

Erika Christiane Marocco Duran

Capacidade para o Trabalho entre Trabalhadores
de Enfermagem do Pronto Socorro
de um Hospital Universitário

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Erika Christiane Marocco Duran



Prof. Dra. Maria Inês Monteiro Cocco
Orientadora

Campinas, 2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

Erika Christiane Marocco Duran

Capacidade para o Trabalho entre Trabalhadores de Enfermagem do Pronto Socorro de um Hospital Universitário

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Curso de Pós-Graduação em
Enfermagem da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas – UNICAMP
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Monteiro Cocco

Campinas, 2002

UNIDADE 30
Nº CHAMADA T/UNICAMP
D931c
V _____ EX _____
TOMBO BC/ 49681
PROC 16-837/02
C _____ D X _____
PREÇO R\$ 11,00
DATA 15/06/02
Nº CPD _____

CM00169123-4

BIB ID 244909

D931c Duran, Erika Christiane Marocco
Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário. / Erika Christiane Marocco Duran. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

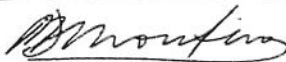
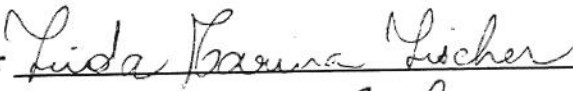

Orientador : Maria Inês Monteiro Cocco
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Promoção da saúde. 2. Saúde pública. 3. Enfermagem. I. Maria Inês Monteiro Cocco. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Maria Inês Monteiro Cocco

Membros:

1. Prof.^a Dr.^a Maria Inês Monteiro Cocco 
2. Prof.^a Dr.^a Frida Marina Fischer 
3. Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho 

**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 20/02/2002

719928001

AGRADECIMENTOS

À minha Mestra e Amiga Profa. Dra. Maria Inês Monteiro Cocco pelo imenso coração e conselhos e apoios decisivos nas ocasiões oportunas;

Ao meu marido Fernando pela dedicação, amor, compreensão, amizade, carinho e por seu grande significado;

À minha mãe Vera, irmã Renata, cunhado Àllysson, avó Maria Elisa e bisavô Antônio, a minha família, por tudo que sou;

Aos membros da banca examinadora Profa. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo, Profa. Dra. Frida Marina Fischer, Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Profa. Dra. Maria Sílvia Monteiro pelas contribuições enriquecedoras;

Ao Serviço de Estatística da Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Helymar Costa) pelo direcionamento;

À Deus, por estar ao meu lado em todos os momentos.

Nenhuma formação docente verdadeira pode fazer-se alheada, de um lado, do exercício da criticidade que implica a promoção da curiosidade ingênua à curiosidade epistemológica, e do outro, sem reconhecimento do valor das emoções, da sensibilidade, da afetividade, da intuição ou adivinhação. Conhecer não é, de fato, adivinhar, mas tem algo a ver, de vez em quando, com adivinhar, com intuir. O importante, não resta dúvida, é não pararmos satisfeitos ao nível das intuições, mas submetê-las à análise metodicamente rigorosa de nossa curiosidade epistemológica.

Paulo Freire (1998, p. 51)

SUMÁRIO

Resumo	
Summary	
Lista de Tabela	
Lista de Abreviaturas	
Lista de Figuras	
1. Considerações preliminares.....	1
2. Reflexão sobre o tema.....	3
3. Trabalho de Enfermagem.....	5
4. Transição Demográfica e Epidemiológica.....	10
5. Envelhecimento Funcional Precoce e Capacidade para o Trabalho.....	15
6. Delineamento do Campo de Estudo e da População.....	34
7. Objetivos.....	38
8. Material e Método	39
8.1. Desenho do Estudo.....	39
8.1. O Local	40
8.2. A População	41
8.3. Índice de Capacidade para o Trabalho	42
8.4. Aspectos Ético	43
8.5. Análise de Dados	44
9. Apresentação dos Resultados.....	45
10. Discussão dos Dados	76
11. Conclusão.....	81
12. Considerações Finais	84
13. Referências Bibliográficas	85
14. Bibliografia	91
Anexo 1	94
Anexo 2	100

Resumo: A transição demográfica e epidemiológica vivenciada pelo Brasil propiciará ao país, dentro de alguns anos, uma posição mundial de destaque em relação à população idosa. Aliado a isto, a necessidade de adequação econômica e conseqüentes alterações na realidade previdenciária nacional, conduzem à permanência dos trabalhadores no mercado de trabalho por um maior período de tempo, influenciando, assim, sua capacidade funcional. O objetivo deste estudo foi avaliar a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro de um Hospital Universitário. Participaram do estudo cinquenta e quatro trabalhadores (40 mulheres e 14 homens), com idades entre 23 e 53 anos (média de 37,1 anos). Utilizou-se o Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT, instrumento desenvolvido na Finlândia, que apresentou valor médio 42,0. A correlação do ICT com exigência física, exigência mental, perda estimada para o trabalho devido a doenças, apreciação das atividades diárias, o sentir-se ativo e alerta e da idade com a capacidade atual para o trabalho estabeleceram associações estatísticas significantes. As doenças mais referidas com diagnóstico médico foram a doença músculo-esquelética, cardiovascular, respiratória e neurológica. Salienta-se que a prevenção e a promoção da saúde no trabalho é um dos aspectos fundamentais na manutenção da capacidade para o trabalho.

Palavras-chave: Capacidade para o trabalho, Índice de Capacidade para o trabalho, Trabalhadores de Enfermagem, Saúde Ocupacional.

Summary: The demographic and epidemiologic transistion observed in Brazil will propitiate to this country, in a few years, a world-wide position of prominence in relation to the old population. Furthermore, the need of economic adaptation and consequent alterations in brazilian's social security, leads to the workers permanence in the labor market for a larger period of time, influencing, its functional ability. The objective of this study was to evaluate the capacity for the work among health care workers of the Emergency Service of a University Hospital. Fifty four workers had participated of the study (40 women and 14 men), with ages between 23 and 53 years (37,1 year-old average). The Work Ability Index (WAI) was used, instrument developed in Finland, that presented average value 42.0. The correlation of WAI with physical demand, mental demand, estimated work loss by diseases, appreciation of the daily duties, the felling active and alert and of the age with respect to current work ability established significant statistical associations. The most refered diseases with medical diagnosis were the muscle-skeletal, cardiovascular, respiratory and neurological. Consider that the prevention of diseases and the promotion of the health in the work are one of the basic aspects in the maintenance of the work ability.

Descriptors: Work Ability, Work Ability Index, Health Care Workers, Occupational Health.

Lista de Tabelas

1. Distribuição mensal e diária dos clientes atendidos pelo Pronto Socorro do HC – UNICAMP no ano de 2000.....	34
2. Distribuição mensal dos clientes atendidos no Pronto Socorro pela Ortopedia do HC – UNICAMP no ano de 2000.....	35
3. Distribuição mensal dos clientes atendidos no Pronto Socorro pela Pediatria do HC – UNICAMP no ano de 2000.....	35
4. Distribuição mensal e diária dos clientes atendidos pelo Pronto Socorro do HC – UNICAMP no ano de 2000, segundo cidade.....	35
5. Distribuição mensal dos clientes atendidos pelo Pronto Socorro do HC – UNICAMP no ano de 2000 em Campinas e outras cidades.....	36
6. Distribuição dos clientes por tempo de permanência no Pronto Socorro do HC – UNICAMP no ano de 2000.....	36
7. Distribuição dos atestados médicos dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP no período de Agosto de 2000 a Julho de 2001.....	37
8. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo características sociodemográficas.....	46
9. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo escolaridade.....	47
10. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo as atividades de lazer realizadas.....	49
11. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo o índice de capacidade para o trabalho	50
12. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo valor atribuído para a capacidade para o trabalho atual.....	51
13. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo capacidade atual para o trabalho relacionada às exigências físicas do trabalho.....	51
14. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo capacidade atual para o trabalho relacionada às exigências mentais do trabalho.....	52
15. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo o número de lesões e doenças na opinião dos trabalhadores.....	52
16. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo o número de lesões e doenças com diagnóstico médico.....	53
17. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo doença músculo-esquelética na opinião dos trabalhadores.....	53
18. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo doença músculo-esquelética com diagnóstico médico..	54

19. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo o impedimento provocado pela lesão ou doença no trabalho.....	56
20. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a capacidade de realização do trabalho daqui a dois anos.....	57
21. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo o sentimento referente as atividades diárias.....	57
22. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a observação de se sentir ativo e alerta.....	58
23. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo o sentimento de esperança para o futuro.....	58
24. Tabela 56: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação faixa etária e o índice de capacidade para o trabalho.....	59
25. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação sexo e índice de capacidade para o trabalho.....	59
26. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a escolaridade de trabalho e índice de capacidade para o trabalho.....	60
27. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação atividade física e índice de capacidade para o trabalho.....	60
28. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação turno de trabalho e índice de capacidade para o trabalho.....	61
29. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação exigência física e índice de capacidade para o trabalho.....	62
30. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a exigência mental e o índice de capacidade para o trabalho.....	62
31. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação do número de doenças auto-referidas e o índice de capacidade para o trabalho.....	63
32. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação número de doenças referidas com diagnóstico médico e o índice de capacidade para o trabalho.....	64
33. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação tarefas domésticas e o índice de capacidade para o trabalho.....	64
34. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação do tipo de doença auto-referida e o índice de capacidade para o trabalho.....	65

35. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação do tipo de doença referida com diagnóstico médico e o índice de capacidade para o trabalho.....	66
36. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação da função e do índice de capacidade para o trabalho.....	66
37. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação do estado conjugal e do índice de capacidade para o trabalho.....	67
38. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação do tempo de trabalho na empresa e do índice de capacidade para o trabalho.....	67
39. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação perda estimada para o trabalho devido às doenças e índice de capacidade para o trabalho.....	68
40. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação de faltas no trabalho por doenças e índice de capacidade para o trabalho.....	69
41. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação de apreciação das atividades diárias e do índice de capacidade para o trabalho.....	69
42. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação ao sentimento de ativo e alerta e o índice de capacidade para o trabalho.....	70
43. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação capacidade para o trabalho atual e faixa etária.....	71
44. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação número de doenças auto-referidas e da faixa etária.....	71
45. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação do número de doenças com diagnóstico médico e faixa etária.....	72
46. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação da capacidade para o trabalho daqui a dois anos e da faixa etária.....	72
47. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo turno e faixa etária.....	73
48. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo número de doenças auto-referidas e a presença de outro trabalho remunerado.....	73
49. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo número de doenças com diagnóstico médico e a presença de outro trabalho remunerado.....	74

50. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação da capacidade para o trabalho atual e do sexo.....	75
---	----

Lista de Abreviaturas

CAPES: Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Ensino Superior

IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

ICT: Índice de Capacidade para o Trabalho.

OIT: Organização Internacional do Trabalho.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

PIBIC/CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

WAI: Work Ability Index.

Lista de Figuras

1. Pirâmides Etárias Brasileiras (1970, 1980, 1990).....	10
2. Características do Índice de Capacidade para o Trabalho.....	19
3. Esquema de turnos dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP.....	37

1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Em 1995, iniciei meu curso de graduação em Enfermagem no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e já, em 1996, estava auxiliando os docentes de Fundamentos de Enfermagem na disciplina, como Monitora.

A oportunidade de desenvolver pesquisa de iniciação científica surgiu em 1997, quando estava no terceiro ano. Nesta ocasião o trabalho desenvolvido foi financiado pelo PIBIC/CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – e teve como título “Práticas Educativas em Diabetes *mellitus*: proposta para elaboração de material pedagógico”, no qual foram confeccionados, a partir das necessidades da clientela do Ambulatório de Diabetes do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, folders, cartazes, cartilha, jogos e boneco. O material foi apresentado em 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem e no V e VI Congresso Interno de Iniciação Científica e o resumo do trabalho publicado em seus Anais e Resumos, respectivamente.

A fim de dar continuidade à mesma, em 1998, novamente com financiamento do PIBIC/CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – foi desenvolvida a pesquisa “Práticas Educativas em Diabetes *mellitus*: proposta para elaboração de software educativo” direcionado para os profissionais de saúde de nível superior. Neste trabalho, houve a elaboração de um software para a educação continuada dos profissionais da área da saúde, com a finalidade de contribuir para melhorar a assistência. O software foi apresentado no 51º Congresso

Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermeria e o resumo do trabalho publicado em seus Anais e Resumos, respectivamente.

Em dezembro de 1998 e 1999 graduei-me em Enfermagem e em Licenciatura, respectivamente.

Em 2000, ingressei no Curso de Pós-graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. O estudo insere-se na Linha de Pesquisa Trabalho, Saúde e Educação e no Grupo de Estudos e Pesquisa Saúde e Trabalho do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, com o objetivo de estudar a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem.

Inserida em linhas educacionais desde a graduação, conduzi meus interesses para a Linha Educação e Saúde, acrescentando, no entanto, o Trabalho. O interesse por este novo tema suscitou das experiências laborais vivenciadas.

Em setembro de 2000 surgiu a oportunidade de uma bolsa de demanda social da CAPES. Desde então, dediquei-me, em período integral, ao Curso de Mestrado.

2. REFLEXÃO SOBRE O TEMA

As alterações demográficas e epidemiológicas ocorridas no país nos últimos anos conduziram a uma mudança na estrutura etária, suscitando a tomada de decisões no âmbito social, político e econômico e na elaboração e aplicação de programas específicos.

Aliado a isto se tem a prevalência de um modelo capitalista de acumulação e produção, que preconiza políticas previdenciárias fidedignas ao sistema, porém descompassadas com a realidade do trabalhador. Assim, a vida laboral do trabalhador estende-se, juntamente advém o envelhecimento precoce no e pelo trabalho, e a saúde ocupacional vê-se desapropriada de seu tempo de descanso, necessitando de atuação preventiva e de promoção eficazes e eficientes. Assim, insere-se, no presente estudo, a avaliação da Capacidade para o Trabalho, bem como sua manutenção.

Perante o exposto, deve-se estimular uma conscientização cidadã na atuação dos trabalhadores. A mesma realidade deve passar a ser vista com outros olhos, sob outras perspectivas e o que parecia “natural”, passa a ser questionável.

Assim, a conscientização da instituição e dos trabalhadores da equipe de enfermagem quanto à sua saúde e às condições de trabalho, a manutenção da capacidade para o trabalho tornam-se essenciais para um incremento positivo na vida laboral e cotidiana, conduzindo à tomada de decisão para uma ação direcionada a promoção à saúde, o que abrange o envelhecimento funcional precoce e a capacidade para o trabalho.

A avaliação da capacidade para o trabalho possibilita o incremento de programas de prevenção e de promoção à saúde, sendo essencial para a manutenção das atividades laborais.

3. TRABALHO DE ENFERMAGEM

Historicamente, constata-se que há uma elevada concentração de mulheres na assistência à saúde. Pode-se citar que três de cada quatro empregos hospitalares são ocupados por mulheres, e quatro em cada cinco empregos do cuidado de saúde (enfermagem e outros auxiliares) são por elas ocupados na rede hospitalar de Paris (Christofari et al *apud* LOPES 1992).

A observação de patologias em conjunto com o “turnover” elevado entre as enfermeiras dos anos 70 (45% delas interrompiam suas atividades antes do sexto ano em Paris, França), suscitaram pesquisa sobre os efeitos do horário de trabalho, turnos, cargas físicas, mentais e psíquicas em relação às trabalhadoras hospitalares (LOPES, 1992).

A desvalorização, o desprestígio, a negação da penosidade, historicamente construída, a concorrência desigual, a subutilização, a menor qualificação, a dupla e tripla jornada de trabalho, a repetitividade das tarefas, as pressões sexuais e perseguições geram tensão e deteriorização geral da saúde (LOPES, 1992).

A historicidade da enfermagem, a formação diversificada, o predomínio feminino, a invisibilidade do trabalho, a assistência diária ininterrupta, a falta de recursos humanos e materiais, o enfrentamento dos riscos químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e psicológicos, a “substituição” por outros profissionais de saúde, as duplas e triplas jornadas de trabalho, a baixa remuneração confluem no abalo da saúde, no surgimento de doenças e na morte decorrente do trabalho de enfermagem (ROBAZZI & MARZIALE, 1999).

Para Hirata & Kergoat (1993) *apud* Oliveira (1996), as relações de gênero no trabalho conduzem a riscos para a saúde, com repercussões imediatas no local de trabalho. Entretanto, os problemas da psicopatologia do trabalho refletem-se no âmbito da abordagem científica que não considera a diferença sexual e os diferentes impactos que tais riscos provocam nos dois sexos, tornando as relações assexuadas.

O trabalho realizado no modo de produção capitalista desenvolve-se com a finalidade de gerar lucros ou mais valia, que valoriza o capital. O processo de mais valia ocorre em conjunto e somente pode materializar-se no momento concreto da produção de bens e serviços, no processo de trabalho. Ocorrendo os processos de adaptação que são destrutivos da integridade corporal, depreende-se que existe no processo de trabalho elementos que atuam para o desgaste do trabalhador, as cargas de trabalho. As transformações negativas dos processos biopsíquicos, que têm origem na interação com as cargas de trabalho, geram as perdas para o trabalhador e são denominadas desgaste (processo de desgaste). E, por sua vez, esses processos de adaptação destrutivos que caracterizam os grupos sociais constituem o perfil patológico destes (SILVA et al, 1998).

