora, os estudos⁽²⁰³⁻²⁰⁴⁾ assinalem que o intervalo de sono restaurador para uma pessoa adulta seja de entre seis e oito horas, existe a variância de acordo com o estilo de vida, idade, rede familiar e social. As características do ciclo vigília-sono de cinco enfermeiros de um hospital universitário foram avaliadas pela polissonografia, sendo constatado que o sono diurno foi significativamente pior em comparação ao sono noturno⁽²⁰⁴⁾. O sono diurno apresentou períodos curtos e incompletos ao ciclo vigília-sono, ocorrendo vários despertares e fracionamento do sono. A avaliação do padrão do sono⁽²⁰⁵⁾ de 75 trabalhadores de enfermagem com regime de trabalho noturno, identificou a sonolência diurna (70,6%) e má qualidade do sono (97,3%).

Estudo em três hospitais do Rio de Janeiro-RJ com 363 trabalhadores de enfermagem, em regime de trabalho noturno e com atividades familiares no turno diurno, observou que o trabalhador que dorme de duas a três horas durante a jornada de trabalho tem melhor recuperação quando comparado ao que não tem intervalo durante a jornada de trabalho⁽³⁴⁾.

O tempo despendido ao sono pelos trabalhadores deste estudo não parece estar comprometido quando comparado à literatura. O indivíduo não identifica a ocorrência dos distúrbios do sono imediatamente por haver uma adaptação momentânea em decorrência das exigências laborais e familiares. Entretanto, com o passar do tempo, essa restrição de sono manifesta a sintomatologia dos distúrbios do sono⁽²⁰³⁾.

Em diversos estudos⁽²⁰⁶⁻²⁰⁸⁾, os trabalhadores de enfermagem reconhecem as desvantagens ao exercer o trabalho noturno ao afirmarem que o sono diurno não tem qualidade; além disso, relataram a dificuldade para dormir e sentem-se cansados ao despertar. Os riscos potencializados pelos distúrbios do sono são o cansaço, a fadiga, a dificuldade de concentração e atenção, a alteração de memória e humor, a hipersensibilidade ao som e luz, a taquicardia, o absentismo ao trabalho, os riscos de acidentes no trabalho, os problemas em relacionamentos interpessoais, os acidentes automobilísticos, a perda do emprego, o surgimento e agravamento de problemas de saúde^(203,209).

O dado sobre o consumo de tabaco alguma vez na vida assemelha-se aos achados de um estudo realizado com 1.387 trabalhadores do ramo administrativo de uma indústria de petróleo, no qual 28,6% relataram ter consumido ou em consumo de tabaco⁽²¹⁰⁾. Em São Paulo-SP, um estudo de base populacional com 2.672 indivíduos, no período de 2008 a 2009, verificou que 35,6% consumiram tabaco alguma vez na vida⁽¹⁷¹⁾. Na cidade de Pelotas-RS, em

uma amostra de 3.182 pessoas com idade mínima de 20 anos, a prevalência do consumo de tabaco em algum momento ocorreu em 47,5% e 19,7% tiveram o hábito tabágico no passado⁽¹⁹⁹⁾.

O consumo de tabaco atual foi identificado em 10,8% dos 491 trabalhadores de enfermagem em um hospital de Santa Maria-RS⁽²¹¹⁾, e em uma instituição hospitalar em Porto Alegre-RS, sendo que dentre 1.475 trabalhadores, 13,6% têm o hábito tabágico e 20% foram tabagistas no passado⁽²¹²⁾. Na Serra Gaúcha, 15,2% dos trabalhadores de enfermagem de um hospital confirmaram o uso de tabaco⁽¹³⁸⁾.

No setor elétrico, 14,5% dos trabalhadores referiram consumir o tabaco e 21,7% afirmaram terem consumido no passado⁽²¹³⁾. Em São Paulo-SP, 16,8% dos 696 trabalhadores de enfermagem consumiam o tabaco e 13,9% foram tabagistas no passado⁽¹⁹⁸⁾. A pesquisa de base populacional intitulada “Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto – ELSA”, no período de 2008 a 2010, observou que 13,1% de 15.105 indivíduos adultos eram tabagistas⁽²¹⁴⁾. Em período semelhante (2008 a 2009), o estudo de base populacional realizado em São Paulo com 2.672 indivíduos verificou que 16,3% eram ex-fumantes⁽¹⁷¹⁾. De acordo com o PNAD de 2008, o consumo de tabaco no Brasil representou 17,2% da amostra, e 19,2% no território gaúcho⁽¹⁶⁵⁾. Dentre os fatores de risco para doenças crônicas de 2.202 adultos na cidade de Goiânia-GO, observou-se que 22,5% eram ex-fumantes⁽²¹⁵⁾.

O consumo de tabaco alguma vez na vida, o consumo atual e no passado entre os diferentes setores produtivos e de pesquisas em base populacional apontou proporções importantes de indivíduos que mantêm esse hábito apesar das campanhas de conscientização. Desse modo, evidencia-se a necessidade de estratégias de apoio para a cessação tabágica como relevantes na promoção da saúde do trabalhador.

Na mesma linha da dependência química, o consumo de bebida alcoólica ocorre em quase metade da amostra deste estudo, diferente do estudo com trabalhadores de enfermagem na atenção primária à saúde, no qual 30,8% referiram consumir álcool e/ou drogas⁽¹⁵⁴⁾, e em São Paulo-SP, em que 39,7% dos 696 trabalhadores de enfermagem ingeriam álcool⁽¹⁹⁸⁾.

No setor elétrico, o consumo de álcool foi de 78,5% dentre os trabalhadores residentes na região de Campinas-SP⁽²¹³⁾; na indústria de petróleo, em Salvador-BA, 74,5% dos 1.387 trabalhadores administrativos consomem bebida alcoólica no mínimo uma vez por semana⁽²¹⁰⁾, e na indústria metalúrgica paulista, 59,9% dos 182 trabalhadores ingeriam bebida alcoólica⁽¹⁷⁵⁾.

Apesar dos percentuais elevados, cabe lembrar que os padrões sociais e profissionais podem levar o trabalhador a omitir o seu padrão de consumo de álcool quando este é abusivo.

A influência do álcool sobre a condição física e mental dos trabalhadores é reconhecida como um agravamento à saúde que o predispõe ao risco para acidentes e doenças do trabalho por falta de segurança no exercício laboral.

Indubitavelmente, tornam-se necessários o planejamento de estratégias institucionais, sensibilização e co-reponsabilização do trabalhador para adoção de práticas de segurança no trabalho na perspectiva da promoção da saúde. Dentre as estratégias, elenca-se o estímulo a realização de atividades físicas e de lazer, de sono reparador e mudanças de comportamentos nocivos, tais como o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas. A conscientização e mobilização em torno de práticas seguras podem potencializar a qualidade de vida e, em consequência, implicar no desempenho laboral e nos índices de absenteísmo institucionais.

Os aspectos sociodemográficos dos 288 sujeitos da amostra discutidos com apoio de estudos que tratam da saúde do trabalhador permitem elencar propostas de ações para valorização e proteção destes profissionais, visando a reduzir eventos e riscos que implicam na ocorrência de acidentes e de doenças do trabalho.

5.2 ASPECTOS OCUPACIONAIS E DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

A Tabela 2 apresenta os resultados das características ocupacionais de trabalhadores, que expressam as informações da ocupação do trabalhador no cenário do estudo e do exercício laboral em outras instituições.

Tabela 2 – Características ocupacionais autorrelatadas pelos trabalhadores de saúde (n=288). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014

| Variáveis | n(%) |
|---|-----------|
| Ocupação | |
| Enfermagem | 119(41,3) |
| Outras profissões | 169(58,7) |
| Nível do cargo na instituição | |
| Técnico | 190(65,9) |
| Superior | 98(34,1) |
| Trabalhador sem vaga fixa (sim) | 36(12,5) |
| Tempo no cargo da instituição ≤ 10 anos | 149(51,7) |
| Carga horária diária ≤ 6 horas e 15 minutos | 192(66,7) |
| Turno de trabalho diurno | 238(82,6) |
| Gosta do turno que exerce a função laboral (não) | 23(7,9) |
| Sente-se motivado para o exercício da função laboral (não) | 45(15,6) |
| Gostaria de mudar de função laboral (sim) | 65(22,6) |
| Sente-se sobrecarregado ao exercer a função laboral (sim) | 141(49,1) |
| Autonomia na maior parte do exercício da função laboral (não) | 63(21,9) |
| Possibilidade de progresso ou recompensa (não) | 102(35,4) |
| Conflito entre os valores pessoais e institucionais (sim) | 65(22,6) |
| Trabalha em outra instituição (sim) | 45(15,6) |
| Exerce a mesma função laboral (sim) | 30(66,7) |
| Cargo exercido | |
| Medicina | 21(46,8) |
| Enfermagem | 12(26,6) |
| Outras profissões | 12(26,6) |
| Carga horária diária > 6 horas e 15 minutos | 10(22,2) |
| Dificuldade em conciliar os empregos (sim) | 11(24,4) |

Fonte: Dados da pesquisa.

Neste estudo, dentre os 288 trabalhadores foram encontradas 54 ocupações distintas. Na categoria enfermagem destacam-se os técnicos de enfermagem 77(26,7%), enfermeiros 24(8,3%) e auxiliares de enfermagem 18(6,3%). As demais ocupações com maior representatividade foram assistentes administrativos 39(13,5%), médicos 29(10,1%), auxiliares de higienização 16(5,6%), técnicos de laboratórios 12(4,2%), atendentes de nutrição 12(4,2%), analistas de sistemas 9(3,1%). Entre as outras 45 atividades profissionais

existem 52(18%) trabalhadores. A amostra deste estudo foi constituída de trabalhadores de diferentes setores laborais, não se limitando às ocupações mais prevalentes no cenário hospitalar, o que confere uma heterogeneidade de resultados entre esses trabalhadores.

O grupo de enfermagem tem constituído o maior contingente de trabalhadores em alguns estudos realizados em hospitais. Em uma instituição hospitalar de urgência e emergência de Belo Horizonte-MG foram avaliados 2.500 trabalhadores da saúde e 43,2% tinham a ocupação na área de enfermagem⁽²¹⁶⁾. No Pronto-Socorro da capital gaúcha entre 269 trabalhadores de saúde, 55,4% eram da área da enfermagem⁽³²⁾. No interior paulista, entre 651 trabalhadores de um hospital destacaram-se os auxiliares de enfermagem 43%, seguidos dos auxiliares de serviços gerais 29,1%, auxiliares de manutenção 7,7% e atendentes de nutrição 5,3%⁽²⁰⁰⁾. O estudo com 363 trabalhadores de saúde em Portugal, identificou que 68,9% eram enfermeiros, 16,5% da área da higienização, 11,6% médicos e 3% técnicos de laboratório⁽¹⁴¹⁾.

As investigações corroboram ao resultado do estudo demonstrando a expressiva força de trabalho da enfermagem nos ambientes hospitalares, além de destacar a presença dos técnicos e auxiliares de enfermagem. O cuidado direto ao paciente exige essa representatividade de trabalhadores da área de enfermagem, de modo a assegurar a qualidade na assistência no processo saúde-doença.

Em relação ao nível do cargo ocupado, verificou-se a preponderância de trabalhadores com nível técnico no cenário do estudo. Em um hospital público no interior paulista a ocupação de nível técnico foi prevalente para 84,9% dos 651 trabalhadores de diferentes ocupações⁽²⁰⁰⁾. O estudo com 2.500 trabalhadores da capital mineira concluiu que a enfermagem é representativa como contingente de mulheres e com cargo de nível técnico⁽²¹⁶⁾.

A prevalência do cargo de nível técnico dentre os trabalhadores das instituições de saúde denotam na maior força de trabalho. Não é possível, contudo, afirmar que possuem a menor escolaridade. A condição de técnico em instituições com planos de cargos e salários que possibilitou uma boa remuneração aos trabalhadores; dentre alguns trabalhadores que têm graduação, esses optam por manter-se no cargo de nível técnico ao invés de assumir funções de acordo com a escolaridade por haver a vantagem financeira.

No estudo identificou-se 12,5% dos trabalhadores na condição de trabalhador sem vaga fixa, ou seja, são aqueles profissionais que atendem à demanda de trabalho da instituição sendo redirecionados para algum setor hospitalar de acordo com a função exercida. Dentre 279 enfermeiros de cinco hospitais na Coreia do Sul, 75,3% consideraram que existe a

mudança de setor de trabalho para a realização das atividades, o que ocorre em consonância com a demanda existente no cenário laboral⁽¹⁴⁴⁾.

O rodízio de turnos foi investigado dentre 636 trabalhadores de enfermagem de um hospital em São Paulo-SP, os quais sofreram exposição ocupacional, 44,3% são trabalhadores sem vaga fixa entre os turnos de trabalho⁽¹⁴²⁾. No serviço de higienização de um hospital em Campinas-SP, 54,6% dos 86 trabalhadores estão em regime de trabalho de rodízio por turno⁽⁹¹⁾. Sobre essa condição, os resultados de um estudo realizado com enfermeiros italianos sobre a satisfação, fatores estressantes e bem-estar psicossocial demonstraram que quanto maior o grau de envolvimento do trabalhador com a mesma atividade laboral desempenhada, menor será o risco de insatisfação com as tarefas executadas e com as relações interpessoais⁽²¹⁷⁾.

A condição de trabalho sem vaga fixa evidencia-se entre os trabalhadores de enfermagem, especialmente os recém-contratados, devido às demandas decorrentes de afastamento laborais de colegas por atestado de saúde, folgas, férias ou licenças. Essa condição pode provocar ansiedade e angústia, por exigir respostas adaptativas do trabalhador, diante de um novo grupo e ambiente de trabalho a cada recomeço de jornada. A mudança diária e contínua pode trazer dificuldades relacionadas à interação interpessoal e ao rodízio de turnos. Ao olhar sob outra perspectiva, essa condição de trabalhador sem vaga fixa também permite ao trabalhador, a cada nova jornada de trabalho, conhecer a dinâmica organizacional dos diversos setores de uma instituição, ampliando a sua visão sobre o processo de trabalho.

O tempo de permanência no cargo da instituição apresentou a mediana de 9,75(4,8-16,3) anos. Os resultados divergem dos achados de outro estudo realizado em 2007, na mesma instituição cenário do presente estudo, com 1.535 trabalhadores de enfermagem, sendo observado que 55,6% desempenhavam o cargo há mais de 20 anos⁽²¹⁸⁾.

Em estudo com 498 trabalhadores de enfermagem no hospital universitário de Santa Maria-RS, o tempo na ocupação do cargo obteve uma média de 14 anos⁽¹⁴⁸⁾. Na Serra Gaúcha, dentre 164 trabalhadores de enfermagem a mediana foi de 3,75(1,35-8,43) anos de tempo no cargo hospital⁽¹¹⁾. Na capital paulista, 636 trabalhadores de enfermagem que sofreram exposição ocupacional, desses, 56,1% têm o vínculo com a instituição hospitalar no mínimo há 11 anos⁽¹⁴²⁾. Entre os enfermeiros de unidade de emergência, de Campo Grande-Mato Grosso do Sul (MS) em 2009, identificou-se que 37,4% atuam na instituição há mais de 10 anos⁽⁹⁾.

Em um serviço de nutrição hospitalar público em São Paulo-SP, 64% dos 115 trabalhadores foram admitidos há menos de dez anos⁽¹⁶¹⁾. E em Portugal, 66,4% dos 363

trabalhadores de diversas ocupações hospitalares relataram estarem no cargo há um período inferior a dez anos⁽¹⁴¹⁾.

Os fatores que motivaram enfermeiros a permanecerem no cargo no mesmo cenário laboral foram investigados em onze hospitais de Aracaju-Sergipe (SE), sendo identificados: prazer ao executar a atividade laboral (profissional gosta do que faz); relacionamento multiprofissional com possibilidades de crescimento na carreira; estabilidade do emprego por concurso público; resolutividade atrelado ao sentimento de compromisso com a população, as condições de trabalho e a valorização e apoio do gestor do serviço⁽²¹⁹⁾.

Diante da diversidade de resultados nos estudos apresentados nesta discussão, reconhece-se que a fidelização do trabalhador à instituição ocorre quando este se identifica com a missão e os valores institucionais, ao mesmo tempo em que está satisfeito com o clima organizacional, as relações interpessoais e as condições físicas, estruturais e materiais para o exercício laboral. Cabe ressaltar que os resultados apontam que o hospital cenário deste estudo tem em seu quadro de trabalhadores, aqueles considerados como experientes, bem como jovens contratados, o que permite a qualificação do exercício profissional.

Na carga horária diária também houve a predominância de jornada de até seis horas e quinze minutos, a qual é executada nas áreas que têm atividades ininterruptas ao longo das 24 horas do dia junto aos pacientes, tais como: enfermagem, nutrição, medicina, higienização, entre outros. Para trabalhadores das áreas administrativas, de apoio e de manutenção, neste cenário do estudo, a carga de trabalho diária é de 8 horas.

No mesmo cenário observou-se a média de carga horária semanal de 36 ± 2 horas dentre 93 enfermeiros, o que demonstra exercício laboral de aproximadamente seis horas diárias⁽³³⁾. A mesma carga horária semanal foi informada por 25,3% dos 696 trabalhadores de enfermagem que exerciam uma jornada semanal de 36 horas semanais em um hospital paulista⁽¹⁹⁸⁾. Em Santa Maria-RS, em estudo com 498 trabalhadores de enfermagem constatado que 62,4% têm a carga horária de 36 horas⁽¹⁴⁸⁾.

A Síndrome de *Burnout* foi avaliada dentre 53.846 trabalhadores de enfermagem de seis países, entre os quais grande parte cumpria uma carga horária semanal que variou de 35 a 40 horas; ou seja, 95,5% dos trabalhadores do Japão, 92,2% na Nova Zelândia, 71,8% na Alemanha, 68,8% na Inglaterra, 64,1% nos Estados Unidos e 43,4% Canadá, trabalham acima de 35 horas semanais⁽¹²⁹⁾.

A carga horária diária no serviço de higienização do hospital em Campinas-SP, variou de 8 a 12 horas diárias para 60,5% dos trabalhadores⁽⁹¹⁾. No serviço de nutrição de um hospital público paulista, 79% dos 115 trabalhadores têm carga horária semanal de 40

horas⁽¹⁶¹⁾. O mesmo resultado foi encontrado no hospital público na região metropolitana de Salvador-BA, em que 59,5% dos 837 trabalhadores de saúde tinham a jornada semanal de 40 horas⁽¹⁶³⁾.

A carga horária diária e semanal dos trabalhadores é regulamentada pelo Decreto-Lei nº 5.452/43⁽¹⁴⁾, que aprovou a CLT, sendo este utilizado pelas instituições e serviços da sociedade brasileira, para regular as relações trabalhistas individuais e coletivas. Esse decreto expressa que a duração da jornada de trabalho não excederá de oito horas diárias e 40 horas semanais, bem como regula os períodos de descanso e o trabalho noturno, determinações observadas nos estudos apresentados. Entretanto, é necessário considerar que os trabalhadores que permanecem por longos períodos em exercício laboral podem potencializar a ocorrência de acidentes e doenças do trabalho com maior gravidade, carecendo de afastamentos prolongados do trabalho.

Com relação ao turno de trabalho, os turnos manhã, tarde e vespertino constituem o diurno neste estudo e a maioria dos trabalhadores atua neste turno. O estudo realizado em 2007 na mesma instituição desta amostra, com 1.535 trabalhadores de enfermagem, demonstra que 37,7% trabalhavam no noturno⁽²¹⁸⁾.

No Pronto Socorro da capital gaúcha, 39,6% exerciam a função no turno diurno, 27,9% em regime noturno e 32,7% em regime de plantão⁽³²⁾. Em Santa Maria-RS, 59,3% de uma amostra composta por 491 trabalhadores de enfermagem executavam as atividades laborais no turno diurno⁽²²⁰⁾, assim como na Serra Gaúcha, em que 56,1% dos trabalhadores de enfermagem trabalhavam neste turno⁽¹¹⁾. Proporções diferentes foram encontradas entre 3.229 trabalhadores de enfermagem de cinco hospitais do Rio de Janeiro-RJ, nos quais 61,3% dos trabalhadores faziam plantões noturnos⁽²²¹⁾ e também em São Paulo-SP, onde identificou-se 47% dos 696 trabalhadores de enfermagem entrevistados desenvolviam suas atividades laborais no regime de trabalho noturno⁽¹⁹⁸⁾.

Para os trabalhadores de enfermagem, os aspectos facilitadores para o exercício laboral noturno referem-se ao ambiente de trabalho mais tranquilo, o que permite interagir com a equipe de enfermagem, prestar assistência qualificada ao paciente, além de obter maior disponibilidade diurna para atividades familiares e a possibilidade de maior autonomia. Em contrapartida, os aspectos dificultadores do exercício laboral noturno remetem à carência de serviços de apoio e de médicos plantonistas no auxílio da assistência ao paciente⁽²²²⁾.

A distribuição dos trabalhadores por turno de trabalho no cenário do estudo é semelhante aos demais estudos apresentados, visto que o hospital tem o seu funcionamento ininterrupto durante as 24 horas do dia, embora tenha o maior número de atividade no turno

diurno, visto que na amostragem estão incluídos trabalhadores de alguns setores administrativos e de manutenção que não funcionam à noite. Infere-se que os estudos que apresentam maior proporção de trabalhadores noturnos, possivelmente, tiveram a participação mais expressiva dos sujeitos que trabalhavam neste turno.

Os trabalhadores deste estudo, majoritariamente, expressaram satisfação/prazer no exercício profissional no turno de trabalho atual. Com relação aos trabalhadores de enfermagem do regime noturno, constatou-se que 95% estavam satisfeitos com a jornada de trabalho no referido turno, pois além de ser uma opção pessoal, lhes permitia mais tempo no período diurno para estar com a família, e gerenciar assuntos familiares⁽²⁰⁶⁾. Outro estudo reforça que quando os turnos de trabalho são decorrentes das preferências individuais, estão em consonância com o cronotipo do trabalhador, trazem benefícios à saúde do trabalhador⁽²⁰⁹⁾.

O cronotipo foi avaliado em 101 trabalhadores de enfermagem de um hospital no Sul do Brasil, encontrando associação significativa entre o turno de trabalho concordante com o cronotipo e a qualidade de vida. O cronotipo concordante com o turno de trabalho pode indicar um fator de promoção à qualidade de vida dos trabalhadores do turno da manhã em consonância com o seu horário ideal para as atividades laborais⁽³⁵⁾.

Na mesma perspectiva, os trabalhadores, quando motivados para o exercício laboral, favorecem as relações interpessoais, expressando acolhimento de maneira a promover a redução dos riscos ao adoecimento. A motivação para o exercício da função laboral predominou entre os trabalhadores deste estudo, sendo o mesmo observado em estudos realizados com 164 e 46 trabalhadores de enfermagem de diferentes hospitais na Serra Gaúcha, respectivamente, 90,9% e 82,6%, dos trabalhadores afirmaram estar motivados para o trabalho^(11,138).

Em Campo Grande-MS, observou-se que 74,8% de 134 enfermeiros de unidade de emergência manifestaram estar satisfeitos com o exercício laboral⁽⁹⁾; a satisfação com o local de trabalho⁽³³⁾ foi relatada por 97,8% dos 93 enfermeiros de um hospital gaúcho e 58,7% de 269 trabalhadores de saúde de um Pronto Socorro na capital gaúcha estão satisfeitos com o local do trabalho⁽³²⁾.

A satisfação com a profissão foi avaliada dentre 3.229 trabalhadores de enfermagem, de cinco hospitais do Rio de Janeiro-RJ, sendo identificado que 22,6% estão insatisfeitos com suas atividades profissionais⁽²²¹⁾. Os trabalhadores de um centro de materiais de esterilização, no interior gaúcho, consideraram as condições físicas do ambiente como um espaço desconfortável ao exercício laboral. Essa constatação pode influenciar a desmotivação, o que

implica em riscos nos processos de esterilização de materiais, ao mesmo tempo em que potencializa o sofrimento psíquico laboral⁽²²³⁾.

Outro estudo com trabalhadores de enfermagem, que utilizavam o sistema de classificação de risco na urgência e emergência, identificou que o uso desse sistema estava associado ao sofrimento psíquico ao trabalhador. Logo, esse sofrimento decorre das condições e da organização do trabalho no hospital, sendo expresso pela falta de motivação no exercício laboral, constituindo-se em vulnerabilidade e risco à saúde do trabalhador⁽²²⁴⁾.

Embora, os resultados tenham semelhanças aos achados de outros estudos sobre a satisfação com regime de trabalho em turnos e da motivação para o trabalho, este tema carece de investigações para aprofundar os conhecimentos, no sentido de identificar os elementos protetores à saúde dos trabalhadores.

Diferente dos resultados de outros estudos, uma menor parcela de trabalhadores sinalizou, na pesquisa em questão, ter pensado em mudar a função que exercem na instituição. Em cinco hospitais do Rio de Janeiro-RJ, 3.229 trabalhadores de enfermagem foram avaliados sobre a possibilidade de abandonar a profissão sendo identificado que 50,4% dos trabalhadores relataram ter pensado nisso nos últimos doze meses. O estudo ainda avaliou se o trabalhador de enfermagem havia procurado emprego fora da enfermagem, sendo observado que 10,1% afirmaram ter realizado a procura nos últimos 30 dias⁽²²¹⁾. Na avaliação da capacidade para o trabalho dentre 93 trabalhadores de em um hospital na Serra Gaúcha, verificou-se que 25,8% trabalhadores de enfermagem manifestaram o interesse em mudar de função⁽²²⁵⁾.

A sobrecarga no exercício da função laboral foi mencionada por quase a metade dos trabalhadores participantes do estudo. A sobrecarga de trabalho foi avaliada por meio do sentimento vivenciado pelo trabalhador em relação ao seu trabalho, sem a utilização de um instrumento específico para avalia-la. No hospital de médio porte na Serra Gaúcha, entre 46 trabalhadores de enfermagem, 47,6% afirmaram que existe a sobrecarga na sua jornada de trabalho⁽¹¹⁾.

Em uma lavanderia hospitalar gaúcha, os trabalhadores relataram a deficiência do dimensionamento de pessoal para atender a demanda do serviço, o que acarreta em sobrecarga de trabalho⁽²²⁶⁾. Em outro estudo, a carga de trabalho foi evidenciada em equipes com dimensionamento de pessoal inadequado, o que implicou no aumento do número de pacientes por trabalhador de enfermagem, associada a maiores taxas de absenteísmo e *turnover*⁽²²⁷⁾.

Em estudo qualitativo com doze trabalhadores de enfermagem, foram identificadas estratégias que estes utilizam para enfrentar o adoecimento. Concluiu-se que as condições

laborais propiciam a sobrecarga de trabalho, frente as quais os trabalhadores criam estratégias coletivas para sobrevivência do indivíduo em situações desfavoráveis ao exercício laboral⁽³⁸⁾.

Alguns trabalhadores do cenário do estudo apontaram que não têm autonomia na maior parte do exercício da função laboral, sendo o mesmo evidenciado em um estudo realizado com 187 trabalhadores de Londrina-PR, em que 22,6% declararam que nunca tiveram a oportunidade de realizar aquilo que para eles era considerado como importante ou relevante nas atividades laborais⁽¹⁶²⁾. Na região serrana do RS, dentre 164 trabalhadores de enfermagem, 76,2% afirmaram ter autonomia no exercício laboral⁽¹¹⁾.

Em um estudo realizado com enfermeiros do turno de trabalho noturno em Santa Maria-RS foi identificado relato de maior autonomia na tomada de decisões diante do paciente e da equipe de enfermagem, a qual implica na oportunidade de o enfermeiro atuar efetivamente no processo decisório do seu trabalho, conferindo a satisfação ao exercício da profissão⁽²²²⁾.

O sentimento do trabalhador em estar na condição de labor com sobrecarga, com pensamento de mudar de função e com falta de autonomia amplia a exposição aos riscos ocupacionais que implicam na menor segurança aos pacientes e a saúde dos trabalhadores. Tal sentimento de pressão em seu labor pode aumentar as possibilidades de falhas/erros nas práticas de saúde, ao mesmo tempo em que negligencia os princípios elementares da segurança e do processo de adoecimento físico e psíquico.

A existência da possibilidade de progresso ou recompensa também foi prevalente entre os sujeitos da amostra, o que se corrobora o estudo realizado na mesma instituição em 2007, em que houve a abordagem de 183 enfermeiros, sendo observado que 56,8% expressaram que se sentem valorizados pelos gestores e pela instituição⁽²²⁸⁾. Na Serra Gaúcha, o estudo com trabalhadores de enfermagem identificou que 59,5% reconhecem a existência de oportunidades de progresso ou recompensa na instituição⁽¹¹⁾. Contudo, no hospital de média complexidade de Londrina-PR, 29,9% dos trabalhadores referiram que não têm recompensas ou reconhecimento por parte do empregador⁽¹⁶²⁾. No Pronto Socorro de Porto Alegre-RS, o reconhecimento do trabalhador diante das atividades executadas ($p < 0,001$) apresentou influência sobre a realização profissional, considerado um componente da Síndrome de *Burnout*. Evidenciou-se que o reconhecimento é um fator de proteção à saúde contra o esgotamento crônico pelo estresse do profissional⁽³²⁾.

Os incentivos e investimentos na qualificação profissional tornam-se necessários para a satisfação e fidelização do trabalhador na instituição. Logo, a instituição que tem um plano de ação com investimentos e incentivos ao desenvolvimento do trabalhador tem menor taxa

de absenteísmo decorrente do grau de satisfação e mantém o quadro de pessoal completo, o que permite reduzir a ocorrência de acidentes e doenças do trabalho por sobrecarga.

Neste contexto, a autonomia como decisão sobre o processo de trabalho e a existência de progresso ou recompensa foi observada como preponderante, o que foi reafirmado pelos resultados dos demais aspectos apresentados nesta discussão no que se refere à motivação para o trabalho e da satisfação com o turno das atividades de labor. Todos esses elementos e sentimentos são fatores que carecem de novas investigações para aprofundar os conhecimentos e entender os mecanismos utilizados como promotores de saúde do trabalhador.

O hospital é permeado por conflitos pessoais e institucionais que são travados e vivenciados no cotidiano do trabalho prescritivo e real. Dentre as atividades exercidas, muitas estão em consonância, sob a perspectiva da valorização do trabalhador como provedor de um serviço que garante satisfação aos pacientes e familiares, da boa interação profissional e da imagem institucional. Entretanto, a coexistência da tensão na prática do trabalho é invisível nas relações que são instituídas na dinâmica organizacional⁽⁶⁸⁾.

A existência de conflitos entre valores pessoais e institucionais está presente no exercício laboral para alguns trabalhadores do cenário deste estudo. A relação entre o trabalho e a saúde foi investigada dentre os trabalhadores de enfermagem, que levaram a conclusão de que se trata de uma relação ambígua, ora com um discurso de trabalho em equipe, ora com relatos de disputas internas, rivalidades e diferenças de tratamento interpessoais⁽⁵⁰⁾.

No hospital na Serra Gaúcha, dentre 164 trabalhadores de enfermagem 40,5% declararam existir conflitos entre seus valores pessoais e laborais⁽¹¹⁾. Em São Paulo-SP 63,5% dos 696 trabalhadores de enfermagem afirmaram ter conflito com superiores, 8% com subordinados, 13,5% com colegas, 10,5% com pacientes e 13,8% com os acompanhantes dos pacientes⁽¹⁹⁸⁾.

Em cinco hospitais públicos brasileiros, 62 trabalhadores de enfermagem participaram de um estudo que verificou a presença de desgaste decorrente da natureza do trabalho. O desgaste físico teve menos impacto sobre a qualidade de vida do que o desgaste psíquico, oriundo de conflitos das relações interpessoais e sociais no cerne das instituições⁽²²⁹⁾. Em uma lavanderia hospitalar, o mesmo foi referido pelos trabalhadores ao mencionarem o desconforto pelo convívio com colegas em decorrência de intrigas, fofocas e desunião, configurando o sofrimento psíquico no exercício laboral⁽²²⁶⁾.

O cotidiano de relações interpessoais e das condições de trabalho provoca o sofrimento, o desgaste, a insatisfação e a alienação dentre os trabalhadores, o que requer ações

institucionais para reduzir os elementos causadores e minimizar os efeitos sobre o processo saúde-doença. De fato, a proposição de estratégias que venham ao encontro da coresponsabilização podem minimizar os efeitos do desgaste físico e psíquico, constituindo-se em um fator de proteção à saúde do trabalhador.

A dupla jornada de trabalho é uma realidade para 45 profissionais deste estudo. Diversos pesquisas^(32,230-232) apontam para o fato de que possuir um segundo vínculo empregatício aumenta a exposição aos riscos ocupacionais e a sobrecarga de trabalho, considerando também o restrito período de descanso e da atenção para as atividades familiares e sociais.

Em Campinas-SP, os trabalhadores de enfermagem explicaram que a opção da jornada dupla é decorrente da renda econômica insuficiente para atender as necessidades da família⁽²³⁰⁾. A mesma justificativa para opção pela dupla jornada foi relatada por 29,9% dos 187 trabalhadores de diferentes ocupações do interior paranaense⁽¹⁶²⁾. No Pronto Socorro municipal de Porto Alegre-RS, 36,8% de 269 trabalhadores de saúde realizam a dupla jornada⁽³²⁾.

Em três hospitais no Rio de Janeiro-RJ, 48% tinham dois vínculos empregatícios dentre os 363 trabalhadores de enfermagem, que atuam em regime de trabalho noturno⁽³⁴⁾. No mesmo município, 67% de 3.229 trabalhadores de enfermagem de cinco hospitais indicaram ter de dois a três vínculos empregatícios⁽²²¹⁾. Na capital paulista, 35,1% dos 696 trabalhadores de enfermagem tem um segundo emprego⁽¹⁹⁸⁾. Em outro hospital em Curitiba-PR 45,6% dos 173 trabalhadores de enfermagem do noturno possuem outro emprego no turno diurno⁽²⁰⁷⁾. E dentre 491 trabalhadores de enfermagem de um hospital em Santa Maria-RS, 26,6% tem um duplo vínculo empregatício⁽²²⁰⁾.

Para trabalhadores do Serviço de Higiene e Limpeza de um hospital universitário, em Campinas-SP, 95,7% tem outro vínculo empregatício⁽¹³¹⁾. Para 1.525 trabalhadores americanos afastados das atividades laborais por lesões decorrentes acidentes de trabalho de diferentes ocupações, 16,8% têm um segundo vínculo empregatício⁽¹⁴⁶⁾.

Na área da saúde, o trabalho em turnos favorece os múltiplos vínculos de trabalho e o multiemprego tornou-se uma forma de compensar os ganhos financeiros, apesar dos riscos para a segurança do paciente e para a saúde do trabalhador. Na instituição desse estudo, observou-se uma minoria de profissionais com o multiemprego em comparação com as investigações realizadas em outros hospitais brasileiros. Entre os trabalhadores com apenas um vínculo empregatício pode-se inferir que a causa provável está relacionada às condições organizacionais, remuneração e segurança da estabilidade no emprego.

O exercício da mesma função laboral expressa semelhança com relação aos resultados do estudo realizado em Porto Alegre-RS, o qual identificou que 72,7% dos trabalhadores exercem a mesma atividade no segundo vínculo empregatício⁽¹⁵⁴⁾. No cargo exercido na outra instituição, predominam ações diretas ao paciente, o que implica em riscos à segurança, principalmente nas profissões das áreas da medicina e enfermagem. No que se refere à carga horária diária do segundo vínculo empregatício, uma menor parcela de profissionais executam as atividades com uma carga horária diária superior a seis horas.

A jornada de trabalho, que compreende seis a doze horas diárias, exige do trabalhador a concentração e o raciocínio clínico, lógico e crítico para manter suas ações efetivas no que tange às decisões de cuidado no processo saúde-doença do paciente. Além disso, vivenciar a dinâmica organizacional de cenários laborais com processo de trabalho diferenciados pode comprometer a saúde física e psicológica do trabalhador, assim como a segurança do paciente.

A amostra de 651 trabalhadores de uma instituição hospitalar, do interior paulista, observou, em 2005, que 28,2% tem a dupla jornada, e desses 35,3% tem uma carga horária semanal que se agrega a carga primária de no mínimo 30 horas⁽²⁰⁰⁾. Em Santa Maria-RS, dentre os 89 trabalhadores de enfermagem que referiram ter outro emprego, foi constatada a média de $27 \pm 10,8$ horas de trabalho no segundo vínculo empregatício⁽¹⁴⁸⁾. Na região serrana gaúcha, dentre os 93 trabalhadores de enfermagem, 11(11,8%) confirmaram ter o multiemprego, sendo que todos exercem a mesma função na enfermagem e 7(63,3%) tem a mesma carga horária de 6 horas diárias no segundo vínculo empregatício⁽²²⁵⁾.

Na situação da dupla jornada, pode haver a dificuldade em conciliar os empregos, o que foi identificado pela proporção de trabalhadores com multiempregos. Essa dificuldade foi expressa por sete de 28 trabalhadores de enfermagem com dois vínculos empregatícios, de um hospital de médio porte, na Serra Gaúcha⁽¹¹⁾. Na mesma região serrana, outro estudo com 93 trabalhadores de enfermagem evidenciou que 1(9,1%) de onze trabalhadores que possuem o multiemprego tem dificuldades para conciliar as atividades laborais⁽²²⁵⁾.

A seguir, a Tabela 3 expressa as características de saúde ocupacional que foram relatadas pelos 288 trabalhadores no que se refere aos acidentes e doenças do trabalho nos últimos doze meses.

Tabela 3 – Características dos acidentes e doenças do trabalho dos últimos doze meses autorrelatadas pelos trabalhadores de saúde (n=288). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014

| Variáveis | n(%) |
|---|----------|
| Acidente de trabalho (sim) | 33(11,5) |
| Acidente de trajeto | 5(14,3) |
| Acidente típico | 30(85,7) |
| Descrição do acidente (35 acidentes) | |
| Lesão por materiais, punctórios e/ou aprisionamento | 14(40) |
| Contato com fluidos e secreções | 6(17,1) |
| Queda na instituição | 6(17,1) |
| Lesão musculoesquelética | 6(17,1) |
| Queimadura/Alergia | 3(8,7) |
| Afastamento por acidente (sim) | 15(45,5) |
| Doenças do trabalho (sim) | 54(18,8) |
| Afastamento por doenças do trabalho (sim) | 37(68,5) |
| Grupos de causas das doenças do trabalho (62 doenças) | |
| Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo | 43(69,3) |
| Transtornos mentais e comportamentais | 8(12,9) |
| Doenças do aparelho circulatório | 3(4,8) |
| Doenças do sistema nervoso | 2(3,2) |
| Doenças do olho e anexos | 2(3,2) |
| Doenças do aparelho respiratório | 2(3,2) |
| Doenças do aparelho digestivo | 1(1,7) |
| Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 1(1,7) |

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme dados do Ministério de Previdência Social (MPS), no período de 2008 a 2010, considerando todas as atividades econômicas no Brasil, observou-se a ocorrência de 2.190.481 acidentes de trabalho. Na população gaúcha no mesmo período ocorreu o registro de 183.578(8,4%) acidentes de trabalho. Os agravos por atividade econômica em serviços de saúde são apresentados por subclasses de acordo com o Código Nacional de Atividade Econômica (CNAE). Para a discussão com os resultados deste estudo, considerou-se a Seção Q – Saúde Humana e Serviços Sociais e a Divisão 86 – Atividades de Atenção à Saúde Humana. Logo, estabelecendo como critério os dados pela subclasse no mesmo período

supracitado no Brasil foi constatada a ocorrência de 161.280(7,4%) acidentes de trabalho em serviços de saúde⁽²³³⁾.

Na amostra desta pesquisa, os acidentes de trabalho ocorridos nos últimos doze meses foram autorrelatados pelos trabalhadores, e representou a proporção de 11,5%, que, pode ser considerada baixa em comparação à proporção brasileira de acidentes de trabalho em serviços de saúde. Estudos em hospitais apresentam proporções maiores, em Campinas-SP, em um serviço de higienização, observou-se que 26,7% dentre os 86 trabalhadores tiveram acidente de trabalho⁽⁹¹⁾ e no Pronto Socorro da capital gaúcha, 51,6% tiveram acidente de trabalho nos últimos doze meses⁽³²⁾.

Assim nos demais estudos mencionados, os resultados aqui apresentados também divergem dos resultados nacionais na área da saúde, no que tange aos acidentes de trabalho nos cenários hospitalares. Essa divergência precisa ser explorada para que se possam entender as diferenças discrepantes, já que é necessária atenção à saúde dos trabalhadores que podem estar sem acompanhamento pela exposição aos patógenos, o que, no futuro, pode desencadear o adoecimento.

Os acidentes de trabalho podem ser categorizados como acidentes típicos, os quais ocorrem durante a jornada de trabalho; ou acidentes de trajeto que sucedem durante o deslocamento da residência ao local de trabalho e vice-versa⁽³⁶⁾. Na amostra do estudo houve a predominância dos acidentes típicos, o que se assemelha aos registros do MPS no período de 2008 a 2010, tendo sido registrados no Brasil e RS, respectivamente, 1.281.247(79,6%) e 103.414(81,8%) acidentes típicos em todas as atividades econômicas. No mesmo período, na área de atenção à saúde humana, os acidentes típicos prevalecem em 118.381(81,8%) ocorrências nos serviços de saúde no Brasil⁽²³³⁾.

Em Portugal, 8,8% dos acidentes, entre 387 trabalhadores dos diversos setores de um hospital, foram considerados como de trajeto⁽²³⁴⁾. Todavia, os acidentes de trajeto nem sempre são notificados pelo empregador ou trabalhador, o que implica em desconhecimento da real situação de ocorrências desse tipo de acidente de trabalho.

No que se refere à descrição do acidente de trabalho, dentre os 33 trabalhadores que relataram a ocorrência de acidente nos últimos doze meses, houve a predominância de lesões com materiais e punctórias. Em Portugal, 45,7% dos trabalhadores de um hospital relataram como motivos do acidente de trabalho os materiais perfurocortantes, 28,7% por quedas de objetos ou da própria altura do trabalhador, e 18,9% por esforços excessivos ou movimentação inadequada de pacientes e equipamentos⁽²³⁴⁾.

O período de afastamento decorrente do acidente de trabalho é um problema relevante no ambiente de trabalho considerando que a maioria dos serviços hospitalares, requer a cobertura para os dias de ausência do trabalhador. Entretanto, nas instituições hospitalares quando não há cobertura para os afastamentos por saúde, ocorre uma sobrecarga dos trabalhadores que permanecem na atividade laboral. Ao assumir as atividades do colega afastado, há redução da qualidade da assistência prestada aos pacientes e desgaste físico e psíquico entre os trabalhadores⁽²³⁵⁾.

Os agravos liquidados são definidos como os acidentes encerrados administrativamente pelo INSS, com conclusão do tratamento e indenização das sequelas deles decorrentes. Em relação aos 2.246.722 agravos liquidados no período de 2008 a 2010 no Brasil, observou-se que 1.891.488(84,1%) trabalhadores tiveram a incapacidade temporária (afastamentos das atividades); 305.347(13,6%) trabalhadores necessitaram de assistência médica; 41.798(1,9%) foram considerados permanentemente incapazes; e 8.089(0,4%) tiveram o óbito registrado decorrente do acidente de trabalho. Dos casos de incapacidade temporária, 966.958(51,1%) trabalhadores tiveram o afastamento laboral superior a 15 dias⁽²³³⁾.

Seguindo a mesma análise, no mesmo período em território gaúcho identificou-se a ocorrência de 187.794(8,4%) agravos liquidados, desses 160.534(85,5%) foram registrados com a incapacidade temporária; 23.605(12,6%) tiveram assistência médica; 3.227(1,7%) trabalhadores com a incapacidade permanente; e 428(0,2%) óbitos prematuros decorrentes do exercício laboral. Em relação à incapacidade temporária, 95.680(59,6%) trabalhadores tiveram o afastamento prolongado por um período superior a 15 dias⁽²³³⁾.

Dentre as duas esferas político-administrativas, respectivamente, Brasil e RS, verificou-se semelhança na distribuição dos dados. Em Portugal, o acidente de trabalho foi avaliado dentre os 387 trabalhadores da saúde, dos quais 37,5% tiveram o afastamento laboral por um período superior a 30 dias⁽²³⁴⁾.

Na amostra desta investigação, 33 trabalhadores tiveram acidente de trabalho e quase a metade deles necessitou de afastamento das atividades laborais por um período superior a sete dias. Em decorrência do período de afastamento superior a 15 dias que exige a perícia médica, apenas 1(6,7%) trabalhador apresentou essa condição de afastamento prolongado, denotando baixa prevalência.

A doença do trabalho é definida pelo MPS como qualquer doença profissional desenvolvida em decorrência da execução de atividade laboral e que pode também ser agravada pelo acidente de trabalho, em consonância com o ramo de atividade econômica⁽²³³⁾.

Na amostra do estudo observou-se uma menor proporção de relatos dos trabalhadores que consideraram ter desenvolvido a doença em decorrência do exercício laboral.

Ao analisar os dados de doenças do trabalho, no período de 2008 a 2010, no Brasil observou-se que foram registrados 55.519(3,4%) agravos como doenças do trabalho e no RS 4.763(3,8%) para todas as atividades econômicas do CNAE. Ao avaliar por atividade econômica na área da atenção à saúde humana, os números de registros de doenças de trabalho são menores, 2.094(1,4%) agravos no território brasileiro⁽²³³⁾. A proporção dos agravos registrados por CAT como doença de trabalho é inferior ao que se acompanha no cotidiano dos serviços de atenção ocupacional das instituições, e em especial, nas da área da saúde. Essa observação mostra a existência de subnotificação das doenças do trabalho.

Dentre os trabalhadores de enfermagem da atenção primária, 30% referiram estar acometido por um processo de adoecimento decorrente do trabalho⁽¹⁵⁴⁾. Em outro estudo, 90% da amostra de trabalhadores de enfermagem de uma instituição hospitalar confirmou a presença da algia muscular em diversas partes do corpo, caracterizando o comprometimento do sistema musculoesquelético decorrente do exercício laboral⁽¹³⁸⁾. Em São Paulo-SP, 11,1% dos 696 trabalhadores de enfermagem afirmaram estar, no momento, vivenciando a doença do trabalho e 6,6% declararam que tiveram essa vivência no passado⁽¹⁹⁸⁾.

Dentre os 54 trabalhadores que referiram ter doença do trabalho, 68,55% tiveram o afastamento das atividades laborais, apresentando a mediana de 8(4-17) dias de afastamento laboral. Entretanto, 7(18,9%) trabalhadores tiveram o afastamento superior a 30 dias, exigindo o acompanhamento pela perícia médica do INSS. Destacaram-se, nesta amostra, as Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo seguido pelos Transtornos Mentais e Comportamentais.

O estudo realizado em um hospital de Salvador-BA com 837 trabalhadores de saúde verificou que 31,9% tiveram pelo menos um afastamento do trabalho no período de 2005 a 2006. Entretanto, ao avaliar o grupo de enfermagem, a proporção elevou-se para 41,2% os afastamentos laborais⁽¹⁶³⁾. Dentre os trabalhadores do ramo metalúrgico, na cidade de Canoas-RS, 38,5% afirmaram a ocorrência de afastamento do trabalho por sintomas osteomusculares, tais como: dor, desconforto e dormência⁽¹³⁵⁾.

