

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

Maria Luiza Figueiredo Nogueira

AFASTAMENTOS POR ADOECIMENTO DE TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA

Rio de Janeiro

2007

Maria Luiza Figueiredo Nogueira

Afastamentos por adoecimento de trabalhadores de enfermagem em oncologia

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação, Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Cuidado em enfermagem-o cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado.

Orientadora: Prof^a. Dra. Enedina Soares

Rio de Janeiro
2007

MARIA LUIZA FIGUEIREDO NOGUEIRA**Afastamentos por adoecimento de trabalhadores de enfermagem em oncologia**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação, Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Enedina Soares
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Profª. Dra. Maria Yvone Chaves Mauro
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Profª. Dra. Leila Rangel da Silva
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Profª. Dra. Silvia Teresa Carvalho de Araújo
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Profª. Dra. Teresa Tonini
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Agradeço a Deus, pela maneira maravilhosa com que tem guiado a minha vida.

A Marcio pelo amor compreensão ajuda companheirismo e por tudo que compartilhamos durante todos esses anos e sempre me estimulou confiando em mim e apoiando para alcançar mais este objetivo.

Ao meu filho Calac por tudo de mais belo que representa sendo fonte de renovação e continuidade.

Aos meus pais Zélia e Antonio Nogueira por serem responsáveis por eu ter chegado até aqui, exemplo de luta e perseverança diante das dificuldades da vida e pelos sólidos valores que me foram passados.

Agradeço especialmente a Prof. Dra. Enedina Soares, que sem me conhecer aceitou ser minha orientadora conduzindo-me com liberdade em todas as necessidades decorrentes do desenvolvimento deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIRIO que me acolheu.

A todos os professores do mestrado, pois cada um deles contribuiu de alguma forma para o meu conhecimento.

Aos colegas do Curso de Mestrado, e em especial a Célia Helena, com os quais pude compartilhar momentos de alegria, conhecimento e angústias.

A Maria Teresa dos Santos Guedes pelo incentivo, estímulo e companheirismo em todos os momentos.

A Rosana Thode que me substituiu na gerência do ambulatório com dedicação e competência.

A minha equipe do ambulatório que se esforçou para que tudo desse certo durante a minha ausência.

A Valdete de Oliveira Santos que como chefe imediata me incentivou e apoiou integralmente.

A Ailse Bittencourt chefe da Divisão de Enfermagem do HCI pelo apoio.

Ao Instituto Nacional de Câncer que me permitiu desenvolver a pesquisa.

Aos trabalhadores de enfermagem do ambulatório em especial, aos adoecidos, muitas vezes submetidos a uma experiência amarga da incompreensão e a falta de solidariedade, em relação à limitação apresentada.

“Penso que só há um caminho para a ciência ou para a filosofia: encontrar um problema, ver a sua beleza e apaixonarmo-nos por ele: casar e viver feliz com ele até que a morte nos separe – a não ser que encontremos um outro problema ainda mais fascinante, ou, evidentemente, a não ser que obtenhamos uma solução”.

Karl Popper

RESUMO

Trata-se de um estudo sobre causas de afastamentos do trabalho por adoecimento do profissional de enfermagem do ambulatório de uma instituição oncológica, objetivando investigar as causas do afastamento, levantar frequência e tempo de absenteísmo referido pelos componentes da equipe de enfermagem, delinear o perfil do trabalhador e discutir os reflexos destes afastamentos. A investigação foi de natureza descritiva com abordagem quantitativa. O estudo realizou-se com uma amostra de 135 componentes da equipe de enfermagem. Foram utilizados 2 formulários para delineamento do perfil do trabalhador e para levantamento dos problemas de saúde-doença e licenças médicas. Os dados foram analisados com o auxílio do programa *Microsoft Excel Office XP* e tratados por meio de estatística descritiva. Os resultados evidenciaram ser a maioria do sexo feminino, com idade entre 40 e 49 anos, com média de 21 anos trabalhados na instituição e 8.47 anos de trabalho no ambulatório. Do total dos profissionais, 60.0% são plantonistas, 82.2% cumprem 40 horas semanais, 77.0% são estatutários, 55.6% têm outro vínculo empregatício e 51.8% levam mais de 2 horas no deslocamento de casa para o trabalho. Cada trabalhador entrevistado apresentou, pelo menos, um problema de saúde, 81.5% acreditam que as doenças referidas estão associadas ao trabalho ou agravadas pelo seu desempenho profissional. Destes, 73.9% fazem algum tratamento de saúde, 80.0% por doenças do sistema músculo esquelético, 68.1% por doenças cardiovasculares, 48.9% por transtornos mentais e comportamentais. Verificou-se que 47.4% das licenças médicas referidas pelos trabalhadores foram de longa duração, sinalizando a ocorrência de maior incidência de doenças de solução lenta. Também, a maioria relata chegar bem disposta mentalmente e fisicamente ao trabalho, mas saem indispostos mental (69.6%) e fisicamente (65.9%). A associação entre carga horária e sensação ao final da jornada de trabalho nos apontou que os profissionais com 20 horas semanais não se sentem indispostos ($X^2=5.98\%$). Considerou-se que o adoecimento do trabalhador poderia ser reduzido com adoção de políticas preventivas que melhorassem as condições de saúde e trabalho nesta instituição. O índice de absenteísmo por doenças elevado indicou a necessidade de elaborar programa para melhoria das condições de trabalho e sugere também a criação de banco de dados para otimizar o registro das faltas, facilitando seu controle e possibilitando futuras pesquisas. Alcançada a finalidade que era contribuir para tornar mais visíveis os problemas de saúde que atingem os trabalhadores deste estudo, auxiliando na instrumentalização dos futuros membros desta categoria profissional para a prevenção de seus desgastes e construção de uma vida mais saudável, livre das doenças e acidentes do trabalho, conclui-se que muito ainda está por se fazer como vencer as dificuldades no estabelecimento do nexos entre o adoecimento e trabalho, reestruturando os sistemas de informação em saúde, envolvendo vigilância epidemiológica, desenvolvimento de ações inter-institucionais e multidisciplinares em saúde e trabalho, superar a concepção biologicista que ainda predomina na análise do processo saúde-doença e estabelecer relação entre o trabalho e esse processo para que os acidentes e as doenças decorrentes do trabalho deixem de ser tratados como algo normal ou natural.

Descritores: Saúde do trabalhador. Oncologia. Enfermagem.

ABSTRACT

Study on the causes for work leave due to sickness of nursing professionals of the ward of an oncology hospital. It aims at investigating the causes for leave, measuring frequency and time of absence referred by the members of the nursing team, delineating the profile of workers, and discussing the implications for the leave. The investigation was a descriptive one with a quantitative approach. The study was developed with a sample of 135 subjects of the nursing team. Two forms were used to delineate the profile of workers and to inquire the health-sickness problems and medical leave. The data were analysed with the instrumental help of *Microsoft Excel Office XP* and dealt with through descriptive statistics. Results indicated that the majority is of female, aged 40 to 49 years, with an average of 21 years of work at the institution and 8.47 years of work at the ward. From the total number of professionals, 60.0% are night nurses, 82.2% work 40 hours per week, 77.0% are civil servants, 55.6% have other work links, and 51.8% take more than two hours in their journey to work. Each interviewed worker presented at least one health problem, 80% believe that the referred diseases are either associated to or aggravated by their professional activity. Among these workers, 73.9% go under some health treatment, 80.0% due to the skeleton muscle system, 68.1% due to heart condition, 48.9% due to mental illness and behavior disorder. It was observed that 47.4% of work leave were of long duration, indicating a larger incidence of diseases of long term treatment solution. Also, the majority report to arrive mentally and physically well at work but leave work mentally weak (69.6) and physically indisposed. The relationship between work hours and sensation at the end of the work day indicated that professionals who work 20 hours per week do not feel indisposed ($X^2=5.98\%$). It was considered that illnesses of the workers could be reduced if preventive policies were adopted in order to improve the health and work conditions in this institution. The high rate of absence due to diseases indicated the need to implement programs meant to improve work conditions and suggests the foundation of a database aiming at improving the register of absences, facilitating its control and allowing the development of future researches. The research contributes to make more visible the health problems that affect the workers involved in this study, helping in the capacitation of future members of this professional category to prevent their weariness and construct a healthier life, free from diseases and work accidents. As a conclusion, we can say that there is much to be done to advance our knowledge about the relationship between disease and work. Therefore, it is advisable to improve the information system now available, involving epidemiological vigilance, development of interinstitutional and multidisciplinary actions in health and work. This will help overcome the biologicist notion that still prevails on the relationship between health-disease and work.

Descriptors: Worker's health. Oncology. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de freqüências simples e percentuais quanto ao sexo.....	54
Tabela 2	Distribuição de freqüências simples e percentuais quanto à faixa etária.....	56
Tabela 3	Associação entre faixa etária e doenças osteomusculares.....	57
Tabela 4	Associação entre faixa etária e transtornos mentais.....	57
Tabela 5	Distribuição freqüências simples e percentuais quanto categoria profissional.....	58
Tabela 6	Distribuição de freqüências simples e percentuais quanto ao setor atual de trabalho.....	60
Tabela 7	Medidas de tendência central e variação do tempo de trabalho na instituição e tempo de trabalho no ambulatório.....	61
Tabela 8	Associação entre tempo de trabalho na instituição e licença médica.....	62
Tabela 9	Distribuição de freqüências simples e percentuais relacionada ao trabalho.....	63
Tabela 10	Distribuição de freqüências simples e percentuais quanto à realização de exame periódico de saúde e se faz algum tratamento de saúde.....	70
Tabela 11	Distribuição de freqüências simples e percentuais quanto a alguma vez ter necessitado de licença médica.....	71
Tabela 12	Distribuição de freqüência simples quanto ao tempo de afastamento por licença médica referido pelos trabalhadores.....	71
Tabela 13	Distribuição de freqüências simples e percentuais quanto ao motivo de licença médica referido pelo trabalhador.....	74
Tabela 14	Associação entre tempo de trabalho na instituição e transtornos mentais.....	85

Tabela 15	Distribuição de frequências simples e percentuais de acordo com as condições físicas e mentais dos respondentes no início e final da jornada de trabalho	99
Tabela 16	Associação entre carga horária e sensação mental ao final da jornada de trabalho.....	102
Tabela 17	Associação entre sexo e sensação física do trabalhador ao chegar ao trabalho....	102
Tabela 18	Associação entre sexo e sensação mental do trabalhador ao chegar ao trabalho..	103
Tabela 19	Associação entre sexo e sensação física ao final da jornada de trabalho.....	103
Tabela 20	Associação entre sexo e sensação mental ao final da jornada de trabalho.....	103

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição de freqüências percentuais quanto ao sexo.....	54
Gráfico 2	Distribuição de freqüências percentuais quanto à escolaridade.....	59
Gráfico 3	Distribuição de freqüências percentuais quanto ao tempo de deslocamento para chegar ao trabalho.....	64
Gráfico 4	Distribuição de freqüências percentuais quanto a ter referido algum problema de saúde adquirido após o ingresso na instituição.....	68
Gráfico 5	Distribuição de freqüências percentuais quanto a esses problemas terem surgido após ingresso na instituição.....	69
Gráfico 6	Distribuição de freqüências percentuais quanto a problemas terem relação com seu trabalho.....	69
Gráfico 7	Distribuição de freqüências percentuais quanto ao tempo de afastamento por licença médica referido pelos trabalhadores.....	72
Gráfico 8	Distribuição de freqüências percentuais quanto aos motivos de licenças médicas referidos pelos trabalhadores.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AT	Acidente de Trabalho
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª versão
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
DCV	Doença cardiovascular
DISAT	Divisão de Saúde do Trabalhador
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
IEA	International Ergonomics Association
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
MS	Ministério da Saúde
MTb	Ministério do Trabalho e Emprego
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RJU	Regime Jurídico Único
SUS	Sistema Único de Saúde
SGA	Síndrome Geral de Adaptação
X²	Qui-quadrado

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
Objetivos.....	22
REFERENCIAL TEÓRICO	23
Breve histórico.....	23
Processo de trabalho.....	27
Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho.....	29
O estresse e suas características.....	32
Absenteísmo X Afastamento.....	36
Riscos ocupacionais em enfermagem.....	38
O trabalho da enfermagem em oncologia.....	45
METODOLOGIA	48
Tipo de estudo e técnicas de abordagem.....	48
Campo do estudo.....	48
População.....	48
Critérios de inclusão.....	50
Critérios de exclusão.....	50
Coleta de dados.....	50
Método de análise estatística.....	51
Aspectos éticos da pesquisa.....	52
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES	
Formulário de coleta de dados 1ª parte – Delineamento do perfil do trabalhador de enfermagem do ambulatório.....	120
Formulário de coleta de dados 2ª parte – Levantamento dos problemas saúde-doença do trabalhador de enfermagem do ambulatório.....	121
Termo de consentimento livre e esclarecido.....	123
Tabela de distribuição de frequência simples quanto a faixa etária e gênero.....	125
Tabela de distribuição de frequência simples e percentual quanto a ter referido algum	

problema de saúde adquirido após o ingresso na instituição.....	126
Tabela de distribuição de frequências simples e percentuais quanto aos problemas terem aparecido após ingresso na instituição e se relacionam com o trabalho.....	127
Gráfico de distribuição de frequências percentuais quanto a fazer algum tratamento de saúde.....	128
Tabela de doenças referidas pelos trabalhadores entrevistados.....	129
ANEXOS	
ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa/ INCA.....	132

INTRODUÇÃO

A experiência profissional como enfermeira atuante em uma instituição especializada em oncologia mostra que o enfrentamento de uma doença como o câncer revela o paradoxo da existência humana, pois contém, dialeticamente, expressões de vida e de morte, já que é uma doença degenerativa, crônica e de caráter evolutivo insidioso, e, quando em estágio avançado, tem poucas possibilidades de cura. Nas palavras de Campos (2005, p.24), o diagnóstico de câncer “é um divisor de águas na vida do indivíduo e sua família”, uma nova realidade que, para ser vivida, necessita de mudanças na rotina familiar, períodos de adaptação e redefinições para o enfrentamento de novas situações.