A geração de mais valia pode ocorrer de forma absoluta (aumento de jornada e decréscimo do salário) e relativa (mudanças tecnológicas ou intensificação no trabalho). No trabalho em saúde o produto gerado é consumido no momento da produção, não gerando mais valia diretamente (embora reproduza a lógica produtiva), entretanto torna-se comercializado (SILVA et al, 1998).

A identidade social é, basicamente, determinada pelo papel social e a atividade profissional encobre o sujeito, relegando o eu a um plano secundário, valorizando mais o fazer do que o ser, em consonância à concepção mecanicista de organização, representada pela estrutura burocrática. O predomínio do caráter mecanicista/burocrático, nas organizações, estabelece um ritmo rígido totalmente devotado ao trabalho, à produtividade e à eficiência organizacionais, apenas tolerando as interrupções mínimas inevitáveis. (LUNARDI & LUNARDI FILHO, 1999, p. 18)

Constata-se uma despreocupação com o humano, com o emocional, com as relações, o que contribui para a degradação da saúde física e mental (LUNARDI & LUNARDI FILHO, 1999).

O sofrimento no trabalho, bem como o cansaço, estão impossibilitados de serem manifestados. Entretanto a doença e sua medicalização, através de consulta médica, são reconhecidas, forjam e desqualificam o sofrimento mental. (DEJOURS, 1992)

Assim, o cuidado da enfermagem, sendo um trabalho contínuo, cotidiano, com dores, perdas, desconforto e morte, impõe muito sofrimento no trabalho, acarretando desgastes físicos e psicológicos aos trabalhadores, que são agravados pela organização do serviço, pela autoridade, pela utilização constante da criatividade (LUNARDI & LUNARDI FILHO, 1999).

Esses desgastes aliados à percepção da realidade pelos trabalhadores de enfermagem comprometem o “processo de viver, ser e sentir-se saudável”,

repercutindo na qualidade de vida do trabalhador, dentro do serviço e fora dele (LUNARDI & LUNARDI FILHO, 1999, p. 22).

Considerando a qualidade de vida do trabalhador no trabalho, observa-se que as atividades laborais dos profissionais de enfermagem desenvolvem-se em cenários que, em sua grande maioria, apresentam condições de trabalho insalubres, sendo, portanto, impróprias.

Aquino e colaboradores (1993) realizaram um estudo transversal de caráter exploratório que buscou conhecer as condições de trabalho e de saúde de profissionais de enfermagem de um hospital público de Salvador, Bahia, incorporando o trabalho doméstico. A população feminina dos profissionais de enfermagem, totalizando 497 sujeitos, dos quais 94 (19%) eram enfermeiras e 397 (81%) eram auxiliares de enfermagem passaram por uma entrevista, através de um questionário de questões fechadas, além da mensuração da pressão arterial sanguínea, do peso e da altura. O questionário compreendia características sociodemográficas, trabalho doméstico e profissional e saúde. As médias de idade foram de 35,1 a 38,3 anos, sendo que 55,3% das enfermeiras e 41,4% das auxiliares de enfermagem apresentavam de 30 a 39 anos. Verificou-se que a carga horária média de trabalho profissional excedia 44 horas semanais, por causa das duplas ou triplas jornadas remuneradas, sendo que a carga contratual era de 30 horas por semana. Uma vez considerada a jornada doméstica, a média laboral semanal se elevava, totalizando 60,5 horas para enfermeiras e 70,6 horas para auxiliares de enfermagem. Outro fator considerado foi a distribuição nos diferentes turnos que caracteriza a organização do trabalho, através da qual as enfermeiras exercem

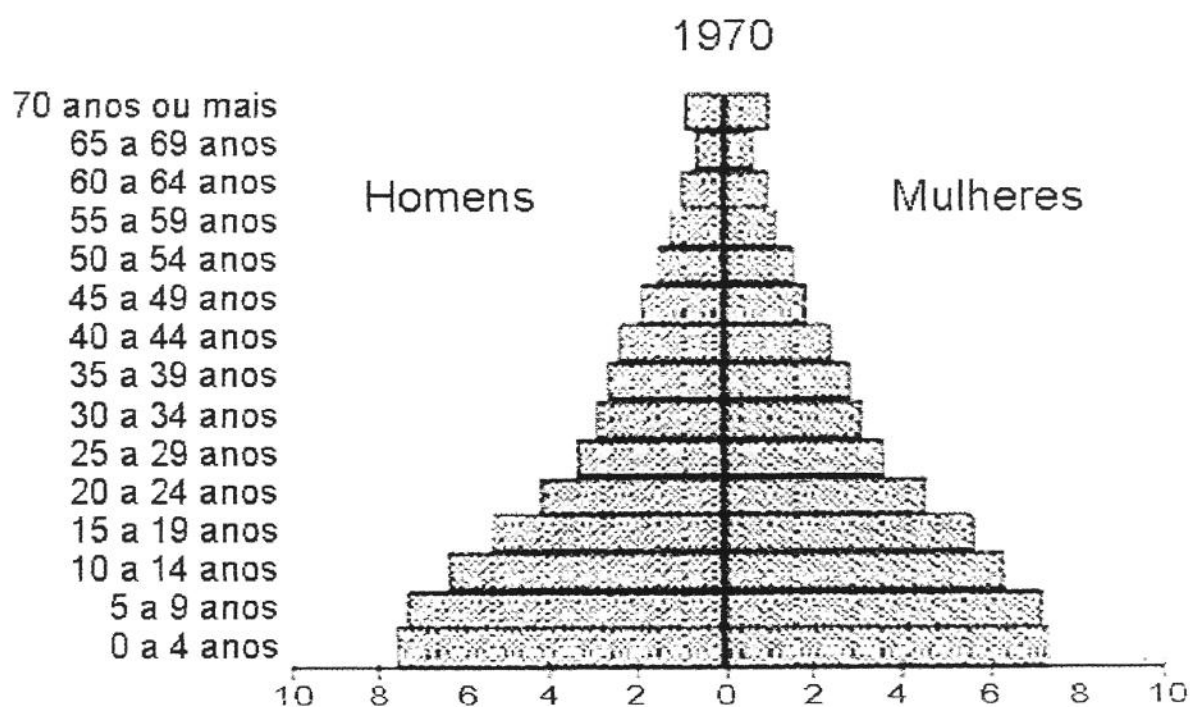
tarefas predominantemente administrativas, concentradas no turno da manhã. Quanto às atividades físicas consideradas pesadas, sejam domésticas ou laborais, as auxiliares de enfermagem manifestaram maior desgaste. Em relação à sobrecarga doméstica, as auxiliares de enfermagem exibem jornada maior e distribuída uniformemente (cuidado com crianças, limpeza, cozinha, lavar e passar), o que não ocorre com as enfermeiras que dispõem o seu tempo doméstico nos cuidados com os filhos. Quanto à saúde, os sujeitos caracterizam-se por altas prevalências de problemas agudos e crônicos (dor na coluna, varizes, hipertensão arterial sistêmica, problemas digestivos e alérgicos, respiratórios e de pele). A prevalência de hipertensão foi elevada em toda a população estudada. A obesidade foi característica freqüente entre as auxiliares de enfermagem, sendo condizente com a maior prevalência de hipertensão arterial. Outra característica observada na população estudada foi o sedentarismo que se encontra em igual proporção nas duas categorias (AQUINO et al, 1993).

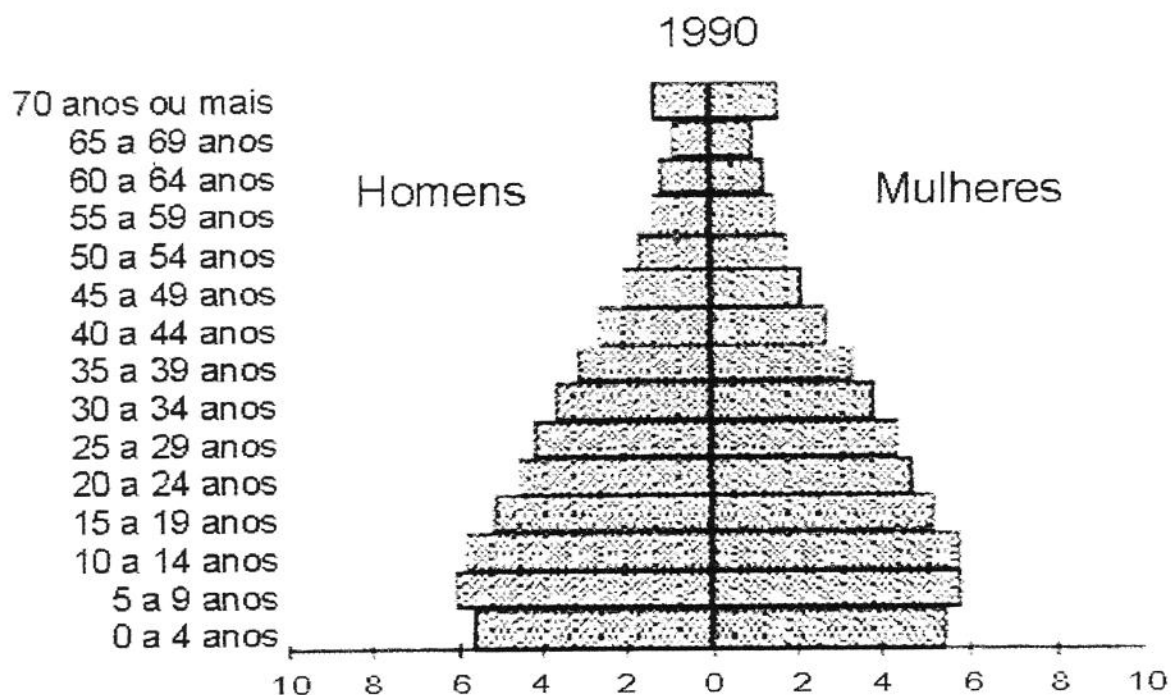
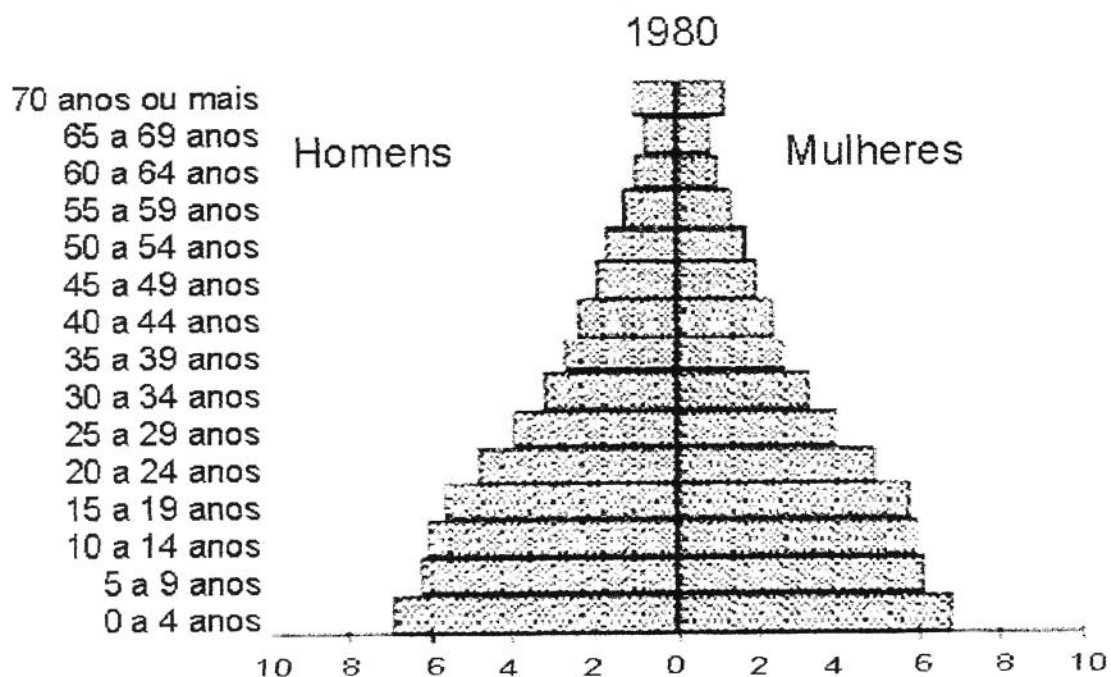
Constatou-se que as condições de vida e de trabalho refletem ou refletirão a ocorrência de transtornos mentais (ansiedade e depressão), freqüentemente evidenciados entre as auxiliares de enfermagem.

4. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

Desde a década de 90 (século XX) observa-se uma alteração na estrutura etária brasileira. Analisando as pirâmides etárias das décadas de 70, 80 e 90, verifica-se um leve estreitamento da base e um concomitante alargamento do ápice, ilustrado nas figuras abaixo.

Figura 1: Pirâmides Etárias Brasileiras (1970,1980,1990).





Fonte: IBGE, 1991

As alterações estruturais da população brasileira podem ser explicadas principalmente pela queda da taxa de fecundidade e alteração das causas de morte.

O declínio das taxas de fecundidade no Brasil apresenta importantes implicações para a tendência demográfica etária (VERAS, 1994).

Segundo Kalache, Veras & Ramos (1987) o Brasil terá um acréscimo de 15 vezes na população acima de 60 anos, no período compreendido entre 1950 a 2025, o que conduzirá o país ao sexto lugar mundial em população de idosos.

A partir dos anos 80, mais da metade da população mundial que atinge 60 anos vive em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Prevê-se que, em 2050, três quartos da população idosa do mundo estará em países menos desenvolvidos. Considerando que o processo de envelhecimento é lento e duradouro, a existência de diferentes das taxas de fertilidade e de mortalidade nos países, e mesmo regionais, como é o caso do Brasil, estima-se que, em 2075, a maioria dos países estabilize sua estrutura etária, inexistindo desigualdades populacionais. Assim, a principal característica demográfica do processo de envelhecimento de uma população refere-se à diminuição das taxas de fecundidade e com menor importância, a redução da mortalidade (VERAS, 1994).

Estima-se que a idade média da população brasileira que, em 1990, era de 22 anos passará para 30 anos, em 2020, interferindo nas condições sociais e econômicas (Kinsella *apud* MONTEIRO 1999).

A idade média da população ainda é baixa no Brasil, porém as condições de vida e de trabalho deixam muito a desejar, o que possivelmente está afetando a população trabalhadora numa idade mais precoce; outro aspecto importante são as mudanças

nas regras de aposentadoria que estão sendo implementadas, as quais prolongam a vida no trabalho para homens e mulheres por uma questão econômica, a crise na Previdência Pública brasileira, sem as desejáveis medidas para preservação da capacidade para o trabalho, que deveriam acompanhar estas transformações (MONTEIRO, 1999, p. 4).

Para Davies (1988) citado em Monteiro (1999, p. 1), “o processo dinâmico de envelhecimento da população é chamado de transição demográfica e consiste de reduções nas taxas de fertilidade, de mortalidade infantil e de mortes causadas por doenças infecciosas”.

O aumento da mortalidade por causas crônicas é denominado de alteração epidemiológica, com mudança nas causas de óbito, de doenças agudas (infecciosas e parasitárias) para crônicas (doenças cardíacas e câncer), podendo ser explicada, dentre outros, pelo estilo de vida da população (VERAS, 1991).

A teoria da transição epidemiológica abrange as alterações nos padrões de saúde e doença, as interações desses padrões e as conseqüências de ordem demográfica, econômica e sociológica (VERAS, 1994).

O decréscimo da taxa de mortalidade, com a alteração epidemiológica nas causas de morbi-mortalidade da população (de doenças agudas para crônicas), associado ao acréscimo na expectativa de vida, evidenciadas nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, contribuem para o processo de envelhecimento das populações mundiais, levando a uma preocupação em relação à saúde individual e coletiva e à assistência social (KALACHE, VERAS & RAMOS, 1987); (RAMOS, VERAS & KALACHE, 1987).

“Assim, ainda que a esperança de vida ao nascer venha aumentando no Brasil, pode-se esperar diferentes graus de incapacidade e doença derivadas das condições de vida e de trabalho, que poderão se manifestar já na vida adulta” (MONTEIRO, 1999, p. 3).

Outra variável que contribuirá para o aumento da população idosa no Brasil, até 2020, será o decréscimo da taxa de fecundidade (KALACHE, VERAS & RAMOS, 1987).

Em síntese,

[...] o processo de transição epidemiológica descreve a gradual mudança de situações caracterizadas por alta-mortalidade/alta-fecundidade para de baixa-mortalidade/baixa fecundidade e, conseqüentemente, de uma baixa para uma alta proporção de idosos na população (KALACHE, VERAS & RAMOS, 1987, p. 206).

A análise das curvas de mortalidade, de morbidade e de fecundidade possibilita a verificação, dentre outras, das condições da capacidade funcional individual (KALACHE, VERAS & RAMOS, 1987).

Assim, o processo de envelhecimento perpassa a manutenção da capacidade funcional, da autonomia, da independência, pela manutenção ou melhoria da qualidade de vida, e principalmente, pela “conquista social”, o que implica em investimento social, econômico e político dos países. (Ibid)

5. ENVELHECIMENTO FUNCIONAL PRECOCE E CAPACIDADE PARA O TRABALHO

A importância do estudo sobre envelhecimento e capacidade para o trabalho refere-se à alteração etária na população do Brasil e sua expectativa de vida, aliada ao cenário socioeconômico e político, com acentuadas desigualdades sociais, que influenciam no envelhecimento, face às precárias condições de trabalho e a deficitária qualidade de vida, conduzindo os trabalhadores a permanecerem por tempo indeterminado no mercado de trabalho (MONTEIRO, 1999).