De acordo com os dados do MPS, no ano de 2010, foram registradas no Brasil, 15.593 doenças do trabalho com CAT. Ao observar os grupos de causas das cinquenta doenças do trabalho mais incidentes registrados com CAT identificou-se que as Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo são responsáveis por 54,7% das notificações, seguidas

pelas Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Consequências de Causas Externas 6,3% e 3,1% por Transtornos Mentais e Comportamentais⁽³¹⁾.

Atualmente, o MPS está utilizando outros dispositivos para captar as informações de agravos do trabalho sem o devido registro da CAT, sendo possível observar a existência de mais 176.290 agravos decorrentes do trabalho no Brasil em 2010. No entanto, essa informação não permite obter a categorização do acidente ou da doença do trabalho. Contudo, verifica-se a predominância das Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo (38,5%), seguidas pelas Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (35,1%), e pelos Transtornos Mentais e Comportamentais (3,7%), que de certo modo confirmam a distribuição de doenças com registro de CAT, divergindo apenas na proporção das ocorrências entre os dois primeiros grupos de causa⁽³¹⁾.

No ano de 2012, o MPS pagou 2.158.346 benefícios previdenciários decorrentes de doenças do trabalho, sendo que, destes a atividade econômica relacionada à atenção à saúde humana representou apenas 50.297(2,3%) benefícios. Dentre os agravos previdenciários por grupos de causa da Classificação Internacional das Doenças – 10ª revisão (CID-10), destacam-se as Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (24,5%), as Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (18,7%) e os Transtornos Mentais Menores (9,4%). Ao avaliar por atividade econômica para serviços de saúde, constatou-se que as Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (18,3%) assumem o primeiro lugar em pagamento de benefícios, seguido pelas Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (17,3%) e (13,1%) por Transtornos Mentais Menores⁽³¹⁾.

Considerando-se os auxílios concedidos aos trabalhadores por doença do trabalho nos serviços de saúde, no ano de 2012, a proporção de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo é semelhante a dos trabalhadores de todas as atividades econômicas. Entretanto, quando são considerados os Transtornos Mentais Menores, a incidência nos serviços de saúde é elevada.

Os resultados assinalam a mesma prevalência de doenças do trabalho por grupos de causas relatados pelos trabalhadores da instituição cenário deste estudo. Todavia, torna-se necessário ampliar o olhar para as doenças musculoesqueléticas e os transtornos mentais e comportamentais, a fim de planejar estratégias de atenção à saúde do trabalhador que valorizem as limitações individuais e as condições do ambiente laboral.

De fato, o trabalho pode afetar a saúde física e mental do trabalhador acarretando o afastamento das atividades laborais. Desta forma, evidencia-se a necessidade de criar

subsídios ao planejamento de ações que tornem o trabalho fonte de prazer para esse trabalhador. Todavia, a doença e o acidente do trabalho geram enorme impacto socioeconômico e de saúde aos trabalhadores, às famílias e à sociedade brasileira, o que requer a reflexão-ação sobre esse processo de adoecimento, no sentido de encontrar elementos promotores de saúde.

A seguir, apresenta-se a situação de saúde que foi relatada pelos trabalhadores referente aos últimos doze meses, quanto à ocorrência de doenças agudas e crônicas, hospitalizações e medicamentos de uso contínuo e temporário, conforme exibido na Tabela 4.

Tabela 4 – Características da situação de saúde dos últimos doze meses autorrelatadas pelos trabalhadores de saúde (n=288). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014

| Variáveis | n(%) |
|---|-----------|
| Doenças (sim) | 103(35,8) |
| Número de doenças ≥ 2 | 45(43,7) |
| Grupos de causas (181 doenças) | |
| Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo | 42(23,3) |
| Doenças do aparelho circulatório | 35(19,3) |
| Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas | 35(19,3) |
| Doenças do sistema respiratório | 27(14,9) |
| Transtornos mentais e comportamentais | 14(7,7) |
| Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários | 8(4,4) |
| Doenças do sistema digestivo | 8(4,4) |
| Doenças do sistema nervoso | 5(2,8) |
| Outros grupos de causas | 7(3,9) |
| Hospitalização (sim) | 26(9,1) |
| Número de hospitalizações ≥ 2 | 1(3,8) |
| Grupos de causas (28 hospitalizações) | |
| Doenças do sistema digestivo | 8(28,6) |
| Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo | 5(17,8) |
| Doenças do aparelho circulatório | 3(10,7) |
| Doenças do aparelho geniturinário | 3(10,7) |
| Outros grupos de causa | 9(32,2) |
| Uso de medicamentos prescritos (sim) | 135(46,8) |
| Número de medicamentos em uso ≥ 2 | 64(47,4) |
| Grupos de medicamentos (247 medicamentos) | |
| Anti-hipertensivo/diurético | 55(22,2) |
| Ansiolítico/antidepressivo | 42(17,1) |
| Endócrino/metabólico | 38(15,3) |
| Anti-inflamatório/analgésico | 23(9,3) |
| Outros grupos de medicamentos | 89(36,1) |
| Uso contínuo do medicamento | 167(67,6) |

Fonte: Dados da pesquisa.

As doenças crônicas e agudas autodeclaradas pelos trabalhadores deste estudo apresentam maior prevalência que as doenças do trabalho (Tabela 3). Tal diferença remete à reflexão do quanto esse trabalhador considera, ou não, determinada morbidade relacionada ao trabalho. Desta forma, as doenças do trabalho podem ser negligenciadas pelo trabalhador diante do sofrimento, a ponto de o mesmo considerá-las como um agravo crônico natural do processo de envelhecimento⁽⁶⁹⁾, principalmente no que se refere às doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo.

Na amostra desse estudo observou-se a mediana de 1(1-2) doença dentre os trabalhadores e 43,7% apresentam duas morbidades. O estudo realizado em Rio Branco-Acre (AC) com 272 trabalhadores de enfermagem identificou que 31,2% tinham três ou mais doenças⁽²³⁶⁾. Em Porto Alegre-RS, 25,6% trabalhadores de enfermagem da atenção primária afirmaram ter doenças crônicas, das quais 35% eram doenças osteomusculares⁽¹⁵⁴⁾. Ainda na capital gaúcha, outro estudo, com trabalhadores de enfermagem de um hospital, constatou que 74,8% tem morbidades com diagnóstico médico⁽⁴¹⁾.

Em 2008, estudo realizado na cidade de Curitiba-PR identificou que 36% de um grupo de 173 trabalhadores de enfermagem declararam ter doenças em tratamento clínico. Os mesmos trabalhadores relataram 25 morbidades distintas, sendo prevalente as varizes de membros inferiores 57,2%; seguido da fadiga e perda de energia 54,2%; cervicodorsolombalgia 54,2%; e irritabilidade com a execução das atividades e colegas de trabalho 52%⁽²⁰⁷⁾. Na cidade mexicana de Morélia, entre 226 trabalhadores de saúde de um hospital 28,7% apresentam morbidades, dentre essas se destacaram 35,3% de lesões osteomusculares, 21,3% de hipertensão arterial e 13,8% de doenças respiratórias⁽²³⁷⁾.

Na indústria metalúrgica no interior de São Paulo-SP, 23,6% de 182 trabalhadores apresentaram morbidades, a exemplo de hipertensão arterial sistêmica, colesterol, disfunções da coluna, lesão por esforço repetitivo e gastrite⁽¹⁷⁵⁾. De acordo com o PNAD 2008, o relato de pelo menos uma doença crônica entre os brasileiros na faixa etária dos 20 aos 39 anos foi de 22,7%, na faixa de 40 a 49 anos representou 45,1%, e na faixa de 50 a 64 atingiu 65%⁽¹⁶⁵⁾.

A hospitalização é um evento que exige do trabalhador o afastamento das atividades laborais para recuperar/reestabelecer a saúde. Em dois estudos na Serra Gaúcha, sendo um em ambiente hospitalar e outro na atenção primária, identificou-se, respectivamente, que 23% e 6,9% dos trabalhadores tiveram hospitalização^(138,186). Na atenção primária em Porto Alegre-RS a pesquisa que investigou a capacidade para o trabalho e ergonomia observou que 5,1% dos trabalhadores tiveram a hospitalização por procedimento cirúrgico⁽¹⁵⁴⁾.

Na amostra deste estudo a hospitalização ocorreu em média de $1,08 \pm 0,39$ vezes para 26 trabalhadores, em doze meses. A maioria das hospitalizações foi para a realização de procedimentos cirúrgicos. Dentre estes se destacam os partos cesáreos, histerectomias, apendicectomia, cirurgias bariátricas, de hérnia de disco, varizes e do pé.

O uso de medicamentos prescritos dentre os trabalhadores ocorria para 135 (46.8%) sujeitos da amostra, com uma mediana de 1(1-2) medicamento, sendo que, destes, 47,4% consome dois ou mais medicamentos. Dentre os trabalhadores que utilizavam medicamentos, observou-se o consumo de 247 medicamentos, dos quais 167(67,8%) desses foram classificados como de uso contínuo. Em relação às classes de medicamentos existe concordância com os resultados das doenças crônicas e do trabalho autorrelatadas, que possivelmente, seguem com tratamento medicamentoso.

O uso contínuo de medicamentos supera aos achados de um estudo realizado na Serra Gaúcha, em que 19,6% dos trabalhadores de enfermagem de um hospital afirmaram realizar o consumo contínuo⁽¹³⁸⁾. Em contrapartida, se assemelha aos achados na atenção primária à saúde em que 43,6% dos trabalhadores de enfermagem utilizavam medicamentos, desses 35,5% fazendo uso de anti-hipertensivos⁽¹⁵⁴⁾. Em um grupo de 182 trabalhadores do ramo metalúrgico do interior de São Paulo-SP observou-se que 31,9% relataram o uso de algum medicamento⁽¹⁷⁵⁾. O relato do uso de medicamento também foi confirmado por 62,7% dos agentes socioeducativos gaúchos⁽²³⁸⁾.

Apesar de muitos trabalhadores desta amostra relataram o uso de medicamentos prescritos, pode haver uma proporção que não cuida de sua saúde. A relação entre o trabalho e a saúde foi investigada dentre os trabalhadores de enfermagem que confirmaram não realizar tratamentos de saúde de forma sistematizada, alegando dificuldades para agendamento de consultas em horário de expediente, da falta de recursos financeiros e ausência de tempo para a realização do tratamento⁽⁵⁰⁾. E em um estudo que analisou as contradições e os limites da saúde mental no trabalho dentre 30 trabalhadores de diversos setores do ensino superior, a falta de externalização ou de compartilhamento do sofrimento com os demais trabalhadores aumentou a probabilidade de a doença tornar-se individual. Logo, a necessidade de resolução do adoecimento é considerada um problema de ordem individual, requerendo as ações de cuidado a saúde do indivíduo, o uso de medicamentos para manter-se no trabalho, evitando o afastamento laboral, ou o desligamento da instituição⁽²³⁹⁾.

As características da situação de saúde deflagram que o trabalhador da saúde cuida do outro que manifesta a necessidade do cuidado. Contudo, em alguns casos, quando o cuidado é com própria saúde, as atitudes e comportamentos, são permeados pela negligência, sendo

justificadas por diversos motivos que impossibilitam a busca por ações preventivas e corretivas para minimizar os efeitos sobre o processo de saúde-doença. Neste sentido, a instituição pode incentivar o autocuidado para preservação da saúde e deste modo compartilhar a preocupação com a saúde do trabalhador como um componente indispensável para o trabalho em equipe.

A Tabela 5 revela as características ocupacionais e de situação de saúde registradas em prontuários no período de 2010 a 2012.

Tabela 5 – Características ocupacionais e da situação de saúde registradas nos prontuários dos trabalhadores de saúde (n=288), no período de 2010 a 2012. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (continua)

| Variáveis | n(%) |
|--|-------------|
| Risco ocupacional (sim) | 274(95,1) |
| Número de riscos ocupacionais > 2 | 64(23,3) |
| Risco biológico (sim) | 259(94,5) |
| Risco ergonômico (sim) | 141(51,5) |
| Acidente de trabalho (sim) | 58(20,1) |
| Tipos de acidentes (81 acidentes) | |
| Acidente típico | 57(70,4) |
| Acidente de trajeto | 24(29,6) |
| Risco biológico (sim) | 23(28,4) |
| Emissão de CAT (sim) | 36(44,4) |
| Afastamento laboral devido ao acidente (sim) | 39(48,1) |
| Motivo do acidente | |
| Descuido pelo trabalhador | 28(34,6) |
| Impacto e aprisionamento por objetos | 14(17,3) |
| Queda da própria altura | 12(14,9) |
| Movimentação do paciente e esforço físico | 10(12,2) |
| Contato com fluidos e secreções | 5(6,1) |
| Outros motivos | 12(14,9) |
| Doença do trabalho (sim) | 38(13,2) |
| Grupos de causa das doenças do trabalho (49 doenças) | |
| Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo | 39(79,6) |
| Transtornos mentais e comportamentais | 4(8,2) |
| Doenças do aparelho respiratório | 3(6,1) |
| Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 3(6,1) |
| Alteração musculoesquelética (sim) | 90(31,3) |
| Descrição da alteração musculoesquelética (159 alterações) | |
| Cervicalgia | 34(21,4) |
| Lombalgia | 30(18,9) |
| Tendinite | 18(11,3) |
| Dorsalgia | 11(6,9) |
| Mialgia | 10(6,3) |
| Outras alterações musculoesqueléticas | 56(35,2) |

Tabela 5 – Características ocupacionais e da situação de saúde registradas nos prontuários dos trabalhadores de saúde (n=288), no período de 2010 a 2012. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. (conclusão)

| Variáveis | n(%) |
|--|------------|
| Limitação funcional (sim) | 4(1,4) |
| Auxílio doença (sim) | 43(14,9) |
| Afastamento por auxílio doença > 60 dias | 27(62,8) |
| Exame periódico médico (sim) | 242(84,1) |
| Alguma imunização (sim) | 278(96,5) |
| Imunizado contra tétano (sim) | 135(46,9) |
| Imunizado contra sarampo, caxumba e rubéola (sim) | 123(42,7) |
| Imunizado contra gripe (sim) | 256(88,9) |
| Imunizado contra hepatite B (sim) | 68(23,6) |
| Afastamento laboral (sim) | 223(77,4) |
| Afastamento > 15 dias | 21(9,4) |
| Tipo de afastamento (1059 afastamentos) | |
| Doença | 1041(98,3) |
| Maternidade | 15(1,4) |
| Dependente | 3(0,3) |
| Grupos de causas (664 doenças) | |
| Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo | 188(28,4) |
| Contato com serviços de saúde | 184(27,8) |
| Doenças do sistema respiratório | 85(12,8) |
| Doenças do sistema digestivo | 52(7,8) |
| Transtornos mentais e comportamentais | 25(3,7) |
| Doenças do olho e anexos | 22(3,3) |
| Doenças da pele e tecido subcutâneo | 21(3,1) |
| Outros grupos de causas | 87(13,1) |

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os trabalhadores da amostra, quase a totalidade obteve o registro, no histórico ocupacional do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), para algum risco ocupacional em decorrência do cargo que ocupa na instituição hospitalar. A média foi de $1,91 \pm 0,80$ riscos ocupacionais. Para 64 trabalhadores o registro considerou três ou mais riscos ocupacionais. Houve o predomínio de trabalhadores expostos aos riscos biológicos, o que é esperado devido à natureza das funções laborais no hospital, seguido pelos riscos

ergonômicos e psicossociais. As condições ambientais e interpessoais na organização do processo do trabalho caracterizam os riscos ocupacionais, os quais podem desencadear o desgaste físico e psíquico no trabalhador^(36,240).

Um inquérito da União Europeia revela que os trabalhadores jovens estão cada vez mais expostos a situações de trabalho com alta demanda física e tarefas repetitivas que poderão culminar na prematuridade da manifestação de doenças do trabalho⁽²⁴¹⁾.

Em duas unidades de urgência e emergência em uma cidade mineira, dentre 64 trabalhadores de enfermagem⁽¹⁰⁰⁾ foram encontrados 301 riscos ocupacionais, sendo prevalente o risco psicossocial 49,8%, seguido pelo risco biológico 32,8% e pelo ergonômico 13,2%. Em uma unidade ambulatorial da capital carioca identificou-se que o estresse, o cansaço e os distúrbios osteomusculares estão associados à exposição aos riscos ocupacionais⁽²⁴²⁾.

Na região noroeste do território gaúcho, o estudo observou que os riscos químicos e físicos são negligenciados pelos trabalhadores, pelo fato de desconhecerem os fatores causadores para essas exposições⁽²⁴³⁾. Em outro estudo, em um centro de materiais e esterilização, os trabalhadores declararam que estão expostos a altas temperaturas e com circulação de ar inadequada, o que causa desconforto físico e psíquico⁽²²³⁾. Ainda, outro estudo identificou a prevalência dos riscos psicossociais por ocorrência de agressões verbais e escassa segurança para desempenhar o labor dentre os riscos ocupacionais para adoecimento dos trabalhadores de enfermagem de um Pronto-Atendimento⁽²⁴⁴⁾.

Os achados dos prontuários dos trabalhadores diferem dos demais que abordam autorrelatos e não os registros institucionais quanto aos riscos ocupacionais. Por sua vez, reconhece-se a necessidade de propor ou manter ações que valorizem a educação em serviço, como meio de propiciar a adoção de práticas seguras ao trabalhador e aos pacientes nos cenários hospitalares, face aos dados de dois estudos que abordaram questões relativas a normas de segurança.

No estudo sobre a influência da implantação da NR-32, observou-se que em um Programa de Educação Continuada de um hospital, na avaliação dos trabalhadores de enfermagem após o programa, 46,3% não receberam informações sobre os riscos biológicos e 32% relataram que não tiveram o treinamento em trabalho ao assumir o cargo⁽²⁴⁵⁾. Em serviços de odontologia cearenses, 25% dos trabalhadores consideraram que a função laboral que exerciam não tem riscos ocupacionais, e por isso, não utilizavam os EPIs⁽¹⁷⁶⁾.

Nessa perspectiva de ambiente de trabalho seguro, o Relatório Mundial da Saúde propõe como meta estratégica a redução da exclusão social em decorrência da perda de

trabalhadores em idade socioproductiva⁽⁵⁸⁾. A exclusão social no trabalho se materializa na ocorrência dos acidentes e doenças do trabalho que exigem afastamentos temporários e permanentes dos trabalhadores. Esses eventos também podem agravar doenças crônicas ou resultar em sequelas, ou, ainda, levar a ocorrência de óbitos prematuros. Deste modo, a compreensão da realidade laboral sob a ótica dos trabalhadores e dos registros institucionais permite a adoção e implementação de medidas efetivas em consonância com as normas de biossegurança para a prevenção dos acidentes e doenças do trabalho.

Os indivíduos que trabalham em hospitais estão potencialmente expostos à ocorrência de acidentes de trabalho, em decorrência do ambiente laboral e das relações interpessoais no processo de trabalho. Na amostra investigada, observou-se que 58 trabalhadores tiveram o registro de acidente de trabalho, obtendo-se a média de $1,40 \pm 0,67$ acidentes de trabalho. Dentre as 81 ocorrências de acidentes de trabalho registradas, prevaleceram os acidentes típicos, sem risco biológico, sem emissão de CAT e sem afastamento das atividades laborais. Para os trabalhadores que exigiram o afastamento laboral em decorrência do acidente verificou-se a mediana de 7(5-11) dias. Para a descrição registrada do motivo da ocorrência do acidente de trabalho predominou o descuido do trabalhador.

No Pronto-Atendimento em Goiânia-GO 41,2% dos trabalhadores relataram a ocorrência de acidentes de trabalho. Desses, 61,7% eram graves. Os motivos relatados por esses trabalhadores foram o descuido da equipe com o material contaminado em 22% e 19,2% por falta de uso do EPIs⁽²⁴⁶⁾. Na capital paulista, 52,3% dos trabalhadores de um hospital sofreram exposição ocupacional, dos quais 44,9% tiveram no mínimo duas exposições ocupacionais⁽¹⁴²⁾. Dentre 127 trabalhadores do centro cirúrgico, 23,6% declararam ter sofrido acidente com perfurocortantes⁽²⁴⁷⁾ e 25,1% relataram a ocorrência dos acidentes de trabalho, com predominância das cargas de trabalho fisiológica em 37,5%, psíquica 36,2% e 14,4% por carga biológica⁽²⁴⁸⁾.

Em uma instituição hospitalar da capital gaúcha, dentre 331 trabalhadores de enfermagem, 29,9% tiveram acidentes perfurocortantes e/ou contaminação de mucosa, por material biológico⁽⁶⁾ e em hospital paulista, os acidentes perfurocortantes tiveram como fonte de risco: o descarte de material em recipiente e local inapropriados; o encape ativo de agulhas; o transporte e manipulação de agulhas desprotegidas; e da privação do próprio trabalhador no uso de luvas⁽²⁴⁹⁾.

Em um estudo no sul do Líbano, 30% de 277 trabalhadores declararam ter ocorrida exposição biológica, 56,7% não usam luvas nos atendimentos e 32,9% reencapam agulhas⁽¹²⁶⁾. Entre 451 trabalhadores de saúde, de um hospital em Dubrava-Croácia no período de 2002 a

2011, predominou a ocorrência de acidentes punctórios (69,6%), seguido de lesões por objetos pontiagudos (23,5%) e por contato com fluidos corporais ou secreções em mucosas ou pele lesionada (4,7%). A maioria dos acidentes ocorreu durante a coleta de sangue (27,9%), em procedimentos cirúrgicos (23,5%), atividades de higienização hospitalar (15,3%) e durante a administração de medicamentos por via endovenosa, intramuscular e subcutânea (14,4%). O sangue (84,7%) foi o fluido corporal mais comum na exposição do trabalhador⁽²⁵⁰⁾.

Em Portugal, o estudo com 2.203 trabalhadores de diversos setores de um hospital, realizado por um período de três anos, observou uma incidência anual de 5,9% de acidentes de trabalho⁽²³⁴⁾, e outro estudo, com 363 trabalhadores, prevaleceu a ocorrência de pelo menos um acidente perfurocortante nos últimos cinco anos em 64,5% dos sujeitos, dos quais 74,8% eram trabalhadores da enfermagem⁽¹⁴¹⁾.

Na Finlândia, 222.932 acidentes de trabalho ocorreram no período de 2006 a 2007, com trabalhadores de diferentes setores da produção de bens e consumo, sendo que desses, 22% eram típicos por queda, tropeço e escorregão⁽²⁵¹⁾. Considerando-se os acidentes de trabalho com 86.467 trabalhadores segurados que atuam em diferentes setores produtivos do Irã⁽²⁵²⁾, 54,5% deles ocorreram por descuido, tendo como desfecho escorregar e cair (18,5%), concussão e entorse (12,7%), lacerações e amputações (11,1%) e fraturas (10,4%).

A revisão integrativa sobre acidente de trabalho analisou 52 produções científicas, a partir das quais identificou que os EPIs nem sempre estão disponíveis para uso dos trabalhadores nas atividades laborais. Deste modo, não se pode acusar e responsabilizar unicamente o trabalhador, pois é um dever do empregador disponibilizar os EPIs e exigir sua utilização por parte do trabalhador, a fim de promover condições seguras para o exercício laboral⁽²⁵³⁾. A ocorrência de acidentes é decorrente da combinação de múltiplos fatores, tanto aqueles intrínsecos ao trabalho, quanto os relacionados ao comportamento do trabalhador e do gestor. Logo, entende-se que as consequências de se vivenciar o acidente não se limitam aos danos físicos e psicológicos do trabalhador e da família, mas também têm impacto na economia e produtividade da instituição.

A prevenção de acidentes de trabalho precisa ser discutida por meio de ações educativas envolvendo a biossegurança^(240,254). O saber do trabalhador precisa ser considerado como elemento fundamental nas discussões sobre a exposição diante das cargas de trabalho, ao mesmo tempo em que se reconheça a importância das práticas seguras na dimensão da coletividade trabalhadora⁽²⁵⁵⁻²⁵⁶⁾. Destaca-se a contínua necessidade da educação em serviço como provedora da sensibilização para o autocuidado à saúde do trabalhador e de segurança dos pacientes.

Em 2007, o MPS realizou uma mudança metodológica na geração de informação de “agravos com CAT registrada” e “agravos sem CAT registrada”. A partir do cruzamento dos tipos de agravos pelo código da CID-10 com a atividade laboral do código da CNAE, possibilitou a identificação da associação de diversos tipos de lesões, doenças, distúrbios, disfunções ou síndrome de evolução aguda, subaguda ou crônica, assim como a mortalidade. Essa mudança metodológica reduziu a subnotificação de acidentes de trabalho em 25%. A adoção dessa metodologia não se restringe atualmente apenas às informações da CAT para caracterizar os agravos do trabalho, mas ainda mantém a obrigatoriedade da notificação pelo empregador ou profissional de saúde dos eventos no cenário laboral⁽⁹⁵⁻²³³⁾.

No período de 2008 a 2010, considerando-se todas as atividades econômicas no Brasil que foram registrados pelo MPS, ocorreram 2.190.481 agravos ao trabalho. Desses, 26,4% não têm CAT registrada. No território gaúcho, no mesmo período, ocorreu o registro de 183.578(8,4%) agravos ao trabalho sendo que 31,1% não tem registro por CAT. Ainda, ao avaliar os agravos por atividade econômica no mesmo período na esfera brasileira, verificou-se a ocorrência de 161.280(7,4%) agravos em serviços de saúde, sendo que 10,3% não tiveram CAT registrada⁽²³³⁾.

Os acidentes de trabalho são geradores de alto nível de estresse ao trabalhador em decorrência das incertezas quanto ao grau de comprometimento de lesões ou sequelas no momento da ocorrência do acidente. Há também incertezas quanto à possibilidade e ao tempo necessário para o reestabelecimento da saúde para o retorno às atividades familiares, sociais e laborais. Para o empregador, os custos tornam-se elevados pela realização de exames e consultas sistemáticas para acompanhar a situação de saúde do trabalhador, ou da contratação de um novo indivíduo para suprir as demandas devido ao afastamento do trabalhador.

O processo de trabalho nas instituições de saúde é o propulsor para o desgaste físico e psíquico no trabalhador⁽⁶²⁾ que se expressa pela manifestação de doenças do trabalho (quando estas são reconhecidas e registradas pelo profissional de saúde no atendimento do trabalhador). No que se refere ao registro de doenças do trabalho nos prontuários da amostra do estudo, evidenciou-se 38 trabalhadores com essa condição, desses, oito têm o registro de duas ou mais doenças. Dentre as 49 doenças do trabalho diagnosticadas, registradas e categorizadas por grupos de causas, destacaram-se as Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo.

O estudo com 4.307 trabalhadores de enfermagem de 23 instituições mineiras⁽⁶²⁾ apresentou dados semelhantes aos encontrados na amostra com o predomínio das Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo (11,8%), seguido dos Transtornos Mentais e

Comportamentais (11,4%) e das Doenças do Aparelho Respiratório (10,6%). Entre as Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo houve prevalência de dorsopatias (58,4%), transtornos de tecidos moles (36,9%) e artoplastias (2%).

No período de 2010 a 2012, o MPS concedeu 6.081.687 auxílios previdenciários por doenças do trabalho, desses 2,3% eram do ramo da atividade econômica de atenção à saúde humana. Dentre os agravos com auxílio previdenciário por grupos de causa CID-10, se destacam as Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (24,4%), as Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (18,8%) e Transtornos Mentais Menores (9,7%). Entretanto, ao avaliar por atividade econômica constatou-se que as Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo representaram 18,1% nos serviços de saúde assumindo a liderança de concessões de auxílios previdenciários, seguido das Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas 17,3% e 13,4% por Transtornos Mentais Menores⁽²³³⁾. Os dados sugerem que a proporção de auxílios previdenciários para trabalhadores de saúde apresentou elevada proporção de Transtornos Mentais Menores e menor proporção de Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas.

A aceleração no ritmo de trabalho no cotidiano dos ambientes laborais, aliada ao aumento das exigências do cargo e de posturas corporais inadequadas implica em carga ergonômica, podendo ocasionar inicialmente, as alterações musculoesqueléticas, e por fim, o diagnóstico de Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo. Há reforço do desgaste físico na medida em que aumenta o tempo no cargo exercido, quando então se amplia consideravelmente a ocorrência de doenças do trabalho^(148,200).

Outro fator que merece atenção no processo saúde-doença é o envelhecimento, etapa natural e irreversível do indivíduo que reduz a capacidade para o trabalho, de modo que o avançar da idade potencializa o aparecimento de doenças, especialmente do trabalho ou crônicas^(21,163,257). Desta maneira, quando se instalam as incapacidades físicas e psíquicas existe maior probabilidade de afastamentos por doença laboral e da exclusão prematura do trabalhador do mercado de trabalho.

As alterações musculoesqueléticas são denominadas como distúrbios e disfunções musculoesqueléticas ou osteomusculares. Essas alterações estão relacionadas, também, à atividade laboral desempenhada pelo trabalhador que permanece na mesma posição por tempo prolongado e/ou sem pausas para o descanso. Geralmente, mantém-se a contração estática ou imobilização dos segmentos corporais como cabeça, pescoço ou ombros; ou realizam-se

esforços excessivos para conclusão da tarefa, assim como a elevação e abdução dos braços acima da altura dos ombros^(22,62,200,258-259).

Na amostra desta investigação, constatou-se que 90 trabalhadores têm registradas no prontuário de alterações musculoesqueléticas, e desses, 41 apresentam duas ou mais alterações, o que constitui 159 ocorrências. Destacam-se, nos registros dos prontuários a cervicalgia, lombalgia e tendinite. Alguns estudos^(226,243,245) apontam que a negligência dos trabalhadores no que tange a exposição aos riscos ocupacionais decorre do desconhecimento dos danos à saúde.

Dentre 491 trabalhadores de enfermagem de Santa Maria-RS, foi evidenciado que 96,3% tiveram o desconforto musculoesquelético nos últimos doze meses e 73,1% nos últimos sete dias. A localização do desconforto diário predominou na região lombar em 60,4%, punhos e mãos (58%), região torácica posterior (54,7%) e 54,1% nos cotovelos⁽²¹¹⁾. Na Serra Gaúcha, a presença de dor na região da coluna vertebral foi confirmada por 82,6% dos trabalhadores de enfermagem, sendo que desses, 45,6% relataram lombalgia e 42,1% cervicalgia. Os trabalhadores com lombalgia consideraram a dor de intensidade moderada em 84,6% dos casos e para 88,9% relataram sentir irradiação para os membros inferiores⁽¹³⁸⁾.

Na França, em 14.428 trabalhadores de diferentes setores produtivos, verificou-se a ocorrência de lombalgia em 7,9% dos homens e 7,5% das mulheres⁽²⁶⁰⁾. No Japão, foram entrevistadas 11.507 pessoas com idade superior a 18 anos, sendo trabalhadores de diversas ocupações; 93% relataram os desconfortos musculoesqueléticos⁽²⁶¹⁾. O estudo na província de Henan, na China, apontou que 59,6% dos 5.388 trabalhadores de diversos setores da produção apresentavam distúrbios musculoesqueléticos⁽²⁶²⁾. E com 361 enfermeiras americanas, evidenciou-se que 88,1% relataram sintomas musculoesqueléticos nos últimos 12 meses⁽²⁶³⁾.

Em Campinas-SP, no serviço de higienização⁽⁹¹⁾ de um hospital, observou-se a prevalência de alterações musculoesqueléticas nos últimos doze meses na região dos ombros (50%), na região torácica posterior (43%), na região cervical (37,2%), na região lombar (37,2%), nos punhos e mãos (34,9%) e nos joelhos (33,7%). Para 115 trabalhadores de um serviço de nutrição hospitalar, verificou-se que 89% referiram dor ou desconforto osteomusculares devido ao deslocamento entre os setores e o transporte de cargas⁽¹⁶¹⁾. Na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG, foram avaliados 1.721 trabalhadores, identificando-se que 24,1% das mulheres e 11% dos homens relataram a presença de dor musculoesquelética em membros superiores⁽²⁶⁴⁾.

No interior paulista, em indústria metalúrgica⁽¹⁷⁵⁾, 38,5% de um grupo de 182 trabalhadores relataram o desconforto musculoesquelético nos últimos seis meses, sendo

destacada a prevalência de lombalgia (25,7%), dor na extensão da coluna vertebral (17,1%) e cervicalgia (10%). Em Pelotas-RS, com 3.182 pessoas com idade mínima de 20 anos, evidenciou-se que a prevalência da dor lombar crônica ocorreu para 76,7% dos indivíduos que relataram dificuldades para realizar as atividades laborais⁽¹⁹⁹⁾. Em 2009, em 356 trabalhadores de agências bancárias, de natureza pública e privada de Porto Alegre-RS, encontrou-se a prevalência de casos sugestivos de LERs e DORT em torno de 27,5%⁽²⁶⁵⁾.

Para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos musculoesqueléticos, as ações de sensibilização do trabalhador precisam ocorrer na ambientação, tão logo ele seja admitido na instituição, assim como manter a educação em serviço. A disponibilização de instrumentos e equipamentos ergonômicos como estratégia de qualidade da assistência precisam ser amplamente instituídas pelo empregador, ao mesmo tempo em que o próprio trabalhador tenha a plena consciência da co-responsabilidade em utilizá-los e mantenha a postura adequada na realização da tarefa/atividade para proteger a sua saúde física e mental.

A limitação funcional pode ser ocasionada por um acidente de trabalho ou pelo agravamento de doenças crônicas e/ou do trabalho. A intensificação da ocorrência de doenças do trabalho desencadeia outras patologias. Desta maneira, a limitação funcional impede de modo temporário ou permanente a realização de atividades pessoais, domésticas e laborais do trabalhador. A saúde do trabalhador sofre um grande impacto devido ao sofrimento físico e psíquico que se manifesta pela ansiedade, depressão, angústia e medo em relação às incertezas no futuro laboral⁽²⁶⁶⁻²⁶⁸⁾.

O estudo com 1.803 trabalhadores de um hospital⁽¹⁴⁰⁾ indicou que 9,7% tinham a restrição funcional, cujas características eram de limitação permanente (79,1%) e de restrições ergonômicas (78,6%). Em Sobral-Ceará (CE), as limitações funcionais provocam sentimentos de impotência devido à perda de identidade relatadas pelos trabalhadores com o labor⁽²⁶⁸⁾. A conscientização da limitação e do retorno ao trabalho requer do trabalhador a aceitação da nova condição vivenciada e do empregador a adaptação do setor de trabalho para o exercício laboral desse trabalhador⁽²⁶⁶⁻²⁶⁷⁾.

Dentre os chefes de família americanos, observou-se que o avançar da idade aumenta as chances de ocorrência de limitações no trabalho, que são de 7,8% aos 25 anos e passam para 54,6% aos 60 anos⁽²⁶⁹⁾. Em diferentes setores produtivos iranianos, dos 86.467 trabalhadores, 3% e 5% dos acidentes de trabalho condicionam à incapacidade parcial e total do trabalhador, respectivamente⁽²⁵²⁾.

Na amostra deste estudo, a limitação funcional foi representativa para quatro trabalhadores, que ao longo do período de 2010 a 2012, totalizaram onze afastamentos das

atividades laborais. Desses, 72,7% foram limitações temporárias com média de 167,71±26,64 dias afastados do labor. Os resultados da amostra apresentam menor expressão do que achados de outros estudos.

O auxílio doença é assegurado ao trabalhador contratado pela CLT, tendo a contribuição previdenciária de no mínimo doze meses. A concessão de auxílio ocorre quando o afastamento laboral é superior aos quinze dias consecutivos, ou por um período menor decorrente da mesma doença em até sessenta dias. Para essa concessão, o trabalhador precisa comparecer ao INSS para a consulta com o médico perito com vistas à definição do diagnóstico e acompanhamento da recuperação ou reabilitação. Os auxílios doença são acompanhados mensalmente pelo MPS e subdividido em duas categorias previdenciários e acidentários⁽²¹⁾.

Na amostra desse estudo 43(14,9%) trabalhadores receberam o auxílio doença, por um período de 67,5(44-110) dias, sendo prevalente o grupo de causas das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo em 50%. Dentre 17.282 trabalhadores baianos 32,7% tiveram auxílio doença por Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo; e ao analisar como auxílio previdenciário essa proporção eleva-se para 70% no mesmo grupo de causa⁽²⁰⁾.

No período de 2010 a 2012, o MPS realizou o pagamento de 7.034.234 auxílios decorrentes de acidentes e doenças do trabalho. Para os trabalhadores dos serviços de saúde essa proporção foi de 2,2% de auxílios doença⁽²³³⁾.

Dentre os grupos de causa CID-10 se destacam as Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (29,5%), Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (19,8%) e Transtornos Mentais Menores (8,9%). Nos serviços de saúde, constatou-se a prevalência das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo em 21,3%, seguido pelas Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas 16,3% e 14,1% por Transtornos Mentais Menores⁽²³³⁾.

Nos agravos acidentários por grupos de causa CID-10 prevalecem as Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (63,2%), Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (25,4%) e Transtornos Mentais Menores (3,8%). Nas atividades relacionadas aos serviços de saúde⁽²³³⁾ constatou-se o predomínio das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo em 56,4%, seguidos pelos Transtornos Mentais Menores 20,2% e pelas Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas, em 6,7%.

A prevalência do auxílio doença em todas as atividades econômicas difere nos serviços de saúde, observando-se o aumento significativo da proporção de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo e Transtornos Mentais Menores. Os achados da amostra deste estudo corroboram os resultados da MPS nos serviços de saúde.

O exame periódico médico é uma exigência trabalhista que compõe a história ocupacional no PCMSO. Todo exame é registrado no prontuário mediante uma consulta com o médico do trabalho que acompanha as condições de saúde do trabalhador. Este exame tem um caráter clínico e preventivo na detecção de possíveis problemas psicofisiológicos que antecedem a manifestação das doenças do trabalho^(104,270).

Na amostra deste estudo, 86,8% dos trabalhadores mantêm regularidade na realização do exame periódico médico de acordo com o registro de consultas no período de 2010 a 2012, proporção semelhante encontrada na indústria metalúrgica⁽¹⁷⁵⁾ da capital paulista (85,7%). Todavia, dentre 130 trabalhadores de enfermagem cearenses de um hospital 50,8% realizam o exame periódico médico⁽²⁷¹⁾.

No setor elétrico de São Paulo-SP o seguimento de 20 anos de 621 trabalhadores demonstra a importância das orientações de cuidado a saúde no exame periódico médico⁽²⁷²⁾, pois muitas vezes os riscos à saúde são identificados nestes exames, como por exemplo, os problemas musculoesqueléticos e a falta de autocuidado nutricional, esta última evidenciada no exame periódico entre 532 trabalhadores de 32 microempresas do ramo de alimentos e bebidas⁽²⁷³⁾.

O planejamento de ações educativas pela equipe de saúde ocupacional requer atividades que sensibilizem o trabalhador para o autocuidado à saúde. Contudo, sabe-se que as ações educativas precisam ser intensificadas no acolhimento, nas consultas, nas palestras e campanhas com enfoque preventivo, como incentivo à proteção da saúde do trabalhador.

Nesse sentido, a imunização do trabalhador nos serviços da saúde é exigida por norma regulamentadora como meio de proteção à saúde. Na instituição deste estudo, a equipe de saúde do trabalhador oferece aos trabalhadores a imunização contra diversos patógenos presentes no ambiente hospitalar.

O registro da história ocupacional do PCMSO do trabalhador revelou que quase a totalidade de trabalhadores tem alguma imunização. Ao categorizar por especificação do agente patógeno, evidencia-se a prevalência da imunização contra gripe (88,9%) aplicada anualmente; seguida da imunização contra o tétano (46,9%) e contra sarampo, rubéola e caxumba (42,7%) a cada dez anos; e por fim, uma parcela menor de trabalhadores imunizados contra a hepatite B (23,6%) com esquema completo por dez anos, no período de 2010 a 2012.

Entretanto, não se pode afirmar que os trabalhadores da amostra não estejam imunizados para todos os patógenos, pois sua imunização pode ter ocorrido fora das dependências da instituição, visto que essa prática de cuidado à saúde pode ser realizada em qualquer unidade da rede de atenção primária.

Os trabalhadores de Goiânia-GO que tiveram acidente de trabalho relataram conhecer a situação vacinal (74,3%), sendo que 73,4% tinham a imunização contra hepatite B completa e 87,5% contra o tétano. Dentre os trabalhadores sem cobertura, 5,1% desconhecia a sua própria situação vacinal⁽⁹⁴⁾. Em um hospital público do nordeste brasileiro, 67% de um grupo de 861 trabalhadores tinha a situação vacinal completa contra a hepatite B. Naqueles com situação vacinal incompleta observou-se que 6,2% desconheciam seu estado vacinal e 5,2% confirmaram que não tinha realizado a imunização contra a hepatite B⁽²⁷⁴⁾.

Dos 4.500 trabalhadores espanhóis que participaram de um estudo no período de 2007 a 2008, 23% tinham a cobertura vacinal contra gripe. No período seguinte, quando a vacinação foi realizada nos setores hospitalares, de forma móvel, a cobertura foi ampliada para 37%⁽²⁷⁵⁾. Em quatro hospitais no sul do Líbano, dentre 277 trabalhadores, 48,4% tinham a cobertura contra *Influenza*⁽¹²⁶⁾.

Destaca-se a importância de manter as ações de valorização das práticas de autocuidado com as imunizações para os trabalhadores dos serviços, bem como o fácil acesso como meio de proteger e promover a saúde individual e coletiva. Para tanto, as equipes de saúde do trabalhador precisam reforçar as ações de registros em sistema de vigilância e controle de imunizações dos trabalhadores para identificar as fragilidades institucionais em situações de surtos, epidemias e acidentes de trabalho.

O afastamento laboral é considerado como absenteísmo em decorrência de motivos que impedem o trabalhador de estar presente em seu local de trabalho. Os achados desse estudo demonstram que 77,4% dos trabalhadores tiveram no mínimo um afastamento laboral registrado no prontuário no período de 2010 a 2012, entretanto menos de 10% ultrapassou os quinze dias, obtendo-se a mediana de 4,13(2,00-7,33) dias de afastamento. O principal motivo registrado foi o grupo das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, seguido do Contato com Serviços de Saúde e Doenças do Sistema Respiratório.

Em dois estudos realizados com trabalhadores de enfermagem da mesma instituição, 77,7% e 83,9% tiveram no mínimo um afastamento anual por doença^(41,218). Entre trabalhadores de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus-Amazonas (AM), 74,2% tiveram a ausência de pelo menos um dia devido a morbidade, sendo constatada a doença como o principal motivo⁽²⁷⁶⁾. O mesmo motivo de afastamento também foi identificado para

31,9% dos 837 trabalhadores de saúde de um hospital público baiano⁽¹⁶³⁾. Na capital paulista, 55,9% de 657 trabalhadores de enfermagem ausentaram-se no ambiente laboral, mas a causa não foi especificada⁽²⁷⁷⁾.

O adoecimento no trabalho⁽²³⁵⁾ foi investigado em um hospital do Sul do Brasil em 2009, sendo que 75% dos trabalhadores de enfermagem tiveram afastamentos laborais, destacando-se como causas as doenças do sistema osteoarticular (25,2%), traumas por causas externas (21,3%), transtornos mentais e comportamentais (20,5%), doenças do sistema respiratório (10,2%) e doenças do aparelho circulatório (5,5%). E em Montes Claros-MG, 24% dos afastamentos dentre os 143 trabalhadores de um hospital também ocorreram por Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo⁽²⁴⁾, sendo as mesmas encontradas em 14,6% de uma amostra de 2.500 trabalhadores de saúde⁽²¹⁶⁾. Em Pelotas-RS, entre 3.182 pessoas com idade mínima de 20 anos, 27,6% faltou ao trabalho/escola e deixou de realizar atividades domésticas por causa da algia musculoesquelética⁽¹⁹⁹⁾.

O estudo conduzido no hospital mexicano, em Morélia⁽²³⁷⁾, indicou que a maior prevalência nos afastamentos laborais também é para as Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo (21,1%), Traumatismo, Envenenamentos e Outras Consequências de Causas Externas (20,3%) e Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com Serviços de Saúde (15,2%).

Conhecer o perfil ocupacional e de saúde dos trabalhadores permite subsidiar propostas que contribuam nas políticas públicas de segurança e proteção do trabalhador. Os resultados apontam a prevalência de alguns problemas de saúde que causam afastamento laboral por doença que podem estar relacionados tanto às condições ocupacionais, quanto também às práticas dos trabalhadores. Portanto, torna-se importante o desenvolvimento de investigações observacionais que permitam identificar como ocorre a prática laboral para que se estabeleçam medidas preventivas à saúde do trabalhador e sejam elaboradas estratégias que possam ser discutidas na instituição para adequar as condições de trabalho.

5.3 FATORES ASSOCIADOS AOS ACIDENTES DE TRABALHO

O acidente de trabalho pode acarretar a redução ou perda da capacidade física e mental, podendo interromper a atividade laboral de maneira permanente ou temporária ou mesmo ter como desfecho o óbito prematuro do trabalhador. Esse evento tem diferente grau de severidade, acomete ambos os sexos e pode derivar de uma situação transitória de saúde fragilizada, constituindo-se em prejuízos socioeconômicos ao trabalhador, família, empregador e sociedade^(22,53). Os trabalhadores de uma mesma categoria produtiva estão expostos aos mesmos riscos ocupacionais, e quando ocorre um acidente de trabalho, este pode ser traumático ao trabalhador e seus colegas⁽²⁷⁸⁾. Essa vivência no ambiente de trabalho também repercute no contexto social e familiar.

Os trabalhadores de enfermagem que tiveram a vivência da exposição ao acidente de trabalho descrevem que o significado do acidente está diretamente associado aos conceitos, princípios de vida, valores, conhecimentos e identificação da exposição aos riscos ocupacionais. As diversas dimensões da organização do trabalho, tais como a disponibilidade de recursos materiais e equipamentos, a quantidade de trabalhadores, os aspectos comportamentais e atitudes do trabalhador e as condutas dos gestores institucionais são fatores determinantes para a ocorrência de acidentes de trabalho, sendo tratados como um evento de multicausalidade^(53,94,244,279).

Nessa perspectiva, a Vigilância a Saúde do Trabalhador, integrada à Vigilância Epidemiológica, tem muito a contribuir em ações estratégicas que venham ao encontro da proteção da saúde e redução de acidentes no cenário hospitalar⁽¹⁹⁾. Face ao exposto, conhecer os fatores associados aos acidentes de trabalho permite planejar as ações que potencializem as condições ambientais seguras ao trabalho, de modo que o trabalhador mantenha a integridade de suas habilidades físicas, manuais e emocionais.

Nesta seção, são apresentados os fatores associados aos acidentes de trabalho que foram relatados pelos trabalhadores nos últimos doze meses e os registrados pela equipe de saúde do trabalhador nos respectivos prontuários no período de 2010 a 2012. A Tabela 6 apresenta resultados autoinformados pelos trabalhadores e os coletados em seus prontuários.