Como doença de tratamento longo, o câncer conduz a um contato estreito e prolongado entre o portador, seus familiares e os profissionais de enfermagem. Esse contato proporciona relacionamento interpessoal intenso, gera laços de amizade, exige que se tenha um comportamento empático e, até, cada vez mais comprometido com o paciente. Como nossa graduação pressupõe participar da recuperação da saúde do indivíduo acometido por doença, torna-se frustrante e desgastante para os profissionais cuidar de pacientes oncológicos, pois a cura nem sempre ocorre com portadores de câncer (SPINDOLA; MACEDO, 1994; POPIM, 2001; CAMPOS, 2005).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), através de dados estatísticos, estimou que esta doença acometeria cerca de 472.050 indivíduos em 2006, sendo 234.570 para o sexo masculino e 237.480 para o sexo feminino (BRASIL, 2007). Ainda de acordo com o INCA, o número de casos de câncer no Brasil e no mundo tem crescido, acompanhando o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, do envelhecimento populacional. Este fato resulta dos avanços científicos e tecnológicos na área das ciências da saúde, da urbanização acelerada e dos novos estilos de vida e trabalho, além de novos padrões de consumo. Tal situação levou a União Internacional Contra o Câncer, em 2005, a divulgar uma estimativa de 15 milhões de casos novos e 12 milhões de mortes para 2020 (BRASIL, 2007).

Este panorama, e considerando que o ambiente de trabalho do enfermeiro oncologista é a

instituição hospitalar, remete ao estudo de Pitta (1994) acerca das causas de absenteísmo num hospital, que aponta, como principal motivo, o sofrimento psíquico apresentado pelos profissionais.

Parece que a vivência profissional no cuidar implica uma tensão emocional constante, atenção e grandes responsabilidades a cada gesto no trabalho. Assim é a natureza do trabalho em saúde, porque resulta em lidar com a dor, com o sofrimento e com a morte de pacientes, o que afeta os trabalhadores de instituições hospitalares, propiciando o surgimento da síndrome de *Burn-out*. O termo *burn-out* é usado para definir o desgaste do profissional com o trabalho e foi empregado, primeiramente, em 1974, por Freudenberger, para o sentimento de fracasso e exaustão causados por um excessivo desgaste de energia e de recursos entre profissionais que trabalhavam diretamente com pacientes dependentes de substâncias químicas. Surge como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato excessivo com outros seres humanos (CAMPOS, 2005; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

As condições de trabalho da equipe de enfermagem nos hospitais há muito tempo têm sido consideradas inadequadas devido às especificidades do ambiente e das atividades insalubres executadas. Também, sabe-se que as instituições hospitalares são organizações altamente complexas, tanto pelos serviços prestados como pela diversidade de trabalhadores. Ainda, os usuários destas instituições passam por dramáticas situações para a resolução de problemas ligados ao processo saúde-doença, como é o caso dos pacientes oncológicos (MOURA, 1992; MARZIALE, 2001; BARBOZA; SOLER, 2003).

Quanto ao exercício profissional em hospitais, Rocha, Marziale e Robazzi (2004) referem que as condições de trabalho dos trabalhadores de enfermagem ocasionam agravos à saúde produzidos pelo ambiente de trabalho, forma de organização e atividades insalubres que executam. Para estas autoras, agentes físicos, químicos e biológicos, além de fatores ergonômicos e psicossociais geram os riscos ocupacionais que atingem os trabalhadores de enfermagem.

Haag, Lopes e Schuck (2001) também apontam o cenário hospitalar como desgastante e frustrante devido ao tipo de trabalho com forte carga emocional pelo enfrentamento constante do limite entre a vida e a morte.

Lunardi Filho (2000) menciona que, no ambiente hospitalar, cabe à enfermagem a responsabilidade primordial de cuidar continuamente dos doentes, implementando-lhes cuidados

e ações terapêuticas. Por este motivo, são esses os profissionais que mais se aproximam dos pacientes. Apesar desta responsabilidade, Popim (2001) refere que o hospital é o local onde o enfermeiro tem menos autonomia quando se discute a vida e morte de um doente. A autora explica que os enfermeiros estão conscientes dessa falta de autonomia, com a qual nem sempre estão de acordo. Isto gera sofrimento psíquico no trabalhador de enfermagem, especialmente em oncologia.

De acordo com Pizzoli (2004), uma instituição hospitalar pode ser comparada a qualquer outra organização empresarial em termos de gerência administrativa e os resultados de seu desempenho podem ser influenciados por fatores externos ou internos à organização. Implica em atuações profissionais diretamente ligadas aos princípios de manutenção e recuperação da saúde ou o sustento da própria existência.

Em oncologia, esses princípios nem sempre podem ser atendidos. A morte é freqüente, o que é frustrante para esses profissionais. Por isso, a enfermagem é submetida a situações geradas pelas atividades inerentes à função, a qual envolve inúmeros elementos negativos proporcionados pelo ambiente caracterizado pela doença estigmatizada como fatal, e que, às vezes, é mesmo fatal. Esta realidade torna-se mais chocante nos hospitais onde profissionais, que procuram auxiliar na cura, vivem o paradoxo de estarem sujeitos às mesmas enfermidades que os pacientes entregues aos seus cuidados (BARROS et al, 2003; CAMPOS, 2005).

Apesar da crença de que a atuação da enfermagem no espaço ambulatorial constitui-se de ações simples, burocráticas ou destituídas de complexidade, não é o que se observa em relação à equipe de enfermagem que atua com portadores de câncer em um hospital especializado do qual fazemos parte. A área ambulatorial compreende os setores de diagnóstico, tratamento oncológico clínico e cirúrgico, além de reabilitação. Neste ambulatório, são atendidos, em média mensal, no período de 12 horas diurnas, 11.700 (onze mil e setecentos) clientes, em fase de triagem (pré-matricula), avaliação da extensão da doença (estadiamento) ou tratamento oncológico.

Os clientes atendidos são submetidos aos mais diversificados procedimentos invasivos, como biópsias, cirurgias endoscópicas de pequeno a médio porte, exéreses de pequenos tumores, traqueostomias, toracocenteses, paracenteses, exames radiológicos contrastados, colocação de cateteres, dilatações (uretra, estomas), desbridamentos de tecidos necrosados em feridas, curativos de feridas tumorais, além dos procedimentos terapêuticos, como hemoterapia,

imunoterapia, quimioterapia, radioterapia e outros procedimentos de risco, como o manuseio de cateteres venosos de longa permanência, totalmente implantados ou semi-implantados, e estomaterapia. Também, são realizados procedimentos de menor complexidade, como curativos cirúrgicos não infectados, retirada de pontos, preparo para exames, administração de medicamentos por via oral e parenteral, punção de vasos periféricos e coleta de material para exames.

Sabe-se que o número de casos de câncer está em elevação (INCA, 2007) devido ao aumento da longevidade do brasileiro. De um modo geral para ambos os sexos a esperança de vida ao nascer passa de 62,7 anos para 68,9 anos segundo o IBGE. A expectativa de vida para daqui a cinco anos é de 72,9 anos para o sexo feminino e 65,1 anos para o masculino (IBGE, 2005). As implicações disso são que a demanda assistencial leva ao aumento da carga de trabalho e do grau de complexidade das ações de enfermagem em oncologia, o que proporcionalmente pode gerar maior desgaste físico e emocional deste trabalhador.

Considerando que o maior contingente de uma instituição hospitalar é de profissionais de enfermagem devido à tarefa primeira de cuidar diretamente do doente, conforme afirma Lunardi Filho (2000), e que estes profissionais permanecem, por muitas horas, dentro do ambiente no qual predomina a doença, é natural a exposição a elevados níveis estressores como, por exemplo, carga horária extensa, falta de autonomia e principalmente o trabalho direcionado ao indivíduo portador de câncer que, por vezes, não tem remissão com o tratamento ou que apresenta recidiva da doença, gerando frustração e desesperança nos profissionais.

Tratando-se de ambiente hospitalar e da comunidade de enfermagem, é possível adotar a concepção ecológica de saúde-doença. Nesta concepção são entendidos como fenômenos ecológicos aqueles que envolvem o ambiente dos indivíduos e que trazem os conceitos de equilíbrio e adaptação. Assim, o desequilíbrio (ou desadaptação) leva à enfermidade e as condições de adaptabilidade significam saúde. O conceito ecológico de saúde-doença amplia os espaços de suas determinações, que passam a ser de caráter multicausal (AROUCA, 2003).

De acordo com a definição de Arouca (2003) e com nossa vivência profissional, percebe-se que a determinação multicausal pode ser representada pela exposição aos riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social. Também, Barboza e Soler (2003) corroboram este pensar e acrescentam que vários estudos indicam que os serviços de

saúde, geralmente, oferecem as piores condições de trabalho para a enfermagem, quando comparada a outros serviços, mesmo que se tenha em conta que esta equipe representa a maior força de trabalho dentro dos hospitais.

Neste contexto, torna-se difícil ter satisfação no trabalho. Ao que parece, ela favorece o envolvimento, que é fundamental, juntamente com a motivação, gerando aumento de produção, qualidade no trabalho e aprimoramento pessoal e profissional. Se os profissionais não se sentem reconhecidos e estimulados, pode ocorrer um processo de desvalorização de si mesmo. Este processo pode ser somado ao desconforto de um ambiente, nem sempre favorável quanto aos aspectos ergonômicos, no qual o dimensionamento quantitativo e qualitativo insuficiente de pessoal é uma constante associada, gerando ou proporcionando sofrimento e angústia (MOURA, 1992).

Observa-se, no dia-a-dia de nossa vivência técnica nesses serviços, que todos os procedimentos relacionados ao diagnóstico, tratamento e assistência a situações emergenciais decorrentes da doença ou da terapêutica são desenvolvidos numa clientela muito espoliada pela doença de natureza crônica e degenerativa. A enfermagem cuida desses clientes em diferentes faixas etárias, desde crianças até idosos, durante sua permanência no ambulatório, algumas vezes por todo o período diurno, ouvindo queixas ou observando sinais como a dor, a fadiga, o estresse, náuseas, vômitos, febre, episódios de sangramento, lipotímias, dentre outros. Alguns aspectos socioeconômicos também estão presentes, como a fome, a falta de dinheiro para o transporte, os conflitos familiares e, por vezes, o abandono (BRASIL, 2001).

Estudos de Silva, Kurcgnant e Queiroz (1998) denotam que esse modo de produção pode gerar processos de adaptação destrutivos da integridade biopsíquica, com perda da capacidade efetiva, temporária ou definitiva. De acordo com as autoras, os processos de adaptação destrutivos somados às cargas de trabalho configuram o processo de desgaste dos indivíduos. O desgaste, por sua vez, combinado ao modo de produção e aos processos de adaptação, determina certas doenças no grupo de enfermagem, o que se denomina perfil patológico.

Também, sabe-se que o estresse produz deficiência imunológica que somada a outros fatores como tabagismo, etilismo e doenças degenerativas como diabetes, hipertensão arterial ou doenças vasculares, pode levar a equipe a desenvolver neoplasia maligna. Por isso, a saúde ocupacional e bem-estar no trabalho interferem, positiva ou negativamente, na vida social e

familiar dos profissionais de enfermagem e na qualidade da assistência prestada aos clientes (LINO, 1999; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

O desgaste natural decorrente das situações de trabalho, aliado ao desgaste psíquico do conviver constante com o sofrimento alheio, é motivo suficiente para justificar a necessidade de maior atenção à satisfação no trabalho de indivíduos que atuam em hospitais e ao clima organizacional desse tipo de empresa prestadora de serviços de saúde.

Acreditando que a assistência aos pacientes em muito depende do indivíduo que a executa, entende-se que estudos acerca da saúde do trabalhador de hospitais tornam-se imprescindíveis para a Enfermagem. O estudo poderá contribuir tanto para a prática e o conhecimento da enfermagem quanto para a prevenção de agravos à saúde do trabalhador. Com relação à prática, a oferta de cuidados de enfermagem exige que o trabalhador esteja bem consigo mesmo para cuidar do cliente e, também, o bem-estar favorece o desenvolvimento das potencialidades profissionais, o que garante, de forma efetiva, a qualidade da assistência prestada a uma clientela tão fragilizada e a satisfação no trabalho.

Com relação aos trabalhadores, o conhecimento dos motivos que os levam ao adoecimento possibilita maior compreensão deles mesmos e de sua realidade, contribuindo para a prática do cuidar de si e do desenvolvimento da cidadania, considerando a enfermagem como promotora, mantenedora e recuperadora da saúde e bem-estar da população.

Quanto ao corpo de conhecimentos, o estudo pode proporcionar o entendimento dos fatores que produzem agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem, o que aumentará os subsídios para as gerências, favorecendo o planejamento e adequação de recursos humanos de acordo com a complexidade do trabalho em oncologia, além de possibilitar a implementação de ações para prevenir ou minimizar esses agravos.

Considerando a idade, o tempo de serviço dedicado ao funcionalismo público e à natureza da doença oncológica, talvez outros fatores possam predispor ao desgaste destes trabalhadores como, por exemplo, a rígida estrutura hierárquica pertinente a uma instituição onde impera o modelo biomédico, que historicamente lega o poder ao médico, levando os profissionais de Enfermagem à submissão através do processo de não-pensar e não-questionar (KOLLER; MACHADO, 1992).

Diante desta problemática e da nossa trajetória como supervisora de Enfermagem do

ambulatório de um hospital de referência em Oncologia, desde 1997, impôs-se o desejo de conhecer os fatores que interferem na frequência ao trabalho da equipe de enfermagem, o que nos levou a desenvolver este estudo, que tem como **objeto**:

- As causas de afastamentos por adoecimento do trabalhador de enfermagem do ambulatório de uma instituição oncológica.

De acordo com o objeto do estudo, **pressupõe-se** que:

- As causas de afastamento dos trabalhadores de enfermagem atuantes em ambulatório especializado em oncologia podem estar relacionadas ao tipo de trabalho que desempenham.

Nesta trajetória, nossa proposição foi a de desenvolver este estudo com a finalidade precípua de adquirir subsídios que possam contribuir para a elaboração de estudos com a consecução de novos paradigmas e conceitos no que se refere ao afastamento por adoecimento do trabalhador de enfermagem em ambulatório de referência em oncologia, tendo como **objetivos**:

1. Investigar as causas de afastamentos entre os trabalhadores de enfermagem que atuam em um ambulatório de referência em oncologia.
2. Levantar a frequência e tempo de afastamento referido pelos componentes da equipe de enfermagem.
3. Delinear o perfil do trabalhador de enfermagem do ambulatório de uma instituição de referência em oncologia.
4. Discutir os motivos dos afastamentos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Breve histórico

É oportuno lembrar alguns fatores históricos acerca dos agravos e de medidas de proteção à saúde do trabalhador.