O tema Envelhecimento e Trabalho foi inicialmente divulgado no Brasil, através de um Curso, ministrado na Faculdade de Saúde Pública – USP/SP, em 1995, pelo Prof. Dr. Juhani Ilmarinen, do Finnish Institute of Occupational Health – Finland. O Work Ability Index – WAI, foi desenvolvido no referido Instituto; sendo sua tradução para o português – Índice de Capacidade para o Trabalho - ICT - realizada por equipe de pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública, coordenada por Fischer e colaboradores (COCCO, 2000, p. 1).

No evento citado acima, foram discutidas questões referentes ao envelhecimento e sua influência na capacidade funcional de diferentes atividades profissionais, a necessidade da existência de um serviço de saúde ocupacional nas instituições, os estudos realizados na Finlândia, que avaliaram as perdas da capacidade para o trabalho, formularam medidas intervencionistas, preventivas e de promoção de saúde ocupacional (COCCO, 2000, p. 1).

Segundo Tuomi et al (1997a, p. 6)

O conceito de capacidade para o trabalho abrange as capacidades física, mental e social do indivíduo em relação às exigências do trabalho e leva em consideração também, aspectos como educação, conhecimento, habilidade, experiência e motivação. A definição conceitual de capacidade para o trabalho representa a questão: o quanto o trabalhador está bom no momento e num futuro próximo e o quanto está apto para fazer seu trabalho com relação às exigências do trabalho, à saúde e aos recursos mentais (TUOMI et al, 1997a, p. 6).

A capacidade para o trabalho é definida por Ilmarinen (2001, p. 551) como sendo

recursos humanos relacionados às demandas física, mental e social do trabalho, comunidade de trabalho e administração; cultura organizacional e ambiente de trabalho.

Verifica-se, perante o exposto, que programas que promovam a saúde no trabalho são imprescindíveis no que se refere ao envelhecimento e à manutenção da capacidade para o trabalho.

A Organização Internacional do Trabalho – OIT – e a Organização Mundial de Saúde – OMS – mostram-se preocupadas com a relação envelhecimento e trabalho, uma vez que há alteração do perfil demográfico (MONTEIRO, 1999).

A Organização Mundial da Saúde realizou uma reunião, em 1991, com um grupo de estudiosos, de diferentes países, para analisar o envelhecimento e a capacidade para o trabalho. Objetivou-se a análise da relação capacidade para o

trabalho e envelhecimento; a fisiopatologia do envelhecimento relacionada ao trabalho e o levantamento de ações e assistência referentes à melhoria das condições de saúde dos trabalhadores, aliadas à atividade laboral, situação que conduz a um decréscimo na capacidade para o trabalho (OMS, 1993).

Definiu-se, ainda a faixa etária do trabalhador em envelhecimento, com preocupações de perda da capacidade para o trabalho, nos países desenvolvidos, os com mais de 45 anos de idade, na qual inicia-se a diminuição de algumas capacidades funcionais. (Ibid)

Nos países em desenvolvimento, a faixa etária dos trabalhadores em envelhecimento a ser considerada deve ser inferior a 45 anos, sendo que a promoção da capacidade para o trabalho deve iniciar na faixa etária entre 30 a 35 anos (ILMARINEN, 1997).

Manter-se capaz para o trabalho implica em apresentar satisfação no desenvolvimento das atividades laborais, incluindo o ambiente favorável à promoção à saúde, as condições de trabalho (recursos materiais e humanos) e a história individual do trabalho (anos de dedicação à determinada atividade relacionando com o envelhecimento no trabalho).

O Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT - engloba a auto-avaliação do trabalhador sobre sua saúde e capacidade para o trabalho, tendo um caráter preditivo. O instrumento permite o diagnóstico de perda de capacidade para o trabalho precoce para que programas de prevenção, de manutenção e de promoção à saúde auxiliem na saúde ocupacional do trabalhador e deve ser utilizado em Serviços de Saúde Ocupacional (TUOMI et al, 1997a).

O Índice de Capacidade para o Trabalho é formado por sete itens, totalizando dez questões, sendo que cada uma delas recebe um valor (escore). Os itens estão assim distribuídos:

1. Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida, composto de uma questão com escore de zero a dez, o valor assinalado no questionário;
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho (composto por duas questões). Número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho;
3. Número atual de doenças diagnosticadas por médico, composto por uma lista de cinquenta e uma doenças, com escore atribuído da seguinte maneira: 1 ponto se pelo menos cinco doenças, dois pontos se quatro doenças, três pontos se três doenças, quatro pontos se duas, cinco se uma e sete pontos se nenhuma doença;
4. Perda estimada para o trabalho devido às doenças, composto por uma questão com escore variando entre 1 e 6 pontos, de acordo com o valor circulado no questionário e escolhendo-se o pior valor assinalado;
5. Faltas ao trabalho por doenças no último ano (nos últimos doze meses) composto por uma questão com escore variando entre 1 a 5 pontos, de acordo com o valor circulado no questionário,
6. Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos, composto por uma questão com escore variando entre 1, 4 ou 7 pontos, conforme o valor circulado no questionário;
7. Recursos mentais, composto por três questões, sendo que o escore final dos itens adquire-se somando o total de pontos da questão, atribuindo os seguintes valores: se soma de 0 à 3 = 1 ponto; se soma de 4 à 6 = 2 pontos; se soma de 7 à 9

= 3 pontos e se soma de 10 à 12 = 4 pontos (TUOMI et al , 1997a, p. 8).

No item 2, capacidade de trabalho em relação às exigências do trabalho, há uma ponderação da resposta de acordo com o tipo de exigência do trabalho predominante, física ou mental. Para o trabalho com predominância de exigências físicas (por exemplo auxiliar, instalação ou trabalho doméstico), o escore é multiplicado por 1,5 e para as exigências mentais por 0,5. Para trabalho exigências mentais (por exemplo, escritório, docência, ou trabalho administrativo), a quantidade de pontos para as exigências físicas é multiplicado por 0,5 e o de mentais por 1,5. Para trabalho com exigências tanto física quanto mentais (Por exemplo cuidados de enfermagem, odontologia, transporte e trabalho de supervisão em cozinha), a quantidade de pontos permanece inalterada (TUOMI et al, 1997a, p. 9).

O escore final dos pontos está compreendido entre 7 a 49 pontos e “[...] retrata o próprio conceito do(a) trabalhador(a) sobre sua capacidade para o trabalho” (TUOMI et al, 1997a, p. 6).

Figura 2. Características do Índice de Capacidade para o Trabalho

Pontos	Capacidade para o Trabalho	Objetivos das Medidas
7 – 27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho
28 – 36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37 – 43	Boa	Melhorar a capacidade para o trabalho
44 – 49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho

Fonte: TUOMI et al (1997 a, p.6)

O ICT é um instrumento que foi desenvolvido para ser empregado em serviços de saúde ocupacional, como um dos métodos que pode ser utilizado para avaliar a capacidade para o trabalho e de acordo com o escore final e o diagnóstico da capacidade para o trabalho, deverão ser tomadas medidas com o objetivo de restaurar a capacidade para o trabalho estando ela baixa, melhorá-la se moderada ou boa e mantê-la se ótima. (MONTEIRO, 1999, p. 8)

Os estudos que tem referendado a importância do Envelhecimento e Capacidade para o Trabalho, o Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT, foi desenvolvido na Finlândia, pelo grupo de trabalho do Instituto de Saúde Ocupacional (FIOH) pelos seguintes pesquisadores: Kaija Tuomi, Juhani Ilmarinen, Antti Jahkola, Lea Katajarinne, Arto Tulkki, no período de 1981 e 1992 (TUOMI et al, 1997b).

Os estudos foram desenvolvidos na Finlândia com trabalhadores em envelhecimento em ocupações municipais, em 1981 e 1992, com o objetivo de buscar, entre os trabalhadores que se aproximavam da idade da aposentadoria e, também, o significado da manutenção de sua saúde e sua capacidade para o trabalho. As informações foram baseadas no modelo de tensão de estresse derivado da teoria de estresse do trabalho e no estilo de vida, na saúde e no envelhecimento sob o ponto de vista da Organização Mundial da Saúde (TUOMI et al, 1997b).

A atenção foi focalizada nas mudanças no trabalho, no estilo de vida, na saúde, nos sintomas de stress, na capacidade para trabalho e nas causas destas mudanças. As mudanças foram examinadas por idade, gênero, satisfação no trabalho e perfil de trabalho. A promoção da saúde e a capacidade para o trabalho foram estudadas examinando fatores associados com o bem-estar e com a melhoria

da saúde e capacidade para o trabalho. Os significados para a prevenção foram buscados pelo estudo de fatores associados com a deteriorada saúde e capacidade para o trabalho (TUOMI et al, 1997b).

Durante a pesquisa, estudos transversais foram realizados em 1981, 1985 e 1992. Relatam Tuomi et al (1997) que

Os sujeitos (n=6259) nasceram entre 1923 e 1935. Suas idades eram de 44 a 58 anos no início do estudo, quando eram trabalhadores ativos empregados em quarenta ocupações diferentes. As ocupações foram agrupadas de acordo com a análise do trabalho entre três grupos de trabalho representando a demanda física, mental e mista de trabalho. As ocupações foram agrupadas em treze categorias. Durante o seguimento, 6,3% dos sujeitos morreram, 29,6% aposentaram por invalidez e 41,5% aposentaram por idade. Somente 924 (14,8%) dos trabalhadores permaneceram na mesma ocupação durante a pesquisa (TUOMI et al, 1997b p. 66).

A avaliação das mudanças no trabalho, do estilo de vida, da saúde e dos sintomas de estresse proporcionou resultados importantes. Após onze anos, os trabalhadores em envelhecimento relataram que seu trabalho tinha se tornado mais árduo tanto mental quanto fisicamente. O aumento da demanda física e mental do trabalho expressou esta tendência. As diferenças encontradas nos estudos transversais mantiveram-se constantes. O fraco desvio dessa tendência foi observado nos trabalhadores com demanda mista (transportes e cuidados de enfermagem) que experimentaram um aumento na influência e no desenvolvimento mais frequentes que na demanda mental, assim como nas trabalhadoras

(supervisores de cozinha, enfermagem) que utilizaram mais seu conhecimento prévio (TUOMI et al,1997b).

Observou-se que a idade não está grandemente associada com a percepção do trabalho e suas mudanças. Os trabalhadores mais velhos experimentaram um aumento da demanda de trabalho muscular mais freqüentemente que os jovens (TUOMI et al,1997b).

Um aumento na prática de esporte e atividade física dos trabalhadores com demanda mental foi a grande mudança no estilo de vida. Os trabalhadores com demanda mental utilizavam seu tempo livre para realizar atividades físicas mais do que aqueles com demanda física. Os sujeitos com trabalho mental eram mais ativos, no estudo, em atividades sociais, enquanto que aqueles com trabalho físico apresentavam tropismo positivo para o artesanato. O consumo de tabaco e álcool permaneceu inalterado. Os trabalhadores com demanda mental estavam mais satisfeitos com sua situação de vida. A satisfação dos sujeitos mais velhos (com idade maior ou igual a 49 anos, em 1981) era maior que a dos sujeitos mais jovens (com idade menor que 49 anos, em 1981). (Ibid)

Verificou-se, especialmente em homens mais velhos, o aumento do seu tempo para atividades físicas. Satisfação na vida e hobbies foram associados com a boa saúde e capacidade para o trabalho (TUOMI et al,1997b).

O envelhecimento acompanha o aparecimento de diversas doenças, especialmente as músculo-esqueléticas e cardiovasculares. Os sintomas de estresse, segundo resultados dos estudos, aumentaram durante os onze anos de pesquisa, assim com os sintomas em membros inferiores e superiores e

cardiorespiratórios. A respeito de sintomas mentais, reações adversas, como o desejo de ficar em casa e estar fora do trabalho tinham claramente aumentado. (TUOMI et al,1997b)

No estudo realizado em 1981, as mulheres apresentavam sintomas mais freqüentemente que os homens, já em 1982, os sujeitos com demanda física tinham mais sintomas. A carga ocupacional de trabalho era diretamente proporcional aos sintomas de estresse (Ibid).

Na pesquisa, analisou-se a relação da atividade laboral e de vida com a capacidade para trabalho, a incapacidade e a mortalidade. (Ibid)

As mudanças na capacidade para o trabalho dos trabalhadores ativos foram analisadas com o ICT. O Índice de Capacidade para o Trabalho representa a capacidade para o trabalho do ponto de vista positivo de recursos de saúde e mentais e, ao mesmo tempo, relata a capacidade para o trabalho de demandas de trabalho e para doenças. Com a sua utilização é possível prever aposentadorias, aposentadorias por invalidez e também mortalidade. De todas as pessoas que, em 1981 apresentavam um índice de capacidade para trabalho baixo, de 7 a 27 pontos, 62,2% haviam se aposentado por invalidez, 11,6% tinham morrido e somente 2,4% continuavam trabalhando até 1992 (Ibid).

A capacidade para o trabalho, mensurada pelo Índice de Capacidade para Trabalho, teve um declínio significativo entre todos os trabalhadores ativos durante a pesquisa, em todos grupos. As diferenças entre a capacidade para o trabalho, a idade e a satisfação no trabalho tinham permanecido as mesmas para os dois

gêneros. A capacidade para trabalho era mais baixa em sujeitos com demanda física e melhor para sujeitos com demanda mental (TUOMI et al, 1997b).

A melhora da capacidade para o trabalho estava associada com a diminuição das posturas inadequadas, inquietude e tensão, como no aumento no interesse pela atividade física. Outra variável importante que contribuiu para a melhora da capacidade para o trabalho foi o aperfeiçoamento das atitudes dos supervisores, o declínio dos movimentos repetitivos e o aumento da atividade física. O declínio da capacidade para trabalho foi analisado através da regressão logística (Ibid).

A análise dos riscos ocupacionais, do gênero e da idade, no presente estudo, forneceu dados importantes para o incremento de ações. O risco ocupacional foi apresentado através da proporção de pessoas que se retiraram do mercado de trabalho e por aquelas que morreram. (Ibid)

As mulheres trabalhadoras com demanda física (auxiliares e trabalhadores domésticas) e demanda mista (supervisoras de cozinha) tinham maior risco de perda precoce de capacidade para o trabalho que as com demanda mental. Entre os homens, o risco ocupacional foi encontrado na demanda física (auxiliares e instalação) e mista (transporte). As trabalhadoras de escritório tinham um fraco aumento na mortalidade se comparada com as mulheres com demanda mental e homens professores se retiravam mais cedo que aqueles com demanda mental. Idade e gênero estavam associados, com significância estatística, com a mortalidade e aposentadoria precoce e por idade. Mais mulheres do que homens se retiravam por idade (Ibid).

O estudo mostrou que a capacidade para o trabalho de muitos trabalhadores finlandeses estava deteriorada precocemente. O declínio na capacidade para o trabalho refletiu em doenças e sintomas, no declínio da capacidade funcional, na aposentadoria por invalidez ou precoce, e freqüentemente, na mortalidade antes da idade de aposentadoria. Esse resultado pode representar a influência do processo de envelhecimento no trabalho. O envelhecimento pode causar dificuldades na execução de tarefas. O prejuízo associado à demanda física pode refletir na saúde geral. Um aumento no trabalho muscular está associado ao declínio da capacidade para o trabalho. As demandas físicas diminuem a capacidade para o trabalho, influenciando na vida do trabalhador. Poucos trabalhadores continuaram trabalhando durante a pesquisa (TUOMI et al, 1997b).

A estrutura ocupacional havia se alterado e incluído mais ocupações mentais do que antes. No começo da pesquisa, em 1981, quando todos os sujeitos trabalhavam, apenas 27% encontravam-se em ocupação com demanda mental. Entretanto, em 1992, mais de 44% encontravam-se nessa situação. Contudo, a melhora da capacidade para o trabalho estava fortemente associada com a melhora nas relações com superior, especialmente na demanda física, e declinava quando associada ao reconhecimento e a estima, especialmente na demanda mista. A importância do reconhecimento, da estima e da atitude positiva dos supervisores demonstraram, nesse estudo, a chave para a melhora das relações humanas. O estudo demonstrou, também, a necessidade de estímulos à qualidade de vida laboral e individual já na meia-idade (Ibid).

As mudanças positivas relatadas no envelhecimento, principalmente o incremento da percepção de saúde e aumento do interesse por atividades físicas, estão correlacionadas entre si. Hobbies estão associados à boa saúde e capacidade para o trabalho. A atividade física traz um efeito positivo para a saúde mental. As mudanças positivas na atitude dos sujeitos com atividades físicas e cuidados com sua saúde ocupacional, promovendo a capacidade para o trabalho durante a pesquisa, pode ter aumentado a prática física (TUOMI et al,1997b).

Com base nestes resultados, confirma-se a necessidade de implementação de programas precoces de promoção, prevenção e manutenção da saúde ocupacional do trabalhador.

A partir deste estudo, novos autores foram motivados a desenvolver pesquisas com o tema, com diferentes populações.

Em sua pesquisa, Monteiro (1999) avaliou a capacidade para o trabalho de 238 trabalhadores com mais de 35 anos de um centro de telecomunicações e observou que há relação da faixa etária com a perda precoce da capacidade para o trabalho. O instrumento utilizado foi o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT).

Quanto aos grupos etários, 31,1% (n=74) da população estava compreendida entre 35 a 39 anos, 53,8% (n=128) entre 40 a 49 anos e 15,1% (n=36) entre 50 a 57 anos. A população masculina perfazia um total de 185 sujeitos (77,7%) e a feminina 53 (22,3%). Cerca de 82% (n=195) da população tinha curso superior completo, sendo que 39,1% (n=93) tinham de especialização concluída a doutorado completo (MONTEIRO,1999).