Tabela 6 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de *Poisson* dos acidentes de trabalho relatados pelos trabalhadores e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (continua)

| Variáveis | Prevalência de acidentes 12 meses | Análise bruta RP (IC95%) n=288 | Valor p* | Análise Ajustada [†] RP (IC95%) n=259 | Valor p [‡] |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------|--|----------------------|
| Sexo | | | 0,510 | | |
| Masculino | 10(13,7) | 1,00 | | | |
| Feminino | 23(10,8) | 0,79(0,39; 1,58) | | | |
| Idade | | | 0,049 | | 0,724 |
| < 40 anos | 18(16,4) | 1,00 | | 1,00 | |
| ≥ 40 anos | 15(8,6) | 0,52(0,27; 0,99) | | 0,87(0,42; 1,82) | |
| Anos de estudo | | | 0,375 | | |
| > 13 anos | 26(12,7) | 1,00 | | | |
| ≤ 13 anos | 6(8,7) | 0,68(0,29; 1,58) | | | |
| Anos de trabalho/experiência | | | 0,767 | | |
| > 20 anos | 19(12,3) | 1,00 | | | |
| ≤ 20 anos | 14(11,1) | 0,90(0,47; 1,73) | | | |
| Situação conjugal | | | 0,088 [§] | | |
| Com companheiro | 14(8,4) | 1,00 | | | |
| Sem companheiro | 17(15) | 1,78(0,91; 3,47) | | | |
| Mudança da situação conjugal | | | 0,019 | | 0,017 |
| Não | 27(10,3) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 6(26,1) | 2,53(1,16; 5,49) | | 2,93(1,21; 7,09) | |
| Filhos | | | 0,114 | | 0,162 |
| Não | 14(16,3) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 19(9,7) | 0,59(0,31; 1,13) | | 0,58(0,27; 1,24) | |
| Composição familiar | | | 0,539 | | |
| Mora acompanhado | 28(11,2) | 1,00 | | | |
| Mora sozinho | 5(14,7) | 1,31(0,54; 3,18) | | | |
| Condição de moradia | | | 0,010 | | 0,142 |
| Própria | 19(8,8) | 1,00 | | 1,00 | |
| Não própria | 14(20,3) | 2,30(1,22; 4,35) | | 1,71(0,83; 3,50) | |
| Município de residência | | | 0,411 | | |
| Porto Alegre | 25(12,6) | 1,00 | | | |
| Outro município | 8(9,2) | 0,72(0,34; 1,55) | | | |
| Tempo casa-trabalho-casa | | | 0,088 | | 0,229 |
| ≤ 60 minutos | 25(14,2) | 1,00 | | 1,00 | |
| > 60 minutos | 8(7,3) | 0,51(0,24; 1,10) | | 0,60(0,26; 1,37) | |
| Transporte | | | 0,691 | | |
| Individual | 13(10,9) | 1,00 | | | |
| Coletivo | 19(12,5) | 1,14(0,58; 2,22) | | | |
| Suporte familiar | | | 0,030 | | 0,797 |
| Não | 19(16,8) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 14(8,2) | 0,48(0,25; 0,93) | | 0,90(0,41; 1,95) | |
| Suporte social | | | 0,242 | | |
| Não | 25(13,2) | 1,00 | | | |
| Sim | 8(8,4) | 0,63(0,29; 1,35) | | | |
| Cuidador de familiar acamado | | | 0,818 | | |
| Não | 32(11,5) | 1,00 | | | |
| Sim | 1(14,3) | 1,24(0,19; 7,84) | | | |
| Lazer | | | 0,550 | | |
| Não | 3(15,8) | 1,00 | | | |
| Sim | 30(11,3) | 0,71(0,24; 2,13) | | | |
| Atividade física | | | 0,242 | | |
| Não | 12(9) | 1,00 | | | |
| Sim | 20(13,5) | 1,49(0,76; 2,94) | | | |

Tabela 6 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de Poisson dos acidentes de trabalho relatados pelos trabalhadores e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (continuação)

| Variáveis | Prevalência de acidentes 12 meses | Análise bruta RP (IC95%) n=288 | Valor p* | Análise Ajustada† RP (IC95%) n=259 | Valor p‡ |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|--|--------------|
| Sono | | | 0,577 | | |
| ≥ 7 horas | 9(9,8) | 1,00 | | | |
| < 7 horas | 23(12) | 1,23(0,59; 2,55) | | | |
| Tabaco | | | 0,002 | | 0,004 |
| Não | 16(7,6) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 16(21,3) | 2,74(1,44; 5,21) | | 2,35(1,31; 4,22) | |
| Tabaco atual | | | 0,028 [§] | | |
| Não | 24(9,7) | 1,00 | | | |
| Sim | 7(22,6) | 2,33(1,09; 4,96) | | | |
| Tabaco no passado | | | 0,027 [§] | | |
| Não | 21(9,4) | 1,00 | | | |
| Sim | 11(20) | 2,12(1,09; 4,13) | | | |
| Bebida alcoólica | | | 0,229 | | |
| Não | 13(8,7) | 1,00 | | | |
| Sim | 17(13,2) | 1,52(0,76; 3,01) | | | |
| Ocupação | | | 0,615 | | |
| Outras profissões | 18(10,8) | 1,00 | | | |
| Enfermagem | 15(12,7) | 1,17(0,62; 2,24) | | | |
| Nível do cargo ocupado | | | 0,216 | | |
| Superior | 8(8,2) | 1,00 | | | |
| Técnico | 25(13,3) | 1,61(0,75; 3,43) | | | |
| Trabalhador sem vaga fixa | | | 0,640 | | |
| Não | 28(11,2) | 1,00 | | | |
| Sim | 5(13,9) | 1,23(0,51; 2,99) | | | |
| Tempo no cargo da instituição | | | 0,705 | | |
| > 10 anos | 17(12,3) | 1,00 | | | |
| ≤ 10 anos | 16(10,9) | 0,88(0,46; 1,67) | | | |
| Carga horária diária | | | 0,061 | | 0,169 |
| ≤ 6 horas e 15 minutos | 27(14,2) | 1,00 | | 1,00 | |
| > 6 horas e 15 minutos | 6(6,3) | 0,44(0,19; 1,03) | | 0,52(0,21; 1,31) | |
| Turno de trabalho | | | 0,918 | | |
| Diurno | 27(11,5) | 1,00 | | | |
| Noturno | 6(12) | 1,04(0,45; 2,39) | | | |
| Gosta do turno de trabalho | | | 0,348 | | |
| Não | 1(4,5) | 1,00 | | | |
| Sim | 30(11,5) | 2,53(0,36; 17,74) | | | |
| Motivado para o trabalho | | | 0,569 | | |
| Não | 4(9,1) | 1,00 | | | |
| Sim | 29(12,1) | 1,33(0,49; 3,60) | | | |
| Pensa em mudar de função | | | 0,808 | | |
| Não | 26(11,9) | 1,00 | | | |
| Sim | 7(10,8) | 0,90(0,41; 1,99) | | | |
| Sobrecarregado no trabalho | | | 0,594 | | |
| Não | 18(12,8) | 1,00 | | | |
| Sim | 15(10,7) | 0,83(0,44; 1,59) | | | |
| Autonomia no trabalho | | | 0,102 | | 0,212 |
| Não | 11(17,5) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 22(10) | 0,57(0,29; 1,11) | | 0,64(0,32; 1,28) | |
| Progresso ou recompensa | | | 0,478 | | |
| Não | 10(9,8) | 1,00 | | | |
| Sim | 23(12,6) | 1,28(0,63; 2,60) | | | |

Tabela 6 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de *Poisson* dos acidentes de trabalho relatados pelos trabalhadores e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (conclusão)

| Variáveis | Prevalência de acidentes 12 meses | Análise bruta | | Análise Ajustada [†] | |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|
| | | RP (IC95%) n=288 | Valor p [*] | RP (IC95%) n=259 | Valor p [‡] |
| Conflito de valores | | | 0,092 | 1,00 | 0,376 |
| Não | 21(9,6) | 1,00 | | 1,44(0,63; 3,28) | |
| Sim | 11(17,2) | 1,78(0,90; 3,50) | | | |
| Trabalha em outra instituição | | | 0,034 | | 0,299 |
| Não | 21(9,3) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 9(20) | 2,16(1,06; 4,40) | | 1,36(0,76; 2,42) | |
| Risco biológico | | | 0,326 | | |
| Não | 3(20) | 1,00 | | | |
| Sim | 30(11,7) | 0,58(0,20; 1,70) | | | |
| Risco ergonômico | | | 0,724 | | |
| Não | 15(11,5) | 1,00 | | | |
| Sim | 18(12,9) | 1,12(0,59; 2,13) | | | |
| Doenças relatadas 12 meses | | | 0,424 | | |
| Não | 18(9,9) | 1,00 | | | |
| Sim | 13(13) | 1,31(0,67; 2,57) | | | |
| Hospitalização 12 meses | | | 0,150 | | 0,093 |
| Não | 27(10,6) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 5(20) | 1,88(0,79; 4,45) | | 2,14(0,88; 5,22) | |
| Medicamentos | | | 0,613 | | |
| Não | 15(10,1) | 1,00 | | | |
| Sim | 16(12) | 1,18(0,61; 2,30) | | | |

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas:

* *Teste Qui-Quadrado de Wald* ($p < 0,200$).

† Variáveis ajustadas: Idade, Mudança da situação conjugal, Filhos, Condição da moradia, Tempo casa-trabalho-casa, Suporte Familiar, Tabaco, Carga horária diária, Autonomia no trabalho, Conflito de valores, Trabalha em outra instituição, Hospitalização 12 meses.

‡ *Teste Qui-Quadrado de Wald* ($p < 0,05$).

§ Variável excluída do modelo por multicolinearidade – *Variance Inflation Factor* ($VIF > 2,0$).

Na análise bruta, os acidentes de trabalho declarados pelos trabalhadores nos últimos doze meses que mostraram associação significativa ($p < 0,20$) com as características sociodemográficas, ocupacionais e de situação de saúde foram incluídas no modelo linear generalizado. Entretanto, os fatores encontrados apenas na análise bruta ($p < 0,05$) são discutidos por indicarem a possibilidade de maior prevalência de acidentes de trabalho, o que permite repensar sobre as cargas de exposição e as práticas de saúde do trabalhador no ambiente hospitalar. Os fatores associados com diferença estatística significativa na análise bruta e ajustada são discutidos somente no momento da análise ajustada.

As características sociodemográficas, ocupacionais e de situação de saúde que podem intensificar a prevalência de acidentes de trabalho nos últimos doze meses são a mudança da situação conjugal nos últimos 12 meses (RP=2,53; $p=0,019$); a condição de moradia não própria (RP=2,30; $p=0,010$); o consumo de tabaco alguma vez na vida (RP=2,74; $p=0,002$); o consumo do tabaco atual (RP=2,33; $p=0,028$); o consumo de tabaco no passado (RP=2,12;

$p=0,027$); e o trabalho em outra instituição ($RP=2,16$; $p=0,034$). A prevalência de acidentes de trabalho nos últimos doze meses ocorreu na associação com a idade de 40 ou mais anos ($RP=0,52$; $p=0,049$) e ter o suporte familiar nas atividades diárias ($RP=0,48$; $p=0,030$). Nas demais variáveis sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde, não foram encontradas diferenças estatísticas ($p>0,05$) com os acidentes de trabalho nos últimos doze meses.

A análise multivariável por regressão de *Poisson* ($p<0,05$) mostrou que entre as características sociodemográficas, ocupacionais e situação de saúde, a maior prevalência de acidentes está associado à mudança da situação conjugal nos últimos doze meses ($RP=2,93$; $p=0,017$) e o consumo de tabaco alguma vez na vida ($RP= 2,74$; $p=0,003$). Não houve fatores de proteção à saúde associados ($p>0,05$) à menor prevalência dos acidentes de trabalho relatados pelos trabalhadores nos últimos doze meses. As demais variáveis sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde não apresentaram significância estatística ($p>0,05$) com os acidentes de trabalho nos últimos doze meses.

A discussão dos resultados é realizada de maneira conjunta aos resultados que a seguir são apresentados na Tabela 7, os quais evidenciam os fatores associados à prevalência de acidentes de trabalho registrados no prontuário, período de 2010 a 2012, pela equipe de saúde do trabalhador.

Tabela 7 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de *Poisson* dos acidentes de trabalho registrados nos prontuários e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (continua)

| Variáveis | Prevalência de acidentes 3 anos | Análise bruta | | Análise Ajustada [†] | |
|------------------------------|---------------------------------|------------------|--------------|-------------------------------|----------------------|
| | | RP (IC95%) n=288 | Valor p* | RP (IC95%) n=257 | Valor p [‡] |
| Sexo | | | 0,371 | | |
| Masculino | 12(16,4) | 1,00 | | | |
| Feminino | 46(21,4) | 1,30(0,73; 2,31) | | | |
| Idade | | | 0,270 | | |
| < 40 anos | 26(23,4) | 1,00 | | | |
| ≥ 40 anos | 32(18,1) | 0,77(,048; 1,22) | | | |
| Anos de estudo | | | 0,042 | | 0,162 |
| > 13 anos | 36(17,5) | 1,00 | | 1,00 | |
| ≤ 13 anos | 20(28,6) | 1,63(1,01; 2,62) | | 1,40(0,87; 2,26) | |
| Anos de trabalho/experiência | | | 0,741 | | |
| > 20 anos | 30(19,4) | 1,00 | | | |
| ≤ 20 anos | 27(20,9) | 1,08(0,68; 1,72) | | | |
| Situação conjugal | | | 0,328 | | |
| Com companheiro | 29(17,3) | 1,00 | | | |
| Sem companheiro | 25(21,9) | 1,27(0,78; 2,05) | | | |
| Mudança da situação conjugal | | | 0,050 | | 0,169 |
| Não | 50(18,9) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 8(34,8) | 1,84(0,99; 3,40) | | 1,54(0,83; 2,87) | |
| Filhos | | | 0,796 | | |
| Não | 18(20,9) | 1,00 | | | |
| Sim | 39(19,6) | 0,93(0,56; 1,54) | | | |
| Composição familiar | | | 0,704 | | |
| Mora acompanhado | 52(20,5) | 1,00 | | | |
| Mora sozinho | 6(17,6) | 0,86(0,40; 1,85) | | | |
| Condição de moradia | | | 0,039 | | 0,098 |
| Própria | 38(17,4) | 1,00 | | 1,00 | |
| Não própria | 20(28,6) | 1,63(1,02; 2,62) | | 1,50(0,92; 2,45) | |
| Município de residência | | | 0,464 | | |
| Porto Alegre | 38(19) | 1,00 | | | |
| Outros municípios | 20(22,7) | 1,19(0,74; 1,93) | | | |
| Tempo casa-trabalho-casa | | | 0,684 | | |
| ≤ 60 minutos | 37(20,9) | 1,00 | | | |
| > 60 minutos | 21(18,9) | 0,90(0,56; 1,46) | | | |
| Transporte | | | 0,032 | | 0,325 |
| Individual | 17(14) | 1,00 | | 1,00 | |
| Coletivo | 38(24,8) | 1,76(1,05; 2,97) | | 1,31(0,76; 2,24) | |
| Suporte familiar | | | 0,726 | | |
| Não | 24(21,2) | 1,00 | | | |
| Sim | 34(19,5) | 0,92(0,57; 1,46) | | | |
| Suporte social | | | 0,163 | | 0,849 |
| Não | 43(22,6) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 15(15,5) | 0,68(0,40; 1,16) | | 0,94(0,53; 1,68) | |
| Cuidador de familiar acamado | | | 0,554 | | |
| Não | 56(19,9) | 1,00 | | | |
| Sim | 2(28,6) | 1,43(0,43; 4,73) | | | |
| Lazer | | | 0,043 | | 0,814 |
| Não | 7(36,8) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 51(19) | 0,51(0,27; 0,97) | | 0,92(0,48; 1,78) | |
| Atividade física | | | 0,494 | | |
| Não | 29(21,8) | 1,00 | | | |
| Sim | 28(18,5) | 0,85(0,53; 1,35) | | | |

Tabela 7 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de *Poisson* dos acidentes de trabalho registrados nos prontuários e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (continuação)

| Variáveis | Prevalência de acidentes 3 anos | Análise bruta | | Análise Ajustada [†] | |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------|--------------------|-------------------------------|--------------|
| | | RP (IC95%) n=288 | Valor p* | RP (IC95%) n=257 | Valor p* |
| Sono | | | 0,674 | | |
| ≥ 7 horas | 17(18,5) | 1,00 | | | |
| < 7 horas | 40(20,6) | 1,11(0,67; 1,85) | | | |
| Tabaco | | | 0,027 | | 0,010 |
| Não | 35(16,9) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 22(28,6) | 1,69(1,06; 2,68) | | 1,80(1,15; 2,81) | |
| Tabagista atual | | | 0,072 [§] | | |
| Não | 46(18,4) | 1,00 | | | |
| Sim | 10(31,3) | 1,69(0,95; 3,02) | | | |
| Tabaco no passado | | | 0,361 | | |
| Não | 43(19,2) | 1,00 | | | |
| Sim | 14(24,6) | 1,27(0,75; 2,17) | | | |
| Bebida alcoólica | | | 0,246 | | |
| Não | 34(22,5) | 1,00 | | | |
| Sim | 22(16,9) | 0,75(0,46; 1,21) | | | |
| Ocupação | | | 0,364 | | |
| Outras profissões | 31(18,3) | 1,00 | | | |
| Enfermagem | 27(22,7) | 1,23(0,78; 1,95) | | | |
| Nível do cargo ocupado | | | 0,152 | | 0,411 |
| Superior | 15(15,3) | 1,00 | | 1,00 | |
| Técnico | 43(22,6) | 1,47(0,86; 2,52) | | 0,75(0,38; 1,47) | |
| Trabalhador sem vaga fixa | | | 0,586 | | |
| Não | 52(20,6) | 1,00 | | | |
| Sim | 6(16,7) | 0,80(0,37; 1,74) | | | |
| Tempo no cargo da instituição | | | 0,998 | | |
| > 10 anos | 28(20,1) | 1,00 | | | |
| ≤ 10 anos | 30(20,1) | 1,00(0,63; 1,58) | | | |
| Carga horária diária | | | 0,007 | | 0,007 |
| ≤ 6 horas e 15 minutos | 48(25) | 1,00 | | 1,00 | |
| > 6 horas e 15 minutos | 10(10,4) | 0,41(0,22; 0,78) | | 0,39(0,20; 0,77) | |
| Turno de trabalho | | | 0,716 | | |
| Diurno | 47(19,7) | 1,00 | | | |
| Noturno | 11(22) | 1,11(0,62; 1,99) | | | |
| Gosta do turno de trabalho | | | 0,779 | | |
| Não | 4(17,4) | 1,00 | | | |
| Sim | 52(19,8) | 1,14(0,45; 2,87) | | | |
| Motivado para o trabalho | | | 0,697 | | |
| Não | 8(17,8) | 1,00 | | | |
| Sim | 49(20,3) | 1,14(0,58; 2,24) | | | |
| Pensa em mudar de função | | | 0,508 | | |
| Não | 43(19,4) | 1,00 | | | |
| Sim | 15(23,1) | 1,19(0,70; 2,00) | | | |
| Sobrecarregado no trabalho | | | 0,929 | | |
| Não | 29(20,3) | 1,00 | | | |
| Sim | 28(19,9) | 0,97(0,61; 1,55) | | | |
| Autonomia no trabalho | | | 0,603 | | |
| Não | 14(22,2) | 1,00 | | | |
| Sim | 43(19,3) | 0,86(0,50; 1,48) | | | |
| Progresso ou recompensa | | | 0,905 | | |
| Não | 21(20,6) | 1,00 | | | |
| Sim | 37(20) | 0,97(0,60; 1,56) | | | |

Tabela 7 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de *Poisson* dos acidentes de trabalho registrados nos prontuários e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (conclusão)

| Variáveis | Prevalência de acidentes 3 anos | Análise bruta | | Análise Ajustada [†] | |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------|--------------|-------------------------------|----------------------|
| | | RP (IC95%) n=288 | Valor p* | RP (IC95%) n=257 | Valor p [‡] |
| Conflito de valores | | | 0,475 | | |
| Não | 42(19,1) | 1,00 | | | |
| Sim | 15(23,1) | 1,20(0,71; 2,03) | | | |
| Trabalha em outra instituição | | | 0,341 | | |
| Não | 42(18,4) | 1,00 | | | |
| Sim | 11(24,4) | 1,32(0,74; 2,37) | | | |
| Risco ocupacional | | | 0,271 | | |
| Não | 1(7,1) | 1,00 | | | |
| Sim | 57(20,8) | 2,91(0,43; 19,52) | | | |
| Risco biológico | | | 0,552 | | |
| Não | 4(26,7) | 1,00 | | | |
| Sim | 53(20,5) | 0,76(0,32; 1,83) | | | |
| Risco ergonômico | | | 0,428 | | |
| Não | 25(18,8) | 1,00 | | | |
| Sim | 32(22,7) | 1,20(0,75; 1,92) | | | |
| Exame periódico médico | | | 0,766 | | |
| Não | 10(21,7) | 1,00 | | | |
| Sim | 48(19,8) | 0,91(0,49; 1,66) | | | |
| Imunizado contra tétano | | | 0,408 | | |
| Não | 28(18,3) | 1,00 | | | |
| Sim | 30(22,2) | 1,21(0,76; 1,92) | | | |
| Imunizado contra SRC | | | 0,946 | | |
| Não | 33(20) | 1,00 | | | |
| Sim | 25(20,3) | 1,01(0,63; 1,61) | | | |
| Imunizado contra gripe | | | 0,215 | | |
| Não | 9(28,1) | 1,00 | | | |
| Sim | 49(19,1) | 0,68(0,37; 1,25) | | | |
| Imunizado contra hepatite B | | | 0,563 | | |
| Não | 46(20,9) | 1,00 | | | |
| Sim | 12(17,6) | 0,84(0,47; 1,49) | | | |
| Alteração musculoesquelética | | | 0,060 | | 0,282 |
| Não | 34(17,2) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 24(26,7) | 1,55(0,98; 2,45) | | 1,29(0,80; 2,09) | |
| Limitação funcional | | | 0,802 | | |
| Não | 57(20,1) | 1,00 | | | |
| Sim | 1(25) | 1,24(0,22; 6,90) | | | |
| Afastamento laboral 3 anos | | | 0,006 | | 0,014 |
| Não | 4(6,2) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 54(24,2) | 3,93(1,48; 10,45) | | 5,79(1,42; 23,56) | |

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas:

* *Teste Qui-Quadrado de Wald* ($p < 0,200$).

† Variáveis ajustadas: Anos de estudo, Mudança da situação conjugal, Condição da moradia, Transporte, Suporte Social, Lazer, Tabaco, Nível do cargo ocupado, Carga horária diária, Alteração musculoesquelética, Afastamento laboral 3 anos.

‡ *Teste Qui-Quadrado de Wald* ($p < 0,05$).

§ Variável excluída do modelo por multicolinearidade – *Variance Inflation Factor* (VIF > 2,0).

|| Sarampo, Rubéola e Caxumba – SRC

Na análise bruta, os acidentes de trabalho registrados no prontuário no período de 2010 a 2012 e as características sociodemográficas, ocupacionais e de situação de saúde que

mostraram associação significativa ($p < 0,20$) foram incluídos no modelo linear generalizado. Os fatores encontrados somente na análise bruta ($p < 0,05$) são discutidos em decorrência da possibilidade de sua influência em maior prevalência de acidentes de trabalho. Os fatores associados com diferença estatística significativa na análise bruta e ajustada são discutidos somente no momento da análise ajustada.

As características sociodemográficas, ocupacionais e de situação de saúde que podem aumentar a prevalência de acidentes de trabalho no período de 2010 a 2012 são os anos de estudo menor que 14 anos (RP=1,63; $p=0,042$); a condição de moradia não própria (RP=1,63; $p=0,039$); o uso do transporte coletivo (RP=1,76; $p=0,032$); o consumo de tabaco alguma vez na vida (RP=1,69; $p=0,027$); e o afastamento laboral nos últimos três anos (RP=3,93; $p=0,006$). A menor prevalência de acidentes de trabalho no período de 2010 a 2012 ocorreu na associação com o lazer (RP=0,51; $p=0,043$) assim como a carga horária diária menor ou igual a 6 horas e 15 minutos (RP=0,41; $p=0,007$). As demais variáveis sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde não apresentaram significância estatística com os acidentes de trabalho no período de 2010 a 2012.

O modelo de regressão de *Poisson* evidenciou que dentre as características sociodemográficas, ocupacionais e situação de saúde, a maior prevalência de acidentes do trabalho está associado ao consumo de tabaco alguma vez na vida (RP=1,80; $p=0,010$) e ao afastamento laboral registrado nos últimos três anos (RP=5,79; $p=0,014$). A menor prevalência de acidentes de trabalho no período de 2010 a 2012 ocorreu na associação com a carga horária diária menor ou igual a 6 horas e 15 minutos (RP=0,41; $p=0,007$). As demais variáveis sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde não apresentaram significância estatística ($p > 0,05$) com os acidentes de trabalho no período de 2010 a 2012.

Dentre os acidentes de trabalho relatados pelos trabalhadores, os fatores protetores que mostraram associação bruta significativa foram a idade de 40 ou mais anos e a presença de suporte familiar nas atividades diárias com prevalência de acidentes. Em relação aos acidentes de trabalho registrados pela equipe de saúde do trabalhador no prontuário encontrou-se a associação entre o tempo para o lazer com a prevalência de acidentes de trabalho, como um evento protetor.

A ocorrência do acidente de trabalho na idade economicamente ativa independente das características implica em prejuízos socioeconômicos na sociedade quando o desfecho é a mortalidade prematura ou incapacidade devido aos anos potenciais de vida perdidos. De acordo com os dados do MPS⁽³¹⁾, no período de 2008 a 2010, os agravos decorrentes do trabalho atingiram 2.190.841 trabalhadores de todos os setores de produção; desses,

1.610.477(73,5%) tiveram o registro do agravo por CAT. Os agravos sem registro de CAT são maiores na faixa etária menor de 40 anos, 304.536(52,5%). Ao se estratificarem os agravos com registro de CAT, observou-se a ocorrência de 1.554.958(96,6%) acidentes de trabalho no cenário brasileiro, sendo que 1.124.936(72,3%) desses ocorreram com os trabalhadores na faixa etária menor de 40 anos.

Na Finlândia, a análise de 48.869 acidentes de trabalho decorrentes de queda, tropeço e escorregão, ocorridos entre 2006 e 2007, constatou que a proporção amplia com avanço da idade para esse tipo de acidente de 57% entre adultos jovens para 63% para adultos com 45 ou mais anos⁽²⁵¹⁾. As lesões por acidentes de trabalho foram investigadas entre 1.525 trabalhadores americanos⁽¹⁴⁶⁾, com vínculo empregatício em diversos setores da produção, sendo verificado que conforme a idade avança, também aumenta a ocorrência de acidentes ($p=0,016$). Na França⁽²⁸⁰⁾, o estudo realizado com trabalhadores da construção civil verificou que idade menor que 30 anos aumenta as chances de acidentes de trabalho ($OR=1,30$; $p<0,05$).

No cenário hospitalar, investigação com trabalhadores de saúde de Portugal⁽¹⁴¹⁾ identificou que a idade a partir dos 39 anos aumenta as chances da ocorrência de acidentes com exposição biológica ($OR=1,94$; $p<0,001$). A ocorrência de acidente com a mesma exposição para trabalhadores de saúde que atuam em atendimento pré-hospitalar no Brasil⁽²⁸¹⁾ com a idade superior a 31 anos tem a chance estimada maior do que os trabalhadores mais jovens ($OR=3,02$; $p=0,014$).

Dentre os trabalhadores do ramo civil atendidos no hospital universitário de Ribeirão Preto-SP que tiveram acidente de trabalho, constatou-se que 86,1% tinham a idade inferior a 40 anos⁽²⁸²⁾. A notificação de acidentes de trabalhos em instituições de saúde da microrregião de Araxá-MG identificou que a ocorrência na idade inferior a 40 anos representou 65,6% dos 93 trabalhadores que tiveram acidentes de trabalho, entre 2007 e 2009⁽²⁸³⁾. A ocorrência de acidente com exposição biológica entre 94 trabalhadores com idade inferior a 40 anos representou 84% quando comparada à de trabalhadores de idade mais avançada de uma instituição na região metropolitana do Recife-PE⁽²⁸⁴⁾. Os acidentes com material biológico entre trabalhadores da saúde, em uma instituição em Campos dos Goytacazes-RJ, observou a ocorrência para 73,2% dos 183 trabalhadores com idade inferior a 40 anos que tiveram acidentes de trabalho⁽²⁸⁵⁾.

Na literatura científica, não existe consenso sobre a idade ou faixa etária com maior predisposição à ocorrência dos acidentes de trabalho. A idade de 40 anos ou mais da amostra estudada é um fator de proteção que reduz a prevalência de acidentes de trabalho na

instituição. No cenário internacional, os resultados divergem quando apontam a ocorrência dos acidentes de trabalho com os trabalhadores com idade superior a 40 anos. No contexto brasileiro, os resultados convergem na identificação de que o trabalhador jovem está mais exposto aos acidentes de trabalho, o que também corrobora os dados do MPS.

A menor prevalência de acidentes entre os trabalhadores com idade de 40 anos ou mais anos alerta que os trabalhadores jovens desta instituição tem maior probabilidade de sofrer acidentes do trabalho. Deste modo, esse resultado indica a necessidade de se intensificarem ações que valorizem a conscientização e as práticas de autocuidado e de segurança do trabalhador. Muitos estudos^(94,244,278-279) sinalizam a premência de se conhecerem os motivos da falta de adoção de práticas seguras no trabalho, visto que, teoricamente, os acidentes de trabalho são eventos passíveis de prevenção e, de certa maneira, reconhecidos pelos trabalhadores.

O suporte familiar nas atividades diárias do trabalhador é entendido como compartilhamento de papéis e responsabilidades, de modo que os membros que compõem o núcleo familiar apresentam vínculos afetivos, bem-estar e projetos de vida em comum⁽¹⁵⁰⁾. O suporte familiar pode ser considerado como protetor sobre os diversos eventos estressores na vida, incluindo as atividades laborais⁽¹⁸⁵⁾. O alto nível de suporte familiar está relacionado à baixa prevalência de sintomas de ansiedade e de alterações do humor, contribuindo também nos tratamentos psicoterápicos⁽¹⁸⁴⁾.

Na amostra do estudo, a presença do suporte familiar associou-se a menor prevalência de acidentes de trabalho, denotando que a família tem grande relevância na vida do trabalhador, uma vez que as responsabilidades no cuidado dos filhos e de realização das demandas domésticas são compartilhadas. Não foram encontrados estudos com abordagem quantitativa que pudessem confirmar esse fator como proteção. Para o trabalhador do serviço de atendimento domiciliar, foi observado que o estresse vivido no domicílio do paciente é um fator de exposição (OR=1,99; p=0,005) que aumenta as chances de ocorrência de acidentes de trabalho⁽²⁸⁶⁾.

O suporte familiar ao trabalhador na condição de vítima de acidente de trabalho foi encontrado em estudos de abordagem qualitativa que investigaram a carga emocional que implica em alterações psíquicas que influenciam os relacionamentos, a motivação e o amparo dos membros familiares. No estudo realizado com treze indivíduos, sobre o convívio íntimo de trabalhadores que tiveram o acidente de trabalho com exposição ao material biológico, observou-se a expressão da solidariedade⁽²⁷⁸⁾. O suporte familiar ao trabalhador que sofreu acidente de trabalho evidencia-se como relevante no que se refere à compreensão da situação

vivenciada, de modo a contribuir na redução do estresse. A estrutura familiar é o alicerce no momento de fragilização, sendo manifestada pelas relações de ajuda, compreensão e afeto para com o trabalhador. O apoio da rede familiar também é fundamental na reinserção do trabalhador após acidente ou doença que teve um longo período de afastamento⁽²⁶⁷⁾.

Face aos resultados dos estudos supracitados, supõe-se que quando o trabalhador reconhece ter o suporte familiar, há uma menor prevalência de acidentes de trabalho. Essa situação carece ser explorada porque pode ser um fator condicionante para redução dos acidentes de trabalho, e em especial, os acidentes de trajeto. Todavia, não é possível confirmar essa hipótese no momento, mas amplia-se o olhar para essa questão como elemento que pode esclarecer o suporte familiar ao trabalhador como protetor na redução de acidentes de trabalho.

O lazer é realizado em consonância com as características sociodemográficas, comportamentais e ambientais, assim como pelo nível de conhecimento, atitudes e crenças. Os estudos^(29,287-288) têm considerado a atividade física no lazer como a possibilidade de redução dos riscos de morbidades. Entende-se que atividade física no lazer representa qualquer movimento que resulte em um gasto energético acima do nível de repouso, o que diferencia do exercício físico que exige o planejamento e estruturação da atividade com o intuito de promover aptidão física.

Na amostra deste estudo, 93,4% dos trabalhadores relataram ter o tempo para o lazer, desses 64,7% realizam as atividades físicas no lazer, destacando-se a caminhada, futebol, corrida, parque, piscina, surf, dançar, entre outras. Logo, a realização de atividades de lazer reduz a prevalência de acidentes de trabalho. Em estudo realizado com trabalhadores de enfermagem, observou-se a associação do absenteísmo com a realização da atividade de lazer (RR=1,15; $p<0,01$), ou seja, o risco de se desenvolver absenteísmo em dois anos foi 15% maior entre os trabalhadores sem tempo para o lazer⁽⁴¹⁾. Também foi avaliado o absenteísmo elevado⁽⁴¹⁾, sendo que para os trabalhadores que não possuíam tempo para o lazer, o risco para absenteísmo elevado apresentou aumento de 2,48 vezes ($p<0,05$). No mesmo cenário, em outro estudo realizado com enfermeiros⁽³³⁾, 93,5% confirmaram ter tempo para o lazer, e não houve diferença estatística da capacidade para o trabalho e o tempo para atividades de lazer ($p=0,287$).

Corroborar-se o que os autores⁽²³²⁾ afirmam em relação ao fato de que a ênfase na vida profissional tem deixado a vida privada em segundo plano, sendo isto confirmado pela extensa carga horária daqueles que têm multiempregos, o que reduz o tempo de lazer, o convívio social e a integração familiar. Outros estudos^(24,29,287,289) complementam que o

excesso de trabalho e o multiemprego causam a pressão ao trabalhador, desencadeando o estresse e a fadiga devido à ausência de tempo entre as jornadas de trabalho para se descansar, realizar o autocuidado e atividade de lazer. A sensação constante de cansaço crônico e estresse torna-se impeditivo para se dispor de tempo para as atividades de lazer, em especial, as atividades físicas no lazer.

Não foram encontradas na literatura científica investigações que relacionassem diretamente os acidentes de trabalho e o lazer. Os estudos^(24,29,33,41,287-288) abordam o absenteísmo, a capacidade para o trabalho, o duplo vínculo empregatício, a fadiga e a atividade física como esforço físico. Embora não se tenha estudos específicos que comprovem essa relação, esse fator, associado a menor prevalência de acidentes de trabalho, traz a possibilidade de futuras investigações para se avaliarem as reais contribuições das atividades de lazer na saúde do trabalhador.

Portanto, a idade de 40 ou mais anos, o suporte familiar e o lazer parecem proteger os trabalhadores, pois foram associados à menor prevalência dos acidentes de trabalho nesta instituição hospitalar. Entretanto, esses achados precisam ser investigados, em especial o suporte familiar e o lazer, para se confirmarem como fatores de proteção da saúde por meio de delineamentos longitudinais.

Na análise bivariada, os fatores trabalho na outra instituição e anos de estudo menor que 14 anos mostraram associação em maior prevalência dos acidentes de trabalho relatados pelos trabalhadores. Em relação aos acidentes de trabalhos registrados no prontuário pela equipe de saúde do trabalhador, observou-se a associação entre os mesmos e o uso de transporte coletivo. A condição de moradia não própria teve associação significativa com os acidentes de trabalho tanto autoinformados quanto registrados no prontuário.

O vínculo empregatício duplo é determinado pela renda familiar, a responsabilidade financeira e a possibilidade de organização temporal, sendo que a maioria dos trabalhadores opta pelo trabalho noturno⁽²⁹⁰⁾. Logo, a dupla jornada de trabalho^(230,283,290) é defendida pelos trabalhadores como necessária em decorrência dos baixos salários que inviabilizam o sustento da família, implicando na decisão do trabalhador em procurar novas fontes de renda. No contexto hospitalar, as atividades são frequentemente marcadas pela complexidade de tarefas, além de uma rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de horários, rotinas, normas e regulamentos⁽¹¹⁾.

Diversos estudos^(24,29,287) descrevem que o estresse e a fadiga são desencadeados pelo multiemprego. A ausência de tempo para o descanso, autocuidado, atividades de lazer e familiares entre as jornadas de trabalho ocasionam o desequilíbrio das funções fisiológicas e

emocionais⁽²⁸⁷⁾. O cansaço crônico e estresse contínuo repercutem, com o passar do tempo, em baixo rendimento laboral e maior risco de acidentes de trabalho. Na amostra do estudo, observou-se que dentre os trabalhadores com duplo vínculo empregatício é possível haver uma maior prevalência de acidentes de trabalhos.

Os acidentes de trabalho foram investigados junto a 636 trabalhadores de enfermagem em São Paulo-SP, sendo constatado a predominância de 83,5% de acidentes para trabalhadores com único vínculo empregatício⁽¹⁴²⁾. O estudo realizado com 260 trabalhadores de enfermagem⁽²³²⁾ não encontrou associação do acidente de trabalho com o multiempregos (OR=0,92; p=0,876). Em um hospital universitário de São Paulo-SP, identificou-se que 44% dos 296 trabalhadores de enfermagem tinham dois vínculos empregatícios⁽²⁸⁹⁾. No estudo realizado em Porto Alegre-RS, dentre os trabalhadores de enfermagem que têm um segundo vínculo empregatício mostrou-se significativo o absenteísmo elevado (RR=2,27; p<0,05), em decorrência dos motivos que exigiram o afastamento, sejam as doenças ou acidentes de trabalho⁽⁴¹⁾.

A dupla jornada de trabalho no cenário hospitalar pode favorecer a ocorrência de acidentes de trabalho; entretanto, este dado foi discordante dos estudos^(41,289) que abordaram apenas trabalhadores da enfermagem. Deste modo, recomendam-se investigações acerca do multiemprego para aprofundar o aporte teórico e estabelecer as estratégias que auxiliem no enfrentamento dessa condição vivenciada pelo trabalhador visando à proteção de sua saúde sem inviabilizar a conquista de seus projetos de vida.

A escolaridade do trabalhador, por vezes se reflete em sua condição socioeconômica e ocupacional. As desigualdades sociais evidenciam a vulnerabilidade da saúde do trabalhador, na medida em que desenvolvem atividades laborais com maior risco para acidentes de trabalho. O acesso à educação, trabalho, saúde, lazer e cultura, em nosso país, ainda restringem as possibilidades de melhoria das condições de vida e saúde.

Os acidentes de trabalho foram investigados junto de 636 trabalhadores de enfermagem em São Paulo-SP que sofreram exposição ocupacional ao material biológico, sendo observado a prevalência da escolaridade concluída até o ensino médio para 63% dos trabalhadores⁽¹⁴²⁾. A análise de 94 acidentes com exposição biológica entre trabalhadores de um hospital na região metropolitana do Recife-PE identificou que 92,5% dos mesmos ocorreram com a categoria profissional em nível técnico (enfermagem, lavanderia e higienização), que representa a escolaridade inferior a 13 anos⁽²⁸⁴⁾.

Em Portugal⁽²³⁴⁾, o estudo que avaliou 387 trabalhadores de diversos setores de um hospital que sofreram acidentes de trabalho com afastamento, no período de 2008 a 2010,

apresentou associação significativa dos acidentes com a escolaridade inferior a 12 anos ($p=0,016$). Nas notificações de acidentes de trabalho realizadas no período 2007 e 2009, em instituições de saúde da microrregião de Araxá-MG, identificou-se que 61,3% dos 93 trabalhadores que tiveram acidentes de trabalho apresentavam escolaridade de ensino médio completo, o que equivale de 12 a 13 anos de estudo⁽²⁸³⁾.

A maior prevalência dos acidentes de trabalho associado à escolaridade inferior a 14 anos sinaliza que os trabalhadores que atuam nas atividades de apoio e de atendimento direto ao paciente estão mais expostos diretamente aos riscos ocupacionais. A exposição às cargas de trabalho no hospital parece ser decorrente da divisão técnica e social da organização do trabalho, ou seja, o tipo de serviço, grande volume e repetitividade de atividades desencadeiam o desgaste físico e emocional⁽³⁶⁾.

Acresce-se que à medida que os trabalhadores sentem-se seguros na realização das atividades laborais, os mesmos podem assumir comportamentos arriscados, banalizando os riscos aos quais estão expostos na execução de suas atividades⁽²⁸¹⁾. Desta maneira, evidencia-se a necessidade da educação/conscientização do trabalhador sobre os riscos ocupacionais e uso de EPIs para sua proteção, assim como para a prevenção de acidentes ambiente laboral.

Em relação ao uso do transporte coletivo associado a maior prevalência de acidentes de trabalhos, torna-se necessário considerar as condições do transporte e de trafegabilidade no município e região metropolitana. Na amostra deste estudo, foram identificados 58 acidentes de trabalho e 81 ocorrências, sendo que 24 dessas (29,6%) foram acidentes de trajeto.

O crescimento populacional associado à expansão de bairros residenciais afastados exige que o deslocamento do trabalhador seja motorizado até o local de trabalho nas grandes cidades, ao invés do deslocamento ativo⁽¹⁷⁴⁾. Um estudo observou que a maioria das vítimas de acidentes de trajeto eram trabalhadores ($n=301$), os quais se acidentaram nos finais de semana, ao se deslocar para as atividades físicas, esportivas, lazer ou entretenimento, sendo utilizadas diversas formas de deslocamento. Dentre os que estavam realizando atividade laboral⁽²⁹¹⁾, a proporção de acidentes ocorridos foi predominante com motociclistas em 42,3%. Os acidentes de trajeto ocorrem predominantemente entre os segmentos mais jovens de trabalhadores e têm relação com o crescimento da violência no trânsito, o que aponta para a necessidade de se avaliarem com maior profundidade as condições de segurança dos trabalhadores durante o deslocamento entre a residência e o local de trabalho⁽²⁹²⁾.

Os acidentes de trânsito têm como fator predisponente a elevação da frota de veículos circulantes em decorrência do crescimento populacional, sendo agravado pela deficiência do transporte coletivo e pela necessidade de deslocamentos cada vez mais longos entre casa-

trabalho⁽²⁹³⁾. Nessa perspectiva, evidencia-se a necessidade de reflexão sobre as condições do transporte coletivo que não se restringe apenas ao ônibus, mas também das condições das vias públicas que convergem para os locais de parada desse transporte. Desta forma, essas condições podem desencadear o processo de adoecimento físico e mental do trabalhador, ao ponto de repercutir na sua exclusão prematura do mundo laboral por acidentes de trabalho, cansaço e desgaste. A precariedade da infraestrutura urbana decorrente da escassez de planejamento urbano, que não acompanhou as necessidades de tráfego contemporâneo, evidencia a falta de segurança viária dos usuários/trabalhadores^(174,293).

Essas condições inadequadas das vias públicas que são percorridas até o local de parada do transporte coletivo, a superlotação em horários que findam as jornadas de trabalho, a rapidez com que o motorista conduz o veículo em decorrência dos atrasos pelo congestionamento e as condições de saúde do trabalhador podem potencializar os acidentes de trabalho^(174,292-293). Além disso, corroboram-se as hipóteses de que os acidentes de trajeto podem estar subnotificados, ou que as pesquisas dão mais ênfase em investigações que envolvem os acidentes típicos⁽²⁹⁴⁾.

Embora não haja estudos que confirmem a relação entre o uso de transporte coletivo e a prevalência de acidentes, aponta-se a possibilidade de investigações para se avaliarem as condições de deslocamento do trabalhador para seu trabalho. O aprofundamento sobre essa relação poderá subsidiar políticas que atendam a segurança viária de usuários/trabalhadores no deslocamento casa-trabalho.

A busca de um abrigo sempre esteve presente na trajetória do homem, sendo considerada a moradia como necessidade básica à sobrevivência⁽²⁹⁵⁾. A moradia é um direito de todo cidadão brasileiro⁽¹⁵⁾. Atualmente, a população sem moradia própria busca soluções que são insuficientes e precárias quando associadas aos baixos rendimentos de seu trabalho. Na última década, a Política Habitacional no Brasil promoveu com incentivos para todas as classes da sociedade a aquisição da casa própria e com saneamento ambiental por meio de financiamento. Essa aquisição promove o bem-estar e conforto da família que passa a ter um teto com o mínimo de condições que promovam a saúde, no entanto, mantém o trabalhador como credor por um período que pode variar de cinco a trinta anos⁽²⁹⁶⁾.

Na amostra do estudo, observou-se que há uma maior prevalência de acidentes de trabalho dentre os trabalhadores do cenário hospitalar que ainda não têm a casa própria. No estudo, a situação em não possuir a casa própria foi considerada nesta categorização como financiada, alugada ou cedida/emprestada. Não foram encontrados, até o momento, estudos que abordassem essa relação. Entretanto, alguns achados⁽²⁹⁷⁻²⁹⁹⁾ mostram relação entre o

financiamento ou locação imobiliária e as doenças físicas e psíquicas dos responsáveis pelas famílias.

O estudo realizado nos Estados Unidos sobre as condições de saúde e o financiamento imobiliário mostrou que os recursos financeiros para hipoteca da moradia e a perda de emprego estão associados aos problemas de saúde, em especial ao aumento de sintomas depressivos ($p < 0,001$). Logo, possuir a casa própria é um fato que tem sido associado a maior satisfação com a vida, melhor saúde psicológica, maior autoestima e melhor estado de saúde percebido⁽²⁹⁹⁾.

No cenário brasileiro a relação entre a inexistência da casa própria como variável potencializadora para doenças físicas e psíquicas e/ou sua influencia na ocorrência de acidentes de trabalho requer investigações para sua compreensão.

A carga horária diária menor que 6 horas e 15 minutos foi o único fator que mostrou associação significativa multivariada a menor prevalência de acidentes de trabalho registrados pela equipe de saúde do trabalhador. Dentre os fatores que mostraram associação significativa na análise ajustada estão: a mudança da situação conjugal associada com a maior prevalência de acidentes de trabalho relatados, o consumo de tabaco alguma vez na vida que, por sua vez, está relacionado com os acidentes de trabalho relatados e registrados e o afastamento laboral nos três últimos anos associado com os acidentes de trabalho registrados pela equipe de saúde do trabalhador.

O contrato define as condições de trabalho descreve a carga horária a ser executada e outros aspectos inerentes da ocupação. Entretanto, existem alguns aspectos que não estão implícitos no contrato de trabalho, tais como: as tensões, as cobranças e o clima organizacional que vai sendo desvelado no cotidiano do trabalho⁽²⁸⁹⁾. A carga horária diária dos trabalhadores nas instituições de saúde pode variar de quatro a doze horas. Em serviços que há a necessidade da assistência direta ao paciente nas 24 horas do dia, podem ser acrescidas horas extras de seis a doze horas, em consonância com as demandas geradas pela própria organização do trabalho e pela ausência de trabalhadores. Desta maneira, a jornada de trabalho decorrente da necessidade de se compor a equipe de enfermagem pode atingir de doze a dezoito horas consecutivas.