O trabalho é tão antigo como o primeiro ser humano, mas as relações entre as atividades laborativas e a doença permaneceram praticamente ignoradas até há 250 anos. Desde os primórdios da era cristã, a bibliografia refere fatores nocivos ao trabalho. Pode-se citar, por exemplo, a obra conhecida de Hipócrates “Ar, Água e Lugares”, na qual discorre sobre o saturnismo, e, também, a obra de Plínio – o velho (23 d.C.) descreve o aspecto dos trabalhadores de minas de mercúrio e chumbo e aconselha o uso de máscaras (HAAG; LOPES; SCHUCK, 2001).

Já no século XVI, algumas observações esparsas surgiram, evidenciando a possibilidade de o trabalho estar relacionado ao adoecimento. Farias Júnior (1999) aborda que, em 1556, Georg Bauer publicava o livro *De Remetallica*, em que eram estudados os diversos problemas relacionados à extração de minerais e a fundição de prata e de ouro. Este autor discutiu, em um capítulo específico dessa obra, os acidentes do trabalho e as doenças mais comuns entre os mineiros, provocadas por poeiras, mencionando a chamada ‘asma dos mineiros’. Pela descrição dos sintomas e pela rápida evolução da doença, sugere, à luz dos novos conhecimentos, casos de silicose – pneumoconiose causada pela sílica livre.

Apesar de sua importância, estes trabalhos permaneceram praticamente ignorados por mais de um século. Em 1700, foi publicado, na Itália, o livro *De Morbis Artificum Diatriba*, (As Doenças do Trabalho) do médico Bernardini Ramazzini (1633 - 1714), que descreve uma série de doenças relacionadas a cerca de 50 profissões diversas. Por este motivo, o autor foi justamente cognominado o “pai da medicina do trabalho”. Foi o primeiro a estudar com afinco as doenças profissionais, descrevendo os riscos específicos para cada uma delas. Destacou os danos causados à saúde do trabalhador pela falta de ventilação e pelo desconforto térmico. Reconheceu a

importância das pausas, exercícios e postura para a prevenção da fadiga. Ramazzini acrescenta na anamnese hipocrática da época, uma nova pergunta: “Qual é a sua ocupação?” (FRIAS JUNIOR, 1999; HAAG; LOPES; SCHUCK, 2001; MENDES, 2005).

Após a Revolução Industrial, movimento que ocorreu na Inglaterra entre 1760 e 1830, foi criada uma comissão de inquérito para avaliar as condições de trabalho nas fábricas e elaborada uma lei que regulava as jornadas de trabalho, que eram em torno de 16 horas por dia. Com um processo acelerado e desumano de produção, aumentou o número de acidentes e adoecimento entre funcionários, e, por este motivo, tiveram que intervir, colocando um médico dentro da fábrica na indústria têxtil. Foi aí, na primeira metade do século XIX, que surgiu a Medicina do Trabalho, dirigida por pessoas da confiança do empresário, centrado na figura do médico, para prevenção dos danos à saúde resultante dos riscos. Rapidamente, este modelo foi expandido para países industrializados (FRIAS JÚNIOR, 1999).

As duas últimas guerras mundiais deram um grande impulso no que diz respeito ao cuidado com a saúde do trabalhador, que passou a ser um fator de grande importância para a economia nacional. As fábricas tinham que manter o ritmo da época e era vital que o trabalhador fosse mantido em bom estado de saúde (FRIAS JÚNIOR, 1999).

A OIT, criada em 1919, vem atuando, ao longo dos anos, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de garantir melhores condições de vida, trabalho e emprego para os trabalhadores, incluindo os integrantes da equipe de enfermagem (FARIAS, 1999; SÊCCO, 2006).

No Brasil, a República Velha (1889-1930) havia criado um emaranhado de leis que, contradizendo umas às outras, pouco garantiam aos trabalhadores quanto ao direito de assistência médica e indenização em dinheiro por enfermidade ou por acidente de trabalho. Os operários acidentados ou com a saúde abalada eram orientados a procurar socorro nos hospitais filantrópicos. A Constituição de 1934 incorporou algumas garantias ao operariado, tais como a assistência médica, a licença remunerada à gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas diárias. Após o golpe de 1937, a política do presidente Getúlio Dornelles Vargas, com o intuito de obter apoio social e político e conferir alguma legitimidade ao Estado Novo ditatorial, voltou-se para a população urbana empregada nos setores industrial e comercial, incluindo-se também o setor de atenção à saúde, criando uma legislação social que garantia maiores direitos

aos trabalhadores urbanos (BERTOLI FILHO, 1996).

Neste período, foram organizadas as caixas de aposentadoria e pensões e os institutos de previdência que garantiram assistência médica a uma vasta parcela da população urbana. Entretanto, as caixas apresentavam irregularidades, e os doentes mais graves tinham pouca cobertura. Como exemplo, os operários tuberculosos enfrentavam muita dificuldade para receber assistência, pois o tratamento era longo e exigia que os doentes ficassem internados em sanatórios localizados nas regiões montanhosas, obrigando-os a ficar longe do trabalho e da família. Por isso, foi elaborada uma legislação própria para os trabalhadores acometidos por tuberculose, em que o doente deveria optar por receber uma parte do salário e tratar da saúde por conta própria ou submeter-se ao isolamento sanatorial, abrindo mão de qualquer ajuda econômica. Nenhuma das alternativas garantia o apoio necessário a estes trabalhadores (BERTOLI FILHO, 1996).

Somente na década de 40 é que os problemas causados pelo trabalho começaram a ser estudados. A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) entrou em vigor em 1943, sendo um importante marco de proteção legal aos trabalhadores, pois tornavam-se definitivamente obrigatórios o pagamento do salário mínimo, a indenização aos aposentados, o tratamento médico aos doentes, o pagamento de horas extras, as férias remuneradas, entre outros benefícios, a todos os operários portadores de carteira de trabalho. Em 1945, surgiu a Organização Mundial de Saúde (OMS) que é uma organização de proteção à saúde (HAAG; LOPES; SCHUCK, 2001).

No final da década de 40, a movimentação dos sindicatos forçou o governo a rever a legislação previdenciária, ampliando-se o número de trabalhadores e seus dependentes com direito a tratamento de saúde financiado pelos institutos e caixas. Aumentaram, ainda, os salários e as pensões pagas aos indivíduos afastados temporariamente do trabalho por motivo de doença. É dessa época que data a fundação da Associação de Prevenção de Acidentes de Trabalho (HAAG; LOPES; SCHUCK, 2001).

Somente em 1972, o Ministério do Trabalho (MTb), por meio do Plano Nacional de Valorização do Trabalhador, homologou a Portaria MTb nº 3.236, criando, assim, o serviço de saúde ocupacional nas empresas, formado por engenheiro do trabalho, médico do trabalho e técnico de segurança do trabalho. Posteriormente, a Portaria MTb nº 3.237/72, tornou obrigatórios, nas empresas com mais de 100 empregados, os serviços de saúde ocupacional, incluindo o auxiliar de enfermagem do trabalho na equipe. A Portaria 3.442, de 1974, do

Ministério do Trabalho, estabeleceu a criação de cursos de especialização na área da enfermagem do trabalho. Destaca-se que em 1975 o enfermeiro foi obrigatoriamente incluído na equipe de saúde ocupacional pela Portaria MTb nº3.260. Em 08 de junho de 1978, o Ministério do Trabalho, através da Portaria 3.214, estabeleceu vinte e oito Normas Regulamentadoras (NR) relativas à segurança e medicina do trabalho - hoje são trinta e três - que orientam as obrigações das empresas em relação ao trabalho e preconizam o dimensionamento de enfermeiros e auxiliares de enfermagem do trabalho por empresa, de acordo com o grau de riscos e o número de empregados de cada empresa (BRASIL, 1978; ABRANCHES, 2005).

Na década de 80, os índices de acidentes e doenças do trabalho eram inaceitáveis, a ponto de organismos internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), pressionarem o governo para providências a curto prazo. Neste período surge o Movimento de Reforma Sanitária, propondo uma nova concepção de Saúde Pública, incluindo a Saúde do Trabalhador.

Até o ano de 1988, a saúde no Brasil era um benefício previdenciário (restrito aos contribuintes). Foi neste ano que o povo brasileiro conquistou o direito universal de saúde, disposto na Constituição da República Federativa do Brasil, em seu artigo 196, como um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. No artigo 200 da referida constituição, está definido que ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete executar as ações de saúde do trabalhador e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. O trabalho, como um fator determinante da saúde, tem sido amplamente estudado e discutido nos últimos anos, mas as ações em Saúde do Trabalhador, tal como prevê o SUS, têm-se desenvolvido apenas em alguns estados e municípios de forma isolada e fragmentada das demais ações de saúde no âmbito nacional (BRASIL, 1988).

Em 19 de setembro de 2002, através da Portaria 1679 do Ministério da Saúde, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) para atender a necessidade premente de garantir atenção à saúde dos trabalhadores, de acordo com os preceitos constitucionais e das Leis Orgânicas de Saúde, objetivando assegurar a assistência integral aos trabalhadores do setor formal e informal com problemas de saúde relacionados ao trabalho urbano e rural, incluindo ações de vigilância em saúde, conforme o estabelecido na Norma

Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS) que é de articular ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores acidentados ou com doenças do trabalho (BRASIL, 3ª CNST 2005).

Os complexos aspectos técnicos que envolvem a vida dos trabalhadores, como cidadãos inseridos em um ambiente de trabalho, participando da produção da riqueza nacional, modificando o ambiente, produzindo bens e serviços e desgastando-se física e psicologicamente, durante o tempo em que se dedica ao processo de trabalho, obrigam o tratamento diferenciado das questões de saúde, sociais e econômicas relacionadas aos problemas de saúde delas decorrentes (BRASIL, 3ª CNST 2005).

A NR32 foi instituída pela Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005, e estabelece os requisitos mínimos e as diretrizes básicas para a implementar as medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em estabelecimentos de assistência à saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Abrange trabalhadores de hospitais, clínicas, laboratórios, ambulatorios e serviços médicos existentes dentro de empresas. Alcança também profissionais que laboram nas atividades de promoção e recuperação de saúde, ensino e pesquisa em saúde em qualquer nível de complexidade (BRASIL, 2005). Esta NR é considerada de extrema importância no cenário brasileiro, pois, até a sua publicação, não existia legislação específica que tratasse das questões de segurança e saúde no trabalho no setor da saúde e, as normatizações existentes encontravam-se esparsas e reunidas em outras NRs ou resoluções que não foram construídas especificamente para tal finalidade. Do modo como são prescritas as medidas preventivas, essas que mudanças benéficas poderão ser alcançadas, uma vez que procedimentos e medidas protetoras deverão ser realizados com vistas a promover segurança no trabalho e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais entre os trabalhadores da área de saúde.

Processo de trabalho

A saúde e a doença do trabalhador são determinadas pelos processos de trabalho que envolvem complexas relações econômicas, sociais e tecnológicas, que determinam a exposição a fatores de risco (BELLUSCI, 2005).

O processo de trabalho é a relação entre o homem e a natureza, através do qual o homem utiliza sua energia, força, para transformar, manter ou produzir bens necessários à sua sobrevivência. A relação que o homem estabelece com a natureza, a forma como dela se apropria e a transforma, resulta também no processo saúde-doença. O homem, ao transformá-la, também se modifica, desenvolvendo suas potencialidades e ampliando seu universo social. Para compreender o processo de trabalho, é preciso conhecer os elementos que o compõem, ou seja, o objeto de trabalho, os instrumentos e o próprio trabalho, e, ainda, identificar a relação entre estes elementos (OLIVEIRA, 2001).

Conforme observa Laurell & Noriega (1989), é preciso analisar além das características físicas, químicas e mecânicas para um entendimento mais amplo dos fatores relacionados ao processo de trabalho e que repercutem na saúde ou no corpo dos trabalhadores. São propostas duas categorias de análise importantes: cargas de trabalho e desgaste. As cargas de trabalho são elementos do processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e com a corporeidade humana, ou seja, com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste.

As cargas podem ser divididas em dois grupos: aquelas que têm materialidade externa ao corpo do trabalhador, como as cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas, e as que só adquirem materialidade no corpo humano, ou seja, as cargas fisiológicas e psíquicas. A intensidade das cargas depende da forma de produzir, da organização e divisão do trabalho (OLIVEIRA, 2001).

Para compreender os impactos sobre a saúde/doença dos trabalhadores, é necessário entender como as cargas interatuam entre si, acarretando adoecimentos diversos no processo de trabalho. Considera-se que houve desgaste na realização da atividade laborativa quando ocorrem processos de adaptação destruidores da integridade corporal, denominados como cargas de trabalho (FELLI; KURCGANT, 2000).

O processo de trabalho no setor de saúde apresenta algumas especificidades que se distinguem do trabalho de outros setores da economia, já que o seu produto final é um serviço resultante da ação compartilhada de vários profissionais e centra-se nas relações interpessoais entre beneficiários e executores. Reúne um conjunto de atividades programadas e normatizadas que se realizam sob a base da cooperação em um cenário dinâmico e instável (PINHO;

ABRAHÃO; FERREIRA, 2003).

O trabalho em enfermagem, apreendido como processo, pode ser compreendido como: objeto/meio/instrumento e o trabalho em si. Na enfermagem, o objeto de trabalho a ser transformado é o corpo humano, individual ou coletivo, em suas demandas no processo saúde-doença. Os meios e os instrumentos são o saber e os equipamentos de diagnóstico e de terapêutica. O trabalho em si inclui as formas de organização, divisão e relação de trabalho que garantem a força laborativa obtida pelos agentes – enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. O processo saúde-doença é gerado em dois momentos: o momento produtivo e o momento de consumo. O primeiro refere-se ao processo de trabalho que gera, por um lado, tensão, mas, por outro, satisfação. O segundo refere-se à vida social, cultural e aos valores do indivíduo (ROCHA; FELLI, 2004).

Os processos de desgaste do trabalhador de enfermagem são oriundos da diversidade, intensidade e simultaneidade de exposição a estas cargas, pois, cabe à equipe de enfermagem o acompanhamento dos pacientes em tempo integral, levando a uma maior exposição aos riscos. Esses processos são explicitados pelos danos biopsíquicos, em suas diferentes formas de expressão (RADUNZ, 1999).

Laurel e Noriega (1989) analisaram o processo de trabalho e sua relação com a saúde e destacaram que há grande desgaste por parte dos operários, citando que as doenças causadas pelo trabalho podem ser somáticas, psicossomáticas e psíquicas. Estas doenças são originárias das diversas cargas de trabalho a que ficam expostas, sejam elas de natureza física, química, por tensão nervosa, ritmo do trabalho ou por repetitividade das tarefas.