Obtiveram-se 1,3% (n=3) da população com ICT baixo, 10,5% (n=25) moderado, 46% (n=110) bom e 42,2% (n=100) excelente. (MONTEIRO,1999)

Verificou-se que o gênero feminino apresentava ICT médio menor, assim como menor valor médio para a idade e que os resultados do ICT foram melhores para o grupo de mais idade, por apresentarem menos doença e/ou aquelas que menos impossibilitam o trabalho. Observou-se, também, que a desordem mental leve foi a doença auto-referida de maior prevalência; o gênero feminino apresenta a maior parte dos afastamentos do trabalho; os trabalhadores com maior nível de escolaridade apresentaram maior índice de capacidade para o trabalho; os trabalhadores com mais tempo de empresa obtiveram melhor desempenho no ICT (Ibid).

Bellusci & Fischer (1998) avaliaram o envelhecimento funcional (perda da capacidade para o trabalho) relacionado às condições de trabalho. O objetivo geral era a avaliação da capacidade para o trabalho de servidores do Tribunal Federal da 3ª Região de São Paulo. Os objetivos específicos englobavam a descrição das características demográficas e de trabalho dos servidores, a análise dos fatores de risco para a perda de capacidade para o trabalho, a descrição do perfil de doenças referidas e diagnosticadas, a análise ergonômica do trabalho dos cargos de técnico judiciário, auxiliar judiciário e atendente judiciário.

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) foi aplicado em 807 servidores (375 homens e 432 mulheres), de um total de 1114, de uma Instituição Judiciária Federal – Tribunal Regional Federal de São Paulo, no período de dezembro de 1996 a março de 1997. A idade variou de 21 a 70 anos, sendo a idade média 36 anos e

dois meses. Constatou-se na população estudada que 67,5% dos servidores tinham curso superior ou pós-graduação. O equilíbrio entre a capacidade para o trabalho, as exigências e o estresse, legado pela atividade, aliado à elaboração e implementação de programas para este fim são extremamente necessários para que os trabalhadores não apresentem o envelhecimento funcional (BELLUSCI,1998).

Os valores observados para o índice de capacidade para o trabalho foram de seis servidores com baixa capacidade para o trabalho, 136 com moderada capacidade para o trabalho e 351 com boa capacidade para o trabalho e 314 com ótima capacidade para o trabalho (Ibid).

Observou-se que o sexo masculino apresentava 48,3% de índice de capacidade para o trabalho ótimo, enquanto o sexo feminino apresentou 30,8%. No índice de capacidade para o trabalho moderado, a situação se inverte e o sexo feminino apresentava maior porcentagem em relação ao sexo masculino, o que exprime a maior perda de capacidade para o trabalho entre as mulheres em relação aos homens (Ibid).

A distribuição do índice de capacidade para o trabalho, em relação às faixas etárias, em porcentagem, demonstrou a tendência dos indivíduos com faixa etária entre 40 e 50 anos apresentarem diferentes resultados em relação às outras faixas etárias, assim como menor porcentagem de índice de capacidade para o trabalho bom e maior porcentagem de moderado em relação à faixa etária com menos de 40 anos e aquela com 50 anos ou mais. (Ibid)

Foi verificado em relação ao estado conjugal que os casados ou aqueles que vivem com um parceiro (42,2%) apresentam um ICT maior que aqueles indivíduos separados, divorciados ou viúvos. (BELLUSCI,1998)

Quanto à escolaridade, verificou-se que o ICT apresenta-se ótimo para aqueles com escolaridade maior e segundo grau, e bom para aqueles com escolaridade menor que segundo grau. Os indivíduos que trabalhavam em atividades com predomínio de demanda física apresentavam menor porcentagem de índice de capacidade para o trabalho ótimo e moderado e maior porcentagem de índice de capacidade para o trabalho bom em relação aos indivíduos que trabalhavam expostos a demanda mental ou mista (Ibid).

Constataram que os diagnósticos auto-referidos com maior frequência foram os de doenças músculo-esqueléticas, neurológicas, respiratórias, digestivas, dermatológicas e cardiovasculares. Baseando em “modelos de análise de regressão logística” evidenciou-se que

as mulheres, aqueles com maior tempo de trabalho na instituição e os com cargo de auxiliar operacional de serviços diversos têm maiores chances de apresentar ICT baixo ou moderado (BELLUSCI & FISCHER,1999, p. 602).

Os resultados do índice de capacidade para trabalho mostram que 493 (61,1%) dos 807 servidores, que participaram da pesquisa, precisam ter sua capacidade para o trabalho melhorada ou restaurada. Entre eles, as doenças mais frequentes são alergia, gastrite ou irritação duodenal, lesão nas costas, distúrbio emocional leve, hipertensão arterial, lesão nos braços e mãos, infecções repetidas do trato respiratório, doença

da parte superior das costas ou região do pescoço, obesidade, lesão nas pernas ou pés e doença da parte inferior das costas com dores e freqüentes (BELLUSCI & FISCHER, 1998, p. 78).

Verificou-se, ainda, a necessidade de implementação das mudanças referentes às condições de trabalho, como adequação de móveis e equipamentos, reorganização do trabalho, construção de um ambiente de trabalho terapêutico para facilitar a execução de tarefas com predomínio de exigência cognitiva e exigência física. (BELLUSCI & FISCHER, 1998)

As mulheres têm 2,1 vezes mais chance de ter um ICT baixo ou moderado do que os homens; os servidores que trabalham de dois a quatro anos aumentam em 1,9 vezes a chance de ter um ICT baixo ou moderado, enquanto que para aqueles com quatro a seis anos aumentou 2,8 vezes e aqueles que trabalham há mais de seis anos aumentou 2,4 vezes. A ocupação do cargo de auxiliar operacional de serviços diversos aumenta em 1,8 vezes a chance do indivíduo ter ICT baixo ou moderado; a faixa etária compreendida entre 40 e 50 anos apresenta maior probabilidade de ter um ICT moderado ou baixo. Os resultados conduziram à conclusão da necessidade de melhoria das condições de trabalho para garantir a permanência das pessoas neste, evitando afastamento temporários ou definitivos precoces, por perda de capacidade para o trabalho (BELLUSCI & FISCHER, 1999).

Outra pesquisa foi desenvolvida por Bellusci et al (1999), no Hospital Israelita Albert Einstein, em 1997, que objetivava o conhecimento do ICT, assim como os sintomas e doenças dos trabalhadores deste hospital. Participaram da pesquisa 1682 trabalhadores de diferentes categorias (médicos, enfermeiros, assistentes

social, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e membros da “qualidade de vida”). Verificou-se que a equipe de enfermagem apresentava a chance de perda da capacidade para o trabalho aumentada em 1,9 vezes que os outros funcionários, que as mulheres apresentaram chances maiores de perderem a capacidade para o trabalho mais precocemente; que os trabalhadores da higiene hospitalar e da manutenção apresentavam mais chance de perda da capacidade para o trabalho do que os outros trabalhadores.

Cantero et al (2001) avaliaram o Índice da Capacidade para o Trabalho de uma grande empresa de papel e celulose do Estado de São Paulo e descreveram as doenças relatadas de 87 funcionários de Recursos Humanos distribuídos nas áreas administrativa, de departamento médico e profissionais de segurança do trabalho. Destes, 57 eram homens e 30 eram mulheres. A faixa etária mais freqüente foi a de abaixo de 40 anos para ambos os sexos. Houve um número significativo de doenças auto-referidas, sem diagnóstico médico o que conduz a conclusão de não relato do próprio trabalhador e/ou desvalorização durante a anamnese por parte dos profissionais de saúde.

Metzner & Fischer (2001) em sua pesquisa analisaram entre os trabalhadores de uma indústria têxtil da cidade de São Paulo as variáveis que influenciavam na percepção da fadiga e na capacidade para o trabalho entre 43 trabalhadores, dos quais sete, eram do sexo feminino e 36, do sexo masculino, que desempenhavam suas atividades em turnos fixos, diurno e noturno, de 12 horas diárias e semanas reduzidas. Foram aplicados questionários abordando pontos como fadiga, características individuais, estilo de vida, condições de trabalho e o índice de

capacidade para o trabalho. Utilizou-se como tratamento estatístico a análise de regressão linear univariada e multivariada. O estilo de vida dos trabalhadores e a dificuldade em manter o sono foram associadas à percepção de fadiga; o tempo de exercício na função e o turno de trabalho apresentaram-se associados à percepção do índice de capacidade para o trabalho; o aumento considerável da carga de trabalho foi associada à duração da jornada diária, influenciando o trabalhador em sua percepção sobre a capacidade para o trabalho, a fadiga e as alterações do sono.

Cremer (1996) em sua pesquisa analisou a capacidade para o trabalho de enfermeiros em relação à idade. A população foi composta por profissionais enfermeiros da unidade de clínica médica de um hospital da Holanda. Formaram-se quatro grupos etários distribuídos da seguinte forma: grupo um composto por 25 sujeitos com idade menor ou igual a 29 anos; grupo dois composto por 32 sujeitos com idade entre 30 e 35 anos; grupo três composto por 28 sujeitos com idade entre 36 e 41 anos e grupo quatro composto por 29 sujeitos de 42 anos ou mais.

Após a análise das variáveis citadas acima concluiu-se que a idade é um fator preditivo do aumento dos problemas para adoecer e da diminuição da capacidade para o trabalho. Encontrou-se um declínio da capacidade para o trabalho após os 42 anos, que antes dessa idade permanecia mais ou menos estável; a capacidade para o trabalho tem efeitos moderados no relacionamento entre idade e entusiasmo; os trabalhadores mais idosos, com reduzida capacidade para o trabalho, demonstraram mais entusiasmo que trabalhadores mais jovens na mesma situação. O índice de capacidade para o trabalho é moderadamente variável na relação entre características das tarefas e carga de trabalho experimentada, motivação e

competência; a capacidade para o trabalho é fortemente relacionada com muitas variáveis dependentes do modelo, excetuando-se recuperação e sentimento de competência, as quais foram positivamente relacionadas com capacidade para o trabalho (CREMER, 1996).

6. DELINEAMENTO DO CAMPO DE ESTUDO E DA POPULAÇÃO

O Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – iniciou suas atividades em 1986.

O atendimento dispensado pelo serviço perpassa pela urgência, observação, internação e liberação de clientes conforme seu estado clínico. Os profissionais atuantes, diariamente no setor, são docentes, médicos contratados, médicos residentes, internos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, estagiários de enfermagem, maqueiros e auxiliares administrativos.

Uma síntese dos atendimentos do Pronto Socorro do HC - UNICAMP é demonstrado na tabela 1. Destaca-se, que uma parte desses atendimentos é de caráter primário, devendo ser, portanto, solucionados em unidades básicas de saúde. O serviço comporta o atendimento de adultos, tendo um setor geral e um ortopédico e de crianças, cujas demandas verificam-se nas tabelas 2 e 3.

Tabela 1. Distribuição mensal e diária dos clientes atendidos pelo Pronto Socorro do HC – UNICAMP no ano de 2000. Campinas, 2001.

Resumo estatístico / média diária e total anual de clientes atendidos													
Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Ano 2000	8866	8280	9621	8874	6239	7733	8409	8702	8192	9238	8818	8525	101497
Média diária	286	286	310	296	201	258	271	281	273	298	294	275	3329

Fonte: Serviço Administrativo do Pronto Socorro do HC – UNICAMP. 2001

Tabela 2. Distribuição mensal dos clientes atendidos no Pronto Socorro pela Ortopedia do HC – UNICAMP no ano de 2000. Campinas, 2001.

Número de pacientes atendidos no Pronto Socorro pela Ortopedia														Média mensal	média diária
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total		
2000	1045	982	1096	1033	742	846	936	946	995	1144	1047	921	11733	978	32

Fonte: Serviço Administrativo do Pronto Socorro do HC – UNICAMP. 2001

Tabela 3. Distribuição mensal dos clientes atendidos no Pronto Socorro pela Pediatria do HC – UNICAMP no ano de 2000. Campinas, 2001.

Pacientes atendidos pela pediatria no Pronto Socorro / HC / UNICAMP															
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	média mensal	média diária
2000	1995	1873	2485	2585	1686	2095	1924	2052	1993	2289	2200	2237	25414	2118	70

Fonte: Serviço Administrativo do Pronto Socorro do HC – UNICAMP. 2001

O serviço recebe clientes de outras regiões e cidades. As demandas e as procedências podem ser visualizadas nas **tabelas 4 e 5**.

Tabela 4. Distribuição mensal e diária dos clientes atendidos pelo Pronto Socorro do HC – UNICAMP no ano de 2000, segundo cidade. Campinas, 2001.

Cidade	Pop.	Total	média mensal	média diária
Campinas	907996	71834	5986	197
Sumaré	167751	7050	588	19
Hortolândia	114885	6595	550	18
Monte Mor	30892	1112	93	3
Indaiatuba	122159	814	68	2
Cosmópolis	39817	572	48	2
Santo Antônio da Posse	14924	286	24	1
Jaguariúna	25410	509	42	1
Artur Nogueira	25911	419	35	1
Piracicaba	302605	316	26	1
Pedreira	31892	358	30	1
Aguaí	26347	149	12	0
São João da Boa Vista	73674	187	16	1
Santa Bárbara D'Oeste	161020	450	38	1
Nova Odessa	37420	390	33	1
Vinhedo	38606	256	21	1
Itatiba	71297	168	14	0
Moji Guaçu	114555	211	18	1
Americana	167901	450	38	1
Limeira	230292	306	26	1
Paulínia	44440	487	41	1
São Paulo	9811776	365	30	1
Elias Fausto	12499	50	4	0
Valinhos	75868	616	51	2
Jundiaí	293237	217	18	1

Fonte: Serviço Administrativo do Pronto Socorro do HC – UNICAMP. 2001

Tabela 5. Distribuição mensal dos clientes atendidos pelo Pronto Socorro do HC – UNICAMP no ano de 2000 em Campinas e outras cidades. Campinas, 2001.

Meses	Demanda de Campinas e outras cidades- 2000					
	Campinas		Outras		Total	
	f	%	f	%	n	
Jan	6246	70	2620	30	8866	
Fev	5824	70	2456	30	8280	
Mar	6775	70	2846	30	9621	
Abr	6324	71	2550	29	8874	
Mai	4255	68	1984	32	6239	
Jun	5569	72	2164	28	7733	
Jul	5996	71	2413	29	8409	
Ago	6184	71	2518	29	8702	
Set	5851	71	2341	29	8192	
Out	6485	70	2753	30	9238	
Nov	6260	71	2558	29	8818	
Dez	6065	71	2460	29	8525	
Total	71834	71	29663	29	101497	

Fonte: Serviço Administrativo do Pronto Socorro do HC – UNICAMP. 2001

O tempo de permanência no Pronto Socorro difere segundo a complexidade dos casos e a existência de vagas nas enfermarias para internação. A **tabela 6** apresenta o número de pacientes por tempo de permanência nos meses do ano de 2000.

Tabela 6. Distribuição dos clientes por tempo de permanência no Pronto Socorro do HC – UNICAMP no ano de 2000. Campinas, 2001.

Número de pacientes por tempo de permanência no Pronto Socorro - 2000														
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Até 1 dia	8591	8000	9345	8606	6014	7492	8125	8439	7962	8988	8617	8291	98470	8206
2 - 4 dias	232	235	225	219	172	188	227	204	170	201	149	206	2428	202
5 - 7 dias	25	32	29	19	24	34	36	35	33	29	32	19	347	29
> 7 dias	18	13	22	30	29	19	21	24	27	20	20	9	252	21

Fonte: Serviço Administrativo do Pronto Socorro do HC – UNICAMP. 2001

O quadro de recursos humanos da enfermagem constava de 80 trabalhadores (setembro de 2001), sendo 23 enfermeiros, 7 técnicos de enfermagem e 50 auxiliares de enfermagem, distribuídos em três turnos (manhã, tarde e noite).

A carga horária diária é de seis horas e 15 minutos para turnos fixos da manhã (A), tarde (B), o plantão noturno (C) faz 12 horas numa escala de 12/60 horas, tendo, portanto, três plantões que são denominados como I, II e III, sendo os horários de trabalho das 7:00 às 13:15 horas, das 13:00 às 19:15, das 19:00 às 7:00 horas.

Figura 3. Esquema de turnos dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP. Campinas, 2001.

Dias da semana/ Turnos	S	T	Q	Q	S	S	D
M	A	A	A	A	A	Folga	Folga
T	B	B	B	B	B	Folga	Folga*
N	CI	CII	CIII	CI	CII	CIII	CI**

* Conforme contrato de trabalho.

** Folga conforme contrato de trabalho.

Os atestados médicos dos trabalhadores de enfermagem compreendidos de Agosto de 2000 a Julho de 2001 estão apresentadas na **tabela 7**.

Tabela 7. Distribuição dos atestados médicos dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP no período de Agosto de 2000 a Julho de 2001. Campinas, 2001.