Em estudo realizado com trabalhadores de enfermagem que informaram trabalhar a carga horária semanal de 40 a 49 horas, houve um aumento das chances de acidentes percutâneos ($OR=1,27$; $p < 0,05$), sendo este maior ainda para os trabalhadores com 50 horas ou mais por semana ($OR=2,47$; $p < 0,05$) de trabalho⁽³⁰⁰⁾. Os acidentes de trabalho foram investigados junto a 636 trabalhadores de enfermagem em São Paulo-SP que sofreram

exposição ocupacional ao material biológico⁽¹⁴²⁾, não sendo observadas diferenças significativas na ocorrência de acidentes de trabalho entre a carga horária semanal de 36 horas (50,9%) e de 37 ou mais horas (49,1%). Outro estudo com trabalhadores de enfermagem, na capital gaúcha⁽⁶⁾, também não observou associação significativa da carga horária semanal com acidentes de trabalhos ($p=0,285$).

A capacidade para o trabalho investigada em uma coorte de cinco anos de trabalhadores de um hospital em São Paulo-SP⁽³⁰¹⁾ observou a correlação fraca inversa ($r_s=-0,116$; $p=0,015$) entre a capacidade para o trabalho e as horas de trabalho diário, potencializando a ocorrência de lesões/acidentes de trabalho. Nas Filipinas⁽³⁰²⁾, os enfermeiros com carga horária semanal de 40 ou mais horas tiveram associação com o afastamento laboral superior a dois dias por doenças ou acidentes de trabalho ($p=0,024$).

Na amostra do estudo, observou-se que a carga horária diária de até 6 horas e 15 minutos reduz a prevalência dos acidentes de trabalho. A intensificação do trabalho por acréscimo de horas extras e por duplo vínculo empregatício limita o tempo livre do trabalhador, comprometendo a capacidade física e psicológica, implicando na redução de atenção ao trabalho executado e potencializando a ocorrência de acidentes do trabalho^(283,303). Evidencia-se a necessidade de estudos que avaliem o efeito do tempo livre para as atividades sociais, de lazer e físicas, como meio de garantir a promoção e proteção à saúde do trabalhador. Acredita-se que a valorização do trabalhador por meio de um salário compatível e digno com sua função e carga horária que permita tempo para suas atividades familiares e de lazer constitua um meio que limite o número de vínculos empregatícios, e pode repercutir favoravelmente na redução de acidentes de trabalho.

A ocorrência da mudança da situação conjugal nos últimos doze meses neste estudo não tem como ser ponderada como positiva ou negativa em decorrência da forma como foi coletada a variável. O aspecto negativo decorre do desajuste na vida conjugal e da viuvez que configura a ruptura de uma relação afetiva e pode representar fracasso no casamento gerado por desentendimentos, discussões e brigas^(149,159-160). Por outro lado, há aumento significativo de pessoas motivadas ao enlace matrimonial ou pela chegada do filho, momentos em que o sentimento preponderante é o amor, o que pode potencializar a alegria e o prazer e consolidar a mudança conjugal^(149,156).

A situação conjugal de 279 enfermeiros foi avaliada em cinco hospitais na Coreia do Sul, sendo observada a associação significativa da situação conjugal sem companheiro ($p=0,007$) para ocorrência de erros, lesões e acidentes envolvendo a segurança do paciente, os quais, dependendo da gravidade, refletem também na segurança ocupacional⁽¹⁴⁴⁾. O estudo

avaliou os acidentes de percurso entre homens e mulheres trabalhadores das empresas francesas nacionais de eletricidade e gás, sendo observado que mulheres sem companheiro estão expostas à ocorrência de acidentes de trabalho de trajeto (RR=2,1; $p<0,01$) em comparação às mulheres com companheiro e/ou conjugue⁽³⁰⁴⁾.

Dentre os acidentes de trabalho ocorridos no período de 2001 a 2005, de 86.467 trabalhadores segurados que atuam em diferentes setores produtivos do Irã, identificou-se que a situação estar sem companheiro aumenta 1,25 vezes a chance de ocorrência de acidentes ($p<0,05$) quando comparada aos que têm companheiro. Os pesquisadores do estudo inferem que ter um companheiro denota um comportamento mais cauteloso devido aos vínculos familiares⁽²⁵²⁾.

A maior prevalência de acidentes de trabalho pela mudança da situação conjugal não pode ser confirmado pelo aspecto da ruptura de uma relação afetiva ou da constituição de novas famílias. Na literatura nacional e internacional, até o momento, não se encontraram investigações que abordaram a mudança da situação conjugal como um evento que possa influenciar a ocorrência de acidentes de trabalho. No entanto, os estudos apresentados assinalam que o fato de não se ter um companheiro aumenta a possibilidade de ocorrência de acidentes de trabalho em diferentes cenários laborais.

O consumo de tabaco em algum momento da vida reflete as importantes transformações socioeconômicas no espaço laboral e social que têm coibido esta prática; entretanto, novas motivações na obtenção de substâncias psicoativas, tanto por jovens como por adultos de todas as classes sociais, despontam na sociedade⁽³⁰⁵⁾. O consumo de tabaco em algum momento da vida tem assinalado relação com a ocorrência de acidentes de trabalho, e, quando estratificado por consumo atual do tabaco e consumo do tabaco no passado, mantém-se a associação significativa ($p<0,05$). No passado, o uso do tabaco, considerado como substância psicoativa, foi estimulado pela mídia, a qual o associou ao prazer. Atualmente, os estabelecimentos públicos e espaços laborais, assim como a proibição de sua publicidade pela mídia, são fatores limitadores do uso tabaco, constituindo estratégias para cessação do hábito tabágico e, em consequência, prevenção de doenças.

Estudo realizado com 794 bombeiros⁽³⁰⁶⁾ constatou que a situação de vivenciar eventos traumáticos por problema grave de saúde, acidente, assalto e agressão física mostrou associação com o tabagismo (OR=4,74; $p<0,01$). Em um hospital universitário de Porto Alegre-RS, os trabalhadores utilizam menos tabaco por estarem cientes dos problemas advindos de seu uso e/ou, também, por conviverem com pacientes com problemas de saúde associados ao seu uso, além das restrições severas de uso do fumo nesses ambientes⁽²¹²⁾.

Outro estudo realizado no mesmo hospital avaliou a capacidade funcional de 93 enfermeiros⁽³³⁾ identificando que a capacidade para o trabalho reduz quando o trabalhador tem o hábito tabágico ($p=0,047$).

O estudo francês⁽²⁸⁰⁾ com delineamento caso-controle realizado com trabalhadores da construção civil verificou que o hábito tabágico aumenta as chances de acidentes de trabalho ($OR=1,27$; $p<0,05$). No mesmo ramo de produção, na China⁽³⁰⁷⁾, o tabagismo associou-se à ocorrência de acidentes de trabalho dentre 1.260 trabalhadores ($OR=2,50$; $p<0,05$). No Canadá⁽³⁰⁸⁾, a população de 18 a 75 anos que teve pelo menos um acidente de trabalho foi investigada quanto às características sociodemográficas, de saúde e ocupacionais, sendo observado que para ambos os sexos ser tabagista aumenta a prevalência de acidentes de trabalho ($p<0,05$). O mesmo foi encontrado entre os trabalhadores indianos⁽³⁰⁹⁾ da indústria química, em que o hábito tabágico aumenta as chances da ocorrência de acidentes ($OR=7,29$; $p=0,002$). Na cidade de Yashio-Japão⁽³¹⁰⁾, os trabalhadores de ambos os sexos e dos diversos setores de produção foram avaliados, sendo encontrada associação significativa do consumo do tabaco atual e do tabagista passivo com os acidentes de trabalho ($p<0,05$).

O consumo do tabaco predispõe a ocorrência de acidentes de trabalho, o que implica em ações de promoção e de proteção da saúde pela equipe de saúde do trabalhador. As atividades para a cessação do tabaco nos serviços de saúde contribuem para a redução de anos perdidos do trabalhador, de modo que o mesmo possa atingir idade avançada e minimize os custos sociais gerados pela exposição ao tabaco.

Os acidentes de trabalho possuem uma relação direta com o absenteísmo no cenário hospitalar devido à exposição aos riscos ocupacionais os quais, em consequência, geram o afastamento laboral concedido de acordo com a gravidade da lesão do acidente de trabalho e as condições psicológicas do trabalhador para o retorno ao trabalho^(41,311).

A maior prevalência de acidentes de trabalho associado ao afastamento laboral mostrou-se significativo para os trabalhadores da instituição hospitalar. Na França⁽³⁰⁴⁾, uma investigação sobre o afastamento laboral por acidentes de percurso entre homens e mulheres identificou que as mulheres que tiveram o acidente de trabalho de trajeto permanecem por mais de 30 dias afastadas do cenário laboral, em um período de até 12 meses ($RR=2,4$; $p<0,01$). Na Dinamarca, os acidentes de trabalho atendidos em hospitais determinaram uma média de 5,50 dias de afastamento do trabalho⁽³¹²⁾.

O afastamento laboral apresentou associação significativa com o acidente de trabalho ($X^2=41,5$; $p<0,001$) para 387 trabalhadores de um hospital de Portugal, no período de 2008 a 2010, o que apresentou associação com o número de dias perdidos em todos os setores do

hospital⁽²³⁴⁾. Entre enfermeiros filipinos⁽³⁰²⁾, o afastamento laboral superior a dois dias teve associação significativa com acidentes de trabalho (OR=1,25; p<0,05). No Brasil, o estudo realizado em dois hospitais de Ribeirão Preto-SP observou que dos 140 acidentes de trabalho ocorridos em 2006, os acidentes causaram 117 dias de afastamentos, sendo a notificação maior no hospital público do que no privado⁽³¹³⁾.

Portanto, conhecer os aspectos e as causas de acidentes do trabalho e sua relação com o afastamento sob as diferentes perspectivas permite explorar o problema de forma integrada para que sejam propostas ações de vigilância em saúde que favoreçam a saúde do trabalhador no ambiente laboral. Acredita-se que estudos longitudinais são necessários para se conhecerem os fatores de risco relacionados aos acidentes de trabalho envolvendo os afastamentos laborais para que medidas preventivas sejam eficazes e possam ser implementadas dentro do cenário laboral.

A educação dos trabalhadores para a cultura de segurança ocorre por meio das habilidades, informações e conhecimentos, tornando-se um fator essencial para a qualificação do processo de trabalho. A educação dos trabalhadores é um elemento essencial para se ampliar a adoção de práticas seguras na atividade laboral, por meio da problematização de situações que são vivenciadas no cotidiano do hospital. A discussão das causas e circunstâncias do acidente de trabalho pode contribuir para a conscientização sobre o risco, de modo que o trabalhador e o gestor possam identificar os desafios pessoais e de gestão do serviço que necessitam ser superados para se viabilizar um ambiente saudável, promotor de segurança e a mudança de comportamento e atitudes^(90,94,244,281,285,314).

Indiscutivelmente, os trabalhadores e gestores da instituição hospitalar precisam ser sensibilizados para a cultura de segurança, de modo a refletirem sobre a prática laboral, a biossegurança, a responsabilidade social e a notificação dos acidentes de trabalho^(279,281,285). Para tanto, torna-se imperativa a criação de espaços para a discussão de questões relativas às condições de trabalho com o intuito de minimizar efetivamente os riscos ocupacionais.

Na vigilância à saúde do trabalhador, essas informações tornam-se relevantes para qualificar os cenários laborais junto aos empregadores e trabalhadores, de modo que venham promover a proteção à saúde física e psicológica dos trabalhadores, pois esses acidentes podem traçar um desfecho sombrio quando ocasionam a incapacidade temporária ou permanente assim como a morte prematura⁽⁹⁴⁾.

No cenário deste estudo, as ações de vigilância podem ser agregadas às demais atividades da equipe de saúde do trabalhador na medida em que se reconhecerem os fatores associados para adoecimento e proteção dos trabalhadores⁽¹⁹⁾. Deste modo, é possível traçar

estratégias de acompanhamento do trabalhador, já que a instituição mantém no serviço os profissionais de diversas áreas do conhecimento para que exerçam a interdisciplinaridade da atenção ao trabalhador como meta na redução de danos e lesões por acidentes de trabalho.

5.4 FATORES ASSOCIADOS ÀS ALTERAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

As condições ergonômicas existentes na organização do trabalho hospitalar refletem o processo de envelhecimento e de saúde do trabalhador. Inicialmente, essa exposição ergonômica ocorre de maneira silenciosa e provoca alterações fisiológicas no sistema musculoesquelético, que, com o passar do tempo, acarretam uma sensação de desconforto subjetivo^(12,315).

O desconforto é a sintomatologia manifestada por algia, dormência e formigamento com característica intermitente, esporádica, difusa ou localizada em diversas regiões do corpo. O agravamento da sintomatologia pode acarretar na limitação das atividades pessoais, sociais e laborais. Essa sintomatologia precede o diagnóstico médico para as morbidades do Capítulo XIII – Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo da CID-10⁽³¹⁶⁾.

Desta maneira, conhecer os fatores associados às alterações musculoesqueléticas que se intensificam pelas exigências e demandas do cenário laboral permite, na perspectiva da vigilância, planejar ações que promovam ou mantenham o alto desempenho das habilidades físicas, manuais e emocionais do trabalhador. Na literatura científica, as alterações do sistema musculoesquelético também são denominadas como condições, distúrbios e disfunções musculoesqueléticas ou osteomusculares. Essas alterações acometem ambos os sexos, todas as idades e podem ser resultantes do agravamento de outras patologias primárias^(12,200,258-259).

Nesta seção, são apresentados os fatores associados às alterações musculoesqueléticas que foram registradas pelo médico do trabalho durante a anamnese e exame físico do trabalhador, no período de 2010 a 2012. A Tabela 8 apresenta resultados autoinformados pelos trabalhadores e seus prontuários (número de riscos ocupacionais, risco ergonômico, acidente de trabalhos, auxílio doença, limitação funcional, exame periódico médico, afastamento laboral).

Tabela 8 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de Poisson, das alterações musculoesqueléticas e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (continua)

| Variáveis | Prevalência das alterações musculoesqueléticas n(%) | Análise bruta RP (IC95%) n=288 | Valor p* | Análise Ajustada† RP (IC95%) n=251 | Valor p‡ |
|------------------------------|--|--------------------------------------|-------------|--|-------------|
| Sexo | | | 0,601 | | |
| Masculino | 21(28,8) | 1,00 | | | |
| Feminino | 69(32,1) | 1,11(0,74; 1,68) | | | |
| Idade | | | <0,001 | | 0,267 |
| < 40 anos | 17(15,3) | 1,00 | | 1,00 | |
| ≥ 40 anos | 73(41,2) | 2,69(1,68; 4,31) | | 1,38(0,77; 2,47) | |
| Anos de estudo | | | 0,332 | | |
| > 13 anos | 61(29,6) | 1,00 | | | |
| ≤ 13 anos | 25(35,7) | 1,20(0,82; 1,76) | | | |
| Anos de trabalho/experiência | | | <0,001 | | 0,123 |
| > 20 anos | 32(20,6) | 1,00 | | 1,00 | |
| ≤ 20 anos | 57(44,2) | 2,14(1,48; 3,08) | | 1,45(0,90; 2,35) | |
| Situação conjugal | | | 0,010 | | 0,005 |
| Com companheiro | 42(25) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sem companheiro | 45(39,5) | 1,57(1,11; 2,23) | | 1,69(1,17; 2,44) | |
| Mudança da situação conjugal | | | 0,371 | | |
| Não | 81(30,6) | 1,00 | | | |
| Sim | 9(39,1) | 1,28(0,74; 2,19) | | | |
| Filhos | | | 0,021 | | 0,032 |
| Não | 18(20,9) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 71(35,7) | 1,70(1,08; 2,67) | | 1,55(1,03; 2,31) | |
| Composição familiar | | | 0,882 | | |
| Mora acompanhado | 79(31,1) | 1,00 | | | |
| Mora sozinho | 11(32,4) | 1,04(0,61; 1,74) | | | |
| Condição de moradia | | | 0,584 | | |
| Própria | 70(32,1) | 1,00 | | | |
| Não própria | 20(28,6) | 0,89(0,58; 1,35) | | | |
| Município de residência | | | 0,486 | | |
| Porto Alegre | 60(30) | 1,00 | | | |
| Outros municípios | 30(34,1) | 1,13(0,79; 1,62) | | | |
| Tempo casa-trabalho-casa | | | 0,007 | | 0,065 |
| ≤ 60 minutos | 45(25,4) | 1,00 | | 1,00 | |
| > 60 minutos | 45(40,5) | 1,59(1,13; 2,23) | | 1,42(0,97; 2,07) | |
| Transporte | | | 0,458 | | |
| Individual | 36(29,8) | 1,00 | | | |
| Coletivo | 52(34) | 1,14(0,80; 1,62) | | | |
| Suporte familiar | | | 0,883 | | |
| Não | 36(31,9) | 1,00 | | | |
| Sim | 54(31) | 0,97(0,68; 1,38) | | | |
| Suporte social | | | 0,911 | | |
| Não | 60(31,6) | 1,00 | | | |
| Sim | 30(30,9) | 0,97(0,68; 1,40) | | | |
| Cuidador de familiar acamado | | | 0,465 | | |
| Não | 87(31) | 1,00 | | | |
| Sim | 3(42,9) | 1,38(0,57; 3,31) | | | |
| Lazer | | | 0,244 | | |
| Não | 8(42,1) | 1,00 | | | |
| Sim | 81(30,2) | 0,71(0,41; 1,25) | | | |
| Atividade física | | | 0,273 | | |
| Não | 45(33,8) | 1,00 | | | |
| Sim | 42(27,8) | 0,27(0,82; 1,16) | | | |

Tabela 8 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de Poisson, das alterações musculoesqueléticas e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014. (continuação)

| Variáveis | Prevalência das alterações musculoesqueléticas n(%) | Análise bruta RP (IC95%) n=288 | Valor p* | Análise Ajustada† RP (IC95%) n=251 | Valor p‡ |
|-------------------------------|---|--------------------------------|--------------------|------------------------------------|--------------|
| Sono | | | 0,456 | | |
| ≥ 7 horas | 31(33,4) | 1,00 | | | |
| < 7 horas | 57(29,4) | 0,87(0,60; 1,25) | | | |
| Tabaco | | | 0,056 | | 0,497 |
| Não | 57(27,5) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 30(39) | 1,41(0,99; 2,02) | | 1,14(0,78; 1,66) | |
| Tabaco atual | | | 0,062 [§] | | |
| Não | 72(28,8) | 1,00 | | | |
| Sim | 14(43,8) | 1,51(0,98; 2,35) | | | |
| Tabaco no passado | | | 0,128 [§] | | |
| Não | 64(28,6) | 1,00 | | | |
| Sim | 22(38,6) | 1,35(0,91; 1,99) | | | |
| Bebida alcoólica | | | 0,328 | | |
| Não | 50(33,1) | 1,00 | | | |
| Sim | 36(27,7) | 0,83(0,58; 1,19) | | | |
| Ocupação | | | 0,639 | | |
| Outras profissões | 51(30,2) | 1,00 | | | |
| Enfermagem | 39(32,8) | 1,08(0,76; 1,53) | | | |
| Nível do cargo ocupado | | | 0,027 | | 0,166 |
| Superior | 22(22,4) | 1,00 | | 1,00 | |
| Técnico | 68(35,8) | 1,59(1,05; 2,41) | | 0,73(0,47; 1,13) | |
| Trabalhador sem vaga fixa | | | 0,240 | | |
| Não | 82(32,5) | 1,00 | | | |
| Sim | 8(22,2) | 0,68(0,36; 1,29) | | | |
| Tempo no cargo da instituição | | | <0,001 | | 0,025 |
| > 10 anos | 63(45,3) | 1,00 | | 1,00 | |
| ≤ 10 anos | 27(18,1) | 0,40(0,27; 0,58) | | 0,59(0,38; 0,93) | |
| Carga horária diária | | | 0,787 | | |
| ≤ 6 horas e 15 minutos | 59(30,7) | 1,00 | | | |
| > 6 horas e 15 minutos | 31(32,3) | 1,05(0,73; 1,50) | | | |
| Turno de trabalho | | | <0,001 | | 0,127 |
| Diurno | 64(26,9) | 1,00 | | 1,00 | |
| Noturno | 26(52) | 1,93(1,37; 2,71) | | 1,33(0,92; 1,92) | |
| Gosta do turno de trabalho | | | 0,932 | | |
| Não | 7(30,4) | 1,00 | | | |
| Sim | 82(31,3) | 1,02(0,54; 1,95) | | | |
| Motivado para o trabalho | | | 0,680 | | |
| Não | 15(33,3) | 1,00 | | | |
| Sim | 73(30,3) | 0,90(0,57; 1,43) | | | |
| Pensa em mudar de função | | | 0,478 | | |
| Não | 72(32,4) | 1,00 | | | |
| Sim | 18(27,7) | 0,85(0,55; 1,32) | | | |
| Sobrecarregado no trabalho | | | 0,231 | | |
| Não | 49(34,3) | 1,00 | | | |
| Sim | 39(27,7) | 0,80(0,56; 1,14) | | | |
| Autonomia no trabalho | | | 0,801 | | |
| Não | 19(30,2) | 1,00 | | | |
| Sim | 71(31,8) | 1,05(0,69; 1,61) | | | |
| Progresso ou recompensa | | | 0,015 | | 0,040 |
| Não | 41(40,2) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 49(26,5) | 0,65(0,47; 0,92) | | 0,69(0,482; 0,98) | |

Tabela 8 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de Poisson, das alterações musculoesqueléticas e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.

| Variáveis | Prevalência das alterações musculoesqueléticas n(%) | Análise bruta | | Análise Ajustada [†] | |
|-------------------------------|--|---------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|
| | | RP (IC95%) n=288 | Valor p [*] | RP (IC95%) n=251 | Valor p [‡] |
| Conflito de valores | | | 0,329 | | |
| Não | 72(32,7) | 1,00 | | | |
| Sim | 17(26,2) | 0,79(0,50; 1,25) | | | |
| Trabalha em outra instituição | | | 0,234 | | |
| Não | 72(31,6) | 1,00 | | | |
| Sim | 10(22,2) | 0,70(0,39; 1,25) | | | |
| Número riscos ocupacionais | | | 0,948 | | |
| ≤ 2 | 68(32,4) | 1,00 | | | |
| >2 | 21(32,8) | 1,01(0,67; 1,51) | | | |
| Risco ergonômico | | | 0,005 | | 0,132 |
| Não | 32(24,1) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 57(40,4) | 1,68(1,16; 2,41) | | 1,33(0,91; 1,93) | |
| Acidente de trabalho 3 anos | | | 0,051 | | 0,171 |
| Não | 66(28,7) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 24(41,4) | 1,44(0,99; 2,08) | | 1,29(0,89; 1,86) | |
| Auxílio doença 3 anos | | | 0,011 | | 0,560 |
| Não | 70(28,6) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 20(46,5) | 1,62(1,11; 2,37) | | 1,13(0,74; 1,73) | |
| Limitação funcional 3 anos | | | 0,948 | | |
| Não | 68(32,4) | 1,00 | | | |
| Sim | 21(32,8) | 1,01(0,67; 1,51) | | | |
| Exame periódico médico 3 anos | | | 0,347 | | |
| Não | 17(37) | 1,00 | | | |
| Sim | 73(30,2) | 0,81(0,53; 1,24) | | | |
| Afastamento laboral 3 anos | | | 0,011 | | 0,008 |
| Não | 11(16,9) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 79(35,4) | 2,09(1,18; 3,69) | | 2,04(1,20; 3,46) | |
| Hospitalização 12 meses | | | 0,053 | | 0,703 |
| Não | 75(29,4) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 12(46,2) | 1,56(0,99; 2,47) | | 1,09(0,69; 1,72) | |
| Medicamentos | | | 0,002 | | 0,900 |
| Não | 34(22,8) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 55(40,7) | 1,78(1,24; 2,55) | | 0,97(0,67; 1,41) | |

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas:

* *Teste Qui-Quadrado de Wald* ($p < 0,20$).

† Variáveis ajustadas: Idade, Anos de trabalho/experiência, Situação conjugal, Filhos, Tempo casa-trabalho-casa, Tabaco, Nível do cargo ocupado, Tempo no cargo da instituição, Turno de trabalho, Progresso e recompensa, Risco ergonômico, Acidente de trabalho 3 anos, Auxílio doença 3 anos, Afastamento laboral 3 anos, Hospitalização 12 meses, Medicamentos.

‡ *Teste Qui-Quadrado de Wald* ($p < 0,05$).

§ Variável excluída do modelo por multicolinearidade – *Variance Inflation Factor* ($VIF > 2,0$).

Na análise bruta, as alterações musculoesqueléticas que mostraram associação significativa ($p < 0,20$) com as características sociodemográficas, ocupacionais e de situação de saúde foram incluídas no modelo linear generalizado. Entretanto, os fatores encontrados apenas na análise bruta ($p < 0,05$) são discutidos por indicar possibilidade de adoecimento por

alterações musculoesqueléticas dos trabalhadores do cenário do estudo. Isto permite, assim, o repensar sobre as práticas de saúde dessa população que está exposta aos diversos riscos ocupacionais no ambiente hospitalar. Já os fatores associados com diferença estatística significativa ($p < 0,05$) na análise bruta e ajustada são discutidos posteriormente, no momento da análise ajustada.

As características sociodemográficas, ocupacionais e de situação de saúde que podem intensificar a prevalência de alterações musculoesqueléticas são: a idade de 40 ou mais anos (RP=2,69; $p < 0,001$); os anos de trabalho ou experiência menor que 21 anos (RP=2,14; $p < 0,001$); o tempo do deslocamento casa-trabalho-casa superior a 60 minutos (RP=1,59; $p = 0,007$); o nível do cargo ocupado como técnico (RP=1,59; $p = 0,027$); o turno de trabalho noturno (RP=1,93; $p < 0,001$); presença de risco ergonômico (RP=1,68; $p = 0,005$); ter recebido benefício auxílio doença nos últimos três anos (RP=1,62; $p = 0,011$); e o consumo de medicamentos (RP=1,78; $p = 0,002$). As demais variáveis sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde não apresentaram significância estatística ($p > 0,05$) com as alterações musculoesqueléticas.

O avançar da idade implica em alterações fisiológicas da mobilidade articular e da força muscular. A exposição ao risco ergonômico pode desencadear prematuramente essas alterações musculoesqueléticas e, em consequência, comprometer as atividades diárias individuais, sociais e laborais.

A dor lombar crônica foi investigada em 3.182 pessoas com idade mínima de 20 anos, residentes em Pelotas-RS⁽¹⁹⁹⁾. Constatou-se a associação significativa com a faixa etária de 40 a 49 anos (OR=5,63; $p < 0,001$) e de 50 a 59 anos (OR=8,49; $p < 0,001$). Na França, dentre 14.428 trabalhadores de diferentes setores da produção, residentes na região metropolitana, verificou-se que o aumento da ocorrência de lombalgia crônica por mais de 30 dias está relacionada à idade de 30 a 64 anos, sendo representativo para os homens de 12,6% para 19,7% e para as mulheres de 16,4% para 21,9%⁽²⁶⁰⁾.

A presença de sintomas musculoesqueléticos na região do cervical nos últimos 12 meses também foi averiguada em uma amostra de 5.388 trabalhadores chineses, de diversos setores da produção⁽²⁶²⁾. Constatou-se a associação com a idade a partir dos 41 anos em ambos os sexos, sendo mais prevalente em mulheres (OR=2,92; $p < 0,01$) do que em homens (OR=1,83; $p < 0,01$). Complementando a diversidade das ocupações, dentre 268 trabalhadores do ramo metalúrgico, na cidade de Canoas-RS⁽¹³⁵⁾, observou-se a associação da idade, a partir dos 33 anos, aos sintomas osteomusculares na região do cotovelo nos últimos 12 meses

(OR=3,46; p=0,008), e nos últimos sete dias na região do cotovelo (OR=7,36; p=0,003) e antebraço (OR=4,99; p=0,001).

No cenário hospitalar, esse fator associado não foi diferente. Em Santa Maria-RS⁽¹⁴⁸⁾, 498 trabalhadores de enfermagem avaliaram sua capacidade para o trabalho, sendo verificado que os com idade de 47 ou mais anos apresentam capacidade reduzida, a qual está relacionada com a dor musculoesquelética (p=0,021). Para outros 651 trabalhadores, em 29 ocupações hospitalares no interior de São Paulo-SP⁽²⁰⁰⁾, foi observado que conforme aumenta a média da idade, cresce a prevalência de doenças musculoesqueléticas (p<0,001).

No presente estudo, observou-se que a razão de prevalência de alterações musculoesqueléticas dentre os trabalhadores de 54 ocupações distintas aumenta 2,69 vezes entre aqueles com idade de 40 ou mais anos ao ser comparado aos trabalhadores mais jovens. Corroborar-se por meio dos achados das demais investigações supracitadas que a idade é um fator que contribui para a ocorrência das alterações musculoesqueléticas, devido ao envelhecimento do corpo do trabalhador^(135,200). Tal processo é natural e irreversível e implica no declínio da capacidade física e mental. Entretanto, sabendo-se do grau de exposição dos trabalhadores às atividades laborais com altas demandas físicas e mentais, torna-se imprescindível propor ações de valorização aos trabalhadores com idade de 40 ou mais anos, de modo a minimizar os danos e disfunções do sistema musculoesquelético decorrentes do trabalho. Ao mesmo tempo, sensibilizar os trabalhadores mais jovens sobre o processo de envelhecimento no que tange as alterações fisiológicas é um comportamento preventivo organizacional, de modo que seja incorporada a promoção do autocuidado, o que contribui no retardamento da manifestação de disfunções musculoesqueléticas.

Os anos de trabalho ou experiência vivenciados pelo trabalhador no cenário laboral refletem a maneira como ele agiu diante dos riscos ocupacionais, da disponibilidade de materiais e equipamentos, bem como das condições da estrutura física e mobiliária da instituição. Os estudos^(200,258-259) apontam que os anos de trabalho potencializam o desenvolvimento de alterações musculoesqueléticas que, muitas vezes, são decorrentes de posturas inadequadas, movimentos repetitivos, movimentação de cargas, entre outras causas.

Na amostra deste estudo, a maior prevalência das alterações musculoesqueléticas ocorre para trabalhadores com o tempo de trabalho inferior a 21 anos, quando comparados aos trabalhadores com maior tempo de atuação. Esse achado difere dos estudos encontrados na literatura científica, que se referem à categoria de trabalhadores de enfermagem e professores.

No cenário hospitalar, observou-se a associação estatística da presença de algia localizada na região dos cotovelos com a experiência laboral mínima de 20 ou mais anos

($p=0,020$) entre os trabalhadores de enfermagem em Santa Maria-RS⁽²⁵⁹⁾. O mesmo aconteceu com trabalhadores da instituição hospitalar no interior de São Paulo-SP⁽²⁰⁰⁾, dentre os quais a prevalência das doenças musculoesqueléticas aumenta de acordo com os anos de trabalho, até o limite de 30 anos ($p<0,001$). Após os trinta anos, a prevalência de doenças musculoesqueléticas decresce porque somente os trabalhadores mais saudáveis conseguem manter suas atividades laborais (efeito do trabalhador sadio).

Neste sentido, concorda-se com os autores⁽²⁰⁰⁾ sobre a possibilidade que a amostra em estudo também esteja sob o efeito do trabalhador sadio quando os trabalhadores com tempo de trabalho superior a 20 anos têm menor prevalência de alterações musculoesqueléticas devido à saída daqueles com estes danos. O trabalho no hospital apresenta exigência de esforço e demanda física, e talvez, no momento da abordagem dos trabalhadores, apenas os saudáveis estavam trabalhando. Outra hipótese seria que os trabalhadores mais jovens estejam assumindo maior número de atividades laborais e extra-laborais. O inquérito da União Europeia⁽²⁴¹⁾ sugere que os trabalhadores jovens estão cada vez menos informados sobre os riscos ocupacionais e aponta que as situações de trabalho fisicamente exigentes que acarretam em posicionamento incorreto, movimentação de cargas pesadas e tarefas repetitivas são mais comuns, assim como o trabalho por turnos e com horários de trabalho irregulares entre estes trabalhadores que, em consequência, correm riscos de desenvolver as lesões musculoesqueléticas.

Dentre os professores da rede municipal de Salvador-BA, a dor musculoesquelética dos membros superiores (RP=1,39; $p<0,001$), membros inferiores (RP=1,14; $p<0,01$) e região dorsal (RP=1,20; $p<0,001$) mostrou associação com tempo de trabalho superior a 14 anos⁽²⁵⁸⁾. Contudo, o desfecho merece uma reflexão sobre a possibilidade do trabalhador no início da carreira estar mais exposto, o que pode deflagrar a manifestação de problemas musculoesqueléticos nos primeiros 20 anos do decurso da vida laboral. Evidencia-se a necessidade de ações que minimizem o desgaste físico e a conscientização do trabalhador para adoção de atitudes e comportamentos de cuidado com o seu corpo, para que este, no futuro, possa desfrutar de um envelhecimento com qualidade de vida, mantendo a capacidade vital para as suas atividades individuais e sociais.

Em relação ao tempo de deslocamento casa-trabalho-casa, é preciso considerar as condições de trafegabilidade e do transporte que são vivenciadas no cotidiano das grandes das cidades, nas quais existe o crescimento populacional; expansão de bairros residenciais afastados; crescimento do poder econômico nas famílias; aumento da frota de veículos; e níveis de congestionamentos. As distâncias casa-trabalho tendem a ser mais longas dos locais

de trabalho na região metropolitana, principalmente, quando é possibilitada a tarifa única no transporte coletivo intermunicipal, ou quando há condições favoráveis ao trabalho na instituição que a tornam referência para o trabalhador^(174,293).

A maior prevalência de alterações musculoesqueléticas ocorre para aqueles trabalhadores que têm o tempo de deslocamento casa-trabalho-casa superior aos sessenta minutos diários. Embora, não existam estudos que corroborem essa relação, tal fator associado ao adoecimento incita a discussão sobre o tempo utilizado para o trabalho, ou seja, agrega-se no mínimo uma hora diária à jornada de trabalho. Talvez as condições do deslocamento possam agir de maneira desfavorável sobre a saúde física e mental à medida que aumentam a fadiga e reduzem o tempo de convívio familiar, social e de lazer, podendo repercutir na exclusão prematura do trabalhador do mundo laboral por acidentes e doenças musculoesqueléticas incapacitantes.

Logo, destaca-se a necessidade de se investigarem as situações vivenciadas no cotidiano pelo trabalhador em seu cotidiano laboral, tais como o tempo de deslocamento. Tal estudo cabe preferencialmente para aqueles que utilizam o transporte público coletivo e a repercussão do mesmo sobre a sua saúde quando: não existe pontualidade no horário do transporte; a parada de ônibus tem condições inadequadas para a espera; a distância percorrida pelo trabalhador em seu bairro residencial ou laboral até a parada do ônibus é longa; há superlotação em horários que findam as jornadas de trabalho; o tempo de percurso diante dos congestionamentos e o “para e arranca” são constantes; as distâncias percorridas da área central aos bairros são distantes; as poltronas não atendem aos critérios ergonômicos, especialmente, ao se realizarem longos percursos; há o desconforto físico; e a higienização e ventilação são inadequadas^(174,293). Sendo assim, é imprescindível o aprofundamento científico sobre os riscos externos ao ambiente laboral ao qual o trabalhador está exposto ao sair e voltar para sua residência, tanto pela exposição ergonômica como pelos acidentes de trajeto, visto que o tempo dispendido para ir trabalhar é indissociável da jornada de trabalho.

O nível do cargo neste estudo foi categorizado de acordo com as 54 ocupações relatadas pelos trabalhadores, em nível superior (bacharelado) e as demais como nível técnico, sendo que entre os técnicos ocorreu maior proporção de indivíduos com alterações musculoesqueléticas, dados esses semelhantes aos encontrados dentre os trabalhadores de enfermagem de um hospital de Santa Maria-RS⁽²⁵⁹⁾, dentre os quais a prevalência de dor musculoesquelética na região torácica posterior ($p=0,015$) e lombar ($p=0,042$) mostrou uma associação significativa com os trabalhadores de nível técnico. No mesmo cenário⁽¹⁴⁸⁾, os técnicos de enfermagem relataram dor musculoesquelética de intensidade forte/insuportável

($p=0,019$). No hospital, a divisão do trabalho segue uma hierarquização entre os profissionais de nível superior e técnico. Ao nível técnico, em geral, cabe a execução de tarefas em ritmo acelerado, repetitivas e com pouca autonomia decisória sobre o processo de trabalho, o que pode predispor os profissionais à lesões osteomusculares⁽²⁵⁹⁾.

A escolaridade foi investigada entre 651 trabalhadores de 29 ocupações na instituição hospitalar e categorizada em cinco estratos, sendo a primeira categoria nenhuma escolaridade e a última o curso universitário⁽²⁰⁰⁾. A maior prevalência das doenças musculoesqueléticas associou-se aos níveis de menor escolaridade ($p=0,017$).

Os resultados encontrados convergem para os achados deste estudo. Acredita-se que o predomínio de atividades de alta exigência física no cargo técnico aumenta, assim como a prevalência de alterações musculoesqueléticas quando comparadas aos daqueles profissionais com nível superior. Alguns estudos^(148,226,243,245) com técnicos e auxiliares de enfermagem e trabalhadores da lavanderia hospitalar evidenciaram que os riscos ocupacionais são negligenciados por estes trabalhadores ao desconhecerem as relações entre os fatores causadores e os danos à saúde. Os trabalhadores mantem postura corporal inadequada, não observando a mecânica corporal, além de o dimensionamento de pessoal ser inadequado para atender a demanda do serviço, o que gera a sobrecarga e o ritmo acelerado. Logo, essas causas implicam na falta de segurança do trabalhador, assim como ausência de cuidado com a própria saúde.

Corroboram-se os estudos^(148,226,245) que enfatizam a necessidade de sensibilização do trabalhador desde a ambientação, tão logo após a admissão na instituição, assim como de ações contínuas de valorização da educação em serviço por meio da problematização para se reduzirem os danos ao sistema musculoesquelético.

Outro fator que pode causar danos à saúde é o turno de trabalho para quem opta pelo período noturno e expõe-se por longo tempo⁽³¹⁷⁾. Diversos estudos^(203,206-209) discutem as implicações da qualidade do sono-descanso e o aparecimento de doenças do trabalho (físicas e mentais) que culminam em afastamento laboral e repercutem economicamente sobre o trabalhador, empregador e sociedade. Porém, esses estudos refletem parte da totalidade das ocupações, tendo como foco especificamente os trabalhadores de enfermagem.

Em Curitiba-PR, o estudo avaliou os relatos de sintomas e doenças musculoesqueléticas, sendo verificado que as cervicodorsolombalgias atingem 54,2% dos 173 trabalhadores de enfermagem do regime de trabalho noturno⁽²⁰⁷⁾. O mesmo acontece em Santa Maria-RS⁽²⁵⁹⁾, onde os trabalhadores de enfermagem do turno noturno apresentaram associação significativa com dor musculoesquelética na região dos joelhos ($p=0,031$).

Na amostra do presente estudo, independentemente da ocupação, dentre os trabalhadores do regime de trabalho noturno, aumenta a prevalência de alterações musculoesqueléticas quando comparados aos trabalhadores do diurno. Nesse grupo, têm-se trabalhadores do regime noturno de 12/36 horas e 12/24 horas que atuam de acordo com as cláusulas contratuais de cada ocupação nesta instituição. Portanto, na categorização da variável turno de trabalho foram considerados todos aqueles do regime noturno, sem distinção entre os intervalos de descanso-trabalho.

Sendo assim, a organização do trabalho em turnos na instituição precisa observar as características do cronótipo e da exposição ergonômica do trabalhador para minimizar os danos na associação com as alterações musculoesqueléticas^(35,207). Entretanto, existe a necessidade de se realizarem investigações que abordem especificamente as diferenças do regime de trabalho noturno dentre os trabalhadores desse hospital, assim como estratégias que possam garantir períodos de descanso e de promoção da capacidade física no expediente noturno.

O risco ergonômico está presente nas atividades laborais que requerem esforço e demanda física e predispõe a alterações musculoesqueléticas leves, moderadas ou graves. A postura do trabalhador na execução do trabalho foi avaliada entre 3.182 pessoas com idade mínima de 20 anos⁽¹⁹⁹⁾, e observou-se a associação da prevalência de lombalgia crônica com o risco ergonômico de permanecer geralmente ou sempre deitado no trabalho ($p=0,04$), geralmente ou sempre carregando peso ($p=0,04$), ou realizando movimentos repetitivos ($p=0,008$).

Na enfermagem, os trabalhadores que atuam em unidades de emergência avaliaram as condições de seu trabalho quanto à exposição ao risco ergonômico evidenciando: a área física inadequada com risco para acidentes e quedas; o uso de equipamentos inadequados; a escassez de materiais e equipamentos; o levantamento de peso; a altura das macas; o repouso de pacientes no chão por superlotação da unidade; o número insuficiente de trabalhadores gerando a sobrecarga de trabalho; e a postura corporal inadequada⁽¹⁰⁰⁾. Outro estudo⁽²⁶³⁾ realizado com 361 enfermeiras norte-americanas evidenciou a correlação fraca dos sintomas musculoesqueléticos com a exigência física ($r=0,150$; $p<0,01$). Já a realização de tarefas repetitivas e monótonas frequentemente ou sempre ($RP=1,74$; $p<0,05$) mostrou associação com a percepção de fadiga muscular elevada entre os trabalhadores de enfermagem de uma instituição hospitalar em Rio Branco-AC⁽²³⁶⁾.

No cenário das instituições de saúde, as demandas físicas vivenciadas por trabalhadores do interior de São Paulo-SP mostraram que o aumento da prevalência de

doenças musculoesqueléticas está associado à presença do risco ergonômico ($p < 0,001$) na atividade executada em ocupações de nível técnico⁽²⁰⁰⁾. Na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG⁽²⁶⁴⁾, o estudo realizado com os 1.721 trabalhadores identificou a associação de dor musculoesquelética em membros superiores com as exigências físicas do trabalho, sendo mais representativo entre os homens (RP=2,02; $p < 0,05$) do que entre as mulheres (RP=1,63; $p < 0,001$).

Na amostra deste estudo, a associação encontrada foi semelhante aos estudos supracitados sendo que o risco ergonômico aumenta 1,68 vezes a prevalência de alteração musculoesquelética ao ser comparado aos trabalhadores que não têm risco ergonômico. Entretanto, exige-se prudência na reflexão sobre a ergonomia e as maneiras de como atenuar os danos provocados pela exposição, porque, invariavelmente, o trabalhador terá algum comprometimento da estrutura musculoesquelética no decurso de sua vida pessoal e laboral.

Diversos estudos^(236,263-264) apontam que a prevalência das alterações musculoesqueléticas está associada às condições ambientais e pessoais. Logo, as estratégias em saúde precisam ir além de propostas para situações pontuais. A promoção e manutenção da educação precisa ser abordada entre os trabalhadores do cenário hospitalar desde a sua admissão como meio de retardar o comprometimento musculoesquelético por condições infligidas pelo próprio trabalhador. E, paralelamente, os gestores, por vezes, necessitam de sensibilização a respeito de alguns fatores nocivos do trabalho que podem ser amenizados de forma a prevenir ou minimizar o dano à saúde⁽¹⁰⁰⁾. Desta maneira, será possível contribuir na redução de incapacidades físicas e mentais que se consolidam por limitação de atividades, acidentes de trabalho e afastamentos prolongados do ambiente laboral.

A concessão do auxílio doença aos trabalhadores brasileiros, no período de 2008 a 2011, revelou um aumento da proporção de afastamentos por doenças no ambiente laboral. O processo de envelhecimento, a idade e as morbidades do sistema musculoesquelético potencializam a ocorrência dos afastamentos do trabalho⁽²¹⁾.

Na amostra deste estudo, observou-se que ao ter incapacidade laborativa e necessitar do auxílio doença nos últimos três anos aumenta a prevalência de alterações musculoesqueléticas. O fato de se vivenciar um período como assegurado do auxílio doença remete à possibilidade de que esse trabalhador talvez tenha condições de saúde mais fragilizada.

Embora, não haja estudos que comprovem essa relação, esse fator associado ao adoecimento traz a possibilidade de se observarem os dados do MPS⁽³¹⁾ que dizem que as Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo representam a segunda causa

mais frequente para o pagamento do auxílio doença (19,8%). A incapacidade temporária foi avaliada entre 17.282 trabalhadores em auxílio doença na Bahia, sendo observado o predomínio de 5.651(32,7%) auxílios doença para o grupo de causas das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo; e quando analisado esse mesmo grupo de causa selecionando apenas as doenças do trabalho a proporção eleva-se para 70%⁽²⁰⁾. Portanto, o achado deste estudo reforça que o padrão de envelhecimento populacional e, em consequência, da força de trabalho, evidencia a necessidade de propostas estratégicas que reduzam o impacto nocivo do trabalho na saúde e a concessão de auxílio doença temporário e/ou permanente, em decorrência de agravos musculoesqueléticos.

O uso de medicamentos está associado às alterações musculoesqueléticas visto que a sensação da dor pode ser tão desconfortante, física e emocionalmente, que pode impedir o trabalhador de manter a concentração nas atividades pessoais, sociais e laborais. No serviço de nutrição de um hospital público em São Paulo-SP, 39% dos 115 trabalhadores referiram o uso de medicamentos para minimizar os desconfortos musculoesqueléticos⁽¹⁶¹⁾. O mesmo foi relatado por trabalhadores de uma rede de supermercados em Itajaí-SC⁽³¹⁸⁾ que o uso de medicamento tem associação com as queixas musculoesqueléticas nos últimos doze meses ($p=0,007$) e das queixas musculoesqueléticas com afastamento laboral ($p<0,001$).

Na amostra do estudo, o consumo de analgésicos e anti-inflamatórios foi relatado por 9,3% dos 135 trabalhadores que confirmaram o uso de medicamento prescrito pelo médico nos últimos doze meses. A associação foi significativa para os trabalhadores que consomem medicamentos, o que aumenta a prevalência de alterações musculoesquelética, quando comparados aos que não utilizaram medicamentos nos últimos doze meses. Essa associação ocorreu com todas as classes de medicamentos relacionados ou não aos problemas musculoesqueléticos, o que alerta de que o uso de medicamento, sob a prescrição médica ou por decisão própria do trabalhador, é uma estratégia de enfrentamento ao problema fisiológico para se permanecer em exercício laboral.

A maior prevalência das alterações musculoesqueléticas está associado com: idade de 40 ou mais anos; anos de trabalho ou experiência inferior a 21 anos; tempo do deslocamento casa-trabalho-casa superior a 60 minutos; nível do cargo ocupado como técnico; turno de trabalho noturno; risco ergonômico; ter recebido seguro auxílio doença nos últimos três anos. Além disso, o consumo de medicamentos denota que existe uma parcela significativa de trabalhadores no cenário hospitalar que vem desenvolvendo e agravando a sintomatologia destas patologias. Esses fatores associados ao adoecimento requerem atenção dos profissionais de saúde dos serviços ocupacionais para o enfrentamento do problema, que no

decorso do envelhecimento dos trabalhadores poderão ser evidenciadas as alterações musculoesqueléticas, de forma crescente pela manifestação de limitações ou incapacidades, exigindo reabilitações para reinserção, ou a exclusão prematura do mercado de trabalho por sequelas, invalidez e óbito.