No que tange ao processo de trabalho no setor de serviços, especialmente no setor saúde, a NR 32 vem complementar a proteção a saúde do trabalhador em relação aos riscos biológicos tão comuns no cotidiano do trabalho de enfermagem.

Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho

As mudanças ocorridas com a utilização das novas tecnologias através da automação e informatização nos processos de trabalho, que aparentemente representam melhoria das

condições de trabalho, na verdade induziram novos riscos à saúde. Estes acabaram gerando doenças de difícil medicalização, tais como as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), doença esta intrinsecamente relacionada à organização do trabalho. As LER/DORT, por definição, são um fenômeno relacionado ao trabalho, caracterizado pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, tais como, dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, e de aparecimento insidioso geralmente nos membros superiores e inferiores, região lombar, cervical e torácica. Frequentemente são causa de incapacidade laboral temporária ou permanente. São resultado da superutilização das estruturas anatômicas do sistema músculo-esquelético sem o devido tempo para a sua recuperação (OLIVEIRA, 2001).

A primeira doença descrita na literatura associada às atividades repetitivas foi a tenossinovite, caracterizando-se pela restrição ao livre movimento de um tendão devido a uma inflamação deste ou de sua bainha. Em 1891, Fritz De Quervain descreveu a doença como entorse das lavadeiras, devido ao fato de ter encontrado mulheres que lavavam roupa, que apresentavam desgaste sobre os tendões e os músculos adutor longo e extensor curto do polegar (ARAÚJO; LIMA; LIMA, 1998).

Em março de 1993 o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) elaborou a Norma Técnica que dispõe sobre procedimentos de avaliação de incapacidade de trabalhadores afastados do trabalho, para orientação a médicos e peritos. Posteriormente, ocorreu uma revisão e em 19 de agosto de 1998 foi publicada no Diário Oficial da União a Nova Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade para fins de Benefícios Previdenciários, substituindo o termo LER por DORT. A Norma Técnica incluiu novos diagnósticos, como a síndrome miofascial e as fibromialgias, porém, apresenta dificuldades para o diagnóstico precoce dificultando a caracterização do nexo causal (BRASIL, 2000).

Para a ocorrência das DORTs, não existe causa única e determinada, pois são vários os fatores existentes no trabalho que podem estar relacionado à sua gênese como por exemplo a repetitividade de movimentos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, esforço físico, invariabilidade de tarefas, pressão mecânica sobre determinadas partes do corpo, mais precisamente os membros superiores, trabalho estático, frio, fatores organizacionais e psicossociais (BRASIL, 2000).

Neste sentido estas doenças podem manifestar diferentes quadros clínicos, com diferentes sinais e sintomas apresentados conforme a atividade desempenhada. Algumas manifestações mais comuns são as tenossinovite, tendinite, epicondilite, bursite, síndrome do túnel do carpo. Existem outras manifestações de DORT cujo fator desencadeante é o estresse emocional que pode ser causado pelo trabalho ou mesmo pelo afastamento do trabalho como a Síndrome Álgica Miofascial, que é decorrente de uma prática de atividades extenuantes ou como subproduto de tensão psicológica, angústia ou ansiedade. Nas Distrofias Simpático-Reflexas a dor sentida é contínua e se exacerba com o estresse emocional (OLIVEIRA, 2001). A autora salienta que as queixas, sinais e sintomas mais comuns entre os trabalhadores com DORT, são a dor localizada, irradiada ou generalizada, desconforto, fadiga, sensação de peso, formigamento, parestesia, sensação de diminuição de força, edema, enrijecimento articular, choque, falta de firmeza nas mãos, sudorese excessiva, alodínea (sensação de dor como resposta a estímulos não nocivos em pele normal). As queixas geralmente se apresentam em diferentes graus de severidade, podendo ser caracterizadas em relação ao tempo de duração, localização, intensidade, entre outros aspectos.

Inicialmente os sintomas se apresentam de forma insidiosa nos momentos de picos de produção ou ao final da jornada de trabalho. Com o decorrer do tempo, se tornam mais frequentes, inclusive no início da jornada de trabalho e em atividades extra laborativas do trabalhador. Neste momento, as pessoas procuram atendimento médico devido às implicações no desempenho de suas capacidades funcionais. É constante nestes casos, o tratamento baseado em antiinflamatórios e sessões de fisioterapia, que somente vão dissimular os sintomas, sem atingir os seus fatores desencadeantes, ocasionando a progressão do quadro clínico com crises de dor intensa, geralmente desencadeadas por movimentos bruscos, pequenos esforços físicos, alternância de temperatura, insatisfação e tensão (OLIVEIRA, 2001).

Faz-se necessário uma abordagem mais aprofundada com equipe multidisciplinar e, como em qualquer caso clínico, outros sintomas ou doenças devem ser investigados, tendo em vista a possibilidade de terem influência na determinação ou agravamento do caso. Traumas, diabetes mellitus, artrite reumatóide, gravidez podem causar ou agravar sintomas do sistema músculo-esquelético e do sistema nervosa periférico. Na anamnese ocupacional, além de ser elaborada a história clínica, é imprescindível saber onde e como o trabalhador desenvolve seu trabalho, rotina de atividades, duração e jornada de trabalho, existência de pausa, execução e frequência de

movimentos repetitivos, sobrecarga estática, forma de pressão das chefias, mudanças no ritmo, insatisfação, ruído excessivo, mobiliário inadequado, desconforto térmico, enfim, vários fatores predisponentes para o surgimento das DORTs (FRIAS JUNIOR, 1999).

Não existem evidências na literatura acerca da relevância das tarefas domésticas como uso de computador em casa, ato de dirigir, tricotar, carregamento de sacolas entre outras como desencadeantes de quadros de DORT, porém existem estudos que associam a ocorrência de doenças músculo-esqueléticas com a exposição de fatores de risco no trabalho (OLIVEIRA, 2001).

O estresse e suas características

Atualmente, o termo estresse tem sido amplamente utilizado, não apenas em pesquisas científicas, mas, também, pelos diferentes meios de comunicação e tem ocupado lugar de destaque pela sua importância na vida das pessoas, principalmente quando está associado a algum desconforto físico e psicológico.

Estresse tem origem na física para designar forças que atuam sobre determinada resistência, representando a carga que um material pode suportar antes de romper-se. A palavra estresse vem do inglês, *stress*. Na área da saúde passou a ser utilizado no início do século XX, sendo o primeiro pesquisador em estresse o médico austríaco Hans Selye, considerado o líder nesta linha de pesquisa nas décadas de 20 e 30. Em sua primeira publicação, empregou a palavra estresse como forma de caracterizar as reações do corpo, sugerindo a designação de reação de alarme às respostas iniciais do organismo. Em 1956, publicou o livro *The stress of life*, que explicava o mecanismo bioquímico do estresse (GUIDO, 2003).

Considerado o primeiro pesquisador que demonstrou as etapas do estresse biológico, Selye exprime um significado para o estresse como esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações que considera ameaçadoras a sua vida e ao seu equilíbrio. Descreveu a síndrome geral de adaptação (SGA) ou do estresse biológico como um conjunto de sintomas que o indivíduo apresenta quando é submetido a situações que exijam uma importante adaptação do organismo para enfrentá-las, podendo ocorrer através de estímulos internos ou psicoemocionais e estímulos externos ou meio socioeconômico, inclusive o trabalho. O estresse é um processo de

adaptação normal do indivíduo, entretanto, quando a resposta é patológica, registra-se uma disfunção que leva aos distúrbios transitórios ou doenças graves, ou ainda ao agravamento daquelas já existentes (GUIDO, 2003; BRITTO, 2006).

Estudos demonstram que o estresse possui três fases, uma inicial, que é a chamada de reação de alarme, a segunda, da resistência e a terceira, da exaustão. Todas são comandadas pelo sistema nervoso autônomo, via sistema límbico e pelo sistema nervoso central, via hipotálamo (CHRISTOPHORO; WAIDMAN, 2002; ALMEIDA, 2005).

A fase de alarme corresponde à resposta inicial do organismo ante um estressor e ocorre quando o organismo se prepara para as reações de luta ou fuga, ou seja, no momento em que o estressor é percebido pela pessoa. Nesta fase, tanto pode ocorrer a eliminação do estressor quanto a adaptação do organismo a ele. A reação de alarme representa para o indivíduo um desgaste e, conseqüentemente, uma alteração da capacidade de manter constância no bem-estar e equilíbrio do organismo, o que pode ser recuperado pela eliminação do estressor ou com a adaptação do organismo a ele. Os principais sintomas que caracterizam a reação de alarme são a taquicardia, sudorese, cefaléia, alterações da pressão arterial, irritabilidade, fadiga, tensão muscular, sensação de esgotamento e alterações gastrointestinais (GUIDO, 2003; CHRISTOPHORO; WAIDMAN, 2002; ALMEIDA, 2005).

A segunda fase é a de resistência, ou seja, o estresse continua presente por períodos prolongados ou quando a sua dimensão é muito grande e é aí que predomina o desgaste, porque a pessoa tenta instintivamente se adaptar ao que está passando através de reservas de energia adaptativa que possui. As repercussões mais evidentes estão nos sistemas fisiológicos, psicológico e social, que fazem com que o indivíduo se mantenha em estado de alerta. Pela resistência ao estressor, torna-se difícil o retorno da homeostase, ou seja, a capacidade de o indivíduo manter constância de bem-estar e equilíbrio do organismo. Alguns dos sintomas que caracterizam a fase de resistência são a ansiedade, o nervosismo, o medo, a impotência sexual, a falta ou excesso de apetite e o isolamento social. (GUIDO, 2003; CHRISTOPHORO; WAIDMAN, 2002; ALMEIDA, 2005).

A terceira é a exaustão, quando o organismo chega a seu limite, ao esgotamento e está associada a uma série de doenças. Ocorre quando há continuidade do estressor e não acontece mais a adaptação do organismo. Este apresenta sinais de deterioração, há uma queda na

imunidade e é quando surgem doenças, tais como as cardíacas, respiratórias, gastrointestinais, perda dos dentes, envelhecimento, depressão, desequilíbrio total do indivíduo, podendo culminar com a sua morte. Estas fases não ocorrem de forma delimitada, visto que a simultaneidade e a rapidez evolutiva são suas características. (GUIDO, 2003; CHRISTOPHORO; WAIDMAN, 2002; ALMEIDA, 2005).

Em 1975, Selye publicou outro livro denominado "Stress without distress", no qual reconhece a importância da avaliação psicológica no mecanismo de regulação orgânica, diante da multiplicidade de fatores a que o organismo está exposto. Introduziu na literatura os termos *eutress* e *distress*, para estabelecer a diferença entre o estresse bom ou benéfico (*eutress*) e o ruim, que causa reações adversas físicas e emocionais (*distress*) (ALMEIDA, 2005; GUIDO, 2003).

O *eutress* tem efeito positivo que se pode demonstrar quando se está em alerta, a concentração é melhor, os reflexos são mais rápidos, pensa-se mais depressa e, dependendo das condições do ambiente, pode-se ser mais criativo e produtivo. O *distress* tem efeito negativo, processa-se quando se reage por um tempo prolongado ao agente estressor, sentindo, quando esgotado, a capacidade de atenção e a concentração diminuídas, havendo um esforço maior para manter a produtividade. Se o agente estressor continuar agindo e a situação não for resolvida, o corpo, ainda que cansado, continua reagindo e consumindo energia, ocasionando as doenças. Estresse é, portanto, a consequência natural das experiências vivenciadas, tanto agradáveis, quanto desagradáveis (ALMEIDA, 2005; GUIDO, 2003).

Acredita-se que, nos seres humanos, o grande determinante do potencial nocivo do estresse é um estado interior de insatisfação consigo mesmo e com a vida. O estresse pode provocar uma reação nos denominados órgãos de choque, como os intestinos, o estômago, as artérias e o coração. Com a repetição das situações estressantes ao longo da vida, a pessoa poderá apresentar gastrites, úlceras, mal funcionamento do intestino, hipertensão e infarto do miocárdio (BECK; STEKEL; GONZALEZ; DONADUZZI, 2006).

Outro fator importante a ressaltar é que existem duas fontes de estresse: as fontes internas e as fontes externas. As fontes internas compreendem agentes estressores que vêm do interior, como pensamentos, crenças, valores, características pessoais, comportamento, ansiedade, vulnerabilidade e modo de ver o mundo. As fontes externas vêm de fora do indivíduo, como os

acontecimentos da vida, nascer e morrer, sonho realizado, ou qualquer situação que possa interferir no seu corpo e na sua mente (GUIDO, 2003).

A preocupação em estabelecer a articulação entre estresse e trabalho data da Revolução Industrial, e o foco concentrava-se na atribuição de causas de doenças à exposição do organismo aos agentes físicos, químicos ou biológicos. Para Dejours (1992), o sofrimento dos trabalhadores pode ser expresso através da insatisfação e da ansiedade. A satisfação ou insatisfação do trabalhador podem estar vinculadas às condições de trabalho, ambiente físico, químico e biológico, condições de higiene e de segurança e a organização do trabalho, divisão do trabalho, das tarefas, as relações de poder, as questões de responsabilidade, a habilidade para cuidar de pacientes graves e o relacionamento entre pessoas.

Atualmente, estresse é empregado como sinônimo de cansaço, dificuldade, frustração, ansiedade, desamparo, desmotivação. Tornou-se o responsável pela maioria dos males que nos afligem, principalmente os relacionados ao estilo de vida urbano atual. Com a disseminação progressiva do conceito de estresse no discurso popular, ele passou a ser utilizado como uma ação resultante de uma força invisível e difusa que agiria como intermediária entre o indivíduo e o meio ambiente em que vive e trabalha (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Para Stacciarini e Tróccoli (2001), a palavra estresse tem sido associada às sensações de desconforto, sendo cada vez maior o número de pessoas que se definem como estressadas ou a relacionam a outros indivíduos na mesma situação. O estresse é quase sempre visualizado como algo negativo que ocasiona prejuízo no desempenho global do indivíduo. Estressor é uma situação ou experiência que gera sentimentos de tensão, ansiedade, medo, ou ameaça que pode ser de origem interna ou externa.

O *Health Education Authority* classifica a enfermagem como a quarta profissão mais estressante que tenta afirmar-se profissionalmente de forma a alcançar maior reconhecimento social (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

A enfermagem é uma profissão estressante devido à sobrecarga de trabalho, necessidade de contato intenso próximo ao paciente e conflitos do trabalho, porém, os fatores estressantes mais frequentes são o contato constante com o sofrimento humano, a proximidade da morte, procedimentos com os familiares, grandes responsabilidades e conflitos interpessoais. Cabe ao profissional de enfermagem cuidar de indivíduos adoecidos e promover o seu bem-estar geral.