Atestados Pronto Socorro - Ago/00 - Jul/01		
Mês/ano	Pronto Socorro	Total do Mês
ago/00	11	245
set/00	9	217
out/00	6	278
nov/00	2	255
dez/00	6	233
jan/01	12	236
fev/01	3	177
mar/01	6	238
abr/01	9	233
mai/01	9	238
jun/01	4	245
jul/01	4	112
Total	90	2946

Fonte: Serviço de Recursos Humanos do HC – UNICAMP. 2001

7. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Avaliar a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem no serviço de urgência (Pronto Socorro) de um Hospital Universitário.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem no Serviço de Urgência de um Hospital Universitário;
- Caracterizar os trabalhadores segundo o sexo, a faixa etária, estado civil, nível de escolaridade, tempo de trabalho na empresa, função, turno, cargo de chefia, desenvolvimento de outra atividade remunerada, realização de tarefas domésticas, tempo de deslocamento, realização de atividades de lazer, realização de atividades físicas, tempo gasto na educação dos filhos e questões do ICT;
- Explicitar a prevalência de patologias auto-referidas e referidas com diagnóstico médico dos trabalhadores de enfermagem no Serviço de Urgência de um Hospital Universitário;
- Identificar o número de atestados de Agosto de 2000 a Julho de 2001 dos trabalhadores de enfermagem no Serviço de Urgência de um Hospital Universitário.

8. MATERIAL E MÉTODO

8.1. DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo é definido como um estudo epidemiológico referido como transversal ou estudo de prevalência (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1992).

8.2. O LOCAL

O local escolhido foi o Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, setor exigente de atenção e caracterizado pela tensão, mesclando trabalho físico, mental. O Departamento de Enfermagem do referido hospital foi contatado previamente, havendo reunião com a gerência e os profissionais do setor, a fim de explicar sobre os objetivos - apresentação, menção do interesse da pesquisa, explicação dos motivos da pesquisa, justificativa, garantia do anonimato da entrevista e conversa inicial (MINAYO, 1992).

8.3. A POPULAÇÃO

A população foi composta pelos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro Adulto e Pediátrico do HC/UNICAMP, que totalizaram oitenta trabalhadores, dos quais cinquenta e cinco responderam, sendo um excluído devido ao preenchimento incompleto, seis não quiseram responder e dezesseis não retornaram os instrumentos; dois encontravam-se afastados e um de férias.

A faixa etária foi definida a partir dos 18 anos, uma vez que apresenta a idade limite para ingresso em hospitais.

8.4. ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Utilizou-se o Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT (Tuomi et al, 1997a), por ser instrumento auto-aplicável e metodologia adequada aos objetivos. (Anexo 1)

Contou-se, também, com questões de caracterização da população, a fim de avaliar aspectos relacionados à vida e ao tempo gasto na educação dos filhos.

Os instrumentos foram aplicados de maio a setembro de 2001, abrangendo os três turnos, através da entrega pessoal e acompanhamento do preenchimento, na maioria dos casos, e entrega pessoal, sendo esclarecidas as dúvidas existentes e estipulado prazo para a devolução dos mesmos.

8.5. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCM / UNICAMP, tendo sido aprovado. Foi utilizado o consentimento livre e esclarecido (Anexo 2), sendo garantido aos sujeitos da pesquisa que a não participação não acarretaria nenhum prejuízo em relação ao seu trabalho.

Os dados obtidos serão apresentados à gerência e aos trabalhadores, sujeitos da pesquisa, em local e data a serem agendadas posteriormente, sendo que todas as contribuições científicas às melhorias de condições de trabalho serão compartilhadas.

8.6. ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados com o auxílio do programa Microsoft Excel 2000 para o ICT e variáveis estudadas.

Para descrever o perfil da amostra segundo as diversas variáveis em estudo, confeccionou-se tabelas de frequência das variáveis categóricas (por exemplo, sexo, estado civil) e estatísticas descritivas (com medidas de posição e dispersão) das variáveis contínuas (por exemplo, idade, número de doenças).

9. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

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

A tabela 8 apresenta a distribuição da população segundo as características sociodemográficas. Observa-se um número maior de trabalhadores do sexo feminino (74,1%); a faixa etária de maior frequência foi a de 30 a 39 anos (44,4%), com idade média de 37,3 anos e mediana de 37 anos; 63,0% da população era casada ou vivia com companheiro; 44,4% dos trabalhadores trabalhavam de cinco a nove anos na instituição, com média de 8,2 anos e desvio padrão de 4,5 anos; quanto à função, agrupou-se auxiliares e técnicos de enfermagem por considerar que as tarefas desempenhadas por ambos assemelham-se e para melhor visualização da variável, perfazendo 66,7% da população; 53,7% desenvolviam seu trabalho no período diurno e 92,6% não desempenhavam cargo de chefia.

Tabela 8. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo características sociodemográficas. Campinas, 2001.

Variáveis	Categorias	Hospital Universitário	
		n	%
Sexo	M	14	25,9
	F	40	74,1
Idade (anos)	<30	12	22,2
	30 40	24	44,4
	40 e +	18	33,3
Estado Conjugal	Solteiro	13	24,1
	Casado/vive com companheiro	34	63,0
	Separado/divorciado	6	11,1
	Viúvo	1	1,9
Tempo de Trabalho em anos	0 5	10	18,5
	5 10	24	44,4
	10 15	13	24,1
	15 20	7	13,0
Funções	Auxiliar/Técnico	36	66,7
	Enfermeiro	18	33,3
Turno	Manhã/Tarde	29	53,7
	Noite	25	46,3
Cargo de Chefia	Sim	4	7,4
	Não	50	92,6
	Total	54	100,0

A tabela 9 apresenta o grau de escolaridade dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP. Observou-se que 23 (42,6%) sujeitos possuíam ensino médio completo, 15 (27,8%) curso superior completo, oito (14,8%) ensino fundamental completo, três (5,6%) curso superior incompleto, três (5,6%) com curso de pós-graduação, um (1,9%) curso primário completo e um (1,9%) com curso primário incompleto. Destacam-se dois pontos neste contexto, a existência de um trabalhador sem capacitação necessária para desempenhar a função de auxiliar de enfermagem (curso primário incompleto) e grande número

(n=44) com escolaridade condizente ou até maior do que aquela requerida por sua função.

Tabela 9. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo escolaridade. Campinas, 2001.

Escolaridade	f	%
Ginásio Incompleto	2	3,7
Ginásio Completo	8	14,8
Colegial Completo	23	42,6
Curso superior incompleto	3	5,6
Curso superior completo	15	27,8
Pós graduação	3	5,6
Total	54	100,0

A descrição das tarefas desempenhadas pelos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP englobaram assistência direta ao cliente para todas as funções e as atividades administrativas referidas por enfermeiros.

A grande maioria dos entrevistados referiu ter trabalhado em outros lugares antes da presente instituição e que os riscos biológicos (contaminação direta e indireta) representavam o maior perigo nos empregos anteriores.

Quando indagados sobre o desempenho de outra atividade remunerada, 20,4% (n=11) buscavam complementar seu salário desempenhando outras atividades como: atendente domiciliar, socorrista, costureira, professor. Dos trabalhadores com um segundo emprego, 27,3% realizavam atividade semelhante a exercida no hospital (trabalhadores de enfermagem). Observa-se que 79,6% (n=43) referiram não ter outro emprego.

Com a preocupação de que as tarefas domésticas sobrecarreguem o trabalhador, podendo alterar sua saúde, sendo consideradas a segunda ou terceira jornada de trabalho, inseriu-se no instrumento a questão sobre sua realização. A resposta mais freqüente foi afirmativa para 87,0% dos trabalhadores, sendo que 13,0% referiram não realizar atividade doméstica.

O tempo de deslocamento diário do trabalhador, incluindo horário de almoço, também foi questionado. Observou-se que a média de deslocamento é de 2,2 horas com desvio padrão de 2,5 horas e mediana de 2,0 horas. Destaca-se o relato de 8,5 horas e de 17,0 horas para o deslocamento de trabalhadores provenientes de outras cidades.

Os trabalhadores foram questionados sobre a realização de atividades de lazer. Verificou-se que 100,0% (n=54) desenvolvem atividades de lazer. A **tabela 10** apresenta quais são estas atividades, ressaltando que cada trabalhador poderia escolher mais de uma resposta.

Tabela 10. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo as atividades de lazer realizadas. Campinas, 2001.

Atividade	f	%
Ir ao Cinema	19	7,8
Leitura Jomal/Revista	32	13,1
Passear	25	10,2
Freqüentar igreja	24	9,8
Visitar família	30	12,3
Ouvir música	41	16,8
Leitura de livros	8	3,3
Almoçar/jantar fora de casa	24	9,8
Freqüentar associação	2	0,8
Reunião com amigos	15	6,1
Praticar exercícios físicos	21	8,6
Outros	3	1,2
Total	244	100,0

*Mais que uma atividade por trabalhador respondente

Os trabalhadores foram indagados sobre a realização de atividades físicas. Observou-se que 59,3% (n=32) não desenvolvem atividades físicas. As modalidades das atividades físicas desempenhadas foram: caminhada (15%), ginástica em casa (22,2%), ginástica em academia (14,8%) e ciclismo (3,7%) ressaltando que cada trabalhador poderia escolher mais de uma resposta.

Os filhos estão presentes em 53,7% (n=29) das famílias dos trabalhadores, ausentes em 16,7% (n=9); em 29,6% (n=16) esta informação não constava. O tempo médio semanal gasto, em horas, na educação dos filhos com o cuidado, alimentação, higiene, educação, escola, dos trabalhadores que referiram ter filhos foi de 33,7 horas por semana com desvio padrão de 23,8 horas e mediana de 35 horas.

A tabela 11 demonstra a distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo seu Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) que apresentou como valor médio o escore de 42,0 (ICT bom) com desvio padrão de 4,5 e mediana 43,0.

Tabela 11. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo o índice de capacidade para o trabalho (ICT). Campinas, 2001.

ICT	f	%
30	1	1,9
31	1	1,9
32	1	1,9
34	3	5,6
36	1	1,9
37	1	1,9
38	2	3,7
39	2	3,7
40	5	9,3
41	5	9,3
42	4	7,4
43	3	5,6
44	7	13,0
45	6	11,1
46	5	9,3
47	4	7,4
48	1	1,9
49	2	3,7
Total	54	100,0

Quando indagados sobre o valor de sua capacidade para o trabalho atual, 38,9% (n=21) atribuíram-se 8; 33,3% (n=18) 9 e 11,1% (n=6) 10. Nenhum dos trabalhadores assinalou o valor 0, 1, 2 e 3 (**tabela 12**). Verificou-se um valor médio da capacidade para o trabalho atual de 8,2 com desvio padrão de 1,3 e mediana 8.

Tabela 12. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo valor atribuído para a capacidade para o trabalho atual. Campinas, 2001.

Capacidade para o trabalho atual	f	%
4	1	1,9
5	2	3,7
6	2	3,7
7	4	7,4
8	21	38,9
9	18	33,3
10	6	11,1
Total	54	100,0

A tabela 13 apresenta a classificação realizada pelos trabalhadores sobre sua capacidade atual para o trabalho relacionada às exigências físicas do seu trabalho. Constata-se que 85,1% (n=46) dos trabalhadores consideram sua capacidade atual para o trabalho relacionada às exigências físicas muito boa / boa.

Tabela 13. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo capacidade atual para o trabalho relacionada às exigências físicas do trabalho. Campinas, 2001.

Exigências físicas	f	%
Muito Boa	20	37,0
Boa	26	48,1
Moderada	7	13,0
Ruim	1	1,9
Total	54	100,0

A tabela 14 apresenta a classificação realizada pelos trabalhadores sobre sua capacidade atual para o trabalho relacionada às exigências mentais do seu trabalho como, por exemplo, interpretação de fatos, resolução de problemas e decisão. Observou-se que 88,9% (n=48) consideram-na muito boa / boa.

Tabela 14. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo capacidade atual para o trabalho relacionada às exigências mentais do trabalho. Campinas, 2001.

Exigências mentais	f	%
Muito Boa	19	35,2
Boa	29	53,7
Moderada	6	11,1
Total	54	100,0

A tabela 15 apresenta, na opinião dos trabalhadores, o número de lesões por acidentes ou doenças que possuem atualmente (múltipla escolha). Observou-se um número médio de 1,3 doenças com desvio padrão de 1,6 doenças e mediana 1; 44,4% referiram não ter lesão e doenças em sua própria opinião.

Tabela 15. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo o número de lesões e doenças na opinião dos trabalhadores. Campinas, 2001.

Em minha opinião	f	%
0	24	44,4
1	13	24,1
2	4	7,4
3	7	13,0
4	3	5,6
5	2	3,7
6	1	1,9
Total	54	100,0

A tabela 16 apresenta o número de lesões por acidentes ou doenças que possuem atualmente com diagnóstico médico (múltipla escolha). Verificou-se um número médio de 1,0 doença com desvio padrão de 1,3 doenças e mediana 1; 48,1% da população estudada não apresentam doenças com diagnóstico médico.

Tabela 16. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo o número de lesões e doenças com diagnóstico médico. Campinas, 2001.

Diagnóstico médico	f	%
0	26	48,1
1	14	25,9
2	5	9,3
3	6	11,1
4	3	5,6
Total	54	100,0

As doenças músculo-esqueléticas auto-referidas estão apresentadas na tabela 17. Dos 31 trabalhadores, observam-se nove sujeitos (29,0%) com lesão nas costas, seis (19,4%) com lesão nos braços e/ou mãos, cinco (16,1%) com lesão nas pernas e/ou pés, cinco (16,1%) com dor nas costas que se irradia para a perna – ciática, quatro (12,9%) com doença da parte inferior das costas, com dores freqüentes, um (3,2%) com lesão em outras partes do corpo e um (3,2%) com artrite reumatóide.

Tabela 17. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo doença músculo-esquelética na própria opinião. Campinas, 2001.

Doença Opinião	f	%
Lesão nas costas	9	29,0
Lesão nos braços e/ou mãos	6	19,4
Lesão nas pernas e/ou pés	5	16,1
Lesão em outras partes do corpo	1	3,2
Doença da parte inferior das costas, com dores freqüentes.	4	12,9
Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	5	16,1
Artrite Reumatóide	1	3,2
Total	31	100,0

A tabela 18 apresenta as doenças músculo-esqueléticas com diagnóstico médico informadas por 20 trabalhadores. Corroborando com as doenças auto-referidas, a frequência maior observada foi em lesão nas costas (25,0%) e lesão nos braços e/ou mãos (25,0%).

Tabela 18. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo doença músculo-esquelética com diagnóstico médico. Campinas, 2001.

Doença diagnóstico	f	%
lesão nas costas	5	25,0
lesão nos braços e/ou mãos	5	25,0
lesão em outras partes do corpo	2	10,0
Doença da parte inferior das costas, com dores freqüentes	2	10,0
Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	2	10,0
Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços, pernas) com dores freqüentes	1	5,0
Outra doença músculo-esquelética	3	15,0
Total	20	100,0

A hipertensão arterial foi a única doença cardiovascular auto-referida por um trabalhador. As doenças cardiovasculares referidas com diagnóstico médico foram: hipertensão arterial (n=7) e insuficiência cardiovascular (n=1).

As doenças respiratórias auto-referidas com maior frequência foram às infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite crônica) com 57,1% (n=4) dos casos, seguidas por outras doenças respiratórias (28,6%) e 14,3% (n=1) bronquite crônica. Concordando com o que foi observado nas doenças respiratórias auto-referidas, as com diagnóstico médico mais freqüentes (n=6) foram as infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite crônica), seguida pela bronquite crônica

(16,7%), por outras doenças respiratórias (16,7%), pela sinusite crônica (8,3%) e pela asma (8,3%).

A doença neurológica auto-referida com maior frequência foi o distúrbio emocional leve com 58,3% (n=7) das respostas, seguida pelo distúrbio emocional grave (16,67%) e dos órgãos dos sentidos auto-referida, destacando-se a diminuição da audição com 16,67% (n=2) e a doença ou lesão da visão (8,3%).

A doença neurológica e dos órgãos dos sentidos com diagnóstico médico mais frequente foi o distúrbio emocional leve (60,00%), seguida de doença neurológica, por exemplo, acidente vascular cerebral ou derrame cerebral, neuralgia, enxaqueca, epilepsia com 40% (n=2).

A gastrite ou irritação duodenal foi a única doença digestiva auto-referida pelos trabalhadores com quatro respostas. A doença do pâncreas ou do fígado (n=1) e a gastrite ou irritação duodenal (n=1) foram as doenças digestivas referidas com diagnóstico médico.

A única doença geniturinária referida pelos trabalhadores foi a hidronefrose como outra doença geniturinária (n=1). Observou-se igual frequência para doença geniturinária referida pelo médico, sendo que as três assinaladas (infecção urinária, doença dos rins e outra doença geniturinária) obtiveram uma resposta cada (33,3%).

A doença da pele (alergia e eczema) foi apenas auto-referida pelos trabalhadores (n=3), não havendo referência de diagnóstico médico dermatológico.

A obesidade foi assinalada pelos trabalhadores como a doença metabólica e endócrina mais frequente (n=5), sendo pontuada também em diagnósticos médicos (n=4), assim como o diabetes (n=1).

A única doença do sangue que se apresentou foi a anemia, tanto nas auto-referidas (n=2) quanto nas com diagnóstico médico (n=1).

A tabela 19 apresenta as respostas dos trabalhadores de enfermagem quando questionados sobre o grau de impedimento que a lesão ou doença provocava em seu trabalho atual. Verificou-se que 55,6% (n=30), responderam que não havia impedimento ou que não tinham doença; 25,9% (n=14) referiram que eram capazes de desempenharem suas tarefas, entretanto a doença provocava alguns sintomas; 18,5% (n=10), responderam que algumas vezes era necessário diminuir o ritmo ou mudar as formas de trabalho.