A renda do auxílio doença, que pode ser inferior à que o trabalhador recebe no exercício de seu cargo, por vezes causa constrangimentos e privações ao trabalhador, além de sua reinserção no trabalho após longo período de afastamento, constitui outro desafio, não somente para o próprio trabalhador, mas para equipe de profissionais da área do trabalho. Na avaliação dos trabalhadores da enfermagem com limitações físicas e psicossociais que foram reabilitados em 2010, o adoecimento causa insegurança em relação ao futuro, violência simbólica que é sofrida no percurso previdência-instituição, e mudanças nas relações laborais, sociais e afetivas dos trabalhadores incapacitados e reabilitados⁽³¹⁹⁾.

A revisão sistemática de 21 artigos científicos identificou as barreiras do retorno ao trabalho, dos diversos setores de produção, que podem potencializar afastamentos subsequentes.

- Individuais: a presença de dor contínua; o consumo de medicamentos de origem opiácea; a percepção da gravidade da lesão, incapacidade e falha terapêutica; o sofrimento psíquico; a idade avançada; a baixa escolaridade; as condições socioeconômicas; o menor tempo de vínculo com a instituição; o tempo de afastamento.
- Organizacionais: a alta demanda psicológica; o baixo controle do trabalho; a permanência das condições patológicas geradoras de adoecimento; o retorno para a mesma função; a dificuldade de relacionamento com supervisores e colegas de trabalho; a alta precoce do Seguro por Acidentes de Trabalho; e a demora em receber o tratamento⁽³²⁰⁾.

Estes dados endossam a máxima de que o adoecimento do trabalhador é maléfico não somente para o próprio sujeito, mas também para a equipe de trabalho e instituição.

O modelo de regressão de *Poisson* revelou os fatores que aumentam a prevalência de alterações musculoesqueléticas, quais sejam: a situação conjugal sem companheiro (RP=1,69; p=0,005); ter filhos (RP=1,55; p=0,032); e o afastamento laboral nos últimos três anos (RP=2,04; p=0,008). As demais variáveis sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde não apresentaram significância estatística em relação às alterações musculoesqueléticas.

A situação conjugal no estudo foi dicotomizada em duas categorias: possuir companheiro e sem companheiro. Na categoria sem companheiro, foram incluídos os trabalhadores que afirmaram ser solteiros, divorciados, desquitados e viúvos. Possuir ou não um companheirismo denota uma complexidade: se, por um lado, promove vínculos afetivos e de apoio que podem constituir um aspecto positivo para a vida da pessoa, por outro, a relação como casal também pode ser geradora de várias demandas e consequente desgaste físico e emocional.

Em estudos de base populacional entre pessoas residentes em Pelotas-RS⁽¹⁹⁹⁾, a situação conjugal sem companheiro apresentou-se como fator de proteção ao se associar à lombalgia crônica na análise bruta (OR=0,65; p=0,02) e ajustada (OR=0,58; p=0,004). Em Salvador-BA⁽³²⁰⁾, observou-se que a dor crônica teve associação estatística com a situação conjugal possuir companheiro (RP=1,26; p<0,001). E na investigação junto ao CEREST-Piracicaba-SP⁽³²¹⁾, encontrou-se associação da presença de dor musculoesquelética e a situação conjugal com companheiro (p<0,001).

Nos serviços da área da saúde, o estudo com os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG⁽²⁶⁴⁾ identificou a associação de dor musculoesquelética em membros superiores com a situação de possuir companheiro, sendo prevalente para os homens (RP=1,87; p<0,05) quando comparado com às mulheres (RP=1,00; p>0,05). Com trabalhadores de enfermagem de um hospital em Santa Maria-RS⁽¹⁴⁸⁾, não foi encontrada associação estatística da dor musculoesquelética com a situação conjugal (p=0,898).

Em Thessaloniki-Grécia, os trabalhadores dentistas que vivem sozinhos apresentaram associação com as complicações musculoesqueléticas na região dos ombros (OR=2,65; p<0,05) e pescoço (OR=1,87; p<0,05) nos últimos doze meses⁽³²²⁾. Entretanto, em Belo Horizonte-MG⁽³²³⁾, para a mesma classe trabalhadora, ter a situação de casado é um fator que reduz a prevalência de dor osteomuscular (OR=0,52; p<0,05).

Na amostra em estudo, observou-se que uma maior prevalência de alterações musculoesqueléticas ocorre com os trabalhadores sem companheiro, quando comparados aos trabalhadores que possuem companheiro. Entretanto, não foram encontrados estudos com avaliação de trabalhadores do cenário hospitalar, o que restringe apontar a situação conjugal como fator de proteção ou de adoecimento. Contudo, alguns estudos^(199,321,324) propõem que a situação conjugal seja considerada como um marcador de risco, tendo-se em vista uma maior exposição no domicílio em decorrência das atividades domésticas, o cuidado para com os filhos ou ainda o cuidado para com o familiar acamado ou com necessidade especial.

Também, a condição de responsabilidade pela família poderia ser considerada um agravante em decorrência de o trabalhador submeter-se às condições precárias no exercício do trabalho.

Na atualidade, o casal ou um dos indivíduos define-se em ter ou não filhos. Essa decisão permeia o projeto de vida familiar na constituição de arranjos familiares nucleares ou extensos. Na amostra do estudo, identificou-se que ter filhos aumenta a prevalência de alterações musculoesqueléticas. Não foram encontrados na literatura científica outros estudos que investigassem todas as categorias de trabalhadores de instituição hospitalar com ter ou não filhos como fator associado para alterações musculoesqueléticas.

Entretanto, entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital em Santa Maria-RS⁽²⁵⁹⁾, possuir filhos menores de seis anos mostrou associação com a presença de dor musculoesquelética na região lombar ($p=0,005$) e pernas ($p=0,008$). Complementando, professores da rede municipal de Salvador-BA⁽²⁵⁸⁾ relataram ter filhos apresentaram associação significativa com a dor localizada nos membros superiores ($RP=1,24$; $p<0,001$), membros inferiores ($RP=1,14$; $p<0,01$) e região dorsal ($RP=1,15$; $p<0,001$).

A amostra do estudo aqui apresentada e as investigações supracitadas expressam a predominância de mulheres as quais, ao finalizarem a jornada laboral, em geral, assumem as tarefas domésticas e o cuidado aos filhos. Cabe ressaltar que quanto menor é a idade do filho, mais dedicação e interação com a criança tornam-se necessárias para atender as necessidades fisiológicas do ciclo evolutivo humano. Assim, a maior exigência do tempo no cerne familiar associado à jornada laboral aumentam a possibilidade do desgaste físico e mental, sendo estes manifestados por relatos da sintomatologia musculoesquelética. Então, ter filhos poderia ser ponderado como um marcador de risco para as alterações musculoesqueléticas⁽²⁵⁸⁻²⁵⁹⁾.

As doenças crônicas e do trabalho, em sua maioria, evidenciam a ocorrência de afastamentos laborais no decurso da vida ocupacional. As Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo representam a segunda causa para os afastamentos do trabalho por motivo de doença^(31,233).

Em uma instituição hospitalar de São Paulo-SP, a categoria de trabalhadores de enfermagem atingiu 41,5% dos afastamentos laborais causados por Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo⁽²⁷⁷⁾. Nesse estudo, observou-se que os afastamentos ocorreram nos períodos com menor taxa de ocupação dos leitos hospitalares, sendo resultantes da intensificação do ritmo de trabalho por conta de maiores taxas de ocupação hospitalar.

A avaliação dos fatores associados ao afastamento laboral dos trabalhadores de enfermagem em três grandes hospitais no Rio de Janeiro-RJ⁽³²⁵⁾, constatou que o relato de até duas doenças musculoesqueléticas tem associação tanto com o afastamento de no máximo

nove dias (OR=1,24; $p<0,001$), como com o afastamento de no mínimo 10 dias (OR=2,28; $p<0,001$). Em Porto Alegre-RS, a taxa de absenteísmo foi superior dentre os trabalhadores de enfermagem que relataram o diagnóstico médico de doença osteomuscular no período de 12 meses ($p<0,01$) e 24 meses ($p=0,01$) quando comparada aos trabalhadores que afirmaram não ter doenças osteomusculares⁽⁴¹⁾. Na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG⁽²⁶⁴⁾, entre os trabalhadores, foi identificado a associação de dor musculoesquelética em membros superiores com a ocorrências de afastamentos laborais, com maior probabilidade entre os homens (RP=2,18; $p<0,001$), quando comparado com às mulheres (RP=1,71; $p<0,001$).

Na amostra do estudo, os trabalhadores com afastamento laboral no período de três anos associou-se a maior prevalência de doenças musculoesqueléticas. Esse resultado, acrescido aos achados dos demais estudos^(41,264,277,325) citados, evidencia a ascendência das doenças musculoesqueléticas nos afastamentos laborais. E dependendo das condições de retorno ao trabalho destes trabalhadores, seja quanto à sua própria saúde e/ou readaptação, o que ainda poderá causar afastamentos subsequentes⁽³²⁰⁾.

Face ao exposto, existe a necessidade de estudos que caracterizem a forma como ocorre o retorno ao trabalho após os afastamentos como um meio de se conhecerem os componentes que condicionam as alterações musculoesqueléticas dentro do cenário hospitalar. Deste modo, será possível propor ações que venham ao encontro da qualificação das condições laborais em consonância com a dinâmica organizacional e subjetiva do trabalhador.

O modelo de regressão de *Poisson* revelou os fatores associados que reduzem a prevalência de alterações musculoesqueléticas, quais sejam: o tempo no cargo da instituição menor que 11 anos (RP=0,59; $p=0,025$) e a existência da possibilidade de progresso e recompensa (RP=0,69; $p=0,040$). Para as demais variáveis sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde não houve significância estatística ($p>0,05$) em relação às alterações musculoesqueléticas.

O tempo no cargo da instituição expressa o quanto os trabalhadores são fidelizados à instituição. A escolha é do próprio trabalhador que define o tempo pela satisfação diante das condições que a instituição propicia em comparação às demais oportunidades de mercado; ou pelo fato de não haver na região outra instituição com as mesmas características.

Na instituição do estudo, os trabalhadores passam por processo seletivo específico para a ocupação profissional, não permitindo que eles, no decorrer de sua vida laboral, ao obterem uma nova profissão, sejam conduzidos ao novo cargo. Sendo assim, se o trabalhador

de nível técnico que concluiu uma graduação busca mudar de cargo, terá que se submeter ao novo processo seletivo. Os cargos na instituição são fixos e o trabalhador poderá ascender dentro do cargo. Na divisão do trabalho dos cargos de nível superior, existem as funções de chefia de equipes.

Neste estudo, houve associação estatística para aqueles que estão atuando no cargo a menos de 11 anos com menor prevalência de alterações musculoesqueléticas. Esse achado assemelha-se ao estudo transversal realizado com bancários em Porto Alegre-RS⁽²⁶⁵⁾, que também encontrou a associação estatística dos casos sugestivos de LERs e DORT com o tempo na função menor que um ano (RP=0,41; p=0,002), de 1,1 a 5 anos (RP=0,61; p=0,002), e de 5,1 a 15 anos (RP=0,64; p=0,002).

No cenário hospitalar, foram encontrados estudos com trabalhadores de enfermagem que se aproximam da realidade dos trabalhadores deste estudo. Em Santa Maria-RS⁽¹⁴⁸⁾, a intensidade forte/insuportável da dor musculoesquelética apresentou maior frequência com o tempo na função superior a 13 anos (p=0,022) quando comparada com os trabalhadores com menor tempo na função. Em outro estudo⁽²⁵⁹⁾ no mesmo município, observou-se que o exercício profissional da enfermagem na mesma função, por um período de 11 a 19 anos, apresentou maior frequência de cervicalgia (p=0,023), sendo que com mais de 20 anos, prevaleceu a dor na região do cotovelo (p=0,020).

Em consonância com os estudos relatados, verifica-se que atividades desempenhadas na mesma função, por um longo tempo, podem constituir um fator para o adoecimento do trabalhador por alterações musculoesqueléticas caso esteja exposto a altas demandas físicas e esforços repetitivos. Entretanto, por conta dos fatores de adoecimento discutidos anteriormente, identificou-se que anos de trabalho ou experiência menor que 21 anos potencializam a prevalência de alterações musculoesqueléticas, dado que contrapõe parcialmente o fator tempo no cargo menor de 11 anos como protetor. Logo, torna-se sugestivo que talvez o grupo de trabalhadores desta instituição que está no cargo por um período de 11 a 20 anos seja justamente aquele exposto aos maiores riscos ergonômicos no desenvolvimento das alterações musculoesqueléticas. Todavia, essa possibilidade carece de aprofundamento em novos estudos para se conhecer a real dimensão dessa distribuição temporal no agravamento do sistema musculoesquelético, tendo em vista que os anos de trabalho ou experiência mostraram associação apenas na análise bruta.

A possibilidade de progresso e recompensa pode ocorrer de diversas maneiras no cerne das instituições. Ela pode ser entendida como: oportunidades para o aperfeiçoamento profissional; valorização do trabalhador pelo seu conhecimento; parceria e cooperação com

colegas e instituição; diferenciação no valor salarial; participação decisória e de valorização social da instituição; participação nos lucros da empresa; entre outros^(11,197,326).

Na instituição deste estudo, os trabalhadores que afirmaram existir a possibilidade de progresso e recompensa tiveram menor prevalência de alterações musculoesqueléticas quando comparados com os trabalhadores que negaram essa condição em suas atividades laborais. Na literatura científica^(11,197,326), esse fator em estudo tem ampla abordagem relacionando com a saúde mental dos trabalhadores. A realização profissional como componente da Síndrome de *Burnout* talvez seja o que se aproxime da percepção do trabalhador ao afirmar a existência da possibilidade de progresso e recompensa, mas também não foram encontrados estudos que apresentassem a relação com os distúrbios musculoesqueléticos.

Deste modo, torna-se sugestivo a avaliação da possibilidade de recompensa e o progresso associado às alterações musculoesqueléticas para os mesmos se confirmarem como um fator de proteção à saúde do trabalhador. Por outro lado, estes também poderão representar um fator de adoecimento na medida em que as instituições definem a participação do trabalhador nos lucros da empresa, o que pode refletir na intensificação do trabalho diário para reverter em ganhos financeiros, propiciando maior desgaste e exposição aos riscos ergonômicos⁽³⁰³⁾.

A associação multivariada para as alterações musculoesqueléticas com o tempo no cargo menor que 11 anos e a possibilidade de progresso e recompensa revelam que os trabalhadores reduzem o aparecimento da sintomatologia musculoesquelética. Entretanto, esses fatores como protetores à saúde precisam ser investigados para se confirmar a temporalidade diante da prevalência das alterações musculoesqueléticas, assim como o entendimento do trabalhador sobre as recompensas e progressos para potencializar as ações de vigilância em saúde voltadas à promoção e prevenção das doenças.

Por fim, a promoção da saúde do trabalhador na instituição hospitalar carece de estratégias do empregador, da equipe de saúde do trabalho e do próprio trabalhador na redução das alterações musculoesqueléticas. Torna-se necessário usufruir da tecnologia existente no cenário laboral para se reduzir a força física, assim como adotar pausas frequentes durante a jornada de trabalho como meio de minimizar as possíveis alterações musculoesqueléticas que são inerentes ao cargo ocupado^(211,315).

Para ilustrar a responsabilidade diante das alterações musculoesqueléticas, a dor musculoesquelética foi avaliada em 228 trabalhadores de um escritório em São Paulo-SP. Dentre esses trabalhadores, 21,5% relataram o desconforto álgico e foram randomizados em três grupos para a realização da ginástica laboral, obedecendo a uma frequência semanal de

cada grupo, duas, três e cinco vezes na semana. Ao final de seis meses, os resultados comprovaram a redução do número de relatos ($p < 0,05$) e da intensidade ($p < 0,05$) de dor musculoesquelética percebida pelo trabalhador⁽³²⁷⁾.

A ginástica laboral é apenas uma ação dentro de uma diversidade de possibilidades que podem ser pensadas e instituídas na valorização da saúde do trabalhador. Na instituição deste estudo, a ginástica laboral é uma realidade, mas carece sensibilizar os trabalhadores quanto às reais contribuições que ela oferece à saúde, pois a adesão ainda é pequena. A conscientização dos trabalhadores sobre os danos à saúde, assim como a valorização dos treinamentos posturais, as técnicas de relaxamento e a educação para a promoção da saúde de modo a prevenir os efeitos adversos do trabalho. Cabe reforçar que o trabalhador precisa conhecer os princípios que regem a mecânica corporal para aplicação prática, de modo que haja o mínimo esforço do sistema musculoesquelético.

A vigilância em saúde do trabalhador tem o intuito de avaliar e propor ações em consonância com a exposição dos trabalhadores diante de fatores associados ao adoecimento e de proteção da saúde⁽¹⁹⁾. Na perspectiva da vigilância e da interdisciplinaridade, muitas ações podem ser instituídas pelos profissionais de saúde aos trabalhadores para a redução da morbidade e do impacto econômico na empresa e sociedade. As alterações musculoesqueléticas constituem-se em um problema de saúde pública, podendo ser consideradas inevitáveis, mas com possibilidade de traçar estratégias para retardar sua manifestação, de modo a garantir que os ganhos de anos sejam vividos com qualidade de vida pelo trabalhador.

5.5 FATORES ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS DO TRABALHO

Cada trabalhador é um ser histórico com um estilo de vida próprio que se agrega à história e à cultura do cenário laboral. Entretanto, nem sempre as expectativas e os projetos de vida individual, familiar, social e ocupacional dos trabalhadores estão alinhados às expectativas e metas institucionais. Em face dessa divergência, o trabalhador, para lidar com a exigência e o estresse no trabalho, desenvolve estratégias de enfrentamento que, por vezes, podem afetar seu corpo e se revelarem por meio de um conjunto de sinais e sintomas decorrentes do adoecimento físico e/ou psíquico^(9,29,57).

A doença do trabalho é aquela desencadeada na prática do exercício laboral, em consonância com o tipo de atividade executada durante a jornada de trabalho, o risco a que está exposto e as atitudes e comportamento do trabalhador. Na literatura científica, as doenças do trabalho podem ser denominadas como doença profissional ou ocupacional. Portanto, as doenças do trabalho são decorrentes de um processo multifatorial e social do trabalho em constante mudança pela sobreposição de padrões antigos e o uso de novas tecnologias que resultam na intensificação do ritmo e carga de trabalho que, por fim, ocasiona o desgaste físico e psíquico. Dessa maneira, a doença pode ser adquirida ou agravada por morbididades crônicas prévias do trabalhador em função das condições do ambiente e das relações interpessoais no trabalho^(22,40-41).

O ambiente hospitalar foi concebido como espaço de cuidado à saúde do indivíduo doente e como apropriado para oferecer condições adequadas ao exercício laboral, de modo a garantir a saúde de seus trabalhadores. No entanto, percebe-se que esse espaço de cuidado constitui uma organização complexa, exigente, competitiva e burocrática que intensifica o ritmo de trabalho e a exposição dos seus trabalhadores aos diferentes riscos ocupacionais. Ao mesmo tempo, a complexidade e multidimensionalidade de cada trabalhador que compõe o conjunto de trabalhadores desse cenário contribui para o processo de adoecimento que também extrapola o ambiente do trabalho^(71,287).

As situações que causam o desequilíbrio das funções físicas e psíquicas do trabalhador no ambiente laboral decorrem das condições que vivenciam em seu núcleo familiar, social e laboral. Na vivência laboral, destacam-se a influência do clima organizacional, papéis ambíguos, pressões, conflitos, sobrecarga de trabalho, dupla jornada e a baixa remuneração^(162,287).

Nessa perspectiva, o estresse ocupacional é um complexo processo multidimensional, sendo considerado como uma das principais causas para as alterações do estado de saúde e de bem-estar do trabalhador e que pode acarretar doenças crônicas, do trabalho e óbito prematuro. Diversas doenças podem ser desencadeadas por alterações psicofisiológicas, destacando-se os transtornos mentais e comportamentais, musculoesqueléticas, respiratórias, digestivas, endócrinas e cardiovasculares⁽¹⁶²⁾. Desse modo, o adoecimento do trabalhador pode ter implicações significativas para sua qualidade de vida individual e social, o que, inevitavelmente, repercute também sobre as atividades laborais.

Com intuito de conhecer os fatores associados às doenças do trabalho presentes em trabalhadores que atuam em hospital e, assim, fazer a proposição de futuras ações que os atenuem é que se desenvolve esta investigação. Sendo assim, apresenta-se, a seguir, os fatores

associados às doenças do trabalho que foram relatados pelos trabalhadores nos últimos doze meses e registrados pela equipe de saúde do trabalhador nos respectivos prontuários no período de 2010 a 2012. Inicialmente, apresentam-se na Tabela 9 os resultados autoinformados pelos trabalhadores com a análise bruta e ajustada desses fatores.

Tabela 9 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de *Poisson* das doenças do trabalho autorrelatadas pelos trabalhadores e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (continua)

| Variáveis | Prevalência das doenças do trabalho 12 meses n(%) | Análise bruta RP (IC95%) | Valor p* | Análise Ajustada [†] RP (IC95%) n=229 | Valor p [‡] |
|------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------|--|----------------------|
| Sexo | | | 0,208 | | |
| Masculino | 10(13,9) | 1,00 | | | |
| Feminino | 44(20,9) | 1,50(0,79; 2,82) | | | |
| Idade | | | 0,008 | | 0,283 |
| < 40 anos | 12(10,9) | 1,00 | | 1,00 | |
| ≥ 40 anos | 42(24,3) | 2,22(1,22; 4,03) | | 1,60(0,67; 3,77) | |
| Anos de estudo | | | 0,004 | | 0,065 |
| > 13 anos | 31(15,2) | 1,00 | | 1,00 | |
| ≤ 13 anos | 21(30,9) | 2,03(1,25; 3,28) | | 1,64(0,96; 2,78) | |
| Anos de trabalho/experiência | | | 0,023 | | 0,135 |
| > 20 anos | 22(14,4) | 1,00 | | 1,00 | |
| ≤ 20 anos | 32(25,4) | 1,76(1,08; 2,88) | | 1,62(0,86; 3,05) | |
| Situação conjugal | | | 0,174 | | 0,948 |
| Com companheiro | 27(16,5) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sem companheiro | 26(23) | 1,39(0,86; 2,26) | | 1,08(0,58; 1,76) | |
| Mudança da situação conjugal | | | 0,228 | | |
| Não | 48(18,3) | 1,00 | | | |
| Sim | 6(28,6) | 1,56(0,75; 3,21) | | | |
| Filhos | | | 0,447 | | |
| Não | 14(16,5) | 1,00 | | | |
| Sim | 40(20,4) | 1,23(0,71; 2,15) | | | |
| Composição familiar | | | 0,411 | | |
| Mora acompanhado | 46(18,4) | 1,00 | | | |
| Mora sozinho | 8(24,2) | 1,31(0,68; 2,54) | | | |
| Condição de moradia | | | 0,277 | | |
| Própria | 44(20,6) | 1,00 | | | |
| Não própria | 10(14,5) | 0,70(0,37; 1,32) | | | |
| Município de residência | | | 0,074 | | 0,826 |
| Porto Alegre | 32(16,3) | 1,00 | | 1,00 | |
| Outro município | 22(25,3) | 1,54(0,95; 2,50) | | 1,06(0,60; 1,88) | |
| Tempo casa-trabalho-casa | | | 0,001[§] | | |
| ≤ 60 minutos | 22(12,6) | 1,00 | | | |
| > 60 minutos | 32(29,6) | 2,35(1,44; 3,83) | | | |
| Transporte | | | 0,159 | | 0,951 |
| Individual | 18(15,1) | 1,00 | | 1,00 | |
| Coletivo | 33(22) | 1,45(0,86; 2,45) | | 1,01(0,56; 1,84) | |
| Suporte familiar | | | 0,111 [§] | | |
| Não | 16(14,4) | 1,00 | | | |
| Sim | 38(22,2) | 1,54(0,90; 2,62) | | | |
| Suporte social | | | 0,314 | | |
| Não | 39(20,9) | 1,00 | | | |
| Sim | 15(15,8) | 0,75(0,44; 1,30) | | | |
| Cuidador de familiar acamado | | | 0,064 | | 0,036 |
| Não | 51(18,5) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 3(42,9) | 2,31(0,95; 5,65) | | 2,83(1,07; 7,50) | |
| Lazer | | | 0,003 | | 0,422 |
| Não | 8(42,1) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 46(17,5) | 0,41(0,23; 0,74) | | 0,73(0,34; 1,56) | |
| Atividade física | | | 0,043 | | 0,039 |
| Não | 32(24,1) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 21(14,4) | 0,59(0,36; 0,98) | | 0,55(0,32; 0,97) | |

Tabela 9 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de *Poisson* das doenças do trabalho autorrelatadas pelos trabalhadores e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (continuação)

| Variáveis | Prevalência das doenças do trabalho 12 meses n(%) | Análise bruta RP (IC95%) | Valor p* | Análise Ajustada† RP (IC95%) n=229 | Valor p‡ |
|-------------------------------|--|-----------------------------|--------------------|--|----------|
| Sono | | | 0,522 | | |
| ≥ 7 horas | 15(16,7) | 1,00 | | | |
| < 7 horas | 38(19,9) | 1,19(0,69; 2,05) | | | |
| Tabaco | | | 0,195 | | 0,291 |
| Não | 36(17,5) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 18(24,3) | 1,39(0,84; 2,29) | | 1,34(0,77; 2,33) | |
| Tabaco atual | | | 0,624 | | |
| Não | 47(19) | 1,00 | | | |
| Sim | 7(22,6) | 1,19(0,59; 2,40) | | | |
| Tabaco no passado | | | 0,174 [§] | | |
| Não | 39(17,6) | 1,00 | | | |
| Sim | 14(25,5) | 1,44(0,84; 2,47) | | | |
| Bebida alcoólica | | | 0,856 | | |
| Não | 29(19,5) | 1,00 | | | |
| Sim | 24(18,6) | 0,95(0,58; 1,55) | | | |
| Ocupação | | | 0,286 | | |
| Outras profissões | 35(21,2) | 1,00 | | | |
| Enfermagem | 19(16,1) | 0,75(0,45; 1,25) | | | |
| Nível do cargo | | | 0,047 | | 0,319 |
| Superior | 12(12,4) | 1,00 | | 1,00 | |
| Técnico | 42(22,6) | 1,82(1,00; 3,30) | | 1,48(0,68; 3,24) | |
| Trabalhador sem vaga fixa | | | 0,758 | | |
| Não | 48(19,4) | 1,00 | | | |
| Sim | 6(17,1) | 0,88(0,41; 1,91) | | | |
| Tempo no cargo da instituição | | | 0,129 [§] | | |
| > 10 anos | 31(22,8) | 1,00 | | | |
| ≤ 10 anos | 23(15,6) | 0,68(0,42; 1,11) | | | |
| Carga horária diária | | | 0,465 | | |
| ≤ 6 horas e 15 minutos | 34(17,9) | 1,00 | | | |
| > 6 horas e 15 minutos | 20(21,5) | 1,20(0,73; 1,96) | | | |
| Turno de trabalho | | | 0,548 | | |
| Diurno | 46(19,7) | 1,00 | | | |
| Noturno | 8(16) | 0,81(0,40; 1,60) | | | |
| Gosta do turno de trabalho | | | 0,136 | | 0,429 |
| Não | 7(30,4) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 47(18,3) | 0,60(0,30; 1,17) | | 0,70(0,29; 1,69) | |
| Motivado para o trabalho | | | 0,704 | | |
| Não | 9(20,9) | 1,00 | | | |
| Sim | 44(18,5) | 0,88(0,46; 1,67) | | | |
| Pensa em mudar de função | | | 0,461 | | |
| Não | 44(20,1) | 1,00 | | | |
| Sim | 10(15,9) | 0,79(0,42; 1,47) | | | |
| Sobrecarregado no trabalho | | | 0,275 | | |
| Não | 23(16,4) | 1,00 | | | |
| Sim | 30(21,6) | 1,31(0,80; 2,14) | | | |
| Autonomia no trabalho | | | 0,441 | | |
| Não | 14(22,6) | 1,00 | | | |
| Sim | 40(18,3) | 0,80(0,47; 1,38) | | | |
| Progresso ou recompensa | | | 0,124 | | 0,833 |
| Não | 24(24) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 30(16,5) | 0,68(0,42; 1,10) | | 0,94(0,55; 1,61) | |

Tabela 9 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de *Poisson* das doenças do trabalho autorrelatadas pelos trabalhadores e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014 (conclusão)

| Variáveis | Prevalência das doenças do trabalho 12 meses n(%) | Análise bruta RP (IC95%) | Valor p* | Análise Ajustada [†] RP (IC95%) n=229 | Valor p [‡] |
|-------------------------------|---|--------------------------|--------------|--|----------------------|
| Conflito de valores | | | 0,200 | | |
| Não | 38(17,6) | 1,00 | | | |
| Sim | 16(24,6) | 1,39(0,83; 2,34) | | | |
| Trabalha em outra instituição | | | 0,208 | | |
| Não | 45(19,8) | 1,00 | | | |
| Sim | 5(11,4) | 0,57(0,24; 1,36) | | | |
| Risco ocupacional | | | 0,816 | | |
| Não | 3(21,4) | 1,00 | | | |
| Sim | 51(19) | 0,88(0,31; 2,46) | | | |
| Riscos ocupacionais | | | 0,445 | | |
| ≤ 2 | 37(18) | 1,00 | | | |
| >2 | 14(22,2) | 1,23(0,71; 2,13) | | | |
| Risco ergonômico | | | 0,038 | | 0,271 |
| Não | 18(13,7) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 33(23,9) | 1,74(1,03; 2,93) | | 1,35(0,78; 2,32) | |
| Acidente de trabalho 12 meses | | | 0,088 | | 0,096 |
| Não | 51(20,5) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 2(6,3) | 0,30(0,78; 1,19) | | 0,18(0,02; 1,35) | |
| Hospitalização 12 meses | | | 0,503 | | |
| Não | 45(17,9) | 1,00 | | | |
| Sim | 6(23,1) | 1,29(0,61; 2,73) | | | |
| Medicamentos | | | 0,258 | | |
| Não | 25(16,8) | 1,00 | | | |
| Sim | 29(22,1) | 1,31(0,81; 2,13) | | | |

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas:

* *Teste Qui-Quadrado de Wald* ($p < 0,200$).

† Variáveis ajustadas: Idade, Anos de estudo, Anos de trabalho/experiência, Situação conjugal, Município, Transporte, Cuidador de familiar acamado, Lazer, Atividade física, Tabaco, Nível do cargo ocupado, Gosta do turno de trabalho, Progresso ou recompensa, Risco ergonômico, Acidente de trabalho 12 meses.

‡ *Teste Qui-Quadrado de Wald* ($p < 0,05$).

§ Variável excluída do modelo por multicolinearidade – *Variance Inflation Factor* ($VIF > 2,0$).

Na análise bruta, as doenças do trabalho autoinformadas pelos trabalhadores nos últimos doze meses que mostraram associação significativa ($p < 0,20$) foram incluídas no modelo linear generalizado. Os fatores encontrados apenas na análise bivariada ($p < 0,05$) são discutidos por revelar a maior prevalência de doenças do trabalho. Dessa maneira, esses fatores associados expressam a necessidade de reflexão sobre as características de exposição ao adoecimento ou de proteção à saúde do trabalhador no cenário hospitalar. Os fatores associados com diferença estatística significativa na análise bruta e ajustada são discutidos posteriormente na análise multivariada.

As características sociodemográficas, ocupacionais e de situação de saúde que podem intensificar a prevalência de doenças do trabalho nos últimos doze meses são: idade de 40 ou mais anos ($RP=2,22$; $p=0,008$), anos de estudo menor que 14 anos ($RP=2,03$; $0,004$), anos de

trabalho/experiência inferior a 21 anos (RP=1,76; p=0,023), tempo de deslocamento casa-trabalho-casa maior que sessenta minutos (RP=2,35; p=0,001), nível do cargo técnico (RP=1,82; p=0,047) e o risco ergonômico (RP=1,74; p=0,038). A menor prevalência de doenças do trabalho nos últimos doze meses ocorreu associação com o tempo para o lazer (RP=0,41; p=0,003) e atividade física (RP=0,59; p=0,043). As demais variáveis sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde não apresentaram diferenças estatísticas (p>0,05) com as doenças do trabalho nos últimos doze meses.

A análise multivariada por regressão de *Poisson* (p<0,05) mostrou que entre as características sociodemográficas, ocupacionais e situação de saúde, a maior prevalência de doenças do trabalho apresentou associação com a situação do trabalhador exercer o papel de cuidador de familiar acamado (RP=2,83; p=0,036). A menor prevalência das doenças do trabalho autodeclaradas nos últimos doze meses mostrou associação com a prática de atividade física (RP=0,55; p=0,039). As demais variáveis sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde incluídas no modelo não apresentaram significância estatística (p>0,05) com as doenças do trabalho nos últimos doze meses.

As discussões dos resultados apresentados na Tabela 9 são realizadas de maneira consolidada aos resultados que são apresentados a seguir na Tabela 10. Esses resultados evidenciam os fatores associados à prevalência de doenças de trabalho que foram registrados no prontuário pela equipe de saúde do trabalhador, no período de 2010 a 2012.

Tabela 10 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de *Poisson* das doenças do trabalho registradas nos prontuários dos trabalhadores e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014

(continua)

| Variáveis | Prevalência das doenças do trabalho 3 anos n (%) | Análise bruta RP (IC95%) | Valor p* | Análise Ajustada† RP (IC95%) n=231 | Valor p‡ |
|------------------------------|---|-----------------------------|--------------|--|--------------|
| Sexo | | | 0,582 | | |
| Masculino | 11(15,1) | 1,00 | | | |
| Feminino | 27(12,6) | 0,83(0,43; 1,59) | | | |
| Idade | | | 0,349 | | |
| < 40 anos | 12(10,8) | 1,00 | | | |
| ≥ 40 anos | 26(14,7) | 1,35(0,71; 2,58) | | | |
| Anos de estudo | | | 0,045 | | 0,983 |
| > 13 anos | 22(10,7) | 1,00 | | 1,00 | |
| ≤ 13 anos | 14(20) | 1,87(1,01; 3,45) | | 0,99(0,45; 2,14) | |
| Anos de trabalho/experiência | | | 0,543 | | |
| > 20 anos | 19(12,3) | 1,00 | | | |
| ≤ 20 anos | 19(14,7) | 1,20(0,66; 2,17) | | | |
| Situação conjugal | | | 0,708 | | |
| Com companheiro | 21(12,5) | 1,00 | | | |
| Sem companheiro | 16(14) | 1,12(0,61; 2,05) | | | |
| Mudança da situação conjugal | | | 0,001 | | 0,020 |
| Não | 30(11,3) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 8(34,8) | 3,07(1,59; 5,90) | | 3,51(1,22; 10,07) | |
| Filhos | | | 0,123 | | 0,808 |
| Não | 7(8,1) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 30(15,1) | 1,85(0,84; 4,05) | | 1,11(0,45; 2,74) | |
| Composição familiar | | | 0,780 | | |
| Mora acompanhado | 33(13) | 1,00 | | | |
| Mora sozinho | 5(14,7) | 1,13(0,47; 2,70) | | | |
| Condição de moradia | | | 0,471 | | |
| Própria | 27(12,4) | 1,00 | | | |
| Não própria | 11(15,7) | 1,26(0,66; 2,42) | | | |
| Município de residência | | | 0,883 | | |
| Porto Alegre | 26(13) | 1,00 | | | |
| Outros municípios | 12(13,6) | 1,04(0,55; 1,98) | | | |
| Tempo casa-trabalho-casa | | | 0,399 | | |
| ≤ 60 minutos | 21(11,9) | 1,00 | | | |
| > 60 minutos | 17(15,3) | 1,29(0,71; 2,33) | | | |
| Transporte | | | 0,022 | | 0,807 |
| Individual | 10(8,3) | 1,00 | | 1,00 | |
| Coletivo | 28(18,3) | 2,21(1,12; 4,37) | | 1,14(0,39; 3,34) | |
| Suporte familiar | | | 0,711 | | |
| Não | 16(14,2) | 1,00 | | | |
| Sim | 22(12,6) | 0,89(0,49; 1,62) | | | |
| Suporte social | | | 0,167 | | 0,530 |
| Não | 29(15,3) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 9(9,3) | 0,60(0,30; 1,23) | | 0,77(0,34; 1,74) | |
| Lazer | | | 0,069 | | 0,446 |
| Não | 5(26,3) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 33(12,3) | 0,46(0,20; 1,06) | | 0,60(0,16; 2,23) | |
| Atividade física | | | 0,347 | | |
| Não | 19(14,3) | 1,00 | | | |
| Sim | 16(10,6) | 0,74(0,39; 1,38) | | | |
| Sono | | | 0,282 | | |
| ≥ 7 horas | 9(9,8) | 1,00 | | | |
| < 7 horas | 28(14,4) | 1,47(0,72; 2,99) | | | |

Tabela 10 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de *Poisson* das doenças do trabalho registradas nos prontuários dos trabalhadores e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014

(continuação)

| Variáveis | Prevalência das doenças do trabalho 3 anos n (%) | Análise bruta RP (IC95%) | Valor p* | Análise Ajustada† RP (IC95%) n=231 | Valor p‡ |
|-------------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|--|----------|
| Tabaco | | | 0,048 | | 0,742 |
| Não | 22(10,6) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 15(19,5) | 1,83(1,00; 3,34) | | 1,13(0,52; 2,46) | |
| Tabaco atual | | | 0,553 | | |
| Não | 30(12) | 1,00 | | | |
| Sim | 5(15,6) | 1,30(0,54; 3,11) | | | |
| Tabaco no passado | | | 0,035^s | | |
| Não | 24(10,7) | 1,00 | | | |
| Sim | 12(21,1) | 1,96(1,04; 3,68) | | | |
| Bebida alcoólica | | | 0,921 | | |
| Não | 18(11,9) | 1,00 | | | |
| Sim | 16(12,3) | 1,03(0,54; 1,94) | | | |
| Ocupação | | | 0,105 | | 0,756 |
| Outras profissões | 27(16) | 1,00 | | 1,00 | |
| Enfermagem | 11(9,2) | 0,57(0,29; 1,12) | | 0,86(0,35; 2,12) | |
| Nível do cargo ocupado | | | 0,482 | | |
| Superior | 11(11,2) | 1,00 | | | |
| Técnico | 27(14,2) | 1,26(0,65; 2,44) | | | |
| Trabalhador sem vaga fixa | | | 0,895 | | |
| Não | 33(13,1) | 1,00 | | | |
| Sim | 5(13,9) | 1,06(0,44; 2,54) | | | |
| Tempo no cargo da instituição | | | 0,010 | | 0,085 |
| > 10 anos | 26(18,7) | 1,00 | | 1,00 | |
| ≤ 10 anos | 12(8,1) | 0,43(0,22; 0,82) | | 0,43(0,17; 1,12) | |
| Carga horária diária | | | 0,218 | | |
| ≤ 6 horas e 15 minutos | 22(11,5) | 1,00 | | | |
| > 6 horas e 15 minutos | 16(16,7) | 1,45(0,80; 2,63) | | | |
| Turno de trabalho | | | 0,515 | | |
| Diurno | 30(12,6) | 1,00 | | | |
| Noturno | 8(16) | 1,26(0,61; 2,60) | | | |
| Gosta do turno de trabalho | | | 0,179 | | 0,367 |
| Não | 5(21,7) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 32(12,2) | 0,56(0,24; 1,30) | | 0,59(0,19; 1,84) | |
| Motivado para o trabalho | | | 0,285 | | |
| Não | 8(17,8) | 1,00 | | | |
| Sim | 29(12) | 0,67(0,33; 1,38) | | | |
| Pensa em mudar de função | | | 0,008 | | 0,133 |
| Não | 23(10,4) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 15(23,1) | 2,22(1,23; 4,01) | | 1,83(0,83; 4,05) | |
| Sobrecarregado no trabalho | | | 0,516 | | |
| Não | 21(14,7) | 1,00 | | | |
| Sim | 17(12,1) | 0,82(0,45; 1,48) | | | |
| Autonomia no trabalho | | | 0,569 | | |
| Não | 7(11,1) | 1,00 | | | |
| Sim | 31(13,9) | 1,25(0,57; 2,70) | | | |
| Progresso ou recompensa | | | 0,047 | | 0,287 |
| Não | 19(18,6) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 19(10,3) | 0,55(0,30; 0,99) | | 0,67(0,32; 1,40) | |
| Conflito de valores | | | 0,890 | | |
| Não | 29(13,2) | 1,00 | | | |
| Sim | 9(13,8) | 1,05(0,52; 2,10) | | | |

Tabela 10 – Análise bruta e ajustada pela Regressão de *Poisson* das doenças do trabalho registradas no prontuário dos trabalhadores e as características sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014

| Variáveis | Prevalência das doenças do trabalho 3 anos n (%) | Análise bruta | | Análise Ajustada [†] | |
|---|---|-------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|
| | | RP (IC95%) | Valor p [*] | RP (IC95%) n=231 | Valor p [‡] |
| Trabalha em outra instituição | | | 0,127 | | 0,413 |
| Não | 30(13,2) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 2(4,4) | 0,33(0,08; 1,36) | | 0,51(0,10; 2,50) | |
| Risco ocupacional | | | 0,514 | | |
| Não | 1(7,1) | 1,00 | | | |
| Sim | 37(13,5) | 1,89(0,27; 12,79) | | | |
| Riscos ocupacionais | | | 0,024 | | 0,383 |
| ≤ 2 | 23(11) | 1,00 | | 1,00 | |
| >2 | 14(21,9) | 1,99(1,09; 3,64) | | 0,70(0,32; 1,54) | |
| Risco biológico | | | 0,107 | | 0,028 |
| Não | 4(26,7) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 33(12,7) | 0,47(0,19; 1,17) | | 0,24(0,06; 0,86) | |
| Risco ergonômico | | | 0,001 | | 0,038 |
| Não | 7(5,3) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 30(21,3) | 4,04(1,83; 8,88) | | 2,60(1,05; 6,44) | |
| Acidente de trabalho 3 anos | | | 0,001 | | 0,325 |
| Não | 23(10) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 15(25,9) | 2,58(1,44; 4,63) | | 1,51(0,66; 3,47) | |
| Limitação funcional 3 anos | | | 0,009 | | 0,006 |
| Não | 36(12,7) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 2(50) | 3,94(1,41; 11,00) | | 4,38(1,52; 12,61) | |
| Exame periódico médico 3 anos | | | 0,057 | | 0,015 |
| Não | 10(21,7) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 28(11,6) | 0,53(0,27; 1,01) | | 0,36(0,16; 0,28) | |
| Imunizado contra tétano 10 anos | | | 0,189 | | 0,223 |
| Não | 24(15,7) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 14(10,4) | 0,66(0,35; 1,22) | | 0,63(0,30; 1,32) | |
| Imunizado contra sarampo, caxumba e rubéola 10 anos | | | 0,187 | | 0,486 |
| Não | 18(10,9) | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 20(16,3) | 1,49(0,82; 2,69) | | 1,25(0,66; 2,36) | |
| Imunizado contra hepatite B 10 anos | | | 0,237 | | |
| Não | 32(14,5) | 1,00 | | | |
| Sim | 6(8,8) | 0,60(0,26; 1,38) | | | |
| Imunizado contra gripe anual | | | 0,248 | | |
| Não | 2(6,3) | 1,00 | | | |
| Sim | 36(14,1) | 2,25(0,56; 8,90) | | | |
| Afastamento laboral 3 anos | | | 0,860 | | |
| Não | 9(13,8) | 1,00 | | | |
| Sim | 29(13) | 0,93(0,46; 1,88) | | | |

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas:

* *Teste Qui-Quadrado de Wald* ($p < 0,200$).

† Variáveis ajustadas: Anos de estudo, Mudança da situação conjugal, Filhos, Transporte, Suporte social, Lazer, Tabaco, Profissão, Tempo no cargo da instituição, Gosta do turno de trabalho, Pensa em mudar de função, Progresso ou recompensa no trabalho, Trabalha em outra instituição, Número de riscos ocupacionais, Risco biológico, Risco ergonômico, Acidente de trabalho 3 anos, Limitação funcional 3 anos, Exame periódico médico 3 anos, Imunizado contra tétano 10 anos, Imunizado contra sarampo, caxumba e rubéola 10 anos.

‡ *Teste Qui-Quadrado de Wald* ($p < 0,05$).

§ Variável excluída do modelo por multicolinearidade – *Variance Inflation Factor* (VIF > 2,0).

Na análise bivariada, as doenças do trabalho registradas no prontuário no período de 2010 a 2012 que mostraram associação significativa ($p < 0,20$) com as características sociodemográficas, ocupacionais e de situação de saúde foram incluídas no modelo linear generalizado, seguindo os mesmos parâmetros apresentados na análise da Tabela 9.

As características sociodemográficas, ocupacionais e de situação de saúde que podem ampliar a prevalência das doenças do trabalho no período de três anos são: anos de estudo menor que 14 anos (RP=1,87; $p=0,045$), mudança da situação conjugal (RP=3,07; $p=0,001$), uso do transporte coletivo (RP=2,21; $p=0,022$), consumo de tabaco alguma vez na vida e tabaco no passado (respectivamente, RP=1,83 $p=0,048$; RP=1,96; $p=0,035$), pensamento em mudar de função laboral (RP=2,22; $p=0,008$), exposição a três ou mais riscos ocupacionais (RP=1,99; $p=0,024$), risco ergonômico (RP=4,04; $p=0,001$), acidente de trabalho no período de três anos (RP=2,58, $p=0,001$) e limitação funcional no período de três anos (RP=3,94; $p=0,009$). A menor prevalência das doenças do trabalho no período de três anos ocorreu na associação com o tempo no cargo na instituição inferior a onze anos (RP=0,43; $p=0,010$) e possibilidade de progresso ou recompensa (RP=0,55; $p=0,047$). As demais variáveis sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde não apresentaram diferença estatística ($p > 0,05$) com as doenças do trabalho no período de três anos.

O modelo de regressão de *Poisson* evidenciou que entre as características sociodemográficas, ocupacionais e situação de saúde, a maior prevalência das doenças do trabalho teve associação com a mudança da situação conjugal (RP=3,51; $p=0,020$), risco ergonômico (RP=2,60; $p=0,038$) e limitação funcional no período de três anos (RP=4,38; $p=0,006$). A menor prevalência das doenças do trabalho no período de três anos ocorreu na associação com o risco biológico (RP=0,24; $p=0,028$) e realização do exame periódico médico (RP=0,36; $p=0,015$). As demais variáveis sociodemográficas, ocupacionais e da situação de saúde incluídas no modelo não apresentaram diferença estatística ($p > 0,05$) com as doenças do trabalho registradas nos prontuários no período de três anos.

O tempo para o lazer mostrou associação significativa para a menor prevalência de doenças do trabalho autoinformadas; o tempo no cargo da instituição inferior a onze anos e possibilidade de progresso ou recompensa com a menor prevalência de doenças do trabalho registradas no prontuário pela equipe de saúde do trabalhador.

A atividade de lazer é realizada pelo indivíduo ou grupo de pessoas de acordo com as características sociodemográficas, culturais, comportamentais e ambientais. A perda de interesse, a falta de motivação, a inexistência de tempo para o lazer e a dificuldade de relaxar

durante a atividade de lazer podem trazer implicações significativas nas condições de saúde, segurança do trabalho e qualidade do serviço prestado^(29,162,328).