Neste contexto, o envolvimento acaba sendo muito intenso a ponto de os profissionais não identificarem suas próprias vulnerabilidades, ou quando o fazem, deixam-nas de lado, tornando-se, com isso, mais expostos aos efeitos negativos do estresse. O trabalho com paciente oncológico gera inúmeras emoções e, diante delas, o trabalhador de enfermagem recorre a algumas estratégias para se proteger da ansiedade que essas emoções suscitam (POPIM, 2001; BRITTO, 2006).

No atendimento ao paciente com câncer, há a necessidade de cuidados especiais, pois exige intervenções mais complexas, levando os profissionais de enfermagem a um processo de trabalho diferenciado diante de situações inesperadas e críticas que fazem parte do dia-a-dia, causando, nos trabalhadores, manifestações de ansiedade e estresse (MEIRELLES; ZEITOUNE, 2003).

Absenteísmo X Afastamento

O absenteísmo tem-se tornado problema crucial tanto para as organizações como para os administradores. Suas causas estão ligadas a múltiplos fatores, tornando-o complexo e de difícil gerenciamento. Absenteísmo laboral é o termo utilizado na literatura para, genericamente, indicar o não comparecimento inesperado ao trabalho quando se espera que ele estivesse presente, em especial, aquele de caráter repetitivo. Para Miguez e Bomami (1988), além da ausência física, o termo absenteísmo contempla um conjunto de comportamentos de ausência. Isto porque o trabalhador pode estar presente no posto de trabalho, mas improdutivo, ou ainda que presente no ambiente de trabalho, não estar em seu posto de trabalho.

Também, Midorikawa (2000) aponta esses dois tipos de absenteísmo, aquele decorrente da falta ao trabalho e aquele de corpo presente, em que algum problema de saúde não permite que o trabalhador apresente um melhor desempenho e seja produtivo. Pela ótica administrativa, o comparecimento ao trabalho é condição imprescindível para a eficácia de uma organização.

As faltas imprevistas fazem com que as empresas se ressintam da carência de mão-de-obra suficiente para manter a produção ou o serviço e, muitas vezes, se vêem obrigadas a contornar a situação, substituindo o ausente por outro funcionário não necessariamente preparado para desempenhar aquela função, resultando no decréscimo da produtividade, na queda de

qualidade, além de exercer um efeito negativo sobre os demais trabalhadores por gerar sobrecarga de trabalho (SOUZA, 2002).

Para Graça (2000), pior para a produtividade que o absenteísmo é o presentismo. Pessoas que embora estejam no trabalho, têm problemas de saúde ou outros problemas que não lhes permitem ser completamente funcionais. Como sabemos, pior do que não fazer é fazer mal.

O presentismo é um conceito utilizado para explicar o fato das pessoas estarem presentes no local de trabalho, mas, devido a problemas de ordem física ou psicológica, não conseguem cumprir na totalidade as suas funções (MARTINEZ et al, 2007). Os autores alertam para a possibilidade de poder haver uma evolução gradual das doenças para processos de presentismo que inibem o desempenho organizacional associado à perda de produtividade que afetam o rendimento global das empresas e acarretam implicações econômicas negativas. São várias as profissões abrangidas pelo presentismo, sendo que as taxas mais elevadas parecem residir em setores relacionados com a saúde e educação. O presentismo também é determinado pela cultura organizacional, em especial no que diz respeito ao papel simbólico da presença no local de trabalho.

Entre as principais causas geradoras do presentismo, estão os problemas psicológicos, as doenças músculo-esqueléticas e a utilização de fármacos como anti-histaminicos e benzodiazepinas que tem impacto na produtividade laboral tanto em termos quantitativos de trabalho, quando a produção não corresponde àquilo que é esperado, como também em termos de qualidade do trabalho produzido, refletindo-se, essencialmente, em erros e omissões nos procedimentos. A quebra da produtividade traduz-se assim na incapacidade de desempenhar as tarefas de rotina podendo resultar em elevadas taxas de abandono por doença (MARTINEZ et al, 2007).

Segundo Chiavenatto (1989), as principais causas de absenteísmo são as doenças efetivamente comprovadas, as doenças não comprovadas, as razões diversas de caráter familiar e as faltas voluntárias por motivos pessoais.

Na enfermagem, esse fenômeno vem preocupando os gerentes, uma vez que faltas frequentes ao trabalho repercutem no quantitativo de recursos humanos, refletindo na qualidade da assistência prestada à clientela. Além disso, o absenteísmo constitui-se em variável relevante quando se trata de dimensionar quadro de pessoal para os serviços. As razões que acarretam o

absenteísmo em larga escala são as longas jornadas de trabalho, as condições de insalubridade do ambiente de trabalho, a baixa remuneração, o duplo emprego e a tensão emocional (NASCIMENTO, 2003).

O estado fisiológico e psicológico dos trabalhadores é importante não somente em termos de responsabilidade social das organizações, mas também em termos da sua competitividade, pois, o absenteísmo laboral decorrente de problemas de saúde acarreta conseqüências econômicas e sociais, pois além do ônus econômico-administrativo direto absorvido pela empresa e pelo empregado, incrementa os gastos do sistema de previdência social, que responde pelo pagamento dos benefícios pela incapacidade temporária por doença ou acidente de trabalho. Compreende-se absenteísmo por motivo de saúde e absenteísmo-doença como episódios distintos. Absenteísmo por motivo de saúde seriam as ausências por problemas de saúde próprios ou de dependentes – como a procura pelo diagnóstico, assistência, terapia e acompanhamento – e, como tal, caracterizariam uma condição potencialmente questionável no tocante à necessidade de interromper o exercício laboral. No caso do absenteísmo-doença, a ausência seria devido à falta de capacidade para exercer as atividades de trabalho em razão de doença ou lesão acidental, configurando uma condição justa e necessária e, portanto, inquestionável (CASTEJÓN, 2002).

Riscos ocupacionais em Enfermagem

Riscos ocupacionais são certos fatores que podem estar presentes nos componentes de um processo de trabalho (materiais, instalações, espaço físico, operações, máquinas, ferramentas, métodos de trabalho) e/ou na forma de organização do trabalho (espacial, temporal) capazes de gerar acidentes, doenças e outros agravos à saúde do trabalhador (MATTOS, 1997).

Trabalhadores de hospitais estão submetidos a diversas situações de risco e, conseqüentemente, podem adoecer ou acidentarse em decorrência das condições em que esse trabalho ocorre e da sua maior ou menor aproximação aos agentes propiciadores de tais riscos. No setor saúde existem ambientes físicos e emocionais inadequados. O ambiente de trabalho hospitalar tem sido considerado insalubre, por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de

acidentes e doenças para os trabalhadores de saúde (PORTO; FREITAS, 1997; REIS et al, 2003).

Considera-se acidente de trabalho quando existe uma colisão repentina e involuntária entre pessoa e objeto, a qual ocasiona danos corporais (lesões, morte) e/ou danos materiais. Por ser repentino, o acidente se diferencia da doença ocupacional adquirida em longo prazo (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004).

Algumas dificuldades de compreensão acerca dos riscos ocupacionais, como também a dificuldade de aceitação em cumprir certas medidas de segurança, permanecem marcantes, ainda hoje, nos trabalhadores de enfermagem, possivelmente devido à falta de formação e conhecimentos sobre tais riscos, bem como uma questão ideológica de que o importante é cuidar do outro com o máximo de competência e dedicação, procurar salvar-lhe a vida, minimizar-lhe as dores, ouvir suas queixas, confortá-lo, não sendo dada muita importância ao aumento da carga horária laboral, ao cansaço, às condições inapropriadas para se trabalhar, a falta de horário para alimentação, sono/repouso, lazer, entre outros problemas (REZENDE, 2003).

Em estudo realizado por Oliveira (2001) para verificar o conhecimento dos trabalhadores de saúde hospitalar no desenvolvimento de suas atividades, constatou-se que eles conhecem os riscos de forma genérica e que esse conhecimento não se transforma numa ação segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, apontando para a necessidade de uma ação que venha modificar essa situação.

Haag, Lopes e Schuck (2001) referem que, atualmente, apesar de os trabalhadores estarem mais conscientes dos prejuízos a sua saúde ocasionados pelas más condições de trabalho, a política de transformação do fator nocivo em complemento salarial, como a insalubridade e periculosidade, ainda freia as reivindicações e a efetividade das medidas de proteção.

Lopes, Espíndola e Martins (1996) afirmam que a equipe de enfermagem deve modificar sua atitude frente ao trabalho, conscientizando-se acerca dos riscos ocupacionais nos locais onde exercem atividades, em especial nos estabelecimentos de saúde, pois existe um descaso com a saúde do trabalhador de enfermagem nos mesmos locais que prezam o bem-estar mental e físico do paciente.

A equipe de enfermagem é uma das principais categorias ocupacionais sujeitas à exposição aos riscos ocupacionais. Esse número elevado relaciona-se ao fato de os trabalhadores

da saúde terem contato direto na assistência aos pacientes e, também, ao tipo e à frequência de procedimentos realizados. No ambiente hospitalar, as enfermidades causadas por agentes biológicos são prevalentes, seguidas pelas provenientes de causas ergonômicas que atingem mais os trabalhadores ligados diretamente ao paciente, como a equipe de enfermagem (LOPES; MOROMIZATO; VEIGA, 1999).

A palavra risco vem do latim *riscus*, significando perigo, inconveniente, dano eventual provável e até previsível. No final do século IX, Ramazzini estabeleceu a relação de doença-trabalho em mais de cem profissões, destacando que, no ambiente de trabalho, o risco pode ser ou estar oculto, por desconhecimento ou falta de informação do trabalhador, ou latente, só se manifestando e causando danos em situação de emergência ou estresse; o trabalhador sabe que está correndo riscos, mas as condições de trabalho o forçam a isso. Também, o risco pode ser real, conhecido de todos, mas sem possibilidade de controle, quer por inexistência de solução para tal, quer pelos altos custos exigidos, quer, ainda, por falta de vontade política (BULHÕES, 1998).

Facchini (1994) definiu risco como o grau de probabilidade de ocorrência de um determinado evento. Este conceito de risco diz respeito à identificação dos possíveis agentes capazes de interferir na saúde da população, numa abordagem probabilística. O conceito de carga de trabalho estrutura-se para estudar os impactos dos elementos que constituem o processo de trabalho, sob a ótica do objeto, da tecnologia, da sua organização e divisão, consumindo a força de trabalho e as capacidades vitais do trabalhador.

Laurell e Noriega (1989), ao sistematizarem a relação trabalho-saúde, conceituam as cargas de trabalho, entendendo que estas abarcam os riscos ocupacionais, segundo a materialidade que assumem em relação ao corpo do trabalhador. Assim, as cargas podem ser de materialidade externa, quando independem do corpo do trabalhador, ou de materialidade interna, quando só podem ser identificadas através do corpo do trabalhador. As autoras discutiram que as cargas são mediações entre o processo de trabalho e o desgaste operário e podem ser classificadas em físicas, químicas, orgânicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas.

Sendo assim, risco ocupacional é toda a situação encontrada no ambiente de trabalho, que representa perigo à integridade física e/ou mental dos trabalhadores, ou seja, todos os fatores ambientais que podem ocasionar lesão, doença ou inaptidão ou afetar o bem-estar dos

trabalhadores. Alguns autores chamam de “agentes que dão origem às doenças no trabalho”. Dessa forma, as substâncias químicas tóxicas, as poeiras, o ruído, a vibração, o calor ou o frio excessivo, as radiações, os microorganismos, as posturas viciosas do trabalho, a tensão, os movimentos repetitivos e a monotonia que acontece em decorrência do trabalho são considerados riscos ocupacionais (BULHÕES, 1998; BURGUESS, 1997).

Destacando-se a evolução histórica da concepção de riscos ocupacionais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1977) classificou-os em biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e psicossociais.

A Norma Regulamentadora 15 (NR 15), elaborada e divulgada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, estabelece que esses riscos constituem-se em todas as situações que podem trazer ou ocasionar danos à saúde do trabalhador no ambiente de trabalho, podendo trazer conseqüências em curto, médio e longo prazo, isto é, provocarem vários tipos de seqüelas, desde as imediatas, denominadas agudas, até as tardias, chamadas de crônicas (BRASIL, 1978).

Segundo Stacciarini e Tróccoli (2001), os fatores nocivos do ambiente são as condições físicas, organizacionais, administrativas ou técnicas existentes nos locais de trabalho, que propiciam a ocorrência de acidentes do trabalho e adoecimento do trabalhador. A exposição aos agentes pode ser adequadamente controlada, porém muitas vezes é considerada supérflua, pois implica gastos. Para efeito da NR-9, consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho e capazes de causar danos à saúde do trabalhador em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, conforme descrito no quadro 1.

Tipos de risco	Fatores causais
Físico	Ruídos, vibração, iluminação, umidade, radiações ionizantes e não ionizantes, temperaturas anormais, pressões anormais.
Químico	Névoas, neblina, poeiras, fumos, gases , vapores.
Biológico	Bactérias, fungos, helmintos, protozoários, vírus, bacilos.

Quadro 1. Fatores ambientais de risco à saúde do trabalhador.

Fonte: Portaria Mtb-NR-9

Consideram-se, ainda, como riscos ambientais, para efeito das NR, os agentes mecânicos e outras condições de insegurança existentes nos locais de trabalho, capazes de provocar lesões à integridade física do trabalhador (BRASIL, 1978).

De acordo com Laurel e Noriega (1989), este tipo de classificação limita-se a duas vertentes que são a da atenção médica e a dos riscos de trabalho, hoje conhecido como Modelo Médico, que coloca a doença como o resultado da ação de agentes específicos, os riscos, e sua solução na ação curativa. Como resultado, esta visão vela o complexo entendimento da relação entre processo de trabalho e saúde, pois uma parte é colocada fora do trabalho, como doença geral ou natural. A outra, reconhecida como do trabalho, se restringe aos riscos físicos, químicos, biológicos e mecânicos.