Tabela 19: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo o impedimento provocado pela lesão ou doença no trabalho. Campinas, 2001.

Impedimento	f	%
Não há impedimento/eu não tenho doenças	30	55,6
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele provoca alguns sintomas	14	25,9
Algumas vezes eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	10	18,5
Total	54	100,0

Os trabalhadores foram questionados sobre o número de dias inteiros fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou realização de exame nos últimos doze meses. Verificou-se que 68,5% (n=37) não referiram nenhum dia de ausência, 25,9% (n=14) de 1 a 15 dias, 3,7% (n=2) de 16 a 24 dias, 1,9% (n=1) de 25 a 99 dias, apresentando média de atestado de 4 dias com 9,3 de desvio padrão.

Na tabela 20 encontra-se a distribuição dos trabalhadores de enfermagem no que se refere à capacidade de realização do trabalho daqui a dois anos do ponto de

vista da saúde. Observou-se que 83,3% (n=45) responderam que terão capacidade para desempenhar suas tarefas, baseando-se em sua saúde.

Tabela 20. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a capacidade de realização do trabalho daqui a dois anos. Campinas, 2001.

Ponto de vista	f	%
É improvável	2	3,7
Não estou muito certo	7	13,0
Bastante provável	45	83,3
Total	54	100,0

A tabela 21 mostra o sentimento dos trabalhadores de enfermagem no que se refere à apreciação de suas atividades diárias. Observa-se que 81,5% da população são capazes de apreciar suas atividades diárias sempre ou quase sempre.

Tabela 21. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo o sentimento referente às atividades diárias. Campinas, 2001.

Atividades Diárias	f	%
Sempre	23	42,6
Quase sempre	21	38,9
Às vezes	7	13,0
Raramente	3	5,6
Total	54	100,0

A tabela 22 apresenta a observação dos trabalhadores quanto ao se sentir ativo e alerta. Verificou-se que 51,9% (n=28) sempre se encontram ativo e alerta, seguido por 42,6% (n=23) que referiu estar quase sempre. Verifica-se que 94,5% da população encontram-se ativos e alertas.

Tabela 22. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a observação de se sentir ativo e alerta. Campinas, 2001.

Ativo e alerta	f	%
Sempre	28	51,9
Quase sempre	23	42,6
Às vezes	3	5,6
Total	54	100,0

Os trabalhadores ainda foram questionados sobre o sentimento de esperança para o futuro. Observou-se que 40,7% (n=22) referiram estar continuamente com esperança para o futuro, 29,6% (n=16) responderam estar muitas vezes com este sentimento, 16,7% (n=9) quase sempre e 13,0% (n=7) raramente (**tabela 23**).

Tabela 23. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo o sentimento de esperança para o futuro. Campinas, 2001.

Esperança	f	%
Continuamente	22	40,7
Muitas vezes	16	29,6
Quase sempre	9	16,7
Raramente	7	13,0
Total	54	100,0

O relacionamento das variáveis estudadas com o ICT é apresentado nas tabelas seguintes. A tabela 24 mostra a distribuição dos trabalhadores de enfermagem por faixa etária relacionada ao escore do ICT. A categoria moderada do ICT foi mais freqüente na faixa etária de 30 a 39 anos com 71,4% (n=5), seguida das de 20 a 29 anos, de 40 anos e mais, todas com um trabalhador. A faixa etária de 30 a 39 anos apresentou 40,4% (n=19) de sua população com ICT bom e ótimo, de 40 anos e mais com 36,2% (n=17) e de 20 a 29 anos com 23,4% (n=11). Verificou-se que 13,0% da população apresentou ICT moderado e 87,0%, bom e ótimo.

Tabela 24: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação faixa etária e o índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Faixa Etária	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		total	
	f	%	f	%	f	%
20 - 30	1	14,3	11	23,4	12	22,2
30 - 40	5	71,4	19	40,4	24	44,4
40 - e+	1	14,3	17	36,2	18	33,3
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

Verificou-se na tabela 25 que 12,5% (n=5) das mulheres apresentou um ICT moderado e 87,5% (n=35) bom/ótimo. O sexo masculino distribuiu-se com 85,7% (n=14) com ICT bom/ótimo e 14,3% (n=2) ICT moderado.

Tabela 25. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação sexo e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Sexo	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		Bom/ótimo		Total	
	f	%	f	%	f	%
Feminino	5	71,4	35	74,5	40	74,1
Masculino	2	28,6	12	25,5	14	25,9
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

Observou-se na tabela 26 que 88,9% (n=16) dos trabalhadores com curso superior completo, 84,6% (n=22) dos com ensino médio (colegial completo) e que 90,0% (n=9) dos com ensino fundamental (ginásio completo) apresentaram ICT bom/ótimo. A maior frequência verificada na classificação ICT moderado foi quatro sujeitos (57,1%) com ensino médio (colegial completo).

Tabela 26. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a escolaridade e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Escolaridade	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		total	
	f	%	f	%	f	%
Ginásio Completo - (ensino fundamental)	1	14,3	9	19,1	10	18,5
Colegial Completo – (ensino médio)	4	57,1	22	46,8	26	48,1
Curso Superior completo (educação superior)	2	28,6	16	34,0	18	33,3
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

A tabela 27 apresenta a relação da atividade física com o ICT. Observou-se que 44,7% (n=21) dos trabalhadores com ICT bom/ótimo realizam atividade física e 55,3% (n=32) da mesma categoria não realizam e que 85,7% (n=6) daqueles com moderado, não realizam e 14,3% (n=1) realizam.

Tabela 27. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação atividade física e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Atividade Física	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		total	
	f	%	f	%	f	%
Sim	1	14,3	21	44,7	22	40,7
Não	6	85,7	26	55,3	32	59,3
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

Observa-se, na relação da variável atividade de lazer e ICT, que todos os trabalhadores de enfermagem realizam atividades de lazer, sendo que 87,0% (n=47)

encontram-se com ICT bom/ótimo e que apenas 13,0% (n=7) classificam-se com ICT moderado.

A tabela 28 apresenta a relação turno de trabalho e ICT. Verificou-se que 57,4% (n=27) dos trabalhadores com ICT bom/ótimo trabalham em período diurno, 71,4% (n=5) que apresentaram ICT moderado desempenham suas atividades em período noturno.

Tabela 28. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação turno de trabalho e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Turno de Trabalho	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		Total	
	f	%	f	%	f	%
Diurno	2	28,6	27	57,4	29	53,7
Noturno	5	71,4	20	42,6	25	46,3
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

A tabela 29 mostra a relação da exigência física e do ICT. Verificou-se que todos os trabalhadores com resposta muito boa apresentaram ICT bom/ótimo, 84,6% (n=22) com resposta boa apresentou ICT bom/ótimo e merece destaque que um sujeito com ICT bom/ótimo considerou ruim a exigência física do seu trabalho.

Tabela 29. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação exigência física e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Exigência Física	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		Bom/ótimo		Total	
	f	%	f	%	f	%
Muito Boa	0	0,0	20	42,6	20	37,0
Boa	4	57,1	22	46,8	26	48,1
Moderada/ruim	3	42,9	5	10,6	8	14,8
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

Observou-se que nenhum trabalhador considerou a exigência mental no trabalho ruim ou muito ruim. Verificou-se, na tabela 30, que todos os trabalhadores que responderam muito boa apresentaram um ICT bom/ótimo; 90,3% (n=28) com resposta boa encontram-se com ICT bom/ótimo e 66,7% (n=4) que responderam moderada apresentam ICT moderado.

Tabela 30. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a exigência mental e o índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Exigência Mental	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		Total	
	f	%	f	%	f	%
Muito Boa	0	0,0	17	36,2	17	31,5
Boa	3	42,9	28	59,6	31	57,4
Moderada	4	57,1	2	4,3	6	11,1
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

A tabela 31 mostra que um trabalhador auto-referiu seis doenças, apresentando ICT bom. Verificou-se que 44,4% (n=24) da população não auto-referiu doença, sendo que 87,5% (n=21) encontraram-se com ICT bom/ótimo, 75,0% (n=3) dos que assinalaram duas doenças apresentaram ICT bom/ótimo, um

trabalhador, com ICT moderado e um com ICT bom/ótimo, auto-referiram cinco doenças. Apenas um sujeito assinalou seis doenças auto-referidas, classificando-se no ICT bom/ótimo.

Tabela 31. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação do número de doenças auto-referidas e o índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

N. Doenças - Própria opinião	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		Total	
	f	%	f	%	f	%
0	3	42,9	21	44,7	24	44,4
1	0	0,0	14	29,8	14	25,9
2	1	14,3	3	6,4	4	7,4
3	2	28,6	4	8,5	6	11,1
4	0	0,0	3	6,4	3	5,6
5	1	14,3	1	2,1	2	3,7
6	0	0,0	1	2,1	1	1,9
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

A tabela 32 apresenta a relação número de doenças referidas com diagnóstico médico e o ICT. Verificou-se que 48,1% (n=26) dos trabalhadores referiram uma doença com diagnóstico médico, sendo que destes, 92,3% (n=24) apresentaram ICT bom/ótimo; 5,6% (n=3) da população assinalaram quatro doenças, dos quais 66,7% (n=2) classificam-se com ICT moderado.

Tabela 32. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação número de doenças com diagnóstico médico e o índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

N. Doenças - Diagnóstico	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		total	
	f	%	f	%	f	%
0	2	28,6	24	51,1	26	48,1
1	1	14,3	13	27,7	14	25,9
2	0	0,0	5	10,6	5	9,3
3	2	28,6	4	8,5	6	11,1
4	2	28,6	1	2,1	3	5,6
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

Observou-se que 88,9% (n=48) dos trabalhadores desempenhavam tarefas domésticas, sendo que destes, 87,5% (n=42) apresentaram ICT bom/ótimo; 11,1% (n=6) não realizavam atividades domésticas, sendo que destes, 83,3% (n=5) classificaram-se com ICT bom/ótimo (Tabela 33).

Tabela 33. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação tarefas domésticas e o índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Tarefas Domésticas	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		total	
	f	%	f	%	f	%
Sim	6	85,7	42	89,4	48	88,9
Não	1	14,3	5	10,6	6	11,1
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

Dos trabalhadores que possuíam ICT bom/ótimo 78,7% (n=37) não desempenhavam outra atividade e 85,7% (n=6) dos com ICT moderado encontravam-se na mesma classificação.

A tabela 34 mostra a relação do tipo de doença auto-referida com o ICT. Observou-se que dos trabalhadores com ICT bom/ótimo 44,4% (n=20) auto-referiram doença músculo-esquelética; 15,6% (n=7) auto-referiram doença neurológica e os com ICT moderado apresentaram, com maior frequência, a doença neurológica.

Tabela 34. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação do tipo de doença auto-referida e o índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Tipo de Doenças – Própria opinião	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		total	
	f	%	f	%	f	%
Sistema Músculo-esquelético	2	20,0	20	44,4	22	40,0
Sistema Cardiovascular	0	0,0	2	4,4	2	3,6
Sistema Respiratório	2	20,0	4	8,9	6	10,9
Sistema Neurológico	3	30,0	7	15,6	10	18,2
Sistema Digestivo	1	10,0	3	6,7	4	7,3
Sistema Genito-urinário	0	0,0	1	2,2	1	1,8
Sistema Dérmico	0	0,0	3	6,7	3	5,5
Sistema Endócrino	2	20,0	3	6,7	5	9,1
Sistema Hematológico	0	0,0	2	4,4	2	3,6
Total	10	100,0	45	100,0	55	100,0

Verificou-se que 28,6% (n=10) dos trabalhadores com ICT bom/ótimo relataram a doença músculo-esquelética como a de maior frequência com diagnóstico médico, sendo fato também observado para sujeitos com ICT moderado, conforme constata-se na tabela 35.

Tabela 35. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação do tipo de doença referida com diagnóstico médico e o índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Tipo de Doenças – Diagnóstico	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		total	
	f	%	f	%	f	%
Sistema Músculo-esquelético	3	33,3	10	28,6	13	29,5
Sistema Cardiovascular	0	0,0	7	20,0	7	15,9
Sistema Respiratório	1	11,1	7	20,0	8	18,2
Sistema Neurológico	1	11,1	4	11,4	5	11,4
Sistema Digestivo	1	11,1	1	2,9	2	4,5
Sistema Genitourinário	1	11,1	3	8,6	4	9,1
Sistema Endócrino	2	22,2	2	5,7	4	9,1
Sistema Hematológico	0	0,0	1	2,9	1	2,3
Total	9	100,0	35	100,0	44	100,0

A tabela 36 mostra que 66,0% (n=31) dos auxiliares e técnicos de enfermagem encontram-se com ICT bom/ótimo, 34,0% (n=16) dos enfermeiros classificam-se da mesma forma.

Tabela 36. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação da função e do índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Função	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		total	
	f	%	f	%	f	%
Auxiliar /Técnico	5	71,4	31	66,0	36	66,7
Enfermeiro	2	28,6	16	34,0	18	33,3
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

Não desempenhavam cargo de chefia 50 trabalhadores (92,6%), sendo que destes, 88,0% (n=44) encontram-se com ICT bom/ótimo. Dos sujeitos que afirmaram desempenhar cargo de chefia, 75,0% (n=3) classificaram-se com ICT bom/ótimo.

Observou-se na tabela 37 que dos trabalhadores que apresentaram ICT bom/ótimo, 66,0% (n=31) eram casados(as) ou viviam com companheiro(a). Daqueles com ICT moderado, trabalhadores solteiros(as) e casados(as) ou que viviam com companheiro(a) apresentaram as maiores frequências.

Tabela 37. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação do estado conjugal e do índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Estado conjugal	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	moderado		bom/ótimo		total	
	f	%	f	%	f	%
Solteiro(a)	3	42,9	10	21,3	13	24,1
Casado(a) / Vive com companheiro(a)	3	42,9	31	66,0	34	63,0
Separado(a) / Divorciado(a)	1	14,3	5	10,6	6	11,1
viúvo(a)	0	0,0	1	2,1	1	1,9
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

A tabela 38 mostra a relação do tempo de trabalho na empresa e do ICT. Verificou-se que, dos trabalhadores com ICT ótimo, 63,8% (n=30) possuíam até dez anos de trabalho de empresa. Dos trabalhadores com ICT moderado, 57,1% (n=4) exibiam este mesmo período.

Tabela 38. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação do tempo de trabalho na empresa e do índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Tempo de trabalho na empresa (anos)	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		total	
	f	%	f	%	f	%
0 - 10	4	57,1	30	63,8	34	63,0
10 - 20	3	42,9	17	36,2	20	37,0
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

Dos 50 trabalhadores que informaram o tempo de deslocamento ao trabalho, quarenta e sete (94,0%) trabalhadores referiram ocupar até cinco horas no trajeto (incluindo refeições). Destes 87,3% (n=41) obtiveram ICT bom/ótimo. Dois sujeitos relataram despende de cinco a 10 horas e um, de 15 a 20 horas classificando-se com ICT bom/ótimo. Merece destaque o tempo de 17 horas para locomoção referida por um trabalhador do plantão noturno.

Verificou-se na tabela 39 que dos trabalhadores com ICT bom/ótimo, 59,6% (n=28) referiram não apresentar doença ou não haver impedimento no trabalho; 42,9% (n=3) dos com ICT moderado relataram ter que diminuir o ritmo de trabalho algumas vezes.

Tabela 39. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação perda estimada para o trabalho devido às doenças e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Perda estimada para o trabalho devido às doenças	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		Total	
	f	%	f	%	f	%
Não há impedimento / Não tenho doença	2	28,6	28	59,6	30	55,6
Eu sou capaz, mas provoca sintomas	2	28,6	12	25,5	14	25,9
Algumas vezes diminuo o ritmo	3	42,9	7	14,9	10	18,5
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

A tabela 40 apresenta a relação de faltas no trabalho por doenças e ICT. Observou-se que 78,7% (n=37) dos trabalhadores com ICT bom/ótimo referiram não ter faltado e 57,1% (n=4) dos com ICT moderado apresentaram atestado de até 15

dias. Vale ressaltar que nenhum trabalhador referiu de 100 a 365 dias de afastamento.

Tabela 40. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação de faltas no trabalho por doenças e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Faltas no trabalho por doenças	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		total	
	f	%	f	%	f	%
Nenhum	1	14,3	37	78,7	38	70,4
até 15 dias	4	57,1	9	19,1	13	24,1
de 16 – 24 dias	1	14,3	1	2,1	2	3,7
de 25 – 99 dias	1	14,3	0	0,0	1	1,9
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

Observou-se na tabela 41 que 48,9% (n=23) dos trabalhadores com ICT bom/ótimo sempre apreciam suas atividades diárias. Três relatos (42,9%) em que raramente as atividades são apreciadas, obtiveram escores moderados de ICT.

Tabela 41. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação de apreciação das atividades diárias e do índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Apreciação das atividades diárias	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		total	
	f	%	f	%	f	%
Sempre	0	0,0	23	48,9	23	42,6
Quase sempre	2	28,6	19	40,4	21	38,9
Às vezes	2	28,6	5	10,6	7	13,0
Raramente	3	42,9	0	0,0	3	5,6
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

A tabela 42 mostra a relação entre o sentimento de estar ativo e alerta com o ICT. Verificou-se que 55,3% (n=27) com ICT ótimo referiram estar sempre ativo e alerta e 57,1% (n=4) dos que apresentam ICT moderado, quase sempre possuem este sentimento.

Tabela 42. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação ao sentimento de ativo e alerta e o índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2001.