Na amostra deste estudo, observou-se que o tempo para o lazer nos últimos doze meses constituiu um fator de proteção, ou seja, de menor prevalência de doenças do trabalho. O mesmo foi observado, em um hospital do interior de São Paulo-SP⁽²⁰⁰⁾, na amostra de 651 trabalhadores de saúde de 29 ocupações, em que aproximadamente um terço dos trabalhadores referiram a realização da atividade de lazer, sendo identificada a associação entre o tempo para o lazer e a ausência de doenças musculoesqueléticas ($p=0,005$). Em outro hospital de média complexidade na cidade de Londrina-PR, dos 187 trabalhadores de saúde, 75,4% declararam realizar de atividades de lazer, consideradas como uma forma de prevenção da Síndrome de *Burnout* pelos trabalhadores⁽¹⁶²⁾.

Em Porto Alegre-RS⁽⁴¹⁾, um estudo rastreou os distúrbios psíquicos menores (DPM) dentre os trabalhadores de enfermagem, sendo identificada a associação significativa do tempo para o lazer e a ausência de DPM ($p=0,02$). Outro agravante psíquico, o estresse ocupacional, foi avaliado em uma instituição socioeducativa, em um amostra de 381 agentes gaúchos⁽²³⁸⁾, sendo observado que a alta exigência no trabalho teve associação significativa com os trabalhadores que não realizam atividades de lazer ($p<0,0001$).

Para os trabalhadores que não possuem tempo para as atividades de lazer, os estudos^(24,29,287,289) problematizam que o excesso de trabalho e o multiemprego desencadeiam o estresse e a fadiga, culminando em um processo de adoecimento físico e mental pela ausência de tempo e carência de pausa entre as jornadas de trabalho. Logo, a ausência de atividade de lazer no cotidiano ou nos finais de semana do trabalhador por excesso de trabalho ou por escolha do próprio indivíduo poderá repercutir sobre a qualidade de vida no trabalho, social, familiar e individual, predispondo-o às doenças do trabalho ou crônicas provenientes da exaustão física e emocional. Atualmente, o trabalho tem implicado em grande exigência profissional e tem afastado as pessoas da vida privada e social^(232,287).

Os benefícios das atividades de lazer são um consenso entre os diferentes estudos^(24,29,287,289) como fator de proteção na perspectiva de se retardar o aparecimento das doenças do trabalho ou crônicas inerentes ao processo de envelhecimento e estilo de vida. Desse modo, torna-se necessário que o trabalhador e o empregador reconheçam que o lazer tem um impacto positivo nas condições de saúde e no desempenho profissional.

Por sua vez, a promoção da saúde do trabalhador precisa ser discutida amplamente nas instituições, de modo que o próprio trabalhador seja co-responsável junto ao empregador e à equipe de saúde do trabalhador para que todos estabeleçam ações que valorizem as atividades

de lazer e retardem o aparecimento de doenças do trabalho, ou do agravamento de doenças crônicas e preexistentes. Assim, tornam-se indiscutíveis a relevância e os benefícios das atividades de lazer sobre a saúde do trabalhador e dos ganhos institucionais com a redução do absenteísmo por doenças do trabalho.

O tempo no cargo de trabalho em uma instituição pode denotar o quanto o trabalhador se identifica com a missão e os valores da mesma, a satisfação com o clima organizacional, as relações interpessoais e as condições laborais, fatores que o fidelizam ao cargo na instituição. Por outro lado, quando o trabalhador não se identifica e não tem oportunidades, poderá estar desenvolvendo a função laboral de maneira que coloca em risco a sua segurança e a das pessoas com quem se relaciona no ambiente laboral^(11,71).

O grupo de trabalhadores deste estudo com o tempo no cargo inferior a onze anos apresentou associação para a menor prevalência de doenças do trabalho registradas no prontuário. Esse resultado assemelha-se ao estudo realizado com 651 trabalhadores de uma instituição hospitalar do interior de São Paulo-SP⁽²⁰⁰⁾, em que 56,3% dos trabalhadores ocupam o cargo na instituição há mais de onze anos, havendo uma associação significativa com as doenças musculoesqueléticas ($p < 0,001$). Essa associação também é confirmada em uma amostra de 267 trabalhadores de uma instituição hospitalar em Salvador-BA que tiveram afastamento por doenças, sendo que 60% tinham o tempo de trabalho superior a 12,5 anos⁽¹⁶³⁾.

No estudo realizado em um Pronto Socorro no sul do Brasil com 388 trabalhadores de enfermagem, observou-se associação do estresse ocupacional por alto desgaste ($OR=2,25$; $p < 0,05$) e trabalho ativo ($OR=2,12$; $p < 0,05$) entre os trabalhadores com tempo no cargo de no mínimo quinze anos⁽³²⁹⁾. Na mesma categoria profissional, a intensidade da dor musculoesquelética foi avaliada entre 498 trabalhadores de um hospital em Santa Maria-RS⁽¹⁴⁸⁾, sendo verificado que a intensidade de dor forte a insuportável ocorre em trabalhadores com tempo na função de no mínimo 14 anos ($p=0,022$).

O estudo⁽⁹⁾ realizado em 2009 com 133 enfermeiros de uma unidade de emergência de Campo Grande-MS, não observou associação estatística do estresse ocupacional com o tempo no cargo ($p=0,136$). O mesmo aconteceu em uma instituição socioeducativa, dentre os 381 agentes gaúchos⁽²³⁸⁾, em que o estresse ocupacional não teve associação significativa com o tempo de trabalho na instituição ($p=0,498$).

Na literatura científica, não foi encontrada até o momento a relação do tempo de cargo na instituição como uma variável de proteção à saúde do trabalhador. Alguns estudos^(9,238,329) divergem em seus resultados em relação às implicações do processo de adoecimento do trabalhador no que tange ao estresse ocupacional. Entretanto, em relação às doenças

musculoesqueléticas, reforçam que o desgaste físico decorrente do tempo na ocupação laboral aumenta a ocorrência de doenças do trabalho^(148,163,200). Dessa maneira, ressalta-se a necessidade de se proporem estudos longitudinais para investigar o tempo de trabalho na instituição como promotor de saúde e do efeito do trabalhador sadio. Assim sendo, instiga-se a conhecer o que acontece no percurso desse trabalhador nos primeiros anos de trabalho e que poderá contribuir no processo de envelhecimento saudável no decurso da vida laboral para que o trabalhador possa desempenhar as funções laborais do cargo por maior tempo e com o mínimo de eventos que carecem de afastamento laboral.

A possibilidade de progresso ou recompensa no trabalho indica o quanto que a instituição proporciona o aperfeiçoamento profissional e a valorização da força de trabalho. O progresso ou recompensa está atrelado à saúde mental dos trabalhadores, em decorrência das expectativas com o futuro presentes em seus projetos de vida individual, familiar, social e laboral^(11,326).

A remuneração é uma forma de recompensa material sobre o trabalho. Caso seja reduzida, pode ser interpretada, pelo trabalhador, como falta de reconhecimento por parte da organização. Outros fatores organizacionais apontados na literatura que influenciam nas condições psíquicas são a inexistência de progressão na carreira e ausência de *feedback* pelas chefias. O trabalhador da área da saúde, ainda, mantém expectativas relativas à gratidão que são demonstradas pelos pacientes e familiares atendidos. Esses fatores, quando ausentes, têm sido apontados como desencadeadores da Síndrome de *Burnout*, caracterizando a baixa realização profissional, elevada exaustão emocional e despersonalização^(11,162,326).

Na amostra deste estudo, observou-se que a possibilidade de progresso ou recompensa mostrou associação significativa para a menor prevalência de doenças do trabalho no período de três anos. Na cidade de Londrina-PR, em hospital de média complexidade, 28,3% de 187 trabalhadores de saúde declararam nunca terem sido recompensados dentro da instituição. Além disso, 29,9% responderam nunca terem sido valorizados e nem reconhecidos pela chefia pelo trabalho desenvolvido, assim como não receberam investimentos e incentivos para o desenvolvimento profissional⁽¹⁶²⁾. Dentre os trabalhadores de saúde de um hospital de Pronto Socorro em Porto Alegre-RS verificou-se associação significativa da falta de reconhecimento no trabalho ($p=0,024$) com a suspeição de transtornos mentais menores (TMM) sugestivos de doença do trabalho⁽³²⁾.

Dentre 61 trabalhadores de enfermagem⁽¹⁹⁷⁾, 64,5% afirmaram existir a possibilidade de recompensas, sendo constatado que essa valorização do trabalhador tem associação significativa com baixo risco ao desenvolvimento de doenças ($p=0,01$). Na análise dos

componentes da Síndrome de *Burnout* dentre 164 trabalhadores de enfermagem de um hospital da Serra Gaúcha⁽¹¹⁾, observou-se que a inexistência de progresso ou recompensa implicaram em exaustão emocional ($p < 0,001$) e na baixa realização profissional ($p = 0,02$).

Em um estudo qualitativo com 12 trabalhadores de diferentes ocupações, os mesmos relataram que, quando reconhecidos pelo trabalho, sentem-se aliviados inclusive da dor física⁽²⁹⁾. As perturbações emocionais ou carência de recursos pessoais para atender as demandas do trabalho podem desencadear diversas desordens psicofisiológicas. Deste modo, o enfretamento das situações existentes no ambiente laboral, agregado à falta de reconhecimento, poderá configurar em um processo de adoecimento individual e coletivo^(29,57).

A possibilidade de progresso ou recompensa no trabalho é um fator que motiva e, em consequência, constitui-se em promotor da saúde do trabalhador, o que pode repercutir favoravelmente na redução de doenças do trabalho e, portanto, no absenteísmo. Essa valorização fideliza o trabalhador à instituição, tornando-o satisfeito e comprometido. Todavia, reconhece-se que as ações estratégicas de valorização da saúde do trabalhador e da segurança no ambiente laboral potencializam as mudanças no processo e organização do trabalho, de modo que os trabalhadores encontrem o equilíbrio dentre as expectativas individuais e as exigências institucionais.

Enfim, o tempo para o lazer, o tempo no cargo da instituição inferior a onze anos e a possibilidade de progresso ou recompensa surgem como elementos que influenciam a menor prevalência das doenças do trabalho dentre os trabalhadores nesta instituição hospitalar. Embora os resultados tenham respaldo de outras investigações, evidencia-se a necessidade de esses fatores serem investigados por meio de estudos longitudinais para se confirmarem como fatores de proteção à saúde do trabalhador. Desta maneira, conhecer as características protetoras à saúde é investir em estratégias que garantam a atenção integral ao trabalhador.

Em contrapartida, a maior prevalência das doenças do trabalho autodeclaradas mostrou associação significativa com a idade 40 ou mais anos, anos de trabalho/experiência inferior a 21 anos, tempo de deslocamento casa-trabalho-casa superior a 60 minutos e o nível do cargo técnico. O tempo de estudo inferior a 14 anos mostrou a associação significativa com as doenças do trabalho tanto autoinformadas como as registradas no prontuário no período de três anos pela equipe de saúde do trabalhador. Para as associações com as doenças do trabalho registradas no prontuário no período de três anos, a diferença estatística ocorreu com uso do transporte coletivo, uso do tabaco alguma vez na vida e no passado, exposição a

três ou mais riscos ocupacionais, acidentes de trabalho no mesmo período e o pensamento em mudar de função laboral.

O processo de envelhecimento cronológico apresenta maior probabilidade da ocorrência de agravos à saúde. Os agravos são decorrentes do declínio das funções fisiológicas ou de acidentes que estão associados aos fatores socioeconômicos e ambientais. Esse declínio fisiológico associado à idade implica em menor capacidade do trabalhador em responder às exigências do trabalho e de recuperação de saúde^(131,148).

Na amostra deste estudo observou-se que conforme aumenta a idade do trabalhador, também aumenta a prevalência de doenças do trabalho autodeclaradas. Os afastamentos por doença no Brasil, para a concessão do auxílio doença, no período de 2008 a 2011, identificaram maior proporção na faixa etária de 40 ou mais anos para o desenvolvimento de doenças do trabalho. Conseqüentemente, conforme o trabalhador avança na idade, existe maior probabilidade de afastamentos por doença do trabalho⁽²¹⁾.

Em um estudo realizado em um hospital do interior de São Paulo-SP com 651 trabalhadores, constatou-se que a idade está associada significativamente às doenças musculoesqueléticas ($p < 0,001$), tendo impacto negativo sobre a capacidade para o trabalho⁽²⁰⁰⁾. Em Salvador-BA, o estudo realizado com 267 trabalhadores de saúde que tiveram afastamento laboral constatou a prevalência de 60,7% de afastamento por doenças no grupo de trabalhadores com idade igual ou superior a 40 anos⁽¹⁶³⁾. O estudo realizado com 56 trabalhadores de enfermagem de um hospital de Maringá-PR mostrou que o absenteísmo por doença é maior em trabalhadores com idade de 40 ou mais anos no que se refere ao número de dias perdidos (que atinge 6,7 dias), quando comparado aos mais jovens que permaneceram afastados por 1,7 dias por ano⁽²⁵⁷⁾.

Face ao exposto, os diversos estudos^(21,135,148,163,200,257) apontam que o avançar da idade potencializa o aparecimento de doenças do trabalho e/ou crônicas, como também o agravamento das doenças preexistentes, em decorrência do processo natural e irreversível de envelhecimento, reduzindo a capacidade para o trabalho. Nessa perspectiva, sabendo-se que o avançar da idade e a exposição às atividades laborais com exigência física e psíquica aceleram o adoecimento, torna-se relevante para a equipe de saúde do trabalhador propor ações para minimizar os riscos de danos e disfunções. Entende-se que essas ações devem iniciar desde a admissão do trabalhador, independentemente de sua idade. Além disso, evidencia-se a necessidade de conscientização do trabalhador sobre a necessidade de adotar hábitos saudáveis e ações de promoção da saúde e, para os trabalhadores jovens, comportamentos que

preservem a saúde com vistas ao envelhecimento saudável e ativo como estratégias para contribuir no retardamento de doenças do trabalho e crônicas.

Em relação ao tempo de deslocamento casa-trabalho-casa, consideram-se as condições de trafegabilidade que são vivenciadas nos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas agregadas ao uso do transporte coletivo como potencializadores para a ocorrência de doenças do trabalho. Na amostra deste estudo, observou-se a associação significativa de doenças do trabalho autoinformadas com tempo de deslocamento casa-trabalho-casa superior a 60 minutos; e das doenças do trabalho registradas no prontuário no período de três anos com o uso do transporte coletivo. Esses fatores mostram-se significativos para a amostra em estudo também devido ao fato de encontrarem a relação com os outros dois desfechos: acidentes de trabalho e alterações musculoesqueléticas.

Em relação às doenças do trabalho, não foram encontrados estudos que analisem o deslocamento casa-trabalho e uso do transporte coletivo, o que implica em propostas de pesquisa para se compreender a influência desses fatores na saúde do trabalhador. Entende-se que essa relação transcende a área física da instituição, mas o tempo no deslocamento é indissociável da jornada de trabalho.

De fato, o crescimento populacional, a expansão de bairros residenciais afastados, a trafegabilidade com picos de congestionamento pelo aumento da frota de veículos podem acentuar o agravamento das doenças do trabalho, na medida em que afetam a forma como esse trabalhador realiza o seu trajeto da casa-trabalho e as condições do transporte coletivo^(174,292-293). Logo, essa situação, associada à fadiga, à falta de tempo para convivência familiar e social, o escasso tempo para o descanso, o repouso e o autocuidado contribui, para a manifestação de doenças^(174,293).

As necessidades físicas e psíquicas, quando não atendidas, intensificam a exclusão prematura do indivíduo do mercado de trabalho devido a suas limitações, concretizando a incapacidade em decorrência das doenças do trabalho. Esses resultados apontam a necessidade de estudos sobre a influência do tempo despendido para ir trabalhar e o uso do transporte coletivo no processo de adoecimento. Entende-se que conhecer esses fatores permite a possibilidade de subsidiar as discussões para qualificar as propostas que complementem as políticas públicas de valorização da segurança viária de trabalhadores.

O consumo de tabaco alguma vez na vida e no passado tem se apresentado como um fator que maximiza a probabilidade do aparecimento ou agravamento de doenças do sistema respiratório. As características da ocupação do trabalhador, associadas ao tabagismo, pode desencadear as doenças do trabalho de forma aditiva⁽³³⁰⁾. Estas se agravam com o uso do

tabaco devido ao fato de o mesmo provocar a depressão do sistema imunitário ao mesmo tempo em que afeta o sistema respiratório, osteomuscular, além de estar relacionado aos transtornos mentais e comportamentais⁽³³¹⁾.

Na amostra deste estudo, verificou-se que o uso de tabaco alguma vez na vida teve associação significativa com as doenças do trabalho registradas no prontuário pela equipe de saúde do trabalhador. No entanto, não é possível afirmar se as mesmas foram provocadas pelo ato de fumar no passado. O consumo do tabaco desencadeia uma perda funcional que pode ser perceptível nas condições de saúde do trabalhador que decidiu pela cessação do tabaco, pois a exposição aos agentes químicos do tabaco produz efeitos deletérios que são permanentes e podem se agravar pela exposição aos outros riscos no ambiente de trabalho^(200,212,330-331).

A investigação com 1.475 trabalhadores do mesmo cenário deste estudo⁽²¹²⁾, em 2010, avaliou a presença de doenças associadas ao tabagismo, sendo prevalentes as doenças entre os ex-tabagistas ($p=0,008$). Na amostra de 651 trabalhadores de uma instituição hospitalar, no interior de São Paulo-SP⁽²⁰⁰⁾ em 2005, observou-se que 51,2% dos trabalhadores tinham o hábito de fumar, e desses, o grupo que consumia elevado número de cigarros teve associação significativa com as doenças musculoesqueléticas ($p=0,004$).

Em estudo com 5.333 indivíduos americanos⁽³³¹⁾ que relataram dor axial e radicular decorrente de doenças da coluna vertebral, foi identificado que os fumantes apresentaram maior pontuação nas escalas analógicas visuais utilizadas para avaliar a dor em relação ao grupo de não fumantes ($p<0,001$). Esses indivíduos foram acompanhados por oito meses no tratamento para dor, sendo também significativo no grupo de não fumantes a redução da dor relatada durante o tratamento ($p<0,001$).

Por outro lado, o estresse ocupacional não mostrou associação significativa com os trabalhadores tabagistas ($p=0,323$) em um estudo transversal realizado em uma instituição socioeducativa com 381 agentes gaúchos⁽²³⁸⁾. O mesmo aconteceu na pesquisa realizada em hospital de Pronto Socorro em Porto Alegre-RS⁽³²⁾ que rastreou os TMM sugestivos às doenças do trabalho e não observou associação estatística com o uso do tabaco ($p=0,078$).

Independentemente da divergência dos resultados de algumas investigações, a redução do tabagismo torna-se relevante no cenário hospitalar, visto que a exposição ao tabaco amplia a ocorrência de doenças do trabalho relacionadas ao sistema respiratório e osteomuscular^(200,212,330-331).

Ações educativas para a cessação do tabaco precisam ser extensivamente desenvolvidas pela equipe de saúde do trabalhador de modo contínuo e em todos os setores ou postos de ocupação na instituição^(26,30,108). Nessa perspectiva, as ações de vigilância em saúde

tornam-se coadjuvantes no esforço para atingir a meta institucional de empresa livre de tabaco, como meio de ampliar os anos de vida com qualidade e da produtividade.

A condição socioeconômica e a estrutura familiar, aliadas ao projeto de vida da pessoa, determinam o nível de escolaridade. Este, por sua vez, reflete-se na disponibilidade e oportunidade de acesso a educação, trabalho, saúde, lazer e cultura e, em consequência, pode ser determinante das condições de vida e saúde do trabalhador. Nessa perspectiva, quanto menor a escolaridade, menores as chances de escolha do tipo de atividade laboral e, por conseguinte, aumenta a insatisfação, considerada como fator ao adoecimento do trabalhador⁽³⁶⁾.

Na amostra deste estudo, observou-se que ter menos que quatorze anos de estudo associou-se a maior prevalência tanto de doenças do trabalho autoinformadas pelo trabalhador como as registradas no prontuário pela equipe de saúde do trabalhador, no período de três anos. No interior de São Paulo-SP⁽²⁰⁰⁾, o estudo com 651 trabalhadores de saúde em 29 ocupações de um hospital verificou que a ocorrência de doenças musculoesqueléticas foi significativa ($p=0,001$) para aqueles com escolaridade de até onze anos (84,9%). No hospital de Pronto Socorro, os TMM foram associados ao menor tempo de escolaridade ($p=0,021$) entre os trabalhadores de saúde⁽³²⁾.

Quanto à enfermagem, uma investigação com 388 trabalhadores de um Pronto Socorro no sul do Brasil⁽³²⁹⁾ observou a associação do estresse ocupacional com trabalho passivo e o alto desgaste entre os trabalhadores sem graduação ($p=0,042$). Em outro estudo realizado na capital gaúcha, os trabalhadores de enfermagem⁽⁴¹⁾ com a escolaridade de até doze anos percebem mais estresse no trabalho ($p=0,01$).

A escolaridade foi avaliada dentre 29.706 chefes de famílias americanas⁽²⁶⁹⁾, de diversas ocupações e idade entre 25 e 60 anos, sendo que os trabalhadores com tempo de estudo com até doze anos têm 1,8 vezes mais chance de desenvolver uma incapacidade ($p<0,05$) e 4,2 vezes de sofrer uma grave limitação ($p<0,05$). No ramo metalúrgico⁽¹³⁵⁾, os afastamentos por presença de sintomatologia osteomuscular no antebraço dentre 268 trabalhadores, ocorreram entre aqueles com menor escolaridade ($p=0,009$).

A escolaridade, por vezes, determina o nível do cargo que um indivíduo ocupa. Na instituição em estudo, os trabalhadores que ocupavam cargos de nível técnico apresentavam formação de ensino médio. Nessa perspectiva, o nível do cargo técnico foi caracterizado neste estudo pelos trabalhadores que não tinham ensino superior. Cargos de nível técnico, por vezes, implicam em ocupações com risco de danos e disfunções da saúde física e mental devido à aceleração dos ritmos laborais, pausas reduzidas e tarefas repetitivas. Na

enfermagem, a divisão hierarquizada e vertical do trabalho prevê atividades com menor autonomia de decisão para execução por técnicos e auxiliares, enquanto as de gerenciamento e planejamento do cuidado são de competência dos enfermeiros^(148,259,332).

Alguns estudos^(226,240,243-244,255) indicam que trabalhadores do nível técnico das instituições de saúde desconhecem os riscos ocupacionais físicos, químicos, ergonômicos e psíquicos, mas conhecem os riscos biológicos já que estes são amplamente discutidos nesses cenários. Além disso, desconhecem os fatores causais e os encaminhamentos diante de situações de acidente ou de adoecimento no exercício laboral.

Dentre 267 trabalhadores de saúde que tiveram afastamento por doenças em um hospital de Salvador-BA, desses, verificou-se 71,1% eram do nível técnico⁽¹⁶³⁾. Em Santa Maria-RS⁽¹⁴⁸⁾, a intensidade forte a insuportável da dor musculoesquelética dentre 498 trabalhadores de enfermagem ocorre em maior proporção com os trabalhadores do nível técnico ($p=0,019$). No Pronto Socorro, dentre 388 trabalhadores de enfermagem, o estresse ocupacional por alto desgaste ($OR=3,84$; $p<0,01$) e trabalho passivo ($OR=3,71$; $p<0,01$) mostrou associação significativa com o cargo de nível técnico⁽³²⁹⁾. O trabalho também é estressante para os trabalhadores de enfermagem do cargo técnico ($p<0,01$) de um hospital de Porto Alegre-RS⁽⁴¹⁾.

Corroboram-se os estudos^(226,240,243-244,255,259) que apontam a importância da sensibilização do trabalhador hospitalar para o autocuidado, compreendendo desde a admissão, ambientação e encontros de educação em serviço como espaços sociais de aprendizado pela problematização das situações vivenciadas no cotidiano, no intuito de se reduzirem as doenças do trabalho e se manterem a saúde e a capacidade para o trabalho. Em vista dos achados desta e de outras investigações, pondera-se possibilidade de ações voltadas a trabalhadores com a escolaridade menor que quatorze anos e ocupantes de cargo do nível técnico de forma a oferecer-lhes uma instrumentalização para prevenção e redução de danos à saúde, visto que o processo de adoecimento é inerente ao desgaste físico e psíquico pela função exercida em consonância com o processo e a organização do trabalho.

Os anos de trabalho no decorrer da vida podem estar associados às doenças do trabalho como resultado do comportamento e atitudes do trabalhador no enfrentamento das adversidades do ambiente laboral⁽²⁵⁸⁻²⁵⁹⁾. Enfim, o tempo é um fator determinante que repercute na produtividade, qualidade de vida e adoecimento do trabalhador⁽³³²⁾. Os estudos^(200,258-259) apontam que os anos de trabalho potencializam o desenvolvimento de doenças, destacando-se as musculoesqueléticas e transtornos mentais e comportamentais.

Na amostra deste estudo, as doenças do trabalho autoinformadas mostraram associação estatística com o tempo de anos de trabalho/experiência inferior aos 21 anos. Esse resultado assemelha-se aos resultados de um inquérito realizado pela Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho, que identificou dentre os trabalhadores jovens o desconhecimento dos riscos ocupacionais ao assumirem as ocupações com alta exigência física e emocional, acarretando o aparecimento de doenças do trabalho no decurso da vida⁽²⁴¹⁾.

Na literatura científica, os resultados divergem entre os estudos que analisaram o tempo na função laboral como possível fator para a ocorrência de doenças do trabalho. Dentre os trabalhadores de enfermagem de um hospital de Santa Maria-RS⁽²⁵⁹⁾, observou-se a associação significativa de algia localizada na região dos cotovelos com a experiência laboral mínima de 20 ou mais anos ($p=0,020$). Na instituição socioeducativa gaúcha⁽²³⁸⁾, o estresse ocupacional não teve a associação significativa com o tempo de trabalho ($p=0,963$). O mesmo aconteceu com trabalhadores de um Pronto Socorro na capital gaúcha⁽³²⁾ que não observou a associação do TMM com o tempo de trabalho ($p=0,145$).

Na amostra, evidencia-se a necessidade de se considerar o efeito do trabalhador sadio dentre os trabalhadores com maior tempo de experiência na instituição e que no momento da coleta de dados estavam exercendo a função laboral. Frente às divergências dentre as investigações, destaca-se a necessidade de investigações longitudinais para se reconhecerem as causas do desgaste físico e psíquico que potencializam o adoecimento desde o início da carreira profissional.

Os riscos ocupacionais descrevem a exposição do trabalhador ao realizar as atividades laborais. Os riscos ocupacionais constituem-se por fatores decorrentes das condições ambientais e de interação do trabalhador com diversos elementos associados ao processo e à organização do trabalho⁽²⁴⁰⁾.

Neste estudo, a associação foi significativa entre as doenças de trabalho registradas no prontuário pela equipe de saúde do trabalho e a exposição a três ou mais riscos ocupacionais atrelados à função do trabalhador. Um estudo qualitativo com trabalhadores de enfermagem de uma unidade ambulatorial no Rio de Janeiro-RJ concluiu que o estresse, cansaço, distúrbios osteomusculares, e entre outros, foram desencadeados pela exposição aos riscos ocupacionais⁽²⁴²⁾.

Na cidade de Cascavel-PR, um estudo com trabalhadores de saúde de uma instituição hospitalar acerca dos riscos ocupacionais mostrou que os trabalhadores conhecem os riscos à sua saúde de uma forma genérica; entretanto, o conhecimento demonstrado é fruto da prática cotidiana e não oriundo da existência de um serviço de saúde ocupacional na instituição.

Concluiu-se que o conhecimento dos trabalhadores não expressa a segurança na prevenção de acidentes e doenças do trabalho⁽⁷²⁾. Da mesma maneira, outra investigação com dez trabalhadores de uma lavanderia hospitalar, no interior do RS, demonstra que estes reconhecem a existência e identificam os riscos ocupacionais, mas desconhecem as providências na ocorrência de um evento adverso⁽²²⁶⁾. Essa falta de conhecimento sobre os riscos à saúde e dos encaminhamentos alerta para a necessidade de planejamento e implementação de ações de promoção da saúde e, por conseguinte, da qualificação da atenção aos trabalhadores⁽²⁴²⁾.

Embora não se tenham encontrado estudos que corroborem o resultado da exposição do trabalhador a três ou mais riscos ocupacionais nem a maior prevalência de doenças do trabalho, evidencia-se a necessidade de se atentar ao número de riscos ocupacionais aos quais o trabalhador fica exposto no cenário hospitalar, assim como de se elaborarem medidas de proteção e segurança frente à exposição aos riscos inerentes da ocupação. Esse padrão de segurança tem a proposição de reduzir os danos à saúde dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que contribui na estruturação de ações que viabilizem a melhoria do processo e organização do trabalho.

O acidente de trabalho repercute na vida do trabalhador, podendo causar redução ou perda da capacidade física e psíquica temporária ou permanentemente, assim como o óbito prematuro do trabalhador. Geralmente, o acidente não fatal deriva para uma situação transitória ou permanente de saúde fragilizada, constituindo-se em prejuízos socioeconômicos ao trabalhador, família, empregador e sociedade⁽²²⁾.

Na amostra deste estudo, observou-se que as doenças do trabalho registradas pela equipe de saúde do trabalhador durante o período de três anos tiveram associação significativa com os acidentes registrados no mesmo período. Todavia, no estudo realizado em hospital de Pronto Socorro na capital gaúcha⁽³²⁾ que rastreou os TMM sugestivos às doenças do trabalho, não se observou associação com ocorrência de acidentes ($p=0,100$).

A exposição ocupacional ao material biológico foi avaliada dentre 636 trabalhadores de enfermagem em um hospital de São Paulo-SP e apontou que quanto maior o número de exposições biológicas dos trabalhadores, menor foi a procura pelo atendimento na instituição, destacando-se os serviços de hemodiálise e centro de materiais esterilizados. A subnotificação da emissão da CAT foi de 30% dos trabalhadores que não adotaram as condutas de pós-exposição, conforme a NR-32, pois consideraram o acidente de baixo risco. A falta de adoção de um comportamento de segurança pelo trabalhador para minimizar o risco da soroconversão aos patógenos do sangue é preocupante⁽¹⁴²⁾. Logo, a subnotificação pelo trabalhador implica

em desconhecimento da equipe de saúde do trabalhador sobre a incidência real de acidentes na instituição, os quais, no decurso da vida laboral, podem contribuir para o processo de adoecimento do trabalhador.

O pensamento em mudar de função indica que o trabalhador está insatisfeito com a função que está exercendo no cenário laboral. As condições inadequadas do ambiente de trabalho podem ser caracterizadas por jornadas prolongadas, excesso de tarefas, baixa autonomia, ambiente físico impróprio, relações interpessoais conflituosas e baixa remuneração. Sendo assim, o trabalhador pode realizar sua atividade laboral de forma mecânica, sem motivação para desenvolver suas competências, conhecimentos e habilidades, o que o torna frustrado em relação à sua função⁽¹¹⁾.

As condições de trabalho inadequadas afetam a saúde do trabalhador na medida em que ocorre a falta de estímulos para realizar suas tarefas, além de provocar sentimentos negativos relacionados à solidão, impotência e desânimo⁽³³³⁾. Assim, a insatisfação no decurso da vida laboral manifesta-se em sinais e sintomas que implicam no processo de adoecimento físico e psíquico.

A maior prevalência de doenças do trabalho registradas no prontuário mostrou associação significativa com o pensamento em mudar de função. O estudo no hospital de Pronto Socorro em Porto Alegre-RS⁽³²⁾, que rastreou os TMM relacionados às doenças do trabalho, observou associação entre a satisfação com o local de trabalho ($p=0,017$), e um estudo que rastreou DPM dentre os trabalhadores de enfermagem de um hospital⁽⁴¹⁾ identificou associação entre a ausência de DPM e satisfação com o local de trabalho ($p<0,01$).

Um estudo com 133 enfermeiros de unidade de emergência de Campo Grande-MS⁽⁹⁾ observou associação da insatisfação no trabalho com o estresse ocupacional por alta exigência no trabalho ($p=0,029$) e com a autopercepção da saúde negativa ($p=0,033$). O estresse ocupacional também mostrou associação com a insatisfação com o trabalho ($p<0,0001$) em uma instituição socioeducativa gaúcha⁽²³⁸⁾.

Os sentimentos negativos vivenciados pelo trabalhador no exercício laboral implicam na falta de motivação e na restrição da criatividade e podem dificultar a proposição de ideias do trabalhador e aspirações, resultando no desejo de mudar de função. Os fatores psicossociais e da organização do trabalho influenciam o pensamento de mudar de função, os quais precisam ser investigados a fim de verificar seu impacto no processo de adoecimento do trabalhador^(9,32,41,238).

Os trabalhadores em exposição prolongada ao estresse ocupacional e condições inadequadas no exercício laboral necessitam de acompanhamento e intervenção da equipe de saúde do trabalhador para que o mesmo enfrente os desafios estressantes do trabalho.

A atividade física mostrou associação significativa de menor prevalência das doenças do trabalho autoinformadas e, em contrapartida, cuidar de familiar acamado aumenta a prevalência de doenças do trabalho autodeclaradas.

A inatividade física é responsável por uma diversidade de morbidades crônicas e do trabalho, implicando em limitações, afastamentos e mortes prematuras. Por sua vez, a mensuração dos benefícios da atividade física é complexa, mas quando esta é realizada regularmente, promove o bem-estar que transcende a satisfação pessoal, prevenindo a ocorrência de doenças em geral e também do trabalho^(171,288,328).

Em 2007, o estudo realizado na indústria no RS⁽³²⁸⁾ identificou a inatividade física em 45,6% dentre 2.265 trabalhadores, sendo relatadas como barreiras para a prática da atividade física, a saber: o cansaço ($p=0,002$) e o excesso de trabalho ($p=0,001$). Em uma indústria metalúrgica de São Paulo-SP⁽¹⁷⁵⁾, observou-se que o relato em ter boa saúde teve associação significativa com a atividade física para pessoas de mesma idade ($p=0,040$). Atualmente, diversos estudos^(171,288) têm considerado prática de atividade física, aquelas que exigem esforço nas atividades laborais, no deslocamento casa-trabalho ou casa-estudo, nas atividades domésticas e no lazer. Essa nova consideração, permite identificar o quanto que as pessoas mantem-se fisicamente ativas.

O estudo de base populacional realizado em São Paulo-SP⁽¹⁷¹⁾, com 2.672 indivíduos, identificou a prática da atividade física no lazer como fator protetor para as doenças reumáticas, artrose e artrites ($RP=0,52$; $p=0,016$) e transtornos psíquicos menores como depressão, ansiedade e problemas emocionais ($RP=0,66$; $p=0,020$). Outro estudo de base populacional realizado em Rio Branco-AC, analisou as atividades físicas no lazer dentre 1.407 pessoas na faixa etária de 18 a 65 anos, avaliou que estas podem estar relacionadas a uma melhor percepção de saúde⁽²⁸⁸⁾.

Em hospital de média complexidade na cidade de Londrina-PR, dentre os 187 trabalhadores de saúde, 40,1% declararam realizar atividades físicas, sendo as mesmas consideradas preventivas da Síndrome de *Burnout*⁽¹⁶²⁾. A inatividade física predispõe às doenças do trabalho, destacando-se a lesão por esforço repetitivo, doenças osteomusculares e transtornos mentais e comportamentais⁽³²⁸⁾. A regularidade da realização de atividades físicas é considerada uma ação preventiva na mudança do humor negativo, assim como do estresse e das tensões, provocando a sensação de prazer⁽¹⁶²⁾. Entretanto, corroboram-se aos autores⁽¹⁷¹⁾

que afirmam que a avaliação da atividade física apresenta limitação metodológica que dificulta a comparação entre os estudos no que se refere às informações sobre a frequência e à distribuição desta prática e seus fatores associados.

Os resultados deste estudo indicam que a atividade física é um fator de proteção da saúde. Sendo assim, torna-se importante a necessidade da discussão das políticas públicas e institucionais que valorizem a prática da atividade física e do lazer ativo em todos os segmentos de produção de bens e consumo. Entende-se que as ações educativas sobre a prática regular da atividade física devem estar relacionadas à disponibilidade de um espaço na instituição, assim como da criação e melhoria de espaços públicos que beneficiem a saúde com qualidade de vida.

O cuidador de familiar acamado é designado pela própria família. Geralmente, é aquele membro familiar com conhecimento sobre as necessidades básicas ou de maior envolvimento emocional com o familiar. Na realidade, muitos trabalhadores assumem essa atividade, provendo cuidados com alta exigência física e emocional antes e/ou após a jornada de trabalho. O tempo despendido ao familiar acamado é deduzido de tempo destinado ao autocuidado do próprio trabalhador que, nessa situação, priva-se. Contudo, a situação de dependência familiar e as condições financeiras algumas vezes insuficientes exigem que um familiar assuma a função de cuidador^(188,192-193).

Na amostra deste estudo, observou-se que a situação de ser cuidador de familiar acamado intensifica a prevalência de doenças do trabalho. O cuidado ao membro familiar foi abordado em um estudo realizado na Holanda, em 2011, com os trabalhadores de saúde que exercem o papel de cuidador de familiar dependente/acamado. Destacam-se as associações com a redução da saúde física ($p<0,05$), saúde mental ($p<0,001$), necessidade de descanso após jornada de trabalho ($p<0,001$), exaustão emocional ($p<0,05$) e presenteísmo ($p<0,001$) para os que desenvolvem de oito ou mais horas semanais de cuidado ao familiar dependente⁽¹⁹⁶⁾.

O processo de envelhecimento da população, cada vez mais, exigirá dos membros que compõe o núcleo familiar a reorganização da dinâmica domiciliar e do trabalho diante de situações que demandam de cuidados a saúde. No estudo realizado com 24 cuidadores de idosos com condição de dependência nas atividades diárias, em 2010, observou-se que as consequências relacionadas ao trabalho para o cuidador são: não pode trabalhar fora (58,3%), ter de deixar o trabalho (37,5%), ter de reduzir a jornada de trabalho (45,8%) e demais consequências relacionadas à saúde física e psicológica⁽³³⁴⁾. Logo, a exigência de ser o

cuidador familiar e ter uma ocupação profissional remete às pressões psicológica e física e, em especial, exige o esforço físico para movimentação do familiar no domicílio⁽¹⁹⁶⁾.

Desse modo, evidencia-se a necessidade da visibilidade desse tema em estudos que abordem o “ser trabalhador e cuidador de familiar dependente”, visto tratar-se de uma tendência crescente no Brasil. Essa visibilidade é necessária tanto para se tecerem estratégias de valorização das condições de saúde física e mental, como das condições laborais do trabalhador para manutenção de sua saúde.

Os estudos^(188,192-193,196) confirmam que o trabalhador de saúde que é cuidador de familiar acamado e que estende a sua jornada de trabalho apresenta maior grau para o desenvolvimento de doenças do trabalho. Nesse contexto, destaca-se a formulação de ações que valorizem as práticas de saúde pelos empregadores e de co-responsabilização do trabalhador no que se refere a atividade física como possibilidade de reforço muscular para atender as demandas cotidianas. A atividade física traz benefícios e atua como mecanismo compensatório diante do estresse, da angústia e da ansiedade, agindo no alívio das tensões, proporcionando prazer, relaxamento e bem-estar⁽²³⁸⁾. Nesse sentido, programar pequenas pausas para desenvolver atividade lúdica durante o turno de trabalho poderá ser uma maneira de relaxamento no sentido de reduzir os efeitos da carga física e psíquica.

Entre os fatores associados às doenças do trabalho registradas no prontuário pela equipe de saúde do trabalhador no período de três anos, observou-se a associação protetora do risco biológico e o exame periódico médico. Os fatores para adoecimento do trabalhador são o risco ergonômico, a limitação funcional nos três anos e a mudança da situação conjugal.

O risco biológico é definido pela exposição do trabalhador aos agentes biológicos, tais como vírus, bactérias e parasitas que podem ser contraídos por via aérea, sanguínea e contato⁽¹⁴²⁾. Dentre os trabalhadores deste estudo, o risco biológico mostrou associação significativa com a menor prevalência de doenças do trabalho.

Dentre 636 trabalhadores de enfermagem em São Paulo-SP que sofreram exposição ocupacional ao material biológico, foi constatado que quanto maior o número de treinamentos recebidos pelo profissional da enfermagem, menor foi o número de novas exposições aos agentes biológicos⁽¹⁴²⁾.

Em estudo de caso-controle randomizado com 91 trabalhadores de saúde na Tailândia, o grupo que recebeu orientações sobre a higienização das mãos e o uso de luvas em decorrência da alta prevalência de infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV) apresentou diferença significativa quanto à incorporação das orientações ($p=0,0001$) em relação ao grupo controle durante o experimento, mas não houve retenção do efeito⁽³³⁵⁾.

O risco biológico é amplamente discutido nas instituições de saúde, o que contribui para a prática segura diante da exposição. Entretanto, alguns estudos^(226,240,243-244,255) ainda reforçam a necessidade de se desenvolverem estratégias educativas para que o trabalhador tenha o pleno conhecimento dos riscos e encaminhamentos. A educação sobre os riscos ocupacionais é relevante para a segurança do indivíduo doente e do trabalhador no cenário hospitalar.

O exame periódico médico é uma consulta realizada com o médico do trabalho para acompanhar as condições de saúde do trabalhador na função que exerce na instituição. Este exame é clínico, podendo ser solicitadas as avaliações laboratoriais gerais e específicas como complementares. O exame periódico médico tem um caráter preventivo na detecção de possíveis problemas que antecedem as sintomatologias das doenças do trabalho. Todos os exames periódicos realizados pelo trabalhador são registrados na história ocupacional no PCMSO com o propósito de manter a vigilância das condições de saúde e segurança do trabalho^(104,270).

Na amostra do presente estudo, observou-se que os trabalhadores que realizam o exame periódico médico regularmente apresentaram a menor prevalência de doenças do trabalho. Por outro lado, os trabalhadores com condições de saúde fragilizada não comparecem ao exame periódico médico, o que impossibilita as ações de promoção da saúde, de tratamento ou de prevenção do agravamento da doença do trabalho.

Em um estudo longitudinal de 20 anos realizado com 621 trabalhadores do ramo elétrico em São Paulo-SP⁽²⁷²⁾, identificou-se a importância das orientações de cuidado com a saúde no exame periódico médico para a redução significativa do nível médio da pressão sistólica dentre esses trabalhadores ($p < 0,01$). Em um estudo transversal realizado com 32 microempresas e de pequeno porte do ramo de alimentos e bebidas, verificou-se que no exame periódico médico de 532 trabalhadores, foram encontrados os problemas musculoesqueléticos e a falta de autocuidado nutricional, sendo coadjuvantes a obesidade e hiperglicemia⁽²⁷³⁾. Dentre os 130 trabalhadores de enfermagem de uma instituição hospitalar de Fortaleza-CE, 49,2% afirmaram não ter realizado o exame periódico médico⁽²⁷¹⁾.

De acordo com os estudos^(175,270-273), o planejamento de ações educativas pela equipe de saúde do trabalhador é essencial para estimular a integração individual e social. Isso pode se dar por meio de palestras educativas, campanhas preventivas e exames periódicos como meio de incentivar a proteção a saúde do trabalhador.

O risco ergonômico é definido pela exposição da mecânica corporal do trabalhador para realização das atividades laborais. A atual intensificação do ritmo de trabalho implica na

exposição prolongada do trabalhador, sendo nociva à sua integridade física e psicológica. Da mesma forma, a escassez de recursos tecnológicos nos ambientes laborais também intensifica o uso da mecânica corporal para execução das atividades, ou seja, o uso constante da força muscular pode comprometer o sistema musculoesquelético, desencadeando as doenças do trabalho^(107,336).

A exposição ao risco ergonômico mostrou associação significativa com as doenças do trabalho registradas no prontuário na análise multivariada e com as doenças do trabalho autoinformadas pelo trabalhador na análise bivariada. A dor e o desconforto musculoesquelético são exemplos das consequências das cargas excessivas e de condições inadequadas de trabalho. Entretanto, os distúrbios musculoesqueléticos nem sempre são visíveis para todos os trabalhadores, pois o trabalhador com sintomatologia álgica ou desconforto mantém-se atuante no trabalho, mesmo que não tenha condições para executá-lo⁽³³³⁾.

Essa situação torna-se preocupante tendo-se em vista que as práticas seguras no ambiente laboral passam a ser desconsideradas pelo trabalhador, colocando em risco as pessoas com quem se relaciona. A conscientização e sensibilização da adoção de práticas seguras no exercício laboral pelo trabalhador promove a qualidade de vida e envelhecimento ativo e saudável, ao mesmo tempo em que reduz os custos com os afastamentos decorrentes de acidentes e doenças do trabalho para o empregador.

A limitação funcional decorre da exposição aos riscos ocupacionais, a qual é forjada por um processo de adoecimento que se configura como doença do trabalho ou da ocorrência do acidente de trabalho. A limitação funcional impede temporariamente ou permanentemente as atividades laborais, pessoais e domésticas do trabalhador. Essa situação promove um grande impacto sobre a saúde do trabalhador e implica no seu sofrimento físico e psíquico. A isso, acrescem-se os sintomas de ansiedade e depressão, acompanhados pelos sentimentos de angústia e medo em relação a um futuro incerto⁽²⁶⁶⁻²⁶⁸⁾.

Na amostra deste estudo, constatou-se a prevalência de doenças do trabalho está associado à presença de limitação funcional do trabalhador. De fato, a limitação funcional pode intensificar a ocorrência de doenças do trabalho, desencadeando outras patologias. No CEREST de Sobral-CE, um estudo sobre as repercussões do adoecimento do trabalhador identificou que as limitações funcionais implicam em perda de identidade por sentimento de impotência diante das atividades diárias e das mudanças no seu cotidiano⁽²⁶⁸⁾.

A capacidade funcional foi verificada dentre 1.803 trabalhadores de um hospital em Campinas-SP, sendo observada a existência de 176(9,7%) laudos médicos de restrição

funcional, sendo que desses, 79,1% relataram a limitação como permanente. Dentre as restrições de trabalho prescritas, 78,6% eram ergonômicas⁽¹⁴⁰⁾. Em São Paulo-SP os trabalhadores de enfermagem que tiveram afastamento do trabalho de no mínimo seis semanas relataram que a presença da dor decorrente de doença osteomuscular é o fator mais limitante. Essa sensação dolorosa interfere na execução das atividades laborais por ser persistente, fazendo com que o trabalhador recorra às terapias medicamentosas e alternativas para enfrentamento do problema, o que reduz o tempo para atividades físicas e de lazer⁽³³⁷⁾.

Para o trabalhador, o processo de reintegração ao trabalho e de conscientização de suas limitações depende de fatores individuais e organizacionais. Na esfera individual, a aceitação da limitação funcional é uma barreira, a qual pode ser intensificada na esfera organizacional, que requer do gestor a adaptação do setor de trabalho para garantir o exercício desse trabalhador sem que haja prejuízos, preconceitos ou rechaços decorrentes do fato de o trabalhador não executar as mesmas atividades de outro colega na mesma função no setor⁽²⁶⁶⁻²⁶⁷⁾.