As enfermidades causadas por agentes biológicos podem ser evitadas, desde que sejam seguidas as normas de precaução e de isolamento. Porém, os fatores nocivos ergonômicos são mais difíceis de serem evitados devido às condições de trabalho, tanto ambientais como relacionais, as quais são submetidas à equipe de enfermagem que trabalha sempre com uma escala quantitativa mínima de pessoal. A redução do quadro de pessoal aumenta o nível de estresse dos profissionais de enfermagem, impossibilitados de prestarem um bom atendimento aos pacientes (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

A palavra ergonomia é oriunda do grego, significando *ergon* = trabalho e *nomos* = lei, regra. O termo Ergonomia foi adotado nos principais países europeus - em 1959, em Oxford, fundou-se a Associação Internacional de Ergonomia (IEA – International Ergonomics Association) - e foi, em 1961, que esta associação realizou o seu primeiro congresso em Estocolmo, na Suécia. Nos Estados Unidos, foi criada a Human Factors Society, em 1957, e, até hoje, o termo mais freqüente naquele país continua a ser Human Factors (Fatores Humanos), embora ergonomia já seja aceita como sinônimo. Ergonomia é compreendida como a adaptação do trabalho ao homem, em particular no que concerne à concepção de postos de trabalho, assim como as escolhas de equipamentos e métodos de execução de tarefas, em especial quando monótonas e cadenciais, para reduzir o efeito nocivo na saúde (FARIAS, 1999; IEA, 2006).

No Brasil, a NR-17 trata especificamente da Ergonomia como instrumento de controle das condições de trabalho, tendo como principal objetivo o estabelecimento de parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos

trabalhadores, proporcionando um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. Essas condições incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho, e a própria organização do trabalho (BRASIL, 1978).

A responsabilidade da equipe de enfermagem por cuidados integrais e o número reduzido de profissionais aumentam a carga física, psíquica e emocional, num ambiente em que a convivência com o sofrimento e a finitude é constante. Podemos citar ainda os deslocamentos, as freqüentes idas e vindas na execução de procedimentos, manuseios de materiais pesados causando danos ao sistema músculo esquelético, longos períodos em posturas incorretas pela inadequação do mobiliário que, geralmente, não corresponde às medidas antropométricas dos trabalhadores, a organização do trabalho caracterizado por freqüentes interrupções para a busca e procura de material ou de informações, a implementação freqüente de novas tecnologias sem o devido treinamento, causando ansiedade e inaptações, agravados por fatores externos como a crescente problemática do trajeto do profissional entre a residência e o local de trabalho (CARVÃO; MAURO; VIDAL; MAURO, 2006).

Mauro (1991) destaca que os riscos ocupacionais devem ser controlados, caso contrário, geram as doenças profissionais e os acidentes de trabalho, referindo, como principais pré-requisitos do controle desses riscos, a promoção de um meio ambiente de trabalho adequado, conhecimento dos trabalhadores dos riscos à saúde, observação constante dos postos de trabalho, dentre outros. Menciona a atuação do Ministério do Trabalho e o fomento das Normas Regulamentadoras (NR), que visam ao controle dos riscos ocupacionais.

É importante ressaltar que os acidentes de trabalho decorrentes da exposição a materiais biológicos, tão freqüentes no cotidiano das unidades hospitalares, constituem preocupação de todos os profissionais expostos aos fatores de risco decorrentes do contato direto ou indireto com sangue e outros fluidos corporais. A NR6 regulamenta o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), destinados a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador no local de trabalho (BRASIL, 1978; MAURO, 1991).

Muitos pesquisadores têm enfatizado o sofrimento psíquico advindo do trabalho hospitalar. Entre eles está Pitta (1994), destacando que os hospitais têm sido espaços de concentração de trabalhadores de diversas áreas, desde médicos, enfermeiros, auxiliares de

enfermagem, operadores de máquinas, entre muitos outros, que se inter-relacionam com os usuários dos serviços, num ambiente permeado de dor e sofrimento.

Conceitos acerca da concepção de saúde, discutidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, entre 17 e 21 de março de 1986, ajudaram a definir que saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer/liberdade, acesso/posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

A preocupação com as condições ocupacionais na enfermagem é descrita por vários autores que pesquisam trabalho e fatores que influenciam a saúde do trabalhador. Mauro et al (1976), pioneiras no Brasil em utilizar princípios ergonômicos para estudar o trabalho de enfermagem, ao pesquisarem os aspectos ergonômicos que influenciam o estabelecimento de fadiga em enfermeiros, analisaram pontos relacionados à carga de trabalho tais como o acúmulo de atividades, condições inadequadas de trabalho, falta de higiene mental, dentre outros. Marziale e Carvalho (1998) corroboram com Mauro et al (1976), quando referem que as condições de trabalho e os riscos ocupacionais podem ser estudados por diferentes abordagens, dentre elas a ergonomia.

A ergonomia deve promover uma abordagem holística do trabalho, considerando aspectos de origem física, cognitiva, social, organizacional e ambiental. Assim, o conselho da *International Ergonomics Association* (IEA, 2006) a definiu como uma disciplina científica que trata da compreensão das interações entre os seres humanos e os outros elementos de um sistema, estabelecendo os domínios da área como ergonomia física, cognitiva e organizacional.

Ergonomia física aplica-se às características da anatomia humana, antropometria, fisiologia e biomecânica em relação à atividade física, incluindo-se como tópicos relevantes a postura laboral, manuseio de materiais, movimentos repetitivos, distúrbios músculo-esqueléticos em relação ao trabalho, projetos de postos de trabalho, segurança e saúde (IEA, 2006).

Ergonomia cognitiva relaciona-se aos processos mentais, como percepção, memória, raciocínio, resposta motora, e os tópicos relevantes incluem carga mental de trabalho, tomada de decisão, interação homem-máquina, estresse e treinamento, conforme esses se relacionam aos projetos que envolvem seres humanos e sistemas (IEA, 2006).

Ergonomia organizacional refere-se à otimização dos sistemas sociotécnicos, incluindo suas estruturas organizacionais, políticas e processos. Os tópicos relevantes incluem comunicação, gerenciamento de recursos, projeto de trabalho, organização temporal, trabalho em grupo, projeto participativo, ergonomia comunitária e trabalho cooperativo, novos paradigmas do trabalho, cultura organizacional, organização em rede (IEA, 2006).

O objetivo da ergonomia é assegurar satisfação, segurança e bem-estar dos trabalhadores em relação ao trabalho, tarefa, equipamento, meio ambiente e comportamento entre trabalhadores. O princípio geral da ergonomia diz que as máquinas e o ambiente de trabalho devem ser adaptados e, devido às grandes diferenças existentes entre as pessoas, elas podem ser adequadamente selecionadas, possibilitando modificações pelo treinamento (ROYAS; MARZIALE, 2001).

O trabalho da enfermagem em oncologia

A enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de prevenção de doenças, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. Portanto, a enfermagem é considerada responsável pelo cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Cuidar do ser humano, procurando encontrar caminhos e desenvolvendo potenciais para que este ser humano funcione nos seus papéis e/ou possa abdicar dos seus papéis entregando-se por livre escolha ou por força das circunstâncias ao controle de outrem, temporária ou definitivamente, com dignidade e respeito, levando-o a sentir-se estimado e respeitado durante todo o processo de viver, tudo isto é enfermagem (RADÜNZ, 1999).

Acredita-se que as dificuldades dos profissionais da área hospitalar na lida diária com o sofrimento humano, se superlativam quando transportadas para os serviços de atendimento a pacientes críticos ou com doença crônico-degenerativa que os obrigam a longos períodos de internação ou a vários retornos ao ambulatório, como é o caso de pacientes oncológicos. Os

profissionais que trabalham com esses pacientes estão expostos no cotidiano de seu trabalho a situações geradoras de conflitos, a freqüentes perdas por morte, a pressões impostas pelo modelo médico tradicional de responsabilidade em relação à cura e à longevidade, ao constante convívio com doentes graves e com a tristeza dos familiares (FERREIRA,1996).

Popim (2001) lembra que, vivenciando a enfermagem em oncologia, por inúmeras vezes sente-se absolutamente sem forças físicas, com a mente exausta, percebendo um estreitamento no seu horizonte de possibilidades. Este sentimento leva a um grau de angústia existencial e como pessoas que somos, nós, profissionais, também temos nossas crenças, nossos medos, nossas experiências, nosso mundo – a vida, enfim; e o que de nós é requerido pelas pessoas doentes no ato de cuidar é a disposição pessoal, num movimento de doação que vai para além de nosso conhecimento técnico e científico. A autora diz, ainda, que gosta do que faz, trabalha em condições favoráveis (ambientais e materiais), acredita no trabalho da enfermeira oncologista junto ao doente, como membro efetivo da equipe, porém questiona-se sobre seu mal-estar, perguntando-se porque, então, se sente assim. O que há de errado? O que está oculto, velado, nesse cotidiano de trabalho?

No trabalho em si, o sofrimento está presente por ser um trabalho hospitalar e, na maioria das vezes, desenvolve-se frente a situações críticas pelas quais passa o ser humano, como doença, sofrimento e morte. Porém, por outro lado, ele é percebido como extremamente prazeroso quando permite, durante o ato de cuidar, o contato direto com o doente, expressando-se numa relação de ajuda para com os semelhantes. O prazer em ajudar tem suas origens na concepção da enfermagem como uma profissão sublime, grandiosa e nobre (BARBOZA ; SOLER, 2003).

Quanto à organização do trabalho em enfermagem, Lunardi Filho (2000) afirma que essa organização já se encontra determinada, prescrita, restando ao trabalhador realizar tarefas, o que pode provocar sentimentos de apreensão, medo, angústia, raiva e impotência, que são elementos do sofrimento no trabalho.

Pensa-se que o cliente oncológico é uma pessoa capaz, com seus valores, crenças e estilo de vida, com potencialidade para desenvolver o autocuidado e retornar à vida produtiva, independentemente de seus níveis socioeconômico e cultural, com direito à assistência de qualidade e reabilitação, que devem ser oferecidas desde o momento da sua admissão na instituição, além de envolver sua família e ter como meta sua independência.

Radünz (1999) define o cliente oncológico e a enfermagem da seguinte forma: o cliente oncológico é um ser humano com diagnóstico de câncer e que vem ao serviço de saúde por se encontrar em uma das fases da trajetória da doença, para iniciar tratamento quimioterápico, seguimento do protocolo de drogas, controle quando em remissão da doença, reinício do protocolo de drogas, em caso de recidiva, aparecimento de metástases ou quando do diagnóstico de outro câncer primário e acompanhamento final de vida. Quanto à enfermeira oncologista, descreve a autora: é um ser humano possuidor de *feeling* especial para com os outros e com ela mesma, com competência na área de enfermagem em oncologia, que cuida de si mesma e profissionalmente dos outros, que procura despertar nos outros e nela mesma a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar os seus papéis e que desenvolve empatia ao interagir terapêuticamente. Algumas exigências são feitas às enfermeiras que cuidam de clientes com câncer, como conhecimento teórico sobre a doença e tratamento, habilidade prática e experiência no cuidado a clientes com câncer, empatia e autoconhecimento.

Na concepção de Guedes e Nogueira (2004), a enfermeira oncologista é um membro da equipe que reconhece a importância da abordagem integrada e holística no tratamento, recuperação da saúde, prevenção de seqüelas e reabilitação dos portadores de câncer, de forma a lhes proporcionar qualidade de vida e cumprir os preceitos do artigo 196 da Constituição Federal e dos artigos 2º e 3º da Lei nº. 8080, que determinam a saúde como direito fundamental e inalienável dos seres humanos, promovendo atendimento das necessidades dos portadores de câncer, bem como de seus familiares, respeitando as características individuais, sociais e culturais.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa das causas de afastamentos do trabalho por adoecimento em ambulatório de referência em oncologia. Polit, Beck e Hungler (2004) referem que os estudos descritivos têm como finalidade observar, descrever e documentar os aspectos de certa situação, que, neste estudo, tem como objeto a causa de afastamento do trabalho motivada por doença. Também, referem que o interesse maior do investigador é a descrição do fenômeno sem estabelecer uma conexão causal, mas buscando identificar sua relação com as variáveis objetivas.

Os estudos descritivos são caracterizados pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida ou pouco elucidada, da qual se exige maiores informações quanto às características, sua regularidade ou modos de mudança (LEOPARDI, 2002).

Campo do estudo

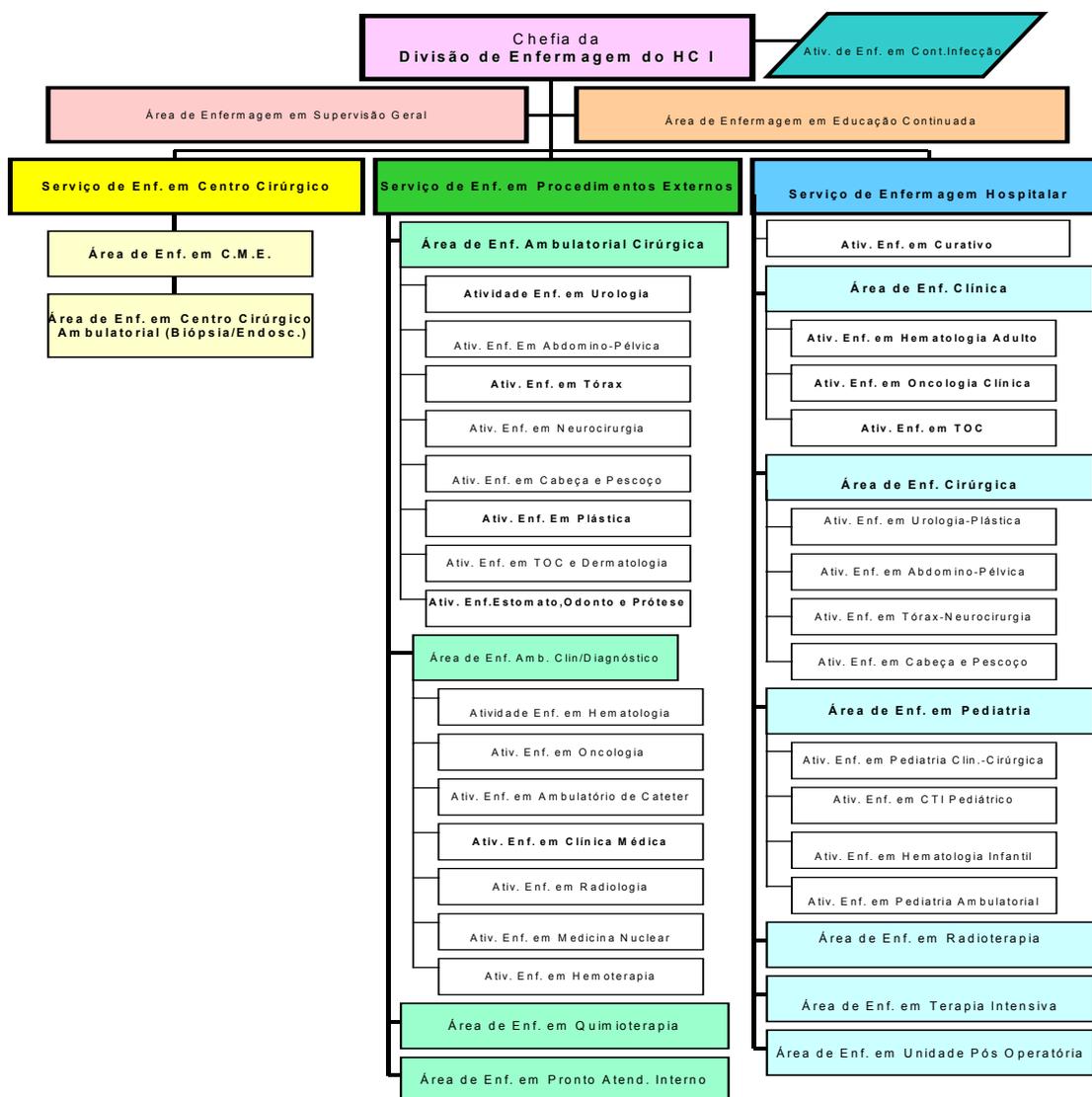
O estudo foi desenvolvido no serviço ambulatorial de uma instituição pública federal, de referência em oncologia, localizada na região metropolitana do Rio de Janeiro, cuja clientela se constitui de portadores de câncer. O serviço ambulatorial estudado fica distribuído entre o andar térreo, isto é, no primeiro piso, segundo e sétimo andar do hospital e, também, em outro prédio localizado nas suas proximidades. Abrange as especialidades de quimioterapia, radioterapia, hemoterapia, medicina nuclear, radiodiagnóstico, endoscopia, biópsia, eletrocardiograma, clínica médica, oncologia clínica, hematologia e as seções cirúrgicas de abdômen, urologia, tórax, plástica reparadora, cabeça e pescoço, tecido ósseo conectivo, dermatologia, neurocirurgia, clínica da dor, estomaterapia e odontologia.