Sentimento ativo e alerta	ÍNDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Moderado		bom/ótimo		total	
	f	%	f	%	f	%
Sempre	1	14,3	26	55,3	27	50,0
Quase sempre	4	57,1	20	42,6	24	44,4
Às vezes	2	28,6	1	2,1	3	5,6
Total	7	100,0	47	100,0	54	100,0

Observou-se na tabela 43 que 40,7% (n=22) dos trabalhadores assinalaram o valor oito para a sua capacidade para o trabalho atual. Ressalta-se que 11,1% (n=6) encontraram-se com a capacidade máxima (valor 10) e apenas um (1,9%) trabalhador assinalou quatro.

Tabela 43. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação capacidade para o trabalho atual e faixa etária. Campinas, 2001.

Capacidade para o trabalho atual	Faixa etária						Total	
	20 35		35 45		45 e+			
	f	%	f	%	f	%	f	%
4	0	0,0	1	3,8	0	0,0	1	1,9
5	1	5,3	1	3,8	0	0,0	2	3,7
6	2	10,5	0	0,0	0	0,0	2	3,7
7	2	10,5	2	7,7	0	0,0	4	7,4
8	7	36,8	14	53,8	1	11,1	22	40,7
9	6	31,6	6	23,1	5	55,6	17	31,5
10	1	5,3	2	7,7	3	33,3	6	11,1
Total	19	100,0	26	100,0	9	100,0	54	100,0

Faixas Etárias adotadas em concordância com o teste aplicado

Verificou-se na tabela 44 que 46,3% (n=25) dos trabalhadores não referiram nenhuma doença. Destaca-se a presença de um relato de seis doenças auto-referidas na faixa de 20 a 29 anos.

Tabela 44. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação número de doenças auto-referidas e da faixa etária. Campinas, 2001.

N. de doenças na própria opinião	Faixa etária						Total	
	20 30		30 40		40 e+			
	f	%	f	%	f	%	f	%
0	6	50,0	10	41,7	9	50,0	25	46,3
1	3	25,0	7	29,2	3	16,7	13	24,1
2	1	8,3	2	8,3	1	5,6	4	7,4
3	1	8,3	3	12,5	2	11,1	6	11,1
4	0	0,0	1	4,2	2	11,1	3	5,6
5	0	0,0	1	4,2	1	5,6	2	3,7
6	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	1,9
Total	12	100,0	24	100,0	18	100,0	54	100,0

A tabela 45 mostra a relação do número de doenças referidas com diagnóstico médico e da faixa etária. Observou-se que 50,0% (n=27) dos trabalhadores não possuíam diagnóstico médico e que apenas 5,6% (n=3) apresentaram quatro doenças diagnosticadas.

Tabela 45. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação do número de doenças com diagnóstico médico e faixa etária. Campinas, 2001.

N. de doenças diagnóstico	Faixa etária						Total	
	20 30		30 40		40 e+			
	f	%	f	%	f	%	f	%
0	7	58,3	14	58,3	6	33,3	27	50,0
1	1	8,3	5	20,8	7	38,9	13	24,1
2	0	0,0	1	4,2	4	22,2	5	9,3
3	3	25,0	2	8,3	1	5,6	6	11,1
4	1	8,3	2	8,3	0	0,0	3	5,6
Total	12	100,0	24	100,0	18	100,0	54	100,0

A tabela 46 apresenta a relação da capacidade para o trabalho daqui a dois anos e a faixa etária. Verifica-se que quarenta e cinco trabalhadores (83,3%) responderam ser bastante provável estarem desenvolvendo a atividade laboral daqui a dois anos. Ressalta-se que os dois (3,7%) trabalhadores que acreditam ser improvável, encontram-se na faixa etária de 30 à 39 anos.

Tabela 46. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação da capacidade para o trabalho daqui a dois anos e da faixa etária. Campinas, 2001.

Capacidade para o Trabalho daqui a 2 anos	Faixa etária						Total	
	20 30		30 40		40 e+			
	f	%	f	%	f	%	f	%
É improvável	0	0,0	2	8,3	0	0,0	2	3,7
Não estou muito certo	1	8,3	3	12,5	3	16,7	7	13,0
Bastante provável	11	91,7	19	79,2	15	83,3	45	83,3
Total	12	100,0	24	100,0	18	100,0	54	100,0

Vinte e nove trabalhadores (53,7%) estão desenvolvendo suas atividades no período diurno, e 25 (46,3%), no período noturno (tabela 47).

Tabela 47. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo turno e faixa etária. Campinas, 2001.

Turno	Faixa etária						Total	
	20 30		30 40		40 e+			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Diurno	8	66,7	15	62,5	6	33,3	29	53,7
Noturno	4	33,3	9	37,5	12	66,7	25	46,3
Total	12	100,0	24	100,0	18	100,0	54	100,0

A tabela 48 mostra a relação do número de doenças com diagnóstico médico e a presença de outro trabalho remunerado. Observa-se que dos 11 trabalhadores (20,4%) que relataram possuir outro emprego remunerado, 35,7% (n=5) assinalaram 1 doença; vinte e três (88,5%) dos 43 (79,6%) que não possuíam outro emprego remunerado não acusaram doenças com diagnóstico.

Tabela 48. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo número de doenças com diagnóstico médico e a presença de outro trabalho remunerado. Campinas, 2001.

Número de doenças com diagnóstico médico	Presença de outro Trabalho Remunerado					
	Sim		Não		Total	
	f	%	f	%	f	%
0	3	11,5	23	88,5	26	48,1
1	5	35,7	9	64,3	14	25,9
2	1	20,0	4	80,0	5	9,3
3	1	16,7	5	83,3	6	11,1
4	1	33,3	2	66,7	3	5,6
Total	11	20,4	43	79,6	54	100,0

A tabela 49 mostra a relação do número de doenças auto-referidas e a presença de outro trabalho remunerado. Observa-se que dos 11 trabalhadores

(20,4%) que relataram possuir outro emprego remunerado, 20,8% (n=5) não assinalaram doenças; dezenove (79,2%) dos 43 (79,6%) que não possuíam outro emprego remunerado não acusaram doenças auto-referidas.

Tabela 49. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo número de doenças auto-referidas e a presença de outro trabalho remunerado. Campinas, 2001.

número de doenças em minha opinião	Presença de outro Trabalho Remunerado					
	Sim		Não		Total	
	f	%	f	%	f	%
0	5	20,8	19	79,2	24	44,4
1	2	15,4	11	84,6	13	24,1
2	1	33,3	2	66,7	3	5,6
3	0	0,0	8	100,0	8	14,8
4	1	33,3	2	66,7	3	5,6
5	1	50,0	1	50,0	2	3,7
6	1	100,0	0	0,0	1	1,9
Total	11	20,4	43	79,6	54	100,0

Observa-se, na tabela 50, que 38,9% (n=21) dos trabalhadores que atribuíram valor oito; destes, 85,7% (n=18) eram do gênero feminino. Vale ressaltar um relato com valor quatro para a capacidade para o trabalho atual atribuída por uma mulher.

Tabela 50. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do HC – UNICAMP segundo a relação da capacidade para o trabalho atual e sexo. Campinas, 2001.

Capacidade para o trabalho atual	Feminino		Sexo Masculino		Total	
	F	%	f	%	f	%
4	1	100,0	0	0,0	1	1,9
5	2	100,0	0	0,0	2	3,7
6	1	50,0	1	50,0	2	3,7
7	3	75,0	1	25,0	4	7,4
8	18	85,7	3	14,3	21	38,9
9	12	66,7	6	33,3	18	33,3
10	3	50,0	3	50,0	6	11,1
Total	40	74,1	14	25,9	54	100,0

10. DISCUSSÃO DOS DADOS

A mediana da idade da população estudada foi 37 anos, com idade variando de 23 a 53 anos. Constatou-se, em todas as faixas etárias, maior porcentagem do ICT bom/ótimo (Tabela 24). Estudos epidemiológicos verificaram a associação da idade com perda precoce da capacidade para o trabalho (ILMARINEN,1997; CREMER,1996).

Bellusci & Fischer (1999) na pesquisa realizada com servidores administrativos de uma instituição judiciária e na pesquisa realizada com funcionários de um hospital filantrópico e Bellusci et al (1999) observaram que a variável não exibe relação com a perda da capacidade para o trabalho, corroborando os resultados obtidos nesta pesquisa.

A população estudada foi composta de 74,1% de trabalhadores do sexo feminino e 25,9% do sexo masculino (Tabela 8).

No presente estudo, obtiveram-se resultados de ICT semelhantes para homens (85,5% com ICT bom/ótimo) e mulheres (87,5% com ICT bom/ótimo) (Tabela 25). O observado discorda de Bellusci & Fischer (1999), Bellusci et al (1999), Tuomi (1997b) que constataram a chance maior de perda de capacidade precoce para o trabalho entre as mulheres do que em homens.

O desenvolvimento de atividade física foi observado em 40,7% dos trabalhadores. Verificou-se que 95,5% dos sujeitos que desempenhavam alguma modalidade de exercício físico apresentaram ICT bom/ótimo e que 81,3% daqueles que não desenvolviam qualquer atividade encontravam-se na mesma classificação

(**Tabela 27**). Na literatura pesquisada foi encontrado que o desenvolvimento regular de exercício físico incrementa a capacidade para o trabalho (SEITSAMO & ILMARINEN,1997; TUOMI et al,1997b; TUOMI et al, 1997c).

Metzner & Fischer (2001) estudaram trabalhadores que desempenhavam suas funções em turnos fixos, diurnos e noturnos, e revelaram que o aumento da prática diária de exercício físico, caracterizado como hábito saudável para a população trabalhadora em turnos prolongados, figura como fator redutor de fadiga e que este, aliado a outras características do estilo de vida e ao turno de trabalho eram relevantes na percepção dos sujeitos sobre a capacidade para o trabalho.

A prática de atividades de lazer foi observada em todos os trabalhadores. Este achado corrobora o resultado obtido por Tuomi et al (1997b).

Verificou-se nos trabalhadores estudados que 93,1% dos que desempenhavam suas atividades no turno diurno apresentaram ICT bom/ótimo e 80,0% dos que trabalhavam no período noturno encontravam-se classificados da mesma maneira (**Tabela 28**).

Metzner & Fischer (2001) observaram que o turno de trabalho, juntamente com as características e o estilo de vida, influenciavam na percepção da capacidade para o trabalho.

Observou-se, na **Tabela 29** que todos os trabalhadores que responderam que a exigência física era muito boa encontram-se com ICT bom/ótimo. Este dado corrobora os achados de Tuomi et al (1997b); Tuomi et al (1997c).

Observou-se que todos os trabalhadores com respostas muito boa classificaram-se com ICT bom/ótimo (**Tabela 29**). Segundo Tuomi et al (1997b), em

sua pesquisa, a melhora na capacidade para o trabalho era fortemente associada à melhoria das relações com o supervisor e do processo organizacional no trabalho (organização do trabalho e ambiente de trabalho).

Outro fator importante foi que doenças com diagnóstico médico por constituírem o escore do ICT, sempre encontram associação com a capacidade para o trabalho. As doenças auto-referidas ordenaram-se da seguinte forma: doença do sistema músculo-esquelético, doença do sistema cardiovascular, doença do sistema respiratório, doença do sistema neurológico e sensoriais, doença do sistema digestivo, doença do sistema geniturinário, doença de pele e doença do sangue. As doenças referidas com diagnóstico médico seguiram a seguinte ordem: doença do sistema músculo-esquelética, doença do sistema respiratório, doença do sistema cardiovascular, doença do sistema neurológico, doença do sistema geniturinário e endócrino e doença do sangue, não recebendo referência a doença de pele (**Tabelas 34 e 35**).

A doença do sistema músculo-esquelético (estresse físico) foi citada como a mais observada entre os trabalhadores de saúde por Estry-Behar (1996) e prevaleceu sobre as outras doenças no estudo de Bellusci & Fischer (1999). A prevalência de doenças músculo-esquelética, cardiovasculares, respiratórias e mentais com diagnóstico médico, também, foram observadas por Seitsamo & Klockars (1997) em seu estudo com trabalhadores da Finlândia, corroborando o achado deste estudo. Monteiro (1999) observou alteração da prevalência de doenças, sendo a cardiovascular mais referida que a músculo-esquelética.

A doença endócrina auto-referida com maior frequência foi a obesidade, concordando o relatado por Aquino (1993) em sua pesquisa com mulheres profissionais de enfermagem de um hospital público de Salvador.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem perfaziam 66,7% (n=36) da população, sendo que 86,1% (n=31) encontravam-se com ICT bom/ótimo e os enfermeiros eram 33,3% da população, sendo que 88,9% classificavam-se da mesma forma (**Tabela 36**). Este achado discorda de Bellusci & Fischer (1999) que encontraram associação entre a função e a perda da capacidade precoce para o trabalho.

Os dados encontrados na correlação entre o Índice de Capacidade para o Trabalho e o estado conjugal (**Tabela 37**) discordam do observado por Bellusci & Fischer (1999) em que os sujeitos casados(as) e os que vivem com companheiros(as) apresentam melhor capacidade para o trabalho se comparados com os separados, divorciados ou viúvos.

Outro ponto a ser considerado foi o fato de que, embora, os trabalhadores exercessem suas funções durante um tempo longo na instituição, com média de 8,2 anos, não havia associação com a capacidade para o trabalho (**Tabela 38**). Bellusci & Fischer (1999) verificaram que, em servidores forenses, a perda precoce da capacidade para o trabalho era incrementada pelo maior tempo de serviço na instituição.

A perda estimada da capacidade para o trabalho devido as doenças referidas com diagnóstico médico apresentou-se da seguinte forma em relação à capacidade

para o trabalho; 93,3% (n=28) dos trabalhadores que relataram não ter impedimento ou não ter doença apresentaram ICT bom/ótimo (**Tabela 39**).

As faltas no trabalho por doenças, consultas médicas ou exames de saúde nos últimos 12 meses estabeleceram relação com a perda da capacidade para o trabalho. Trinta e sete trabalhadores (97,4%) que responderam não ter se ausentado durante o período classificavam-se com ICT bom/ótimo (**Tabela 40**).

A apreciação das atividades diárias estabeleceu relação com a capacidade para o trabalho. Todos os trabalhadores que responderam raramente apreciá-las encontraram-se com ICT moderado (**Tabela 41**).

Outro ponto relevante foi a correlação existente entre o sentimento de estar ativo e alerta e a capacidade para o trabalho. Dos trabalhadores que responderam sempre se sentir ativos e alertas em suas atividades diárias, 55,3% classificaram-se com ICT bom/ótimo (**Tabela 42**).

Os trabalhadores atribuíram-se valores de capacidade atual para o trabalho de quatro a dez, sendo que todos os indivíduos na faixa etária de 45 a 54 anos distribuíram-se da seguinte forma: 55,6% com valor nove; 33,3%, valor dez, e 11,1%, valor oito (**Tabela 46**).

11. CONCLUSÃO

A avaliação da capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem no serviço de urgência (Pronto Socorro) de um Hospital Universitário foi realizada através do Índice de Capacidade para o Trabalho. Constatou-se que 13,2% da população apresentaram ICT moderado; 40,9%, bom e 45,9%, ótimo. Observou-se uma perda precoce para o trabalho mais acentuada nos trabalhadores mais jovens.

A população estudada foi composta de 74,1% de trabalhadores do sexo feminino e 25,9% do sexo masculino.

Verificou-se entre os trabalhadores que 44,4% encontravam-se na faixa etária de 30 a 39 anos; 63,0% eram casados(as) ou viviam com companheiro(a); 44,4% trabalhavam na instituição de cinco a nove anos; 66,7% eram auxiliares e 33,3% enfermeiros; 53,7% desempenhavam suas atividades laborais no período diurno; 92,6% não desempenhavam cargo de chefia.

Observou-se ainda que 87,0% dos trabalhadores desenvolviam atividades domésticas; a média de deslocamento diário para/do trabalho foi de 2,2 horas. Todos os sujeitos realizavam atividades de lazer: 16,8% ouviam música, 13,1% liam jornal e revista, 12,3% visitavam a família. O tempo médio gasto na educação dos filhos foi de 33,7 horas semanais.

As questões do índice de capacidade para o trabalho receberam as seguintes respostas: quanto à capacidade atual para o trabalho, 38,9% dos trabalhadores atribuíram-se valor oito; 33,3%, nove. Quanto às exigências físicas, 48,1% da

população respondeu boa; 37,0%, muito boa; quanto às exigências mentais, 53,7% boa e 35,2% muito boa. As doenças referidas em minha própria opinião variaram de nenhuma até seis, sendo que 44,4% auto-referiram não ter doença e 24,1% ter apenas uma. As doenças referidas com diagnóstico médico variaram de nenhuma até quatro, sendo que 48,1% referiram não apresentar doença e 25,9% referiram apenas uma; 55,6% dos sujeitos responderam que a doença não impede o trabalho ou não ter doença; 68,5% não se ausentaram das atividades laborais, nos últimos doze meses, por motivos de saúde.

Dos trabalhadores estudados, 83,3% relataram ser bastante provável a realização do mesmo trabalho daqui a dois anos; 42,6% encontram-se sempre com a capacidade de apreciar as atividades diárias e 38,9% responderam que quase sempre presenciam este sentimento; 51,9% sempre apresentam-se ativos(as) e alertas e 42,6% quase sempre; 40,7% acreditam em tempos melhores para o futuro, tendo esperança continuamente, sendo que 29,6% muitas vezes sentem-se esperançosos.