O retorno ao trabalho é uma situação que necessita atenção da equipe de saúde do trabalhador, a qual pode identificar as possíveis causas que possam promover um novo afastamento do trabalhador pelo mesmo motivo. A análise de 10 prontuários de trabalhadores em terapia ocupacional em um CEREST, em São Paulo-SP, mostrou que entre as barreiras do retorno ao trabalho destacam-se: a ineficiência do programa de reabilitação profissional; os mecanismos de comunicação entre instituições, sistemas e políticas; e as atitudes discriminatórias de profissionais da Previdência Social. Além disso, concluíram que a precariedade das condições socioeconômicas e escolaridade associadas aos fatores ambientais dificultam a (re)educação, a (re)qualificação profissional e a (re)adaptação profissional e social⁽²⁶⁷⁾.

As equipes de saúde do trabalhador e da atenção primária à saúde precisam incorporar na prática as ações de promoção, prevenção, acolhimento, vigilância, diagnóstico e reabilitação para a atenção integral ao trabalhador a fim de evitar limitações funcionais e necessidade de reintegração. A implementação dessas ações com base no reconhecimento de que o trabalho promove o sofrimento poderá fomentar a autoestima e autoconfiança e, dessa maneira, fortalecer os mecanismos positivos do enfrentamento da limitação e refletir na melhora do desempenho e capacidade do trabalhador^(267-268,333). Acredita-se que a partir das ações de promoção e proteção poderá ocorrer redução no número de trabalhadores com limitações funcionais ou incapacidade permanente para o trabalho.

Entretanto, evidencia-se a necessidade do aprofundamento científico sobre as limitações funcionais do trabalhador nessa instituição, especificamente das implicações na saúde física e psíquica do trabalhador e as repercussões nas relações pessoais, familiares, sociais e ocupacionais.

A mudança da situação conjugal nos últimos doze meses evidencia uma alteração na dinâmica familiar. A mudança repentina da situação conjugal pode afetar a saúde física e psíquica, refletindo na produtividade e relações interpessoais do trabalho^(149,156,159-160). A mudança da situação conjugal mostrou associação a maior prevalência de doenças do trabalho. Entretanto, não foi possível avaliar nesta amostra se a mudança da situação conjugal nos últimos doze meses foi positiva ou negativa.

No Rio de Janeiro-RJ, em um estudo com 695 auxiliares de enfermagem de um hospital, foi verificado que as queixas de insônia tiveram associação com a mudança da situação conjugal ($p < 0,05$). A insônia, por sua vez, predispõe ao adoecimento em decorrência da exposição emocional e física, podendo agravar os problemas de saúde existentes⁽³³⁸⁾. E trabalhadores que são casados ou têm companheiro fixo apresentam menor propensão no desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*⁽¹⁶²⁾.

Entretanto, no rastreamento de TMM para doenças do trabalho, não houve associação estatística com a situação conjugal ($p = 0,889$), dentre os trabalhadores de saúde de um Pronto Socorro na capital gaúcha⁽³²⁾. Da mesma forma, não se constatou associação entre o estresse ocupacional e a situação conjugal ($p = 0,617$) no estudo com 388 trabalhadores de enfermagem de um Pronto Socorro no sul do Brasil⁽³²⁹⁾, e nem na investigação com 381 agentes gaúchos⁽²³⁸⁾ de uma instituição socioeducativa ($p = 0,06$).

Na literatura nacional e internacional, até o momento, não foram encontradas investigações que abordaram a influência da mudança da situação conjugal e a ocorrência de doenças do trabalho. Desta maneira, a mudança da situação conjugal precisa ser avaliada em investigações específicas para que seja possível determinar sua influência nas atividades laborais de trabalhadores que vivenciam essa situação.

O efeito protetor do risco biológico e do exame periódico médico, bem como os fatores associados ao adoecimento do trabalhador – risco ergonômico, a limitação funcional nos três anos e a mudança da situação conjugal – expressam a necessidade de discussão com a equipe de saúde do trabalhador para refletir e elaborar estratégias de promoção e proteção à saúde integral do trabalhador.

A Vigilância na Saúde do Trabalhador na área hospitalar oportuniza a discussão interdisciplinar dos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde do trabalhador e da

segurança no trabalho. Essa abordagem permite traçar estratégias que valorizam o acompanhamento do trabalhador e reduzem os riscos e, em consequência, os danos à saúde^(19,80,94). Logo, conhecer os fatores associados às doenças do trabalho permite abordar as condições individuais e institucionais que promovem a saúde e segurança do trabalhador.

Estar atento às condições de saúde do trabalhador e agir sobre os fatores promotores do adoecimento é ganhar anos de vida para o trabalhador, empregador e sociedade. Torna-se evidente que investir em recursos de promoção da saúde e qualificar as condições laborais são ações que ampliam a permanência do trabalhador ativo e com qualidade de vida. Ressalta-se a importância da colaboração participativa e coletiva do trabalhador na qualificação das condições de trabalho e flexibilização do processo e organização do trabalho^(29,328,333).

O local de trabalho e a criação de espaços de valorização do trabalhador atrelados à cidadania, ao respeito ao outro, à alteridade e de recursos em como lidar e enfrentar as situações estressantes permitirão o benefício duplo empregador-trabalhador. Esses benefícios remetem à ampliação de ações de promoção da saúde física e psíquica, assim como ações de prevenção de doenças diante da exposição aos riscos ocupacionais, que implicam em ganho de anos, qualidade de vida e maior tempo no exercício da função laboral. Isso atende, portanto, as metas da produtividade da instituição^(29,328).

Por fim, os resultados deste estudo indicam a necessidade, por parte da instituição, de (re)avaliação constante das condições de trabalho, bem como de incentivar a realização do exame periódico médico. Em suma, conhecer os fatores associados às doenças do trabalho permite explorar o problema de forma integrada para a adoção da vigilância em saúde, a partir de medidas preventivas que favoreçam a saúde do trabalhador no ambiente laboral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória percorrida na sustentação desta tese permitiu analisar as inter-relações entre as características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde, como fatores na ocorrência de acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho de 288 trabalhadores de 54 ocupações distintas de uma instituição hospitalar.

A estratégia de análise atendeu ao propósito de defender a tese de que as “características sociodemográficas, ocupacionais e de situação de saúde constituem fatores de adoecimento ou de proteção para a ocorrência de acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho em trabalhadores de uma instituição hospitalar”. Essa tese se sustentou mediante as discussões realizadas com os estudos que exploraram e avaliaram a ocorrência de acidentes de trabalho, as alterações musculoesqueléticas e as doenças do trabalho nos cenários dos serviços de saúde e das diversas profissões que constituem o grupo de trabalhadores desta amostra.

A escolha teórica e metodológica revelou os fatores sociodemográficos, ocupacionais e de saúde, os quais incitam para as reflexões sobre a saúde do trabalhador do setor produtivo dos serviços de saúde. Esses fatores precisam ser amplamente discutidos, no intuito de estabelecer e qualificar as estratégias, de modo a potencializar os fatores de proteção à saúde, assim como atenuar os fatores de adoecimento.

A abordagem metodológica, nesta investigação, suscitou a análise dos dados sob cinco dimensões, a saber: aspectos sociodemográficos; aspectos ocupacionais e de saúde; fatores associados ao acidente de trabalho; fatores associados às alterações musculoesqueléticas; e fatores associados às doenças do trabalho.

Na dimensão dos aspectos sociodemográficos identificou-se que, dentre os trabalhadores de saúde, prevaleceu o sexo feminino; idade de 40 anos ou mais; escolaridade superior a 13 anos; atividades ocupacionais há mais de 20 anos; situação conjugal com companheiro; sem mudança da situação conjugal nos últimos doze meses; com até dois filhos; filhos com necessidade especial inexpressivo; residentes em Porto Alegre; casa própria; residindo com a família; deslocamento ao trabalho inferior a 60 minutos; utilizam transporte público até o trabalho; suporte familiar presente; suporte social reduzido, dependência de familiar acamado inexpressiva; com tempo disponível para o lazer e atividades físicas; tempo para o sono inferior a sete horas; e menor proporção de consumo de tabaco e bebidas alcoólicas.

Nos aspectos ocupacionais e de saúde, autorrelatados pelos 288 trabalhadores de saúde em 54 ocupações, observou-se o predomínio de técnicos de enfermagem; o cargo de nível técnico; trabalhadores fixos no setor laboral; com tempo no cargo inferior a dez anos; carga horária diária de seis horas e quinze minutos; em regime de trabalho diurno; satisfação com o exercício da função laboral; motivação presente; menor manifestação do desejo de mudar de função; sobrecarga ao exercer a função mostrou quase paridade; autonomia no exercício laboral presente; com possibilidade de progresso e recompensa na instituição; e menor proporção de conflitos entre valores pessoais e institucionais. Em relação ao multiemprego, 45 trabalhadores têm essa condição exercendo a mesma função laboral, com prevalência da medicina e enfermagem, com carga horária diária inferior a seis horas e sem dificuldade de conciliar os empregos.

Em relação aos acidentes de trabalhos, autodeclarados pelos 33 trabalhadores que vivenciaram essa situação, nos últimos doze meses, constatou-se a prevalência de acidentes típicos; com lesão por materiais ou aprisionamento de partes do corpo; e aproximadamente, a metade teve o afastamento laboral em decorrência do acidente. As doenças do trabalho foram autodeclaradas por 54 trabalhadores, com predomínio das Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo; e do afastamento laboral, em decorrência da doença.

Nas características da situação de saúde, as doenças autoinformadas foram identificadas dentre 103 trabalhadores, com prevalência das Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo; e, aproximadamente, a metade desses tem duas ou mais morbidades. A hospitalização do trabalhador nos últimos doze meses ocorreu para 26 trabalhadores, com predomínio das Doenças do Sistema Digestivo. O uso de medicamentos prescritos foram autorrelatados por 135 trabalhadores, com predomínio de medicamentos da classe de anti-hipertensivos e diuréticos e de uso contínuo de único medicamento.

Os dados do histórico ocupacional dos 288 trabalhadores no período de 2010 a 2012, observou-se o predomínio de riscos ocupacionais; com registro de um risco ocupacional e de carga biológica. Os acidentes de trabalho foram registrados para 58 trabalhadores, dentre os quais ocorreram 81 acidentes de trabalhos, com prevalência dos típicos; menor ocorrência de acidentes biológicos; quase a metade obteve o registro da CAT e exigiu o afastamento laboral; e o maior motivo descrito que contribuiu na ocorrência do acidente, foi o descuido do trabalhador. Dentre as 38 doenças do trabalho, registradas nos prontuários dos trabalhadores, constatou-se a prevalência do grupo de causa das Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo. As alterações musculoesqueléticas foram descritas em 90 históricos ocupacionais, sendo identificado até 159 alterações, com predomínio da cervicalgia.

A limitação funcional ocorreu dentre os registros nos prontuários dos trabalhadores. O auxílio doença recebido pelo trabalhador teve menor proporção, mas dentre os que receberam este auxílio, o período foi superior a 60 dias. Dentre os trabalhadores, verificou-se que a maioria realiza o exame médico periódico. Quase a totalidade dos trabalhadores tem alguma imunização, sendo mais prevalente a vacina contra a gripe *Influenza*. As demais imunizações contra tétano, hepatite B, sarampo, rubéola e caxumba têm a cobertura inferior a 50%. O afastamento laboral ocorreu para 223 trabalhadores, tendo uma minoria de registros de afastamentos superiores há quinze dias. No período de três anos, foram registrados 1059 afastamentos sendo, a maioria desses, decorrentes por morbidades, com prevalência do grupo de causa das Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo.

A ocorrência de acidentes de trabalho teve como fator para adoecimento, a mudança da situação conjugal nos últimos doze meses, e o consumo de tabaco alguma vez na vida; e o fator de proteção à saúde não foi encontrado dentre os acidentes de trabalho ocorridos nos últimos doze meses. Dentre os acidentes de trabalho registrados no período de 2010 a 2012, obteve-se como fator para adoecimento, o consumo de tabaco alguma vez na vida e o afastamento laboral registrado nos últimos três anos; e como fator de proteção à saúde, identificou-se a carga horária diária de trabalho inferior a seis horas e quinze minutos.

Os fatores das alterações musculoesqueléticas registradas no histórico ocupacional nos últimos três anos, considerados como de proteção à saúde, foram o tempo no cargo da instituição, menor que onze anos, e a existência da possibilidade de progresso e recompensa; e os fatores para adoecimento foram a situação conjugal sem companheiro, ter filhos e o afastamento laboral nos últimos três anos.

Para as doenças do trabalho autodeclaradas pelos trabalhadores, encontrou-se, como fator para o adoecimento, a situação de o trabalhador exercer o papel de cuidador de familiar acamado; e o fator de proteção à saúde foi a prática de atividade física. No histórico ocupacional nos últimos três anos, as doenças do trabalho têm, como fatores de adoecimento, a mudança da situação conjugal, o risco ergonômico e a limitação funcional no período de três anos; e, como fatores de proteção, o risco biológico e a realização do exame médico periódico.

A vigilância na saúde do trabalhador pressupõe o monitoramento da situação de saúde e dos eventos que intensificam o adoecimento e a morte prematura de trabalhadores por acidentes e doenças do trabalho. Logo, o monitoramento precisa ocorrer em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, de modo a contribuir na proposição de estratégias de controle e de prevenção dos eventos que antecipem o adoecimento do trabalhador. Desta

maneira, as instituições que desenvolvem uma assistência pautada na vigilância em saúde têm como reconhecer os fenômenos e tratá-los por meio de ações de sensibilização do seu quadro profissional, com vistas a reduzir as taxas de absenteísmo e de ampliar as possibilidades de um envelhecimento saudável.

Nessa perspectiva da vigilância, torna-se essencial a atuação da equipe interdisciplinar, para atender a essa complexidade de eventos ocupacionais no ambiente das instituições. O enfermeiro do trabalho, como membro ativo no cerne dessa equipe, reúne as competências e habilidades necessárias para realizar e compartilhar a assistência integral ao trabalhador. Destaca-se que o amplo conhecimento do processo e da organização do trabalho em serviços de saúde permite o planejamento de ações de valorização da promoção, manutenção e recuperação da saúde do trabalhador, assim como a reabilitação para o retorno ao trabalho.

Contudo, o desenvolvimento do monitoramento por meio de coleta e análise sistemática de dados sobre a situação ocupacional e de saúde dos trabalhadores possibilitará ao enfermeiro e a equipe de saúde do trabalhador elencarem as estratégias para subsidiar o planejamento de ações potencializadores, para a proteção e promoção da saúde. As ações de vigilância visam promover a elevação dos níveis de saúde dos trabalhadores, na medida em que desenvolve as potencialidades individuais para o autocuidado, reduzindo as ocorrências de acidentes de trabalho e taxas de absenteísmo por doenças crônicas ou do trabalho.

Os resultados desta tese fornecem contribuições significativas para maior compreensão da relação dos aspectos sociodemográficos, ocupacionais e de saúde dos trabalhadores. Entende-se que trabalhadores com condições de saúde física e mental adequadas na prestação de serviços de saúde, certamente contribuem para uma assistência qualificada e resolutiva. Evidenciou-se, ainda, a proposição de futuras investigações, com abordagem quanti-qualitativas e multidisciplinares, para aprofundar as discussões e compreender as associações observadas nos desfechos deste estudo.

De fato, essa investigação buscou contribuir para o avanço científico na saúde do trabalhador, instigando as discussões relacionadas aos fatores, para os acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho. Todavia, tem-se a intenção de que esse estudo subsidie as discussões para estabelecer as prioridades na saúde do trabalhador, de modo a colaborar na revisão das Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador e da gestão de pessoas sob a perspectiva individual e institucional, para alcançar os padrões de qualidade assistencial em saúde.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar da relevância dos resultados apresentados, os mesmos devem ser considerados, levando-se em conta as suas limitações, diante da complexidade do fenômeno estudado. Dentre as limitações deste estudo, destaca-se o delineamento transversal⁽¹¹³⁾, para o qual é preciso ter cautela nas interpretações das relações associativas, tendo em vista a multicausalidade e a exploração simultânea da exposição e do desfecho. Além disso, também existe a possibilidade do viés de causalidade reversa, ou seja, a possibilidade de que as alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho tenham conduzido o trabalhador para mudanças de comportamentos e atitudes.

Os trabalhadores têm receio de ser prejudicados na instituição, devido às respostas da dimensão de aspectos ocupacionais e de saúde, em que alguns questionamentos implicam na satisfação laboral e do multiemprego, apesar de o estudo declarar e firmar a garantia do sigilo e do anonimato, pelos pesquisadores em TCLE. Contudo, entende-se que o método de preenchimento de questionário implica em respostas que sejam também consideradas como socialmente aceitas, em comparação às reais observações e convicções do trabalhador, que são vivenciadas na dinâmica organizacional da instituição.

A demanda imposta pelo ritmo de trabalho e o processo de saúde-doença implicaram na perda previsível de 33(10,3%) trabalhadores neste estudo. Desses, 20(60,6%) trabalhadores estavam afastados por doenças, o que se remete à possibilidade de ocorrência do “efeito do trabalhador sadio”. Esse efeito refere-se à situação em que os trabalhadores que participaram da investigação são aqueles que mantêm as melhores condições para desempenhar as atividades laborais, àqueles em afastamento por situação de adoecimento no período da coleta de dados.

A coleta foi realizada no banco de dados da pesquisa “Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”, o que pode reduzir a qualidade dos dados, por serem utilizados como dados secundários. Entretanto, sabe-se que a coleta de dados por questionário ou prontuário, a codificação e a digitação no banco de dados podem ser influenciadas por fatores pessoais do trabalhador e do próprio coletador/digitador.

No que tange aos dados que constam no prontuário do trabalhador (eletrônico e manual) sabe-se da limitação, devido à diversidade de profissionais da equipe de saúde que atendem o trabalhador no percurso da vida ocupacional na instituição. Entretanto, foi possível

identificar a uniformidade das variáveis no banco de dados, porque os coletadores foram treinados para avaliação e coleta dos dados em conformidade com as variações na forma de preenchimento do prontuário pelos profissionais.

Em relação às discussões com os estudos nacionais e internacionais exige-se cautela nas comparações pela diversidade de resultados e pela falta de padronização nos indicadores atrelados aos desfechos fatores do adoecimento e de proteção do trabalhador. Contudo, sabe-se que os resultados não podem ser generalizados e comparados com a totalidade de trabalhadores do hospital, devido à seleção amostral. Porém, acredita-se que esses resultados são relevantes, por explorar os dados no sentido de subsidiar as discussões da equipe de saúde do trabalhador do cenário do estudo, para investir no trabalhador como protagonista de seu autocuidado.

6.2 RECOMENDAÇÕES

Na atualidade, o trabalho vem intensificando o ritmo, sobrecarga, conflitos interpessoais e exposição aos riscos aos trabalhadores no cerne das instituições hospitalares^(69,148,226,245,287), o que evidencia a necessidade de aprofundar as discussões, como meio de contribuir para a saúde do trabalhador. Os resultados desta tese disparam algumas sugestões, no intuito de reforçar as práticas já desenvolvidas pela equipe de saúde do trabalhador e do enfermeiro do trabalho no cenário desta amostra.

A aplicabilidade dos resultados apresentados gera proposições para novas estratégias políticas na área dos serviços de saúde e da vigilância na saúde do trabalhador, quando das ocorrências de acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho. Portanto, recomenda-se:

- valorizar o registro do histórico ocupacional dos trabalhadores pelos profissionais da equipe de saúde do trabalhador, para estabelecer ações preventivas em consonância com perfil do trabalhador, na medida em que se conhece os fatores para o adoecimento;
- incentivar o registro dos acidentes de trabalho, inclusive os de trajeto, para que o trabalhador tenha agilidade no processo de acompanhamento e tratamento dos mesmos, dentro do cenário hospitalar.

- utilizar o sistema de informações – prontuário eletrônico – o qual se sustenta como importante ferramenta para a vigilância à saúde do trabalhador, que permite subsidiar as ações de promoção da saúde e de atenuar os fatores ao adoecimento do trabalhador, superando o paradigma biomédico;
- monitorar as doenças do trabalho e as alterações musculoesqueléticas dentro do serviço, de modo que seja possível obter indicadores de acompanhamento para atenuar o processo de adoecimento;
- investigar as cargas e riscos ocupacionais nos diversos setores de trabalho do hospital, como meio de propor ações de valorização de práticas seguras ao trabalhador e ao paciente, assim como a aquisição de equipamentos que promovam recursos ergonômicos de proteção à saúde;
- reforçar as orientações sobre o uso dos EPIs; o manuseio de equipamentos e materiais; as precauções químicas, físicas e biológicas; a postura ergonômica adequada e as pausas em atividades de esforços repetitivos;
- realizar reuniões com a equipe de trabalho, para se tratar a segurança do trabalho, por meio de casos de estudos, para que se tenha a conscientização da real exposição aos riscos laborais;
- criar espaços aos trabalhadores, para expressar sentimentos e discutir questões relativas aos eventos que implicam na perda de qualidade de vida e de saúde, de modo a prevenir o agravamento das doenças do trabalho;
- proporcionar o conforto e alívio das tensões físicas e mentais, por meio da utilização de técnicas de relaxamento, ginástica laboral, pilates, alongamento, discussões em grupo, atividades físicas e de lazer como meios de confrontar os desgastes físico e mental;
- disponibilizar a educação em serviço, como uma ação relevante para o debate sobre o processo de trabalho, para inculcar a co-responsabilidade diante das cargas de exposição no ambiente laboral, como proposta de transformar as atitudes em práticas de segurança e de saúde do trabalhador;
- instituir protocolos de vigilância sobre a situação de saúde do trabalhador de modo sentinela, no cerne das equipes de trabalho, como meio minimizar as repercussões no ambiente de trabalho e de encaminhamento à equipe de saúde do trabalhador.

- adotar a gestão participativa e democrática, no sentido de envolver e tornar os trabalhadores ativos nas discussões do dimensionamento de pessoal, das condições da ambiência laboral e do processo e organização do trabalho, de modo que trate a co-responsabilização do cuidado com a saúde física e mental;
- estimular a manutenção ou inclusão de práticas cotidianas de autocuidado, como possibilidade de redução de ocorrências de acidentes e doenças do trabalho e de aprimoramento de práticas seguras na ambiência hospitalar;
- inserir a disciplina de vigilância na saúde do trabalhador na formação acadêmica em todos os níveis e nos diversos cursos da área da saúde, para fortalecer o trabalho interdisciplinar no cuidado do trabalhador;
- publicar e disseminar as discussões na seara da vigilância na saúde do trabalhador, com profissionais para subsidiar as políticas públicas de saúde no Brasil.

Enfim, essa investigação evidenciou os fatores de proteção à saúde e de adoecimento do trabalhador da instituição hospitalar, reforçando a articulação de ações que valorizem a co-responsabilização do trabalhador e da instituição. Com isso, a relevância científica do estudo não se apresentou apenas pelas evidências fatores do adoecimento e de proteção à saúde, mas também pela possibilidade de alcançar subsídios estratégicos para qualificar as condições de trabalho, considerando a história ocupacional e as experiências vivenciadas pelo trabalhador.

O reconhecimento e a delimitação das condições de trabalho reais e prescritivas poderão atenuar o agravamento das morbidades inerentes ao labor e fortalecer o autocuidado do trabalhador. Nessa perspectiva, possibilita-se que o trabalhador e o empregador estabeleçam as estratégias de co-responsabilização para a prevenção de acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho, tendo em vista um processo de envelhecimento saudável e ativo.

REFERÊNCIAS

- 1 Zapparoli ADS, Marziale MHP. Risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(1):41-6.
- 2 Cavalcante CAA, Enders BC, Menezes RMP, Medeiros SM. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. *Ciênc Cuid Saúde.* 2006;5(1):88-97.
- 3 Boschco CR. Implicações do afastamento do trabalho por adoecimento na subjetividade do auxiliar de enfermagem [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011.
- 4 European Agency for Safety and Health at Work (ES). Worker participation in occupational safety and health: a practical guide. Bilbao, ES: European Agency for Safety and Health at Work; 2012.
- 5 Dias EC. Organização da atenção à saúde no trabalho. In: Ferreira Junior M, organizador. *Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores.* São Paulo: Roca; 2000. p. 3-28.
- 6 Dalarosa MG, Lautert L. Acidente com material biológico no trabalhador de enfermagem em um hospital de ensino: estudo caso-controle. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(1):19-26.
- 7 Schmidt DRC. Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.
- 8 Teixeira CAB. Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2013.
- 9 Theme-Filha MM, Costa MAS, Guilam MCR. Occupational stress and self-rated health among nurses. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013;21(2):475-83.
- 10 Dal Pai D, Lautert L, Krug JS. Psicodinâmica e saúde mental do trabalhador de enfermagem: ritmo acelerado e intensificação do fazer. *Enferm Foco.* 2011;1(2):38-43.
- 11 Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(2):225-33.
- 12 Ministério da Saúde (BR) Saúde do trabalhador: lesão por esforço repetitivo (LER). [Internet] 2013 [citado 2013 mai 10]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-trabalhador/lesao-por-esforco-repetitivo-ler>.

- 13 Congresso Nacional (BR). Emenda Constitucional de 3 de Setembro de 1926. Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil. 04 set 1926; (Seção 1):2845.
- 14 Presidência da República (BR). Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil. 09 ago 1943;(Seção 1):11397.
- 15 Senado Federal (BR). Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- 16 Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil. 20 set 1990; (Seção 1):18055.
- 17 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil. 02 set 1996; (Seção 1):17064.
- 18 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.120, de 19 de julho de 1998. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil. 02 jul 1998; (Seção 1):36-7.
- 19 Vasconcellos LCF, Almeida CVB, Guedes DT. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. Trab Educ Saúde. 2010;7(3):445-62.
- 20 Souza NSS, Santana VS, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Work-related diseases and health-related compensation claims, Northeastern Brazil, 2000. Rev Saúde Pública. 2008;42(4):630-8.
- 21 Fernandes AZ. Análise comparativa entre dados de afastamento temporário por doença informados em GFIP e concessão do benefício auxílio-doença previdenciário para contribuintes empregado. Informe Previd Social. 2013;25(1):3-13.
- 22 Ministério da Saúde (BR). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 114).
- 23 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde do trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 24 Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. Rev Bras Enferm. 2009;62(1):38-44.
- 25 Ministério da Previdência Social (BR). Instituto Nacional do Seguro Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. AEPS 2012: Anuário estatístico da previdência social 2012. Brasília: MPS/DATAPREV, 2012.

- 26 Silveira DT, Marin HF. Conjunto de dados mínimos de enfermagem: construindo um modelo em saúde ocupacional. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):218-27.
- 27 Felli VAE. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. *Enferm Foco.* 2012;3(4):178-81.
- 28 Ramos M. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. *Rev Depart Psicol UFF.* 2007;19(2):397-410.
- 29 Manso T, Pires ACB, Ugo F, Dantas MA. Relatos de trabalhadores: percepções de aspectos físicos e sociais do ambiente organizacional. *Est Interdisc Psicol.* 2011;2(2):194-210.
- 30 Schuck JS. A enfermagem do trabalho. In: Haag GS, Lopes MJM, Schuck JS, organizadores. *A enfermagem e a saúde dos trabalhadores.* 2. ed. Goiânia: AB; 2001. p. 23-30.
- 31 Ministério da Previdência Social (BR). Estatísticas: segurança e saúde ocupacional: tabelas. [Internet] 2014 [citado 2014 jan 10]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/menu-de-apoio-estatisticas-seguranca-e-saude-ocupacional-tabelas/>
- 32 Dal Pai D. Violência no trabalho em pronto socorro: implicações para a saúde mental dos trabalhadores [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- 33 Hilleshein EF, Souza LM, Lautert L, Paz AA, Catalan VM, Teixeira MG, Mello DB. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(3):509-15.
- 34 Silva-Costa A, Rotenberg L, Griep RH, Fischer FM. Relationship between sleeping on the night shift and recovery from work among nursing workers: the influence of domestic work. *J Adv Nurs.* 2011;67(5):972-81.
- 35 Souza SBC, Tavares JP, Macedo ABT, Moreira PW, Lautert L. Influência do turno de trabalho e cronótipo na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(4):79-85.
- 36 Sêcco IAO, Robazzi MLCC, Shimizu DS, Rúbio MMS. Typical occupational accidents with employees of a university hospital in the south of Brazil: epidemiology and prevention. *Rev Latino-Am Enferm.* 2008;16(5):824-31.
- 37 Benevides-Pereira AMT. *Burnout: quando o trabalho ameaça a vida do trabalhador.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
- 38 Dal Pai D, Lautert L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho de enfermagem. *Acta Paul. Enferm.* 2009;22(1):60-5.
- 39 Organização Internacional do Trabalho (BR). História. [Internet] 2012 [citado 2012 out 10]. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/content/hist%C3%B3ria>.

- 40 European Agency for Safety and Health at Work (ES). Understanding workplace management of safety and health, psychosocial risks and worker participation through ESENER: a summary of four secondary analysis reports. Bilbao, ES: European Agency for Safety and Health at Work; 2012.
- 41 Souza LM. Preditores de absenteísmo na enfermagem de um hospital universitário: estudo de coorte [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
- 42 Magalhães AMM, Duarte ERM. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(4):408-11.
- 43 Aranha ML, Martins MHP. *Filosofando*. 3. ed. São Paulo: Moderna; 2003.
- 44 Benito GAV, Corrêa KA, Santos AL. Análise ergonômica das posturas que envolvem a coluna vertebral no trabalho da equipe de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2004;13(1):115-23.
- 45 Heitzmann M. *O conceito de trabalho*. São Paulo: Hucitec; 2005.
- 46 Marx K. *O capital: crítica da economia política*. Barbosa R, Kothe FR, tradutores. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1998.
- 47 Haag GS, Lopes MJM. O processo trabalho-saúde-adoecimento: aspectos históricos e organizacionais. In: Haag GS, Lopes MJM, Schuck JS, organizadores. *A enfermagem e a saúde dos trabalhadores*. 2. ed. Goiânia: AB; 2001. p.1-14.
- 48 Carvalho GM. Histórico de saúde ocupacional. In: Carvalho GM, organizador. *Enfermagem do trabalho*. São Paulo: EPU; 2012. p. 19-23.
- 49 Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saude Publica.* 1991;25(5):341-9.
- 50 Elias MA, Navarro VL. 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. *Rev Latino-Am Enferm.* 2006;14(4):514-25.
- 51 Associação Mineira de Medicina do Trabalho [Internet]. Belo Horizonte; c2012 [citado 2012 nov 12]. Mendes R. A atualidade da obra Bernardino Ramazzini, 300 anos depois: um pouco sobre sua vida; [6 p.]. Disponível em: http://www.amimt.org.br/ramazzini_01.html
- 52 Evangelinos P, Marchetti E. *Legislação de segurança e medicina no trabalho*. São Paulo: FIESP/CIESP; 2003.
- 53 Sêcco IAO. *Acidentes e carga de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do norte do Paraná [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
- 54 Bertolli Filho C. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática; 1996.

- 55 Ribeiro MCS. Breve histórico da atenção à saúde do trabalhador no Brasil. In: Ribeiro MCS, organizador. *Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2012. p. 31-7.
- 56 Organização das Nações Unidas. Declaração universal dos direitos humanos. [Internet] 1948 [citado 2012 nov 03]. Disponível em: http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf
- 57 Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. *Rev Produção* 2004;14(3):27-34.
- 58 Organização Mundial da Saúde. *Trabalhando juntos pela saúde: relatório mundial de saúde 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- 59 Presidência da República (BR). Lei nº 5.107, de 13 de setembro de 1966. Cria o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e dá outras providências. *Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil*. 14 set 1966;(Seção 1):4689.
- 60 Senado Federal (BR). Decreto nº 59.820, de 20 de dezembro de 1966. Aprova o Regulamento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). *Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil*. 27 dez 1966;(Seção 1):14898.
- 61 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Lista de doenças relacionadas ao trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. *Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil*. 19 nov 1999;(Seção 1):21.
- 62 Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005;13(3):364-73.
- 63 Aguiar ZN. Transformações no processo e organização do trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: Ribeiro MCS, organizador. *Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores*. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2012. p.13-30.
- 64 Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2000;8(6):96-101.
- 65 Pires DEP. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. *Rev Baiana Enferm*. 2000;13(1/2):83-92.
- 66 Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DEP. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(2):368-77.
- 67 Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes AIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Colet*. 1999;4(2):221-42.
- 68 Bianchessi DLC, Tittoni J. Trabalho, saúde e subjetividade sob o olhar dos trabalhadores administrativo-operacionais de um hospital geral, público e universitário. *Physis*. 2009;19(4):969-88.

- 69 Leite PC, Silva A, Merighi MAB. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):287-91.
- 70 Valente GSC, Nóbrega RS, Silva CMC, Cortez EA, Sales RM, Sales RM. Fontes geradoras de estresse na vida do profissional de saúde. *R Pesq.: Cuid Fundam*. 2011;3(3):2197-206.
- 71 Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro [tese]. Salamanca: Universidade Pontifícia de Salamanca; 1995.
- 72 Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev Latino-Am Enferm*. 2001;9(1):109-15.
- 73 Monteiro MS, Santos EV, Kawakami LS, Wada M. O ensino de vigilância à saúde do trabalhador no curso de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):306-10.
- 74 Presidência da República (BR). Portaria nº 3.237, de 17 de julho de 1972. Criação obrigatória dos serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho pelas empresas. *Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil*. 18 jul 1972;(Seção 1):24564.
- 75 Mendes R. *Patologia do trabalho*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2004.
- 76 Sarquis LMM, Cruz EBS, Hausmann M, Felli VMA, Peduzzi M. Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e os avanços da legislação trabalhista. *Cogitare Enferm*. 2004;9(1):15-24.
- 77 Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(suppl.):S33-S45.
- 78 Iamada CO, Santos FS, Soler ZASG, Barboza DB. Perfil da equipe de enfermagem que atua em saúde ocupacional em São José do Rio Preto. *Rev Ciênc Saúde*. 2007;14(1):31-5.
- 79 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil*. 10 nov 1998; (Seção 1):17.
- 80 Ayres IBSJ, Nobre LCC. Vigilância em saúde do trabalhador. In: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Departamento de Vigilância da Saúde. Centro de Estudos da saúde do Trabalhador. Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador. Salvador: CESAT/SESAB; 2002. p. 15-29.
- 81 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil*. 23 dez 2009;(Seção 1):65-9.

- 82 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil. 20 set 2002;(Seção 1):53-6.
- 83 Universidade Federal de Minas Gerais. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
- 84 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.125, de 06 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil. 07 jul 2005;(Seção 1):49.
- 85 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil. 09 dez 2005;(Seção 1):78-80.
- 86 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil. 12 nov 2009;(Seção 1):76-8.
- 87 Presidência da República (BR). Portaria nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil. 08 nov 2011;(Seção 1):8-10.
- 88 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil. 24 ago 2012;(Seção 1):46-51.
- 89 Robazzi ML, Marziale MH. Regulatory standard 32 and its implications for nursing workers. Rev Latino-Am Enferm. 2004;12(5):834-6.
- 90 Marziale MHP, Galon T, Cassiolato FL, Girão FB. Implantação da Norma Regulamentadora 32 e controle de acidentes de trabalho. Acta Paul Enferm. 2012;25(6):859-66.
- 91 Martarello NA, Benatti MCC. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2):422-8.
- 92 Echer IC, Moura GM, Magalhães AMM, Piovesan RF. Estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 1999;20(2):65-76.
- 93 Negeliskii C, Lautert L. Occupational stress and work capacity of nurses of a hospital group. Rev Latino-Am Enferm. 2011;19(3):606-13.

- 94 Damasceno AP, Pereira MS, Souza ACS, Tipple AFV, Prado MAP. Acidentes ocupacionais com material biológico: percepção fazer acidentado profissional. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(1):72-7.
- 95 Melo LEA. A Previdência social e a luta contra acidentes e doenças do trabalho no Brasil. *Informe Previd Social.* 2011;23(7):3-7.
- 96 Oliveira JDS, Ferreira AAA, Feitosa MSC, Moreira ASPM. Representações sociais sobre o risco ocupacional na perspectiva do trabalhador da saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(1):99-105.
- 97 Oguisso T. *Trajatória histórica e legal da enfermagem.* 2. ed. Barueri: Manole; 2007.
- 98 Geovanini T, Moreira A, Schoeller SD, Machado WCA. *História da enfermagem: versões e interpretações.* 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.
- 99 Padilha MICS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(6):723-6.
- 100 Dalri RCMB, Robazzi MLCC, Silva LA. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. *Cienc Enferm.* 2010;16(2):69-81.
- 101 Presidência da República (BR). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil.* 26 jun 1986;(Seção 1):9273.
- 102 Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria nº 3.460, de 31 de dezembro de 1975. Torna obrigatório o serviço especializado em segurança e higiene e em medicina do trabalho. *Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil.* 10 jan 1976; (Seção 1):78.
- 103 Presidência da República (BR). Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil.* 09 jun 1987;(Seção 1):8853.
- 104 Ministério de Estado do Trabalho (BR). Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978. Normas Regulamentadoras - NR. *Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil.* 06 jul 1978;(Seção 1):104.
- 105 Cortez EA, Valente GSC, Ribeiro BHM. O enfermeiro frente aos riscos ocupacionais em home-care. *R. Pesq.: Cuid Fundam.* 2011;3(3):2057-70.
- 106 Carvalho GM. A enfermagem do trabalho. In: Carvalho GM, organizador. *Enfermagem do trabalho.* São Paulo: EPU; 2012. p. 25-31.
- 107 Silva MR, Cortez EA, Valente GSC. Acidentes com materiais perfurocortantes e biológicos no ambiente hospitalar: análise da exposição ao risco e medidas preventivas. *R Pesq: Cuid Fundam.* 2011;3(2):1856-72.

- 108 Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GW, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 53-92.
- 109 Paz PO, Kaiser DE. A busca pela formação especializada em enfermagem do trabalho por enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(1):23-30.
- 110 Galon T, Marziale MHP, Souza WL. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(1):160-7.
- 111 Benito GAV, Licheski AP. Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(3):447-50.
- 112 Parro MC, Évora YMD. Desenvolvimento de software para a organização da informação de um serviço de saúde ocupacional hospitalar. *Rev Eletr Enf.* 2011;13(3):386-94.
- 113 Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia.* São Paulo: Atheneu; 2002, p. 125-59.
- 114 Newman TB, Hulley SB, Cummings SR. Delineando um estudo observacional: estudos transversais e de caso controle. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 43-52.
- 115 Leopardi TM. *Metodologia da pesquisa na saúde.* Santa Maria: Pollotti; 2001.
- 116 Rouquayrol MZ, Gurgel M. *Epidemiologia e Saúde.* 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2012.
- 117 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 118 Hospital de Clínicas de Porto Alegre (BR). Estrutura. [Internet] 2012 [citado 2012 nov 21]. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/136/196/>
- 119 Hulley SB, Cummings SR. Implementando o estudo: pré-teste, controle de qualidade e revisões de protocolo. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 295-307.
- 120 Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.* 4. ed. Lisboa: Sílabo; 2005.
- 121 Motta VT, Oliveira Filho PF. *Análise de dados biomédicos.* Rio de Janeiro: Medbook; 2009.
- 122 Motta VT. *Bioestatística.* 2. ed. Caxias do Sul: EDUCS; 2006.

- 123 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial União [da] República Federativa do Brasil. 13 jun. 2013;(Seção 1):59-62.
- 124 Silva MCM, Gomes ARS. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Est Psicol.* 2009;14(3):239-48.
- 125 Gomes ARS, Cruz JF, Cabanelas S. Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicol: Teoria Pesq.* 2009;25(3):307-18.
- 126 Sabbah I, Sabbah H, Sabbah S, Akoum H, Droubi N. Occupational exposures to blood and body fluids (BBF): assessment of knowledge, attitude and practice among health care workers in general hospitals in Lebanon. *Health.* 2013;5(1):70-9.
- 127 Martinez MC, Latorre MRDO. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(5):851-8.
- 128 Fontoura NO, Gonzalez R. Aumento da participação de mulheres no mercado de trabalho: mudança ou reprodução da desigualdade? *Mercado Trabalho.* 2009;41:21-26.
- 129 Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M, Aiken LH. Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Res Nurs Health.* 2010;33(4):288-98.
- 130 Rebouças D, Legay LF, Abelha L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(2):244-50.
- 131 Andrade CB, Monteiro MI. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(2):237-44.
- 132 Hospital de Clínicas de Porto Alegre (BR). Pesquisa revela orgulho institucional e oportunidades de melhoria. Espaço Aberto [Internet]. 2011 [citado 2014 maio 10]; (35):22-3. Disponível em: http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/espacoaberto/espacoaberto_35.pdf
- 133 Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *R Bras Est Pop.* 2006;23(1):5-26.
- 134 Abramo L. Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro. *Cienc Cult.* 2006;58(4):40-1.
- 135 Picoloto D, Silveira E. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas-RS. *Cienc Saúde Coletiva.* 2008;13(2):507-16.
- 136 Rios IC. Humanização e ambientes de trabalho na visão de profissionais da saúde. *Saúde Soc.* 2008;17(4):151-60.
- 137 Dias S, Queirós C, Carlotto MS. Síndrome de *burnout* e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia.* 2010;32:4-21.

- 138 Mariani GF. A prevalência de patologia da coluna associadas à qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem [trabalho de conclusão de curso]. Caxias do Sul: Faculdade Nossa Senhora de Fátima; 2010.
- 139 Kuenzer AZ. O ensino médio no Plano Nacional de Educação 2011-2020: superando a década perdida? *Educ Soc.* 2010;31(112):851-73.
- 140 Gurgueira GP. Contribuições ao estudo de qualidade de vida e de restrições de trabalho em uma instituição hospitalar [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
- 141 Martins A, Coelho AC, Vieira M, Matos M, Pinto ML. Age and years in practice as factors associated with needlestick and sharps injuries among health care workers in a Portuguese hospital. *Accid Anal Prev.* 2012;47:11-5.
- 142 Pimenta FR, Ferreira MD, Gir E, Hayashida M, Canini SRMS. Atendimento e seguimento clínico especializado de profissionais de enfermagem acidentados com material biológico. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(1):198-204.
- 143 Montanholi LL, Tavares SMS. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(5):661-5.
- 144 Park YM, Kim SY. Impacts of job stress and cognitive failure on patient safety incidents among hospital nurses. *Saf Health Work.* 2013;4(4):210-5.
- 145 Costa KNS, Pinheiro IO, Calazans GT, Nascimento MS. Avaliação dos riscos associados ao uso do xilol em laboratórios de anatomia patológica e citologia. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2007;31(116):50-6.
- 146 Smith TD, Dejoy DM. Occupational injury in America: an analysis of risk factors using data from the General Social Survey (GSS). *J Safety Res.* 2012;43(1):67-74.
- 147 Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(4):669-76.
- 148 Magnago TSBS, Lima ACS, Prochnow A, Ceron MDS, Tavares JP, Urbanetto JS. Intensity of musculoskeletal pain and (in) ability to work in nursing. *Rev Latino-Am Enferm.* 2012;20(6):1125-33.
- 149 Figueredo PMV. A influência do locus de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. *Ciênc Cogn.* 2005;6(1):123-32.
- 150 Scorsolini-Comin F, Santos MA, Souza RM. Expressão do afeto e bem-estar subjetivo em pessoas casadas. *Est Psicol.* 2012;17(2):321-8.
- 151 Nogren MBP, Souza RM, Kalow F, Hammerschmidt H, Sharlim SA. Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Est Psicol.* 2004;9(3):575-84.
- 152 Scorsolini-Comin F, Santos MA. Satisfação conjugal: revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicol: Teoria Pesq.* 2010;26(3):525-31.

- 153 Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):746-53.
- 154 Corrêa APA. Ergonomia e o índice de capacidade para o trabalho de enfermagem na atenção primária à saúde [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2013.
- 155 Meneghini F. A prevalência de Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem [trabalho de conclusão de curso]. Caxias do Sul: Faculdade Nossa Senhora de Fátima; 2009.
- 156 Hernandez JAE, Hutz CS. Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico (PUCRS)*. 2009;40(4):414-21.
- 157 Brito RS, Oliveira EMF. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006;27(2):193-202.
- 158 Levy L, Gomes IC. Relação conjugal, violência psicológica e complementaridade fusional. *Psic Clin*. 2008;20(2):163-72.
- 159 Cano DS, Gabarra LM, Moré CO, Crepaldi MA. As transições familiares do divórcio ao recasamento no contexto brasileiro. *Psic: Reflex Crit*. 2009;22(2):214-22.
- 160 Rubio MF, Wanderley KS, Ventura MM. A viuvez: a representação da morte na visão masculina e feminina. *Rev Kairós Gerontol*. 2011;14(1):137-47.
- 161 Isosaki M, Cardoso E, Glina DMR, Alves ACDC, Rocha LE. Prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um Serviço de Nutrição Hospitalar em São Paulo, SP. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2011;36(124):238-46.
- 162 Goulart CB, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Dalmas JC. Fatores predisponentes da Síndrome de Burnout em trabalhadores de um hospital público de média complexidade. *Rev Esp Saúde*. 2010;11(2):48-55.
- 163 Martins PF, Nascimento Sobrinho CL, Silva MV, Pereira NB, Gonçalves CM, Rebouças BS, et al. Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2009;34(120):172-8.
- 164 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo demográfico 2010: famílias e domicílios – tabelas. [Internet] 2014 [citado 2014 jan 28]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/familias_e_domicilios/familias_e_domicilios_tab_xls.shtm
- 165 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística BR). Censo demográfico 2010: famílias e domicílios – resultados da amostra. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.
- 166 Carvalho JAM, Brito F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. *R Bras Est Pop*. 2005;22(2):351-69.

- 167 Barbosa MAM, Chaud MN, Gomes MMF. Vivências de mães com um filho deficiente: um estudo fenomenológico. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(1):46-52.
- 168 Serra D. Autismo, família e inclusão. *Polêm!ca.* 2010;9(1):40-56.
- 169 Vernier ETN, Cabral IE. Caracterização de crianças com necessidades especiais de saúde e seus familiares cuidadores Santa Maria (RS) 2004-2005: subsídios para intervenções de enfermagem. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2006;6(1):37-45.
- 170 Santos I, Castro CB. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(1):154-60.
- 171 Sousa CA, César CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M, Marchioni DML, Fisberg RM. Prevalência de atividade física no lazer e fatores associado: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(2):270-82.
- 172 Batistela GC, Rodrigues AS, Luiz AO. Fatores importante para a sensação de felicidade da população do Estado de São Paulo. *Tékne Lógos.* 2012;3(1):1-12.
- 173 Soares C, Saboia AL. Tempo, trabalho e afazeres domésticos: um estudo com base nos dados da pesquisa nacional de amostra de domicílios de 2001 a 2005. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2007.
- 174 Pereira RHM, Schwanen T. Tempo de deslocamento casa-trabalho no Brasil (1992-2009): diferenças entre regiões metropolitanas, níveis de renda e sexo. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013.
- 175 Battaus MRB, Monteiro MI. Perfil sociodemográfico e estilo de vida de trabalhadores de uma indústria metalúrgica. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(1):52-8.
- 176 Gomes Junior FS, Martins MDB, Leal CRB, Almeida MEL. Saúde do trabalhador: análise dos fatores físico e psicossociais relacionados ao trabalho em saúde bucal. *Sanare.* 2010;9(2):14-20.
- 177 Gomide AA. Transporte urbano e inclusão social: elementos para políticas públicas. *Rev Transp Public.* 2004;26(3):15-48.
- 178 Silva SG, Del Duca GF, Silva KS, Oliveira ESA, Nahas MV. Deslocamento para o trabalho e fatores associados em industriários do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(1):180-4.
- 179 Fonseca RMC, Carlotto MS. Saúde mental e afastamento do trabalho em servidores do judiciário do Estado do Rio Grande do Sul. *Psicol Pesq.* 2011;5(2):117-25.
- 180 Tassitano RM, Feitosa WMN, Tenório MCM. Fatores associados ao deslocamento ativo e indicadores de saúde em trabalhadores da indústria. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2013;18(4):483-92.