População

A população-alvo do estudo constou dos trabalhadores de enfermagem que compõem a equipe de saúde do espaço ambulatorial, campo deste estudo, cuja equipe de enfermagem é composta por 64 (setenta e quatro) enfermeiros, 65 (sessenta e cinco) técnicos, 30 (trinta)

auxiliares de enfermagem e 04 (quatro) auxiliares operacionais de serviços diversos, constituindo uma equipe de 163 (cento e sessenta e três) componentes.

Estes trabalhadores estão subordinados à Divisão de Enfermagem do Hospital do Câncer I (organograma 1), criada pela Portaria Ministerial nº. 1.179 de 30/06/95 – MS e está diretamente subordinada ao diretor deste hospital e tem como missão assegurar a assistência de enfermagem para o controle do câncer e, também, planejar, coordenar e supervisionar os serviços de enfermagem e os recursos materiais e equipamentos necessários à assistência ao cliente oncológico.



Organograma 1. Organograma da Divisão de Enfermagem do Hospital do Câncer I.

Fonte: Divisão de Enfermagem HCI/INCA. Rio de Janeiro, 1995.

Critérios de inclusão

Para inclusão no estudo foi adotado, como critério de seleção, os funcionários que prestam cuidados aos clientes adultos oncológicos no ambulatório, que estavam em plena atividade no período da coleta de dados e que aceitassem participar da pesquisa, de forma voluntária.

Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão abrangeram os que estavam em gozo de férias ou licença prêmio, em licença médica para tratamento de saúde, licença-maternidade, ou aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

Coleta de dados

Os dados foram coletados durante o primeiro semestre de 2007, por meio de entrevistas previamente agendadas, conforme conveniência de cada trabalhador e após consentimento livre e pós-esclarecido. Assim, o trabalhador foi informado de como se conduziria a entrevista, qual a melhor forma de conciliar suas atividades no ambulatório e a atenção dispensada ao entrevistador no momento da entrevista. Para a realização das entrevistas, foram treinados dois estudantes de enfermagem estranhos aos sujeitos da pesquisa. O segundo momento aconteceu conforme o agendamento sugerido pelo trabalhador.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos previamente elaborados:

Formulário 1 - para delineamento do perfil do trabalhador de Enfermagem (Apêndice 1), contendo os seguintes dados: sexo, idade, categoria profissional, grau de escolaridade, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho no ambulatório, setor atual de trabalho, carga horária semanal, jornada de trabalho, vínculo empregatício (estatutário, contrato pela Consolidação das Leis do Trabalho), outros vínculos empregatícios em outras instituições, tempo gasto no deslocamento para chegar ao local de trabalho.

Formulário 2 - para levantamento dos problemas de saúde-doença (Apêndice 2) – através deste

instrumento foram coletados os dados referentes à situação de saúde-doença do trabalhador: doença manifestada após o ingresso na instituição, tratamentos de saúde realizados, realização de exames periódicos de saúde, necessidade de licença médica por motivo de doença, tempo de afastamento por licença médica, motivo do afastamento, se no entendimento do trabalhador o problema de saúde tem relação com o trabalho que desenvolve, como se sente ao vir para o trabalho (mental e fisicamente), como se sente ao final do expediente (mental e fisicamente), se algo no setor de trabalho causa desconforto no trabalhador.

Método de análise estatística

A fim de permitir ao pesquisador descrever e resumir os dados a proporções controláveis, a análise estatística descritiva foi empregada no estudo. As técnicas estatísticas empregam medidas de tendência central como média e mediana, que descrevem o elemento médio, medidas de variabilidade como o desvio-padrão, que medem quanta dispersão está na amostra e algumas técnicas de associação como o teste qui-quadrado, que medem até que ponto as variáveis estão associadas (RODRIGUES, 2002).

Os dados coletados foram organizados por meio dos recursos do programa *Microsoft Excel Office XP*, de acordo com codificações pré-determinadas, visando facilitar o processamento e cálculo estatístico.

A metodologia utilizada determinou como variáveis:

- Variáveis dicotômicas – sexo, jornada de trabalho, duplicidade de vínculo empregatício, menção a problemas de saúde surgidos após o ingresso na instituição, relação da doença com o tipo de trabalho executado, realização de exame periódico de saúde, realização de tratamentos de saúde, necessidade de licença médica durante o tempo trabalhado na instituição, sensação do trabalhador ao chegar ao trabalho e ao final da jornada de trabalho..
- Variável de atributo – setor atual de trabalho no ambulatório, categoria profissional, grau de escolaridade, carga horária semanal, vínculo empregatício, tipos de problemas de saúde segundo o sistema orgânico afetado nos últimos anos, motivos das licenças médicas.
- Variáveis contínuas – idade, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho no

ambulatorio, tempo de deslocamento domicilio-trabalho, número de dias de licenças médicas.

A frequência simples e percentual foi calculada nos dados referentes às variáveis: sexo, faixa etária, categoria profissional, grau de escolaridade, distribuição dos trabalhadores por setor ambulatorial, jornada de trabalho, carga horária semanal, vínculo empregatício, duplicidade de vínculo empregatício, tempo de deslocamento domicilio-trabalho, tipos de problemas de saúde segundo o sistema orgânico afetado nos últimos anos, menção a problemas de saúde surgidos após o ingresso na instituição, distribuição segundo a relação da doença com o tipo de trabalho executado, realização de exame periódico de saúde, realização de tratamentos de saúde, necessidade de licença médica durante o tempo trabalhado na instituição, número de dias de licenças médicas, motivos das licenças médicas, sensação do trabalhador ao chegar ao trabalho e ao final da jornada de trabalho.

Nos dados referentes a tempo de trabalho na instituição e tempo de trabalho no espaço ambulatorial foram realizados os cálculos de média aritmética, mediana, desvio-padrão, frequência mínima, frequência máxima.

Para verificar a associação entre variáveis, foi aplicado o teste não paramétrico de qui-quadrado (X^2), adotando-se para tal o nível de significância de 5% de probabilidade ($P < 0,5\%$).

Aspectos éticos da pesquisa

Atendendo aos princípios éticos da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n°. 196/96 (BRASIL, 1996), que visa assegurar os direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos da pesquisa, respeitando-se os princípios de justiça, equidade e segurança, foi encaminhado o projeto ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde foi realizada a pesquisa para análise e aprovação (Anexo 1) .

Também, em observância à legislação em pesquisa envolvendo seres humanos, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) para que os participantes do estudo fossem informados da nossa proposta de pesquisa, da sua participação voluntária, do direito ao anonimato e sigilo dos dados informados, além do direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa, se assim o desejassem.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados é iniciada pelo perfil da amostra estudada, características biográficas - formulário 1, sexo, faixa etária, categoria profissional, grau de escolaridade, características profissionais como o tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho no ambulatório, setor atual de trabalho, jornada de trabalho habitual, carga horária semanal, vínculo empregatício, duplo vínculo e tempo de deslocamento para chegar ao local de trabalho. São também apresentados os resultados relacionados aos problemas saúde-doença - formulário 2, se teve algum problema de saúde nos últimos anos e qual o problema, se relaciona estes problemas com o trabalho, se necessitou de licenças médicas, qual o motivo e por quanto tempo e a sensação física e mental ao chegar ao trabalho e ao final da jornada.

Foram realizadas 135 entrevistas do total de 163 profissionais de enfermagem que atuam na área ambulatorial descrita no campo do estudo até maio de 2007. Vinte e oito profissionais não participaram do estudo por encontrarem-se de licença médica (n=15), férias (n=5), por não quererem responder ao questionário (n=4), por impossibilidade de sair do setor para dar atenção ao entrevistador (n=3) e licença-maternidade (n=1).

Os profissionais que não quiseram participar da pesquisa (n=4) referiram descrença em qualquer projeto oriundo da instituição, dizendo-se cansados e desmotivados. No entanto, a maioria dos sujeitos estudados, incluindo-se outros profissionais que não atendiam aos critérios de inclusão no estudo, procuraram o entrevistador referindo o desejo de participar da pesquisa por considerar o assunto relevante para a enfermagem e para a instituição e que o considerava uma tentativa de se fazer alguma coisa para melhorar a sua qualidade de vida no trabalho.

Perfil do trabalhador.

Ao analisar os dados expostos na tabela 1 e no gráfico 1, percebe-se que 88,1% (n = 119) dos respondentes eram trabalhadores do sexo feminino e 11,9% (n = 16), do sexo masculino.

Tabela 1: Distribuição de freqüências simples e percentuais quanto ao sexo.

SEXO	n	%
Feminino	119	88.1
Masculino	16	11.9
TOTAL	135	100.0

Fonte: O autor (2007).

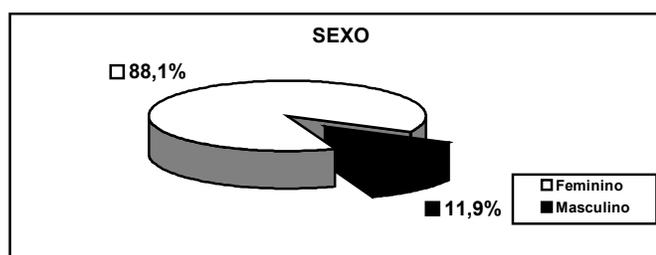


Gráfico 1. Distribuição de freqüências percentuais quanto ao sexo.

Fonte: O autor (2007).

A predominância do gênero feminino no resultado reflete o fato histórico de que a força de trabalho da enfermagem tem-se configurado eminentemente feminina. A literatura confirma que a profissão de enfermagem é predominantemente exercida por mulheres.

Tal predominância é histórica e se dá pelo fato de que o cuidado é social e culturalmente atribuído às mulheres, como o cuidado de doentes, velhos, crianças e parturientes. Assim, os encargos profissionais contribuem para a sobrecarga de responsabilidades com tarefas domésticas, dentro das quais, por vezes, a mulher passa a ser figura nuclear, assumindo a função de provedora e coordenadora das questões familiares. O excesso de atividades para as mulheres limita o tempo de estar com a família. A dificuldade de conciliar as férias do trabalho com as escolares das crianças provoca sofrimento por antecipação e medo de não desempenhar o papel de mãe corretamente. Estes fatores, associados à desvalorização do trabalho feminino, apesar de todo avanço dos movimentos feministas, são considerados importantes fatores desencadeantes do desgaste físico e mental (REIS et al, 2003; MUROFUSE, 2004).

A condição feminina expõe as trabalhadoras à situação de cumprimento de sua função biológica como reprodutoras e responsáveis pelos filhos, o que as leva ao afastamento do seu trabalho profissional, sobretudo aquelas na faixa etária de maior comprometimento com os papéis

de dona de casa e da maternidade. Estas percorrem o chamado “trilho duplo” porque cuidam do lar, dos filhos e de empregos (STEAGALL-GOMES e MENDES, 1995).

Pitta (1994) refere que a predominância feminina na força de trabalho na área de saúde tem sido observada por muitos estudiosos e acrescenta que, historicamente, as atividades de cuidar de enfermos têm sido delegadas às mulheres. A participação e a predominância feminina no trabalho de enfermagem, destacada por Bulhões (1998), talvez se justifiquem por um contexto de submissão histórica no processo de trabalho.

O trabalho de enfermagem, desenvolvido nos hospitais ingleses, tinha má reputação e foi por muito tempo considerado caritativo e sem prestígio, muito semelhante ao trabalho doméstico desempenhado pelas mulheres, pois não exigia nenhum conhecimento ou treinamento técnico, até que, nos idos de 1850, Florence Nightingale profissionalizou a Enfermagem. Na estruturação da enfermagem “nightingaleana”, um dos critérios de ingresso na nova profissão era ser do sexo feminino e a frequência em um curso com a duração de um ano, em regime de internato, sob disciplina rigorosa, para desenvolver nas alunas os traços de caráter considerados de melhor qualidade para aquela sociedade, como, por exemplo, sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância. A realidade mostra que o trabalho de enfermagem é gerador de tensões, possui carga excessiva de trabalho e é mal remunerado (PIRES, 1989; MUROFUSE, 2004; BORGES, 2006).

Dados da literatura revelam que a mulher não é mais suscetível a agravos da saúde nas ações profissionais, mas, sim, possui alterações fisiológicas e morfológicas que geralmente não são consideradas no planejamento do seu trabalho (BARBOZA; SOLER, 2003).