As doenças auto-referidas, segundo suas prevalências, distribuíram-se em doença do sistema músculo-esquelético, doença do sistema cardiovascular, doença do sistema respiratório, doença do sistema neurológico e sensoriais, doença do sistema digestivo, doença do sistema geniturinário, doença de pele e doença do sangue.

As doenças referidas com diagnóstico médico tiveram a seguinte distribuição: doença do sistema músculo-esquelética, do sistema respiratório, do sistema cardiovascular, do sistema neurológico, do sistema geniturinário e endócrino e

doença do sangue, não ocorrendo referência à doença de pele. Destaca-se a importância encontrada pela grande frequência verificada nas doenças músculo-esqueléticas.

O número de atestados dos trabalhadores do Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da UNICAMP de Agosto de 2000 a Julho de 2001 foi de 90, representando 3,0% do total de atestados (n=2946) da instituição, no mesmo período.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição demográfica e epidemiológica vivenciada pelo Brasil propiciará ao país, dentro de alguns anos, uma posição mundial de destaque em relação à população idosa.

Aliado a isto, a necessidade de adequação econômica e conseqüentes alterações na realidade previdenciária nacional, conduzem à permanência dos trabalhadores no mercado de trabalho por um maior período de tempo, podendo alterar sua capacidade funcional.

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) mensura a percepção da capacidade para o trabalho das populações estudadas, sendo um importante instrumento de diagnóstico precoce do envelhecimento funcional, além de ter um caráter preditivo.

O presente estudo considerou o cenário brasileiro e a metodologia adequada para avaliar a capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem do pronto socorro de um Hospital Universitário.

Considerando as análises realizadas a partir de dados da população estudada e da literatura consultada, os resultados demonstraram a necessidade de avaliação precoce do processo saúde-doença ocupacional, para que programas preventivos e de promoção da saúde sejam estimulados e implementados na instituição, proporcionando satisfação pessoal e profissional, melhorando o ambiente e a organização do trabalho, assim como o bem-estar individual e coletivo.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAIROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia moderna**. 2 ed. Belo Horizonte/ Salvador/ Rio de Janeiro: COOPMED-APCE-ABRASCO, 1992.

AQUINO, E. M. L. et al. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Enf.**, v. 46, n. 3/4, p. 245-257, 1993.

BANDEIRA, L.; OLIVEIRA, E. M. Representações de gênero e moralidade na prática profissional da enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, v. 51, n. 4, p. 677-696, 1998.

BELLUSCI, S. M. Envelhecimento e condições de trabalho em servidores de uma instituição judiciária – Tribunal Regional Federal da 3ª Região, São Paulo. Dissertação (Mestrado). São Paulo, 1998.

BELLUSCI, S. M.; FISCHER F. M. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. 602-609, 1999.

BELLUSCI, S. M. et al. Capacidade para o trabalho de funcionários de um hospital filantrópico. Apresentado ao IX Congresso Brasileiro de Ergonomia. Salvador, 1999.

CANTERO, M. A. R.; FISCHER, F. M. *et al* Determinação de índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores da área de recursos humanos de empresa de papel e celulose, S.P. In: **Congresso ANAMT**, Belo Horizonte, p. 2085-2089, abril-maio, 2001. CD-ROM.

CHILLIDA, M. S. P., COCCO, M. I. M. **Gênero, trabalho e saúde**: aspectos teóricos. Campinas, Relatório Final de Pesquisa. SAE / UNICAMP/ 1999.

COCCO, M. I. M. **Trabalho, qualidade de vida e cidadania**. Projeto de Pesquisa. Campinas, 2000.

CREMER, R. Work ability in relation to age. *In*: Goedaard, W.J.A. **Aging and work 3**. ICOH. Scientific Committee "Aging and work", The Netherlands, 1996.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Cortez: São Paulo, 1992.

ESTRYN-BEHAR, M. Ergonomia hospitalar. **Rev. Enf. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 247-256, dez. 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 18 nov. 2001.

ILMARINEN, J. Aging at work – coping with strengths and weaknesses. **Scand. J. Work Environ Health**, n. 23, suppl. 1, p. 3-5, 1997.

ILMARINEN, J. Aging workers. **Occup. & Environ. Med.** Helsinki. v. 58, n. 8, p. 546-552, Aug. 2001.

ILMARINEN, J. ; RANTENEN, R. Promotion of work ability during aging. **Am. J. Med.** Helsinki. Suppl 1, p. 21-23, 1999.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde Públ.**, n. 21, p. 200-210, 1987.

KELLER, L. R.; COCCO, M. I. M. Mulher, trabalho e saúde: um estudo sobre trabalhadoras de enfermagem. Campinas, **Relatório Final de Pesquisa**. SAE/ UNICAMP/ 1998.

LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E., WALDOW, V. R. (org.) **Gênero & saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOPES, M. J. Pensando mulher, saúde e trabalho no hospital. **Rev. Gaúcha de Enf.**, v. 13, n. 1, p. 34-36, 1992.

LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. O trabalho do enfermeiro no processo de viver e ser saudável. **Texto & Contexto Enf.**, v. 8, n. 1, p. 13-30, 1999.

METZNER, R. J.; FISCHER, F. M. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 548-553. 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

MONTEIRO, M. S. **Envelhecimento e capacidade para o trabalho entre trabalhadores brasileiros**. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, USP.

OLIVEIRA, E. M. Um olhar de gênero sobre os riscos do processo de trabalho. In: **CUT Saúde, meio ambiente e condições de trabalho**: conteúdos básicos para uma ação sindical. São Paulo: CUT, p. 143-168, 1996.

OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. (org.) **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El envejecimiento y la capacidad de trabajo**. Ginebra: OMS, 1993.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Públ.**, n. 21, p. 211-224, 1987.

ROBAZZI, M. L. C. C. et al. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enf.**, v. 52, n. 3, p. 331-338, 1999.

SEGNINI, L. R. P. **Desemprego e terceirização**: trabalho, qualificação e direitos. 1997. no prelo.

SEGNINI, L. R. P. **Constantes recomeços**: homens e mulheres em situação de desemprego. 1999. no prelo.

SEITSAMO, J.; ILMARINEN, J. Life-style, aging and work ability among active Finnish workers in 1981 – 1992. **Scand. J. Work Environ Health**, n. 23, suppl 1, p. 20-26, 1997.

SEITSAMO, J.; KLOCKARS, M. Aging and changes in health. **Scand. J. Work Environ Health**, n. 23, suppl 1, p. 27-35, 1997.

SILVA, V. E. F. et al. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Enf.**, v. 51, n. 4, p. 603-614, 1998.

TUOMI, K. et al. **Índice de Capacidade para o Trabalho**. Helsinki, 1994. Traduzido por FISCHER, F. M. et al, 1997a.

TUOMI, K. et al. Summary of the Finnish research project (1981 – 1992) to promote the health and work ability of aging workers. **Scand. J. Work Environ Health**, n. 23 suppl 1, p. 66-71, 1997b.

TUOMI, K. et al. Aging, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981 - 1992. **Scand. J. Work Environ Health**, n. 23, suppl 1, p. 58-65, 1997c.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Públ.**, n. 21, p. 225-233, 1987.

VERAS, R. P. Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges. **Rev. Saúde Públ.**, v. 25, n. 6, p. 476-488, 1991.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ, 1994.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

14. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986. p. 29-86.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-250.

BANDEIRA, L.; OLIVEIRA, E. M. Representações de gênero e moralidade na prática profissional da enfermagem. **R. Bras. Enf.**, v. 51, n. 4, p. 677-696, 1998.

BARNES-FARRELL, J. et al Comparision of work ability for health care workers in five nations. *In*: INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON WORK ABILITY, 1. Tampere, Finland, Sept. 2001.

BERQUÓ, E. S. et al. **Bioestatística**. EPU: São Paulo, 1981.

COCCO, M. I. M. Trabalho & educação: novas possibilidades para antigos problemas. *In*: BAGNATO, M.H.S.; COCCO, M.I.M.; DE SORDI, M.R.L. **Educação saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares**. Campinas: Alínea, 1999.

COCCO, M. I. M. **Reestruturação produtiva e o setor saúde:** trabalhadores de enfermagem em saúde coletiva. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto, 1997.

COSTA, G. Trabalho e envelhecimento. **Proteção**. p. 46-55, fev. 2001.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES. **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho:** conteúdos básicos para uma ação sindical. CUT: São Paulo, 1996.

FISCHER, F. M. ; MORENO, C. R. C., FERNANDEZ, R. L. Day and shiftworkers' leisure time. **Ergonomics**. v. 36, n. 1-3, p. 43-49, 1993.

FISCHER, F. M. et al. Aging at work: survey among health care shiftworkers of São Paulo, Brazil. In: Congress HFES, 2000.

FISCHER, F. M. ; BELLUSCI, S. M. Work Ability Index: survey among health care shiftworkers of São Paulo, Brazil. In: Homberger S. et al. (eds.). **Shift work in the 21st Century**. Germany, 2000

FISCHER, F. M. et al. Unveiling factors that contribute to functional aging among health care shift workers in São Paulo, Brazil. **Experimental Aging Research**, v. 28, n. 1, p. 73-86, jan. 2002.

HUUHTANEN, P. et al. Changes in stress symptoms and their relationship to changes at work in 1981 - 1992 among elderly workers in municipal occupations.

Scand. J. Work Environ Health, n. 23, suppl. 1, p. 36-48, 1997.

ILMARINEN, J. et al. Changes in the work ability of active employees over an 11 – year period. **Scand. J. Work Environ Health**, n. 23, suppl 1, p. 49-57, 1997.

ISKRA-GLEC, I. Work ability assesment and perception of on-the-job and off-the-job and personal age in Polish nurses. In: **1st International Symposium on Work Ability**. Tampere, Finland, Sept. 2001.

NYGÅRD, Clas-Håkan, P. H. et al. Perceive work changes between 1981 and 1992 among aging workers in Finland. **Scand. J. Work Environ Health**, n. 23, suppl 1, p. 12-19, 1997.

PEREIRA, W. R.; SILVA, G. B. A mulher, o trabalho e a enfermagem profissional – algumas considerações sob a ótica do gênero. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 18-32, 1997.

TUOMI, K. et al. Finnish research project on aging workers in 1991-1992. **Scand. J. Work Environ Health**, n. 23, suppl. 1, p. 7-11, 1997.

ANEXO 1

Questionário - COCCO (1996)

Nº _____

1. Qual é o seu sexo?
Feminino ()
Masculino ()
2. Qual é a sua idade? _____ anos
3. Qual é o seu estado conjugal?
Solteiro (a) ()
Casado (a) ()
Vive com companheira (o) ()
Separado (a) ()
Divorciado (a) ()
Viúvo (a) ()
4. Assinale o grau mais alto que você cursou:
Primário incompleto ()
Primário completo ()
Ginásio completo ()
Colegial completo ()
Curso superior incompleto ()
Curso superior completo ()
Pós – graduação () Qual? _____
5. Há quanto tempo você trabalha na empresa? _____
6. Qual é a sua função? _____ Turno _____
7. Exerce cargo de chefia?
Sim () Não ()
8. Descreva o que você faz no seu trabalho

9. Descreva os seus empregos anteriores começando do anterior ao primeiro:

Empresa	Ramo de atividade	Duração	Função	Riscos à saúde no trabalho

10. Você desenvolve outra atividade profissional remunerada?

Não () Sim () Qual(is)? _____

Durante quantas horas? _____

11. Você realiza tarefas domésticas?

Não () Sim ()

Durante quantas horas por semana? _____

12. Quanto tempo você gasta por dia para ir e voltar ao trabalho no total, incluindo os deslocamentos no horário de almoço? _____ horas e _____ minutos

13. Atividades de lazer:

() Ir ao cinema () Leitura de livros

() Leitura jornal / revista () Almoçar / jantar fora de casa

() Passear () Frequentar associação

() Frequentar Igreja () Reunião com amigos

() Visitar família () Praticar exercícios físicos

() Ouvir música () Outros _____

14. Atividade física:

Atividade Física	Realiza	Não realiza	Duração (minutos)	Frequência na semana
Caminhada				
Ciclismo				
Natação				
Ginástica (em casa)				
Ginástica (academia)				
Outros. Qual?				

15. Quanto tempo você gasta na educação dos filhos, diariamente (cuidado com os filhos – alimentação, higiene, educação, escola)?

Questionário do Índice de Capacidade para o Trabalho - TUOMI et al (1997)

16. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual?

**Estou
incapaz
para o
trabalho**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Estou em minha
melhor
capacidade para o
trabalho**

17. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)

- () Muito boa
 () Boa
 () Moderada
 () Ruim
 () Muito ruim

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

- () Muito boa
 () Boa
 () Moderada
 () Ruim
 () Muito ruim

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

Em Diagnóstico
 minha médico
 opinião

- | | | | |
|-----|-----|----|---|
| () | () | 01 | Lesão nas costas |
| () | () | 02 | Lesão nos braços e/ou mãos |
| () | () | 03 | Lesão nas pernas e/ou pés |
| () | () | 04 | Lesão em outras partes do corpo. Onde? Que tipo de lesão? _____ |
| () | () | 05 | Doença da parte superior das costas, com dores freqüentes |
| () | () | 06 | Doença da parte inferior das costas, com dores freqüentes |
| () | () | 07 | Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática) |
| () | () | 08 | Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços, pernas) com dores freqüentes |
| () | () | 09 | Artrite reumatóide |
| () | () | 10 | Outra doença músculo-esquelética, qual? _____ |
| () | () | 11 | Hipertensão arterial (pressão alta) |
| () | () | 12 | Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris) |
| () | () | 13 | Infarto do miocárdio, trombose coronariana |
| () | () | 14 | Insuficiência cardiovascular, qual? _____ |
| () | () | 15 | Outra doença cardiovascular, qual? _____ |
| () | () | 16 | Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda) |

Em minha opinião	Diagnóstico médico	
()	()	17 Bronquite crônica
()	()	18 Sinusite crônica
()	()	19 Asma
()	()	20 Enfisema
()	()	21 Tuberculose pulmonar
()	()	22 Outra doença respiratória, qual? _____
()	()	23 Distúrbio emocional grave (ex: depressão severa)
()	()	24 Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)
()	()	25 Problema ou diminuição da audição
()	()	26 Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos de grau e/ou lentes de contato)
()	()	27 Doença neurológica, por exemplo acidente vascular cerebral ou derrame cerebral, neuralgia, enxaqueca, epilepsia
()	()	28 Outra doença neurológica ou dos órgãos do sentido, qual? _____
()	()	29 Pedras ou doença de vesícula biliar
()	()	30 Doença do pâncreas ou do fígado
()	()	31 Úlcera gástrica ou duodenal
()	()	32 Gastrite ou irritação duodenal
()	()	33 Colite ou irritação do cólon
()	()	34 Outra doença digestiva, qual? _____
()	()	35 Infecção das vias urinárias
()	()	36 Doença dos rins
()	()	37 Doença nos genitais e aparelho reprodutor (por exemplo problemas nas trompas ou na próstata)
()	()	38 Outra doença geniturinária, qual? _____
()	()	39 Alergia, eczema
()	()	40 Outras erupções, qual? _____
()	()	41 Outra doença de pele, qual? _____
()	()	42 Tumor benigno
()	()	43 Tumor maligno (câncer), onde? _____
()	()	44 Obesidade
()	()	45 Diabetes
()	()	46 Bócio ou outra doença da tireóide
()	()	47 Outra doença endócrina ou metabólica, qual? _____
()	()	48 Anemia

Em Diagnóstico
minha médico
opinião

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49 | Outra doença do sangue, qual? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50 | Defeito de nascimento, qual? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 51 | Outro problema ou doença, qual? _____ |

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

- ☐ Não há impedimento/ Eu não tenho doenças
- ☐ Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele provoca alguns sintomas
- ☐ Algumas vezes eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- ☐ Frequentemente eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- ☐ Por causa de minha doença, eu me sinto capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
- ☐ Em minha opinião, eu estou totalmente incapacitado para trabalhar

21. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a um problema de saúde, uma consulta médica ou para fazer um exame durante os últimos doze meses?

- ☐ Nenhum
- ☐ até 15 dias
- ☐ de 16 a 24 dias
- ☐ de 25 a 99 dias
- ☐ de 100 a 365 dias

22. Você acredita que, do ponto de vista de sua saúde, você será capaz de, daqui a dois anos, fazer seu trabalho atual?

- ☐ é improvável
- ☐ Não estou muito certo
- ☐ Bastante provável

23. Ultimamente você tem se sentido capaz de apreciar suas atividades diárias?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

24. Você recentemente tem se sentido ativo e alerta?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

25. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

- ☐ Continuamente
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

ANEXO 2

Consentimento Livre e Esclarecido

Responsável pela pesquisa: Erika Christiane Marocco Duran

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Monteiro Cocco

Nome do Funcionário: _____

Endereço: _____

Esta pesquisa procura avaliar a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem no serviço de urgência (Pronto Socorro) de um Hospital Universitário. Contudo, você tem o direito de se recusar a participar desta pesquisa sem que isso prejudique o andamento da mesma ou o prejudique em seu trabalho. As informações coletadas apresentam caráter confidencial, garantindo sua privacidade, visto que sua identificação não será exposta nas conclusões ou publicações derivadas desta pesquisa. Estará garantido o direito de esclarecimento de eventuais dúvidas antes, durante e após o desenvolvimento deste trabalho.

Assinatura do funcionário

Assinatura da responsável pela pesquisa

Telefone da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa para recursos ou reclamações : (19) 7888936

Telefone de contato da responsável pela pesquisa: (19) 38614264