- 181 Madeira MC, Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Silva SM, Dilélio A, Piccini RX. Atividade física no deslocamento em adultos e idosos no Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(1):165-74.
- 182 Hallal PC, Knuth AG, Reis RS, Rombaldi AJ, Malta DC, Iser BPM, Bernal RTI, Florindo AA. Tendências temporais de atividade física no Brasil (2006-2009). *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):53-60.
- 183 Gordon-Larsen P, Boone-Heinonen J, Sidney S, Sternfeld B, Jacobs Junior DR, Lewis CE. Active commuting and cardiovascular disease risk: the CARDIA study. *Arch Inter. Med*. 2009;169(13):1216-23.
- 184 Baptista MN. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*. 2005;10(1):11-9.
- 185 Nunes COAT, Calais SL. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e percepção de suporte familiar em porteiros: um estudo correlacional. *Psico-USF*. 2011;16(1):57-65.
- 186 Moroni G. Transtornos mentais menores e a qualidade de vida dos trabalhadores da estratégia de saúde da família [trabalho de conclusão de curso]. Caxias do Sul: Faculdade Nossa Senhora de Fátima; 2011.
- 187 Fonseca ISS, Moura SB. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. *Psicol Am Lat* [Internet]. 2008 [citado 2014 jan 24]; [6 telas.]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2008000400012&script=sci_arttext
- 188 Guedea MTD, Jaquez MFM, Quintero MG, Quiñónez TIS, Romero JCG, Maldonado JEV. Escala de apoio social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos. *Univ Psychol*. 2013;12(2):391-402.
- 189 Amaral TR. Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios psíquicos menores em unidades críticas [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
- 190 Fogaça MC, Carvalho WB, Nogueira PCK, Martins LAN. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(3):299-305.
- 191 Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Cienc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl. 1):1585-96.
- 192 Hudson PL, Aranda S, Kristjanson LJ. Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: challenges for health professionals. *J Palliat Med*. 2004;7(1):19-25.
- 193 Schoeller SD, Leopardi MT, Ramos FS. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1(1):88-96.
- 194 Montezuma CA, Freitas MC, Monteiro ARM. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. *Rev Eletrôn Enferm*. 2008;10(2):395-404.

- 195 Camerino D, Sarquis LMM, Costa G. Condições do trabalho, saúde e bem-estar dos trabalhadores de enfermagem na Europa. *Cogitare Enferm.* 2009;14(1):11-21.
- 196 Boumans NPG, Dorant E. Double-duty caregivers: healthcare professionals juggling employment and informal caregiving: a survey on personal health and work experiences. *J Adv Nurs.* 2014;70(7):1604-15.
- 197 Jodas DA, Haddad MCL. Burnout Syndrome among nursing staff from an emergency department of a university hospital. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(2):192-7.
- 198 Borges FNS. Trabalhadores de enfermagem: compreendendo condições de vida e trabalho [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
- 199 Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(2):377-85.
- 200 Monteiro MS, Alexandre NMC, Rodrigues CM. Doenças músculo-esqueléticas, trabalho-esqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(1):20-5.
- 201 Paschoal T, Tamayo A. Impacto dos valores laborais e da interferência da família-trabalho no estresse ocupacional. *Psicol: Teoria Pesq.* 2005;21(2):173-80.
- 202 Xavier KGS, Vaghetti HH. Aspectos cronobiológicos do sono de enfermeiras de um hospital universitário. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(1):135-40.
- 203 Muller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud Psicol.* 2007;24(4):519-28.
- 204 De Martino MMF. Arquitetura do sono diurno e ciclo vigília-sono em enfermeiros nos turnos de trabalho. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(1):194-9.
- 205 Barboza JIRA, Moraes EL, Pereira EA, Remião RNAA. Avaliação do padrão do sono dos profissionais de enfermagem dos plantões noturno em unidades de terapia intensiva. *Einstein.* 2008;6(3):296-301.
- 206 Magalhães AMM, Martins CMSM, Falk MLR, Fortes CV, Nunes VB. Perfil dos profissionais de enfermagem do turno noturno do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA.* 2007;27(2):16-20.
- 207 Maynardes DCD, Sarquis LMM, Kirchhof ALC. Trabalho noturno e morbidades de trabalhadores de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2009;14(4):703-8.
- 208 Silva RM, Beck CLC, Magnago TSBS, Carmagnani MIS, Tavares JP, Prestes FC. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. *Esc Anna Nery.* 2011;15(2):270-6.
- 209 Campos MLP, De Martino MMF. Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros de diferentes turnos de trabalho. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(4):415-21.

- 210 Felipe-de-Melo ERT, Silva RCR, Assis AMO, Pinto EJ. Fatores associados à síndrome metabólica em trabalhadores administrativos de uma indústria de petróleo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(8):3443-52.
- 211 Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Guido LA. Psychosocial aspects of work and musculoskeletal disorders in nursing workers. *Rev Latino-Am Enferm*. 2010;18(3):429-35.
- 212 Echer IC, Corrêa APA, Lucena AF, Ferreira SAL, Knorst MM. Prevalence of smoking among employees of a university hospital. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(1):179-86.
- 213 Martinez MC, Latorre MRDO. Fatores associados à capacidade para o trabalho de trabalhadores do setor elétrico. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(4):762-72.
- 214 Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo PA, Vigo A, Barreto AM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(supl.):126-34.
- 215 Peixoto MRG, Monego ET, Alexandre VP, Souza RGM, Moura EC. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1323-33.
- 216 Alves M, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(2):195-200.
- 217 Violante S, Benso PG, Gerbaudo L, Violante B. Correlation between job satisfaction and stress factors, burn-out and psychosocial well-being among nurses working in different healthcare settings. *G Ital Med Lav Ergon*. 2009;31(1):36-44.
- 218 Riboldi CO. Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
- 219 Batista AAV, Vieira MJ, Cardoso NCS, Carvalho GRPC. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(1):85-91.
- 220 Kirchhof ALC, Magnago TSBS, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC, Paes LG. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):215-23.
- 221 Griep RH, Fonseca MJM, Melo ECP, Portela LF, Rotenberg L. Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(nesp.):151-7.
- 222 Silva RM, Beck CLC, Guido LA, Lautert L, Tavares JP, Prestes FC, Rocha L. Facilidades e dificuldades enfrentadas por enfermeiros no trabalho noturno: estudo qualitativo. *Online Braz J Nurs [Internet]* 2008 [citado 2014 jan 18]; 8(2):[10 p.]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2346/500>

- 223 Espindola MCG, Fontana RT. Riscos ocupacionais e mecanismos de autocuidado do trabalhador de um centro de materiais e esterilização. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(1):116-23.
- 224 Dal Pai D, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do fazer "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. *Esc Anna Nery.* 2011;15(3):524-30.
- 225 Duma MC. A saúde mental e a capacidade para o trabalho dos profissionais que atuam em instituição hospitalar [trabalho de conclusão de curso]. Caxias do Sul: Faculdade Nossa Senhora de Fátima; 2010.
- 226 Fontana RT, Nunes DH. Os riscos ocupacionais na concepção dos trabalhadores de uma lavanderia hospitalar. *Enferm Global.* 2013;12(29):170-82.
- 227 Magalhães AMM. Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes internados em um hospital universitário [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
- 228 Hilleshein EF. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário: interface entre o pessoal, laboral e a promoção da saúde [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- 229 Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Psychic workloads and strain processes in nursing workers of Brazilian university hospitals. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011;19(2):340-7.
- 230 Pafaro RC, De Martino MMF. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(2):152-60.
- 231 Azambuja EP, Pires DEP, Vaz MRC, Marziale MH. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(4):658-66.
- 232 Murasaki ACY, Melo WA, Matsuda LM. Influência das características sociodemográficas e ocupacionais em trabalhadores da equipe de enfermagem com um emprego e multiemprego. *Cienc Enferm.* 2013;19(2):88-98.
- 233 Ministério da Previdência Social (BR). Estatísticas: seção IV – acidentes de trabalho. [Internet] 2014 [citado 2014 jan 10]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/secao-iv-acidentes-do-trabalho-texto/>
- 234 Martins MDS, Silva NAP, Correia TIG. Accidents at work and its impact on a hospital in Northern Portugal. *Rev Latino-Am Enferm.* 2012;20(2):217-25.
- 235 Santana LL, Miranda FMA, Karino MA, Baptista PCP, Felli VEA, Sarquis LMM. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):64-70.
- 236 Vasconcelos SP, Fischer FM, Reis AOA, Moreno CRC. Factors associated with work ability and perception of fatigue among nursing personnel from Amazonia. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(4):688-97.

- 237 Díaz MCM. Lesões osteomusculares entre trabalhadores de um hospital mexicano e a ocorrência de absenteísmo [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
- 238 Greco PBT, Magnago TSBS, Beck CLC, Urbanetto JS, Prochnow A. Estresse no trabalho em agentes dos centros de atendimento socioeducativo do Rio Grande do Sul. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):94-103.
- 239 Vasconcelos A, Faria JH. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. *Psicol Soc.* 2008;20(3):453-64.
- 240 Barboza GV, Cortez EA, Valente GSC. O enfermeiro do trabalho na identificação dos riscos ocupacionais em medicina hiperbárica. *R Pesq.: Cuid Fundam.* 2014;6(1):320-32.
- 241 European Agency for Safety and Health at Work (ES). OSH in figures: young workers - facts and figures. [Internet] 2007 [citado 2014 mar 18]. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/7606507>.
- 242 Souza NVDO, Pires AS, Gonçalves FGA, Cunha LS, Shoji S, Ribeiro LV, Tavares KFA. Riscos ocupacionais relacionados ao trabalho de enfermagem em uma unidade ambulatorial especializada. *Rev Enferm UERJ.* 2012;20(nesp.1):609-14.
- 243 Sulzbacher E, Fontana RT. Concepções da equipe de enfermagem sobre a exposição a riscos físicos e químicos no ambiente hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(1):25-30.
- 244 Fontana RT, Lautert L. The situation of nursing work and occupational risks from an ergological perspective. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013;21(6):1306-13.
- 245 Cunha AM, Mauro MYC. Educação continuada e a norma regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? *Rev Bras Saúde Ocup.* 2010;35(122):305-13.
- 246 Tipple AFV, Silva EAC, Teles AS, Mendonça KM, Souza ACSS, Melo DS. Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para trabalhadores da saúde e não saúde. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(3):378-84.
- 247 Oliveira AC, Gonçalves JA. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(2):482-7.
- 248 Mininel VA, Felli VEA, Silva EJ, Torri Z, Abreu AP, Branco MTA. Workloads, strain processes and sickness absenteeism in nursing. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013;21(6):1290-7.
- 249 Brevidelli MM, Cianciarullo. Análise dos acidentes com agulhas em um hospital universitário: situações de ocorrência e tendências. *Rev Latino-Am Enferm.* 2002;10(6):780-6.
- 250 Serdar T, Derek L, Unic A, Marijancevic D, Markovic D, Primorac A, Petrovecki M. Occupational exposures in healthcare workers in University Hospital Dubrava: 10 year follow-up study. *Cent Eur J Public Health.* 2013;21(3):150-4.

- 251 Nenonen N. Analyzing factors related to slipping, stumbling, and falling accidents at work: application of data mining methods to finish occupational accidents and diseases statistics database. *Appl Ergon*. 2013;44(2):215-24.
- 252 Bakhtiyari M, Delpsiheh A, Riahi SM, Latifi A, Zayeri F, Salhi M, Soori H. Epidemiology of occupational accidents among Iranian insured workers. *Saf Sci*. 2012;50(7):1480-4.
- 253 Prochnow A, Magnago TSBS, Tavares JP, Beck CLC, Silva RM, Ceron MDS, Castro RR. Acidente de trabalho: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(1):156-64.
- 254 Neves TP, Cortez EA, Moreira COF. Biossegurança como ação educativa: contribuições à saúde do trabalhador. *Cogitare Enferm*. 2006;11(1):50-4.
- 255 Andrade DMC, Souza AC, Valente GSC, Silva JLL. Atuação da estratégia saúde da família na assistência à saúde do trabalhador: um relato de experiência. *J Nurs UFPE Online*. 2012;6(5):1246-52.
- 256 Metello FC, Valente GSC. A importância de medidas de biossegurança como prevenção de acidentes do trabalho através da identificação de riscos biológicos no mapa de risco. *R Pesq: Cuid Fundam*. 2012;4(3):2338-48.
- 257 Inoue KC, Matsuda LM, Silva DMPP, Uchimura TT, Mathias TAF. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(2):209-14.
- 258 Cardoso JP, Ribeiro IQB, Araújo TM, Carvalho FM, Reis EJFB. Prevalence of musculoskeletal pain among teachers. *Rev Bras Epidemiol*. 2009;12(4):604-14.
- 259 Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Camponogara S, Nonnenmacher CQ, Vieira LB. Nursing workers: work conditions, social-demographic characteristics and skeletal muscle disturbances. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):187-93.
- 260 Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoë JL, Ravaud JF, Leclerc A. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans: résultats issus de deux enquêtes nationales. *Ann Readap Medic Physique*. 2007;50(8):633-9.
- 261 Nakamura M, Nishiwaki Y, Ushida T, Toyama Y. Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan. *J Orthop Sci*. 2010;16(4):424-32.
- 262 Yu S, Lu ML, Gu G, Zhou W, He L, Wang S. Musculoskeletal symptoms and associated risk factors in a large sample of Chinese workers in Henan province of China. *Am J Ind Med*. 2012;55(3):281-93.
- 263 Lee SJ, Faucett J, Gillen M, Krause N, Landry L. Factors associated with safe patient handling behaviors among critical care nurses. *Am J Ind Med*. 2010;53(9):886-97.
- 264 Barbosa RE, Assunção AA, Araújo TM. Musculoskeletal pain among healthcare workers: an exploratory study on gender differences. *Am J Ind Med*. 2013;56(10):1201-12.

- 265 Scopel JO, Oliveira PAB, Wehrmeister FC. RSI/WRMSD in the third decade after restructuring of banking: new associated factors? *Rev Saúde Pública*. 2012;46(5):875-85.
- 266 Pessoa JCS, Cardia MCG, Santos MLC. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT-LER: um estudo de caso. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):821-30.
- 267 Toldrá RC, Daldon MTB, Santos MC, Lancman S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador - SP, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010;35(121):10-22.
- 268 Torres ARA, Chagas MIO, Moreira ACA, Barreto ICHC, Rodrigues EM. O adoecimento no trabalho: repercussões na vida do trabalhador e de sua família. *Rev Sanare*. 2011;10(1):42-8.
- 269 Rank MR, Hirscl TA. The risk of developing a work disability across the adulthood years. *Disability Health J*. [Internet] 2014 [citado 2014 fev 18]; [7 telas.]. Disponível em: <http://dx.doi.org.ez45.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.dhjo.2013.12.00>
- 270 Rodrigues M, Sousa DN, Cunha NRS. A contribuição do programa de saúde na redução dos riscos de absenteísmo na Petrobras. *Rev Adm UEG*. 2012;3(1):20-35.
- 271 Custódio IL, Lima FET, Almeida MI, Silva LF, Monteiro ARM. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):18-24.
- 272 Ciorlia LAS, Godoy MF. Fatores de risco cardiovascular e mortalidade: seguimento em longo prazo (até 20 anos) em programa preventivo realizado pela medicina ocupacional. *Arq Bras Cardiol*. 2005;85(1):20-5.
- 273 Assunção AA, Sampaio RF, Nascimento LMB. Agir em empresas de pequena e média dimensão para promover a saúde dos trabalhadores: o caso do setor de alimentos e bebidas. *Rev Bras Fisioter*. 2010;14(1):52-9.
- 274 Silva FJCP, Santos PSF, Reis FP, Lima SO. Estado vacinal e conhecimento dos profissionais de saúde sobre hepatite B em um hospital público do nordeste brasileiro. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2011;36(124):258-64.
- 275 Llujià A, García-Basteiro AL, Olivé V, Costas L, Ríos J, Quesada S, Varela P, Bayas JM, Trilla A. New interventions to increase influenza vaccination rates in health care workers. *Am J Infect Control*. 2010;38(6):476-81.
- 276 Becker SG, Oliveira MLC. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008;16(1):109-14.
- 277 Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MHT, Kurcgant P, Silva FJ. Absenteeism-disease in the nursing staff: relationship with the occupation tax. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):1277-83.

- 278 Castanha AR, Machado AA, Figueiredo MAC. Consequências biopsicossociais do acidente ocupacional com material biológico potencialmente contaminado: perspectiva de pessoas do convívio íntimo do profissional da saúde. *Rev SBPH*. 2007;10(1):65-84.
- 279 Soares LG, Sarquis LMM, Kirchhof ALC, Felli VEA. Multicausalidade nos acidentes de trabalho da Enfermagem com material biológico. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(6):854-9.
- 280 Chau N, Mur JM, Benamghar L, Siegfried C, Dangelzer JL, Français M, Jacquim R, Sourdot A. Relationships between certain individual characteristics and occupational injuries for various jobs in the construction industry: a case-control study. *Am J Ind Med*. 2004;45(1):84-92.
- 281 Paiva MHRS, Oliveira AC. Fatores determinantes e condutas pós-acidente com materiais biológicos entre profissionais fazer atendimento pré-hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):268-73.
- 282 Silveira CA, Robazzi MLCC, Walter EV, Marziale MHP. Acidentes de trabalho na construção civil identificado através de prontuários hospitalares. *Rev Esc Minas*. 2005;58(1):39-44.
- 283 Izidoro JS, Iwamoto HH, Camargo FC. Delineamento dos acidentes de trabalho em instituições de saúde de uma microrregião de Minas Gerais. *Cogitare Enferm*. 2010;15(3):521-7.
- 284 Câmara PF, Lira C, Santos Junior BJ, Vilella TAS, Hinrichsen SL. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais da equipe multidisciplinar de um hospital. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(4):583-6.
- 285 Silva JA, Paula VS, Almeida AJ, Villar LM. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. *Esc Anna Nery*. 2009;13(3):508-16.
- 286 Gershon RR, Pearson JM, Sherman MF, Samar Sm, Canton NA, Stone PW. The prevalence and risk factors for percutaneous injuries in registered nurses in the home health care sector. *Am J Infect Control*. 2009;37(7):525-33.
- 287 Robazzi MLCC, Mauro MYC, Dalri RCMB, Silva LA, Secco IAO, Pedrão LJ. Exceso de trabajo y agravios mentales e a los trabajadores de la salud. *Rev Cubana Enferm*. 2010;26(1):52-64.
- 288 Silva RM, Pinto W, Koifman RJ, Muniz PT. Prevalência de atividade física de lazer e fatores associados em adultos de 18 a 65 anos. *Rev Baiana Saúde Públ*. 2013;37(2):350-64.
- 289 Mauro MYC, Paz AF, Mauro CCC, Pinheiro MAS, Silva VG. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Esc Anna Nery*. 2010;14(1):13-8.
- 290 Silva AA, Rotenberg L, Fischer FM. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1117-26.

- 291 Caixeta CR, Minamisava R, Oliveira LMAC, Brasil VV. Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia, Goiás. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010;15(4):2075-84.
- 292 Ribeiro J, Berg J. Evolução recente do trabalho decente no Brasil: avanços e desafios. *Bahia Anál Dados*. 2010;20(2/3):173-94.
- 293 Camargo FC, Iwamoto HH. Vítimas fatais e anos de vida perdidos por acidentes de trânsito em Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery*. 2012;16(1):141-6.
- 294 Prochnow A, Magnago TSBS, Tavares JP, Beck CLC, Silva RM, Greco PBT. Perfil dos acidentes de trabalho publicados em estudos brasileiros. *Saúde*. 2011;37(1):77-90.
- 295 Gonçalves MCV, Ribeiro TG, Vasconcelos SCD, Moreira TCJ. O trabalho social e a política habitacional. *Soc Debate*. 2007;13(2):175-90.
- 296 Noal EB, Janczura R. A política nacional de habitação e a oferta de moradias. *Textos & Contextos*. 2011;10(1):157-69.
- 297 Fullilove MT. Housing is health care. *Am J Prev Med*. 2010;39(6):607-8.
- 298 Burgard SA, Seefeldt KS, Zelner S. Housing instability and health: Findings from the Michigan recession and recovery study. *Soc Sci Med*. 2012;75(12):2215-24.
- 299 Cannuscio CC, Alley AE, Pagán JA, Soldo B, Krasny S, Shardell M, Asch DA, Lipman TH. Housing strain, mortgage foreclosure and health in a diverse Internet sample. *Nurs Outlook*. 2012;60(3):134-42.
- 300 Canini SRMS, Moraes AS, Gir E, Freitas ICM. Fatores associados a acidentes percutâneos na equipe de enfermagem de um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008;16(5):818-23.
- 301 Fischer FM, Martinez, MC. Individual features, working conditions and work injuries are associated with work ability among nursing professional. *Work*. 2013;45(4):509-17.
- 302 Castro AB, Fujishiro K, Rue T, Tagalog EA, Samaco-Paquiz LP, Gee GC. Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness. *Int Nurs Rev*. 2010;57(2):188-94.
- 303 Pina JA, Stotz EN. Participação nos lucros ou resultados e banco de horas: intensidade do trabalho e desgaste operário. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2011;36(123):162-76.
- 304 Chiron M, Bernard M, Lafont S, Lagarde E. Tiring job and work related injury road crashes in the GAZEL cohort. *Accid Anal Prev*. 2008;40(3):1096-104.
- 305 Almeida ND. Uso de álcool, tabaco e drogas por jovens e adultos da cidade de Recife. *Psicol Argum*. 2011;29(66):295-302.
- 306 Lima EP, Assunção A, Barreto SM. Tabagismo e estressores em bombeiros, 2011. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(5):897-904.

- 307 Zheng L, Xiang H, Song X, Wang Z. Nonfatal unintentional injuries and related factors among male construction workers in central China. *Am J Ind Med.* 2010;53(6):588-95.
- 308 Wilkins K, Mackenzie SG. Work injuries. *Health Rep.* 2007;18(3):1-18.
- 309 Saha A, Kumar S, Vasudevan DM. Factors of occupational injury: a survey in a chemical company. *Ind Health.* 2008;46(2):152-7.
- 310 Nakata A, Ikeda T, Takahashi M, Haratani T, Hojou M, Fujioka Y, Araki S. Non-fatal occupational injury among active and passive smokers in small- and medium-scale manufacturing enterprises in Japan. *Soc Sci Med.* 2006;63(9):2452-63.
- 311 Gabriel CS, Melo MRAC, Rocha FLR, Bernardes A, Miguelaci T, Silva MLP. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011;19(5):1-9.
- 312 Jorgensen K, Laursen B. Absence from work due to occupational and non-occupational accidents. *Scand J Public Health.* 2013;41(1):18-24.
- 313 Giomo DB, Freitas FCT, Alves LA, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. *Rev Enferm UERJ.* 2009;17(1):24-9.
- 314 Ribeiro LCM, Souza ACS, Neves HCC, Munari DB, Medeiros M, Tipple AFV. Influência da exposição a material biológico da adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. *Cien Cuid Saúde.* 2010;9(2):325-32.
- 315 Woolf AD, Erwin J, March L. The need to address the burden of musculoskeletal conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2012;26(2):183-224.
- 316 Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde (BR). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10. rev. [Internet] 1998 [citado 2014 jan 10]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.
- 317 Costa G. Shift work and health: current problems and preventive actions. *Saf Health Work.* 2010;1(2):112-23.
- 318 Teixeira S, Torres MKL, Moro ARP, Merino EAD. Fatores associados ao trabalho de operadores de checkout: investigação das queixas musculoesqueléticas. *Prod.* 2009;19(3):558-68.
- 319 Soares LV, Wagner LC. Reabilitação profissional: vivências de funcionários com limitações físicas e psicossociais em um hospital universitário. *Rev Bras Med Trab.* 2012;10(2):49-55.
- 320 Saldanha JHS, Pereira APM, Neves RF, Lima MAG. Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2013;38(127):122-38.

- 321 Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):622-30.
- 322 Alexopoulos EC, Stathi IC, Charizani F. Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists. *BMC Musculoskelet Disord*. 2004;5:16.
- 323 Santos Filho SB, Barreto SM. Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(1):181-93.
- 324 Negri JR. Perfil sociodemográfico e ocupacional, características clínicas e prevalência da Síndrome do Túnel do Carpo em trabalhadores acometidos por LER/DORT atendidos no CEREST-Piracicaba/SP, de 1997 a 2007 [dissertação]. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba; 2010.
- 325 Griep RH, Fonseca MJM, Melo ECP, Portela LF, Rotenberg L. Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(nesp.):151-7.
- 326 Beck CLC, Gonzales RMB, Denardin JM, Trindade LL, Lautert L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(3):503-10.
- 327 Lima VA, Aquilas AL, Ferreira Junir M. Efeitos de um programa de exercícios físicos no local de trabalho sobre a percepção de dor musculoesquelética em trabalhadores de escritório. *Rev Bras Med Trab*. 2009;7(1):11-7.
- 328 Silva SG, Silva MC, Nahas MV, Viana SL. Fatores associados à inatividade física no lazer e principais barreiras na percepção de trabalhadores da indústria do sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):249-59.
- 329 Urbanetto JS, Silva PC, Hoffmeister E, Negri BS, Costa BEP, Figueiredo CEP. Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(5):1122-31.
- 330 Algrant E. Tabagismo e ocupação: elo de exposições pouco explorado como estratégia de combate ao tabagismo. *J Pneumol*. 2001;27(4):7-8.
- 331 Behrend C, Prasan M, Coyne E, Horodyski M, Wright J, Rehtine GR. Smoking cessation related to improved patient-reported pain scores following spinal care. *J Bone Joint Surg Am*. 2012;94(1):2161-6.
- 332 Mello MC, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):87-90.
- 333 Lima ACS, Magnago TSBS, Prochnow A, Ceron MDS, Beltrame MT, Greco PBT. Prevalência e características da (in)capacidade para o trabalho de trabalhadores de enfermagem. *Rev Enferm UPFE on line*. 2013;7(8):5143-9.

- 334 Henz RC. O perfil do cuidador familiar e suas necessidades com relação aos cuidados prestados ao idoso com dependência em uma estratégia de saúde da família [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
- 335 Moongtui W, Gauthier DK, Turner JG. Using peer feedback to improve handwashing and glove usage among Thai health care workers. *Am J Infect Control*. 2000;28(5):365-9.
- 336 Chiodi MB, Marziale MHP. Riscos ocupacionais para trabalhadores de unidades básicas de saúde: revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(2):212-7.
- 337 Silva SM, Baptista PCP. A incapacidade vivenciada por trabalhadores de enfermagem no retorno ao trabalho. *Cienc Cuid Saúde*. 2013;12(3):522-8.
- 338 Robaina JR, Lopes CS, Rotenberg L, Faerstein E, Fischer FM, Moreno CRC, Werneck GL, Chor D. Stressful life events and insomnia complaints among nursing assistants from a university hospital in Rio de Janeiro: the Pro-Saúde study. *Rev Bras Epidemiol*. 2009;12(3):501-9.

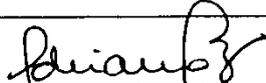
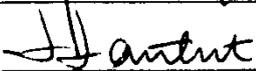
**APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO DA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE
DADOS DA PESQUISA: GPPG/HCPA nº 11-315**

COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM

| | |
|---|---------------------|
| VIGILÂNCIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR: fatores para acidentes de trabalho, alterações musculoesqueléticas e doenças do trabalho | Cadastro COMPESQ/EE |
|---|---------------------|

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos trabalhadores cujos dados serão coletados do banco de dados da pesquisa intitulada “Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”, aprovado pelo CPPG/HCPA, sob o nº 11-315. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 20 de janeiro de 2013.

| Nome dos pesquisadores | Assinatura |
|------------------------|--|
| Adriana Aparecida Paz |  |
| Liana Lautert |  |

ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA: GPPG/HCPA nº 07-482

07-482



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 07-482 **Versão do Projeto:** 29/10/2007 **Versão do TCLE:** 30/10/2007

Pesquisadores:
 LIANA LALITERT
 SONIA BEATRIZ COCARO DE SOUZA
 DENISE TOLFO SILVEIRA
 DAMASIO MACEDO TRINDADE
 DIRCE NELCI PORTINACIEL
 REGINA BARBOSA SPERANSA
 ANA PAULA SCHERER DE BRUM
 CARLA VENDRAME BASSO

Título: AVALIAÇÃO DOS FATORES POTENCIALIZADORES DE SAÚDE - ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 30 de outubro de 2007.


 Prof. Nadine Claisell
 Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

GPPG - Recebido
 17 ABR. 2008
 Por:  nº 07-482

ANEXO B – APROVAÇÃO DA PESQUISA: GPPG/HCPA nº 11-315**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110315**Data da Versão do Projeto:** 23/11/2011**Data da Versão do TCLE:** 23/11/2011**Pesquisadores:**

DAMASIO MACEDO TRINDADE

DIRCE NELCI PORT MACIEL

ADRIANA APARECIDA PAZ

DAYANE DOS SANTOS REIS

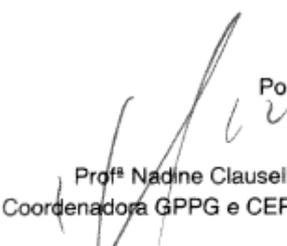
LIANA LAUTERT

Título: Vigilância na Saúde do Trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto deverá ser comunicada ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 24 de novembro de 2011.


Profª Nadine Clauseil
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

**ANEXO C – TERMO DE CIÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA:
GPPG/HCPA nº 11-315**



**TERMO DE CIÊNCIA DA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA INSTITUIÇÃO
CENÁRIO DE ESTUDO**

Eu, Damásio Macedo Trindade, chefe do Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, conheço o projeto de pesquisa intitulado *Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores de um hospital universitário*, proposto pela Prof^a Dr^a Liana Lautert e demais autores relacionados no projeto, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que os pesquisadores não interferirão no fluxo normal deste serviço.

Porto Alegre, 21 de outubro de 2010.



HCPA
Prof. Damásio Macedo Trindade
Chefe do Serviço de Medicina Ocupacional

Damásio Macedo Trindade
Chefe do Serviço de Medicina Ocupacional do HCPA

ANEXO D – QUESTIONÁRIO DO TRABALHADOR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRUPO INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE OCUPACIONAL
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
SERVIÇO DE MEDICINA OCUPACIONAL**

Projeto de Pesquisa 11-315: “*Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*”

| IDENTIFICAÇÃO | | | |
|---|---|---------------|-------------|
| Número do Questionário: | Data: | Coletador(a): | |
| A – ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS | | | Codificação |
| A.1 - Qual é o sexo? | (0) masculino (1) feminino | | |
| A.2 - Qual é a data de nascimento? | ____/____/____ | | |
| A.3 - Quantos anos de estudos completos? | _____ anos | | |
| A.4 - Há quantos anos trabalha? | _____ anos | | |
| A.5 - Qual é a situação conjugal? | | | |
| A.6 - Mudou a situação conjugal nos últimos 12 meses? | (0) não (1) sim | | |
| A.7 - Tem filhos? Se a resposta for não, pule para A.10. | (0) não (1) sim | | |
| A.8 - Qual é a quantidade de filhos? | _____ filhos | | |
| A.9 - Tem algum filho com necessidade especial? | (0) não (1) sim | | |
| A.10 - Qual é o vínculo de parentesco com quem você mora? Pode assinalar mais de uma alternativa. Se a resposta for sozinho, pule para A.12. | (1) sozinho(2) conjugue (3) filhos (4) com os pais (5) genro (6) nora (7) netos (8) amigos | | |
| A.11 - Quantas pessoas moram com você? Inclua você nesta resposta. | _____ pessoas | | |
| A.12 - Qual é a condição de moradia? | (1) própria (2) financiada (3) alugada(4) emprestada (5) outra. Qual? | | |
| A.13 - A sua residência fica em qual município? | | | |
| A.14 - Qual é o tempo médio total no deslocamento diário (ida e volta) de sua residência até o HCPA? | _____ horas _____ min/dia | | |
| A.15 - Você utiliza algum meio de transporte para o deslocamento até o HCPA? Se a resposta for não, pule para A.18. | (0) não (1) sim | | |
| A.16 - Qual é o meio de transporte mais utilizado para deslocamento até o HCPA? | | | |
| A.17 - Se usa o transporte coletivo, quantos ônibus são utilizados neste deslocamento até o HCPA? | _____ ônibus | | |
| A.18 - Você tem auxílio nas atividades diárias de pessoas da família? | (0) não (1) sim | | |
| A.19 - Você tem auxílio nas atividades diárias de pessoas sem vínculo de parentesco? | (0) não (1) sim | | |
| A.20 - Você é cuidador de familiar acamado? | (0) não (1) sim | | |
| A.21 - Qual é a sua religião ou filosofia de vida? | | | |
| A.22 - Você tem tempo para o lazer? | (0) não (1) sim | | |
| A.23 - Qual é o tempo médio que dispõe na semana para o lazer? | ___ horas ___ min/semana | | |
| A.24 - Quais são as atividades de lazer que realiza? | | | |
| A.25 - Qual é o número médio de horas de sono por dia? | _____ horas/dia | | |
| A.26 - Realiza atividade física? Se a resposta for não, pule para A.30. | (0) não (1) sim | | |

| | | |
|---|-----------------------------|--------------------|
| A.27 – Quantas vezes na semana realiza atividade física? | _____ vezes/ semana | |
| A.28 – Qual é o tempo médio que dispõe para a atividade física diária? | _____ horas _____ min/dia | |
| A.29 – Quais são as atividades físicas que realiza? | | |
| A.30 – Você é tabagista? Se a resposta for não, pule para A.33. | (0) não (1) sim | |
| A.31 – Há quanto tempo é tabagista? | _____ anos _____ meses | |
| A.32 – Quantos cigarros consomem por dia? | _____ cigarros/dia | |
| A.33 – Você foi ex-tabagistas? Se a resposta for não, pule para A.37. | (0) não (1) sim | |
| A.34 – Por quanto tempo foi tabagista? | _____ anos _____ meses | |
| A.35 – Fez algum tratamento antitabaco? | (0) não (1) sim | |
| A.36 – Teve acompanhamento profissional no tratamento antitabaco? | (0) não (1) sim | |
| A.37 – Você consome bebidas alcoólicas? Se a resposta for não, pule para B.1. | (0) não (1) sim | |
| A.38 – Qual é o tipo de bebida alcóolica consumida? | (0) fermentada(1) destilada | |
| A.39 – O consumo é diário? Se a resposta for não, pule para B.1. | (0) não (1) sim | |
| A.40 – Qual é o volume consumido diariamente? | _____ litro _____ ml/dia | |
| B – ASPECTOS OCUPACIONAIS E DE SAÚDE | | Codificação |
| B.1 – Qual é o seu cargo/função no HCPA? | | |
| B.2 – Qual é o seu setor de trabalho no HCPA? | | |
| B.3 – Você é um funcionário sem vaga fixa no hospital? | (0) não (1) sim | |
| B.4 – Há quanto tempo trabalha no cargo/função atual? | _____ anos _____ meses | |
| B.5 – Qual é a carga horária diária de trabalho no HCPA? | _____ horas _____ min/dia | |
| B.6 – Qual é o turno do seu trabalho no HCPA? | | |
| B.7 – Você gosta do turno de trabalho em que exerce a sua atividade laboral? | (0) não (1) sim | |
| B.8 – Você gostaria de mudar de função? | (0) não (1) sim | |
| B.9 – Você se sente motivado no seu trabalho? | (0) não (1) sim | |
| B.10 – Você se sente sobrecarregado no seu trabalho? | (0) não (1) sim | |
| B.11 – Você tem autonomia na maior parte do tempo no seu trabalho? | (0) não (1) sim | |
| B.12 – Existe possibilidade de progresso ou recompensa em seu trabalho? | (0) não (1) sim | |
| B.13 – Existe conflito entre os valores pessoais e os valores laborais da função que exerce? | (0) não (1) sim | |
| B.14 – Trabalha em outra instituição? Se a resposta for não, pule para B.19. | (0) não (1) sim | |
| B.15 – Exerce a mesma função profissional do HCPA? Se a resposta for sim, pule para B.17. | (0) não (1) sim | |
| B.16 – Qual é a sua função laboral na outra instituição? | | |
| B.17 – Qual é a sua carga horária diária de trabalho nesta outra instituição? | _____ horas _____ min/dia | |
| B.18 – Tem dificuldade de conciliar os empregos? | (0) não (1) sim | |
| ACIDENTES DE TRABALHO | | Codificação |
| B.19 – Nos últimos doze meses você teve algum acidente de trabalho? Se a resposta for não, pule para B.27. | (0) não (1) sim | |
| B.20 – Quantos acidentes de trabalho ocorreram nestes últimos doze meses? | _____ acidentes | |

| | | |
|---|---|--------------------|
| B.21 – Qual foi o tipo de acidente? Pode assinalar mais de uma alternativa. | (0) trajeto (fora da instituição) (1) típico (dentro da instituição) | |
| B.22 – Descreva cada um dos acidentes: | | |
| B.23 – O acidente ocorreu no turno de trabalho inverso ao que costuma desempenhar a sua função? | (0) não (1) sim | |
| B.24 – Houve afastamento do trabalho por causa dos acidentes nos últimos doze meses? | (0) não (1) sim | |
| B.25 – Quantos anos/meses/dias, você ficou afastado do trabalho devido ao acidente? | ____ anos ____ meses ____ dias | |
| B.26 – O afastamento pelo acidente exigiu a perícia médica do INSS? | (0) não (1) sim | |
| DOENÇA DO TRABALHO | | Codificação |
| B.27 – Você ficou afastado por doença do trabalho nos últimos doze meses? Se a resposta for não, pule para B.31. | (0) não (1) sim | |
| B.28 – Quantos anos/meses/dias, que você ficou afastado por doença do trabalho? | ____ anos ____ meses ____ dias | |
| B.29 – O afastamento pela doença do trabalho exigiu a perícia médica do INSS? | (0) não (1) sim | |
| B.30 – Qual é o diagnóstico da doença do trabalho? | | |
| B.31 – Você tem outras doenças? Se a resposta for não, pule para B.33. | (0) não (1) sim | |
| OUTRAS DOENÇAS | | Codificação |
| B.32 – Quais são as doenças? | | |
| B.33 – Esteve hospitalizado nos últimos doze meses? Se a resposta for não, pule para B.35 | (0) não (1) sim | |
| B.34 – Quais foram os motivos da hospitalização? | | |
| B.35 – Utiliza medicamentos prescritos por um médico? Se a resposta for não, encerre o questionário. | (0) não (1) sim | |
| B.36 – Quais são os medicamentos? | | |

ANEXO E – FORMULÁRIO DO PRONTUÁRIO DO TRABALHADOR



**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Serviço de Medicina Ocupacional

Projeto de Pesquisa 11-315: “*Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*”

COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO DO TRABALHADOR

Número da coleta:

HISTÓRIA OCUPACIONAL

Data de Admissão:

Data do registro do risco ocupacional 1:

Tipo do risco ocupacional:

Número de riscos ocupacionais:

Data do registro auxílio doença 1:

Período (dias) de auxílio doença:

Motivo do auxílio doença:

Número de auxílio doenças:

Data do registro do exame periódico 1:

Número de exames periódicos realizados:

Data do registro do afastamento por outros motivos 1:

Tipo de afastamento:

Período (dias) do afastamento:

Diagnóstico médico:

Motivo do afastamento:

Número de afastamentos por outros motivos totais:

Número de afastamentos por doença:

Número de afastamento por dependente:

Número de afastamento licença maternidade:

DOENÇA CRÔNICA E OCUPACIONAL

Data do registro da doença crônica 1:

Nome da doença crônica:

Número de doenças crônicas:

Data do registro da alteração musculoesquelética 1:

Tipo de alteração musculoesquelética:

Número de alterações musculoesquelética:

Data do registro da doença do trabalho 1:

Tipo da doença do trabalho:

Número de doenças do trabalho:

LIMITAÇÃO

Data do registro da limitação 1:

Tipo de limitação:

Motivo da limitação:

Se temporária, período (dias) com limitação:

Número de limitações totais:

Número de limitações permanentes na função laboral:

Número de limitações temporárias na função laboral:

REABILITAÇÃO, PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E TRATAMENTOS

Data do registro da necessidade de reabilitação 1:

Período (dias) utilizados para reabilitação:

Motivo da reabilitação:

Número de reabilitações:

Data do registro do procedimento cirúrgico 1:

Tipo de procedimento cirúrgico:

Classificação da cirurgia:

Número de procedimentos cirúrgicos:

Data do registro do tratamento psicológico 1:

Período (dias) de tratamento:

Motivo do tratamento psicológico:

Número de tratamentos psicológicos:

Data do registro do tratamento psiquiátrico 1:

Período (dias) de tratamento:

Motivo do tratamento psiquiátrico:

Número de tratamentos psiquiátricos:

IMUNIZAÇÕES

Data do registro da antitetânica 1

Número de doses antitetânica registrada:

Data do registro da MMR 1:

Número de doses MMR registrada:

Data do registro da gripe sazonal 1:

Número de doses gripe sazonal registrada:

Data do registro da hepatite 1ª dose 1:

Número de doses de hepatite 1ª dose registrada:

Data do registro da hepatite 2ª dose 1:

Número de doses de hepatite 2ª dose registrada:

Data do registro da hepatite 3ª dose 1:

Número de doses de hepatite 3ª dose registrada:

Tem o esquema vacinal hepatite completo 1:

SINAIS VITAIS E MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Data do registro da pressão arterial 1:

Valor sistólica:

Valor diastólica:

Classificação da pressão arterial:

Número de avaliações da pressão arterial:

Data do registro peso altura ou IMC 1:

Valor altura:

Valor peso:

Valor do IMC:

Número de avaliações de peso altura e IMC:

EXAMES LABORATORIAIS E COMPLEMENTARES

Data do exame de glicemia de jejum 1:

Valor do glicemia de jejum 1:

Número de exames de glicemia de jejum:

Data do exame de triglicerídeos 1:

Valor do triglicerídeos 1:

Número de exames de triglicerídeos total:

Data do registro do colesterol total 1:

Valor do colesterol total:

Número de exames de colesterol total:

Data do registro do TGO 1:

Resultado do TGO 1:

Número de exames de TGO:

Data do registro do TGP 1:

Resultado do TGP 1:

Número de exames de TGP:

Data do registro do anti-HCV1:

Resultado do anti-HCV1:

Número de exames de anti-HCV:

| | |
|--|--|
| Data do registro do anti-HBsAg1: | |
| Resultado do anti-HBsAg1: | |
| Número de exames de anti-HBsAg: | |
| Data do registro do anti-HIV1: | |
| Resultado do anti-HIV1: | |
| Número de exames de anti-HIV: | |
| Data do registro da audiometria 1: | |
| Resultado da audiometria 1: | |
| Número de exames de audiometria: | |
| Data do registro da radiografia de tórax 1: | |
| Resultado da radiografia de tórax 1: | |
| Número de exames de radiografia de tórax: | |
| ACIDENTE DE TRABALHO | |
| Data do registro do acidente de trabalho 1: | |
| Tipo de acidente: | |
| Teve risco biológico: | |
| Teve emissão da CAT: | |
| Houve afastamento laboral devido acidente: | |
| Período (dias) de afastamento devido acidente: | |
| Diagnóstico médico: | |
| Motivo do acidente: | |
| Tipo de exposição: | |
| Origem do material: | |
| Fez uso de antiretroviral: | |
| Número de acidentes totais: | |
| Número de acidentes típicos: | |
| Número de acidentes de trajeto: | |
| Número de acidentes biológicos: | |

ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

GPPG/HCPA nº 11-315

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 GRUPO INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE OCUPACIONAL
 HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
 SERVIÇO DE MEDICINA OCUPACIONAL

Projeto de Pesquisa: "Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre"

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do estudo: **VIGILÂNCIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR: FATORES POTENCIALIZADORES DO ADOECIMENTO DE TRABALHADORES DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Nome do participante (preencher com letra de forma por extenso):

1. OBJETIVO DESTA ESTUDO: Identificar os indicadores que possam servir como marcadores no processo de adoecimento do trabalhador que atuam na instituição hospitalar. Esse estudo busca (re)conhecer os fatores que podem potencializar o adoecimento, de modo que poderá contribuir para novas propostas estratégicas na saúde ocupacional no sentido da prevenção de doenças, da promoção e da reabilitação de saúde dos trabalhadores o HCPA.

2. EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS: O(A) senhor(a) responderá perguntas que fazem parte de um questionário utilizado para caracterizar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos trabalhadores do HCPA. Os dados serão incorporados aos de outros indivíduos e comparados entre si para conhecer o perfil de resposta aos fatores de risco ocupacional individual e nos grupos de trabalhadores.

3. POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTOS Um possível desconforto poderá estar relacionado com o tempo dispensado de aproximadamente 30 minutos para o preenchimento do questionário durante a jornada de trabalho. Sua participação é voluntária, não acarretando despesas ou recompensas financeiras. Se concordar, procederemos com a entrega do questionário e permaneceremos no local até o preenchimento do mesmo.

4. DIREITO DE DESISTÊNCIA: O(A) senhor(a) poderá encerrar a participação em qualquer fase do estudo, sem que sofra qualquer consequência desse ato.

5. SIGILO: Todas as informações obtidas neste estudo poderão ser publicadas com finalidade científica, preservando-se completo anonimato dos participantes.

6. CONSENTIMENTO: Declaro ter lido as informações acima antes de assinar este formulário, que assino neste momento em duas vias, sendo que uma via permanecerá com o participante. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas.

7. QUESTIONAMENTOS: Qualquer dúvida ou pergunta, entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, Profª Drª Liana Lautert (51 3308-5171), Enfª Doutoranda Me. Adriana Aparecida Paz (51 3303-8776) ou pelo ramal da Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (51 3359-8304).

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Nome:

Assinatura do(a) participante

Nome:

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Comitê de Ética em Pesquisa
 GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

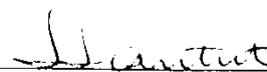
24 / 11 / 2011
 nº 110215 88

**ANEXO G – TERMO DE CIÊNCIA PARA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS
DA PESQUISA: GPPG/HCPA nº 11-315**

TERMO DE CIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS

Eu, Liana Lautert, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa "*Vigilância na saúde do trabalhador: fatores potencializadores do adoecimento de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*", aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o número 11-315. Autorizo que a aluna Adriana Aparecida Paz também autora deste projeto supracitado possa utilizar o banco de dados para realizar a análise em resposta à Tese de Doutorado em Enfermagem a ser defendida no ano de 2013.

Porto Alegre, 20 de janeiro de 2013.



Profa. Liana Lautert
Pesquisadora Responsável
Projeto nº 11-315