A faixa etária (tabela 2), dos sujeitos do estudo apresenta idades que variam de 27 anos, o mais jovem, até 69 anos, o mais idoso. Apenas quatro profissionais encontram-se na faixa entre 27 e 29 anos. A maior concentração, com 66 profissionais com idade entre 40 e 49 anos, representando 48,8% do total. Com idade entre 50 e 59 anos encontram-se 36 profissionais, o que representa 26.6 % da amostra estudada. Ainda, tem-se 11,1% dos profissionais (n = 15) na faixa dos 60 a 69 anos. Guimarães (2005) lembra que, com o aumento da idade, ocorre um aumento da frequência de doenças crônicas, o que gera um maior número de licenças médicas.

Tabela 2: Distribuição de frequência simples e percentuais quanto à faixa etária.

<i>Idade</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
27 a 29 anos	04	3.7%
30 a 39 anos	14	10.3%
40 a 49 anos	66	48.8%
50 a 59 anos	36	26.6%
60 a 69 anos	15	11,1%
TOTAL	135	100

Fonte: O autor (2007).

A média aritmética das idades dos trabalhadores do ambulatório é de 48 anos. Sendo de 36 anos para homens e 48 anos para mulheres. Avaliando as associações entre faixa etária e motivos de maior frequência para licença médica deste estudo, verifica-se que as doenças osteomusculares estão associadas ao nível de 5% para faixa etária ($X^2 = 4.69$; $P = 0.030$), ou seja, quanto maior a idade, maior é o número de licenças médicas por problemas osteomusculares, conforme mostra a tabela 3. Outros pesquisadores mencionam que a média elevada de idade é um fator importante para o desenvolvimento de transtornos mentais devido à diminuição da capacidade de adaptação às condições de estresse no trabalho. Estudos mostram que o índice de capacidade para o trabalho é bastante afetado pela idade (ROQUAYROL, 1994; FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005; POHJONEN, 2001). Em contraponto, este estudo nos aponta que a faixa etária elevada parece não estar associada a transtornos mentais¹ (tabela 4), pois foram observados em qualquer idade no grupo estudado.

¹ O transtorno mental, constatado no estudo, se refere a doença com diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico. Sendo as mais citadas a depressão, síndrome do pânico, transtorno bipolar, ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo.

Tabela 3: Associação faixa etária e doenças osteomusculares.

Faixa etária	Sim	Não	Total
0 – 48 anos	55	20	75
>_ 49 anos	53	7	60
Total	108	27	135

$X^2 = 4.69$ (P=0.030) Significativo ao nível de 5%

Fonte: O autor (2007).

Tabela 4: Associação faixa etária e transtornos mentais.

Faixa etária	Sim	Não	Total
0 – 48 anos	33	42	75
>_ 49 anos	33	27	60
Total	108	27	135

$X^2 = 1.61$ (P=0.263) Não significativo

Fonte: O autor (2007).

Pesquisa realizada por Borges (2006) acerca da análise da capacidade para o trabalho e o envelhecimento funcional precoce em trabalhadores de enfermagem, encontrou maior prevalência de capacidade inadequada para o trabalho num grupo de trabalhadores jovens, com idade abaixo de 35 anos. O autor conclui que é necessária uma abordagem multidimensional na implementação de programas para manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores da saúde, incluindo intervenções organizacionais no ambiente de trabalho.

Vale ressaltar que, neste estudo, verificou-se um contingente significativo dos respondentes em idade avançada. A idade máxima dos homens foi de 55 anos e das mulheres 69 anos e vinte e três mulheres acima de 55 anos (apêndice 4), o que nos permite inferir que o trabalhador vem adiando a sua aposentadoria, possivelmente diante da conjuntura socioeconômica vigente no país, que não permite poder aquisitivo condizente com o tempo trabalhado, pois inseridos no mercado de trabalho, a sua renda contribui mais significativamente para o orçamento familiar (FARIAS, 1999).

Um dado importante relacionado ao tempo de contribuição no trabalho, para alguns estudiosos, é de que a vida útil de trabalho de um enfermeiro é de cerca de 20 anos, ou seja, quase que a metade da vida útil da força de trabalho em geral. Estudos realizados com profissionais de enfermagem concluem que, a partir do seu ingresso, a enfermeira tem aproximadamente 10 anos de tempo como força de trabalho economicamente ativa devido a insalubridade desse labor. (STEAGALL-GOMES; MENDES, 1995).

É importante mencionar que, a partir de 49 anos, existe uma involução progressiva e gradual do organismo humano e que dos 35 em diante, as funções cardiovasculares, pulmonares e biomecânicas não se encontram mais no ápice de suas respectivas capacidades, ocorrendo uma menor adaptação ao esforço físico, ao estresse e às agressões. A população deste estudo encontra-se na faixa etária que já sofreu modificações/alterações generalizadas do organismo, necessitando de maior atenção e acompanhamento médico para prevenção de doenças e promoção de sua saúde (FARIAS, 1999).

Quanto à categoria profissional dos trabalhadores (tabela 5), verificou-se a predominância do nível fundamental e médio de educação, com 47.4% de técnicos e 11.9% de auxiliares, dando um total de 59.3% do contingente entrevistado. Outros 40.7% dos trabalhadores possuem nível superior e pós-graduação, com predominância do *Lato sensu*. Dos 55 enfermeiros entrevistados, 51 possuem curso de especialização e 06 enfermeiros possuem mestrado (gráfico 2), demonstrando a necessidade de pessoal capacitado para o trabalho em um ambulatório de alta complexidade.

Tabela 5: Distribuição de freqüências simples e percentuais quanto à categoria profissional.

<i>Categoria profissional</i>	<i>Freqüências simples</i>	<i>Percentual</i>
Enfermeiro	55	40.7
Técnico	64	47.4
Auxiliar	16	11.9
TOTAL	135	100.0

Fonte: O autor (2007).

O grau de escolaridade dominante sugere um nível de conhecimento científico alto, necessário para o trabalho em uma instituição de referência em oncologia que exige conhecimento técnico-científico dos trabalhadores para a realização das tarefas. Cabe esclarecer

que a instituição deste estudo proporciona e incentiva o aperfeiçoamento destes profissionais.

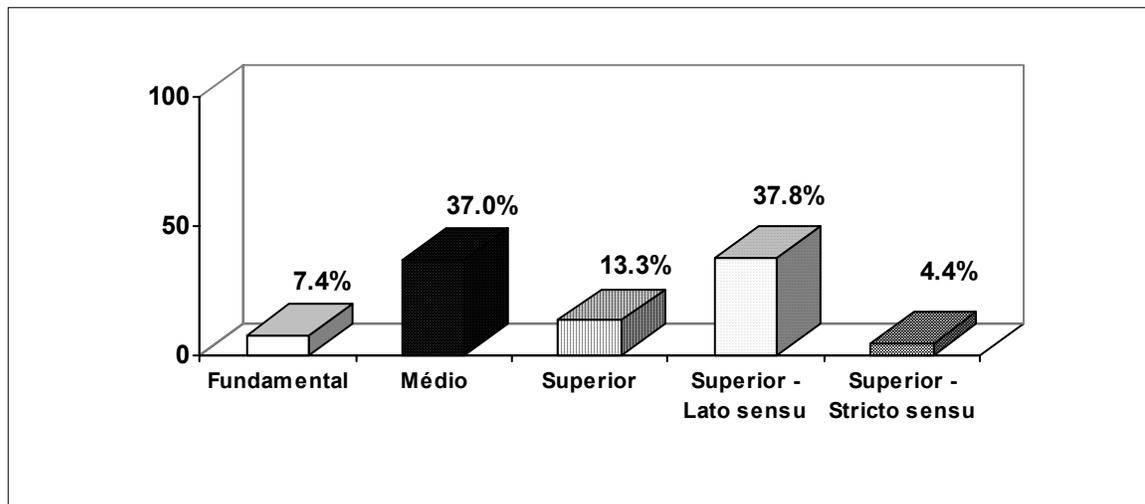


Gráfico 2: Distribuição de freqüências percentuais quanto à escolaridade.

Fonte: O autor (2007).

Bulhões (1998) adverte que é preciso investir na capacitação do trabalhador, ou seja, no desenvolvimento do seu conhecimento, para conseguir a eficácia de atuação sobre normas, duração e ritmo de trabalho. Conhecendo o processo de trabalho, os profissionais devem buscar a cooperação e o diálogo permanente com especialistas das diversas áreas afins, como a ergonomia, higiene e segurança, no intuito de obter medidas capazes de garantir-lhes condições de trabalho favoráveis à saúde.

Os achados (tabela 5) mostram um quantitativo relativamente alto de enfermeiros (40,7%) no ambulatório. Neste ambulatório são realizados procedimentos de alta complexidade e, portanto, necessita-se de um grande contingente de profissionais qualificados, apesar da crença de que a atuação da enfermagem no espaço ambulatorial se constitui de ações simples, burocráticas ou destituídas de complexidade. Não é o que se observa em relação à equipe de enfermagem atuante com indivíduos portadores de câncer neste ambulatório especializado. O setor de quimioterapia, por exemplo, é composto, na sua maioria, por enfermeiros, contando apenas com um técnico de enfermagem e um auxiliar de enfermagem para realizar serviços burocráticos.

O ambulatório destaca-se pela sua função, pois, mesmo inserido no subsistema curativo, é nele que é possível atender todos os clientes externos que necessitam de cuidados, tratamento,

recuperação da saúde, prevenção de seqüelas, reabilitação do indivíduo, e também pela sua função educativa ao cliente, à família e à comunidade. Sua função social é, assim, claramente demonstrada. É também chamado de hospital-dia porque, em muitas situações, o paciente recebe os cuidados necessários no período diurno, podendo ser liberado para a sua residência e convívio familiar. Numa instituição especializada em oncologia, onde os procedimentos ambulatoriais tendem a ser mais complexos, é necessário o preparo bio-psico-técnico dos profissionais, porque o período de internação é cada vez menor e é no ambulatório que estes procedimentos são realizados atualmente.

Nos setores de maior complexidade está concentrado o maior número de profissionais, por exemplo, a quimioterapia, com 27 trabalhadores de enfermagem lotados no setor, sendo 26 profissionais de nível superior (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição de freqüências simples e percentuais quanto ao setor atual de trabalho.

<i>Setor atual de trabalho</i>	<i>Freqüências simples</i>	<i>Percentual</i>
Quimioterapia	27	20.0
Onco/Hemato	7	5.2
Radiodiagnóstico	21	15.6
Radioterapia	7	5.2
Hemoterapia	9	6.7
Eletrocardiograma	7	5.2
Endoscopia	8	5.9
Biópsia	2	1.5
Abdômen	9	6.7
Cabeça e Pescoço	9	6.7
Urologia	2	1.5
Tórax	5	3.7
Plástica	6	4.4
TOC/Dermato	2	1.5
Neuro/Dor	5	3.7
Odonto	3	2.2
Medicina Nuclear	6	4.4
TOTAL	135	100.0

Fonte: O autor (2007).

A Tabela 7 mostra que, entre os respondentes, a média de tempo de trabalho na instituição é de 18,93 anos e que a média de tempo de trabalho no ambulatório está em torno de 8,47 anos, o que representa 44,74% do tempo total de trabalho no instituto, mesmo considerando que dois dos trabalhadores possuem apenas 1 ano de prestação de trabalho na instituição, o que diminui a média de tempo trabalhado nesta amostra. Considere-se, ainda, que os trabalhadores em idade avançada referem que, após alguns anos de contribuição na área de pacientes internados e com alguma restrição física e ou psíquica, foram readaptados para contribuir no setor ambulatorial.

Tabela 7: Medidas de tendência central e variação do tempo de trabalho na instituição e tempo de trabalho no ambulatório.

<i>TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO</i>		<i>TEMPO DE TRABALHO NO AMBULATÓRIO</i>	
<i>Medidas</i>	<i>Valores</i>	<i>Medidas</i>	<i>Valores</i>
Média aritmética	18.93	Média aritmética	8.47
Desvio-padrão	7.87	Desvio-padrão	6.80
Mediana	21.00	Mediana	7.00
Mínimo	1.00	Mínimo	1.00
Máximo	28.00	Máximo	26.00

Fonte: O autor (2007).

No que se refere ao tempo de trabalho na instituição, o estudo revelou que a maioria dos respondentes tem quase vinte anos de serviço. Neste sentido, pode-se afirmar que a maioria dos trabalhadores do estudo tem considerável experiência profissional. Quanto ao tempo de trabalho no ambulatório, verifica-se que o tempo máximo é de 26 anos e o tempo mínimo, de 01 ano. Estes resultados encontrados indicam que não há grande rotatividade no ambulatório, fazendo-se crer numa grande bagagem de vivências no trabalho desenvolvido devido ao íntimo e contínuo contato com as atividades cotidianas.

A tabela 8 mostra que quanto mais tempo de trabalho na instituição, maior é o número de licenças médicas, de acordo com a tabela 11 (p. 71), o que permite inferir que este é um fator adverso à saúde do trabalhador, pois, licenças são dadas a quem tem problema de saúde. O tempo de trabalho para o desenvolvimento de doenças é um entre os vários componentes que desencadeiam o adoecimento. Este tempo pode ser maior ou menor, dependendo da natureza e dos componentes do trabalho (OLIVEIRA, 2001).

Tabela 8: Associação entre tempo de trabalho na instituição e licença médica.

Tempo de trabalho na instituição	Sim	Não	Total
1 a 21 anos	64	7	71
> 22 anos	63	1	64
Total	127	8	135

$X^2 = 4.16$ (P=0.041) Significativo ao nível de 5%

Fonte: O autor (2007).

No que concerne à jornada de trabalho, a maioria dos trabalhadores é plantonista (n = 81; 60%), isto é, trabalha um turno de 12 horas ininterruptas. Setenta e cinco dos trabalhadores (55.6%) referiram outro emprego, chegando a trabalhar um total de 72 ou, até, 80 horas semanais. Anteriormente, o ambulatório funcionava de 08 às 16 horas e todos os trabalhadores eram diaristas. Porém, com a alta demanda de pacientes matriculados, consequentemente de pacientes agendados para consultas, tratamentos e exames no ambulatório, se impôs a necessidade de ampliar o período de atendimento até as 19 horas fazendo com que fosse necessário o sistema de plantão. O baixo nível sócio econômico da clientela atendida no instituto faz com que os exames, as consultas e os tratamentos sejam concentrados num único dia evitando que o paciente retorne várias vezes ao hospital. Outro aspecto é que os pacientes geralmente se encontram muito debilitados e na tentativa de evitar que fiquem hospitalizados, muitos procedimentos invasivos e terapêuticos são executados no ambulatório o que exige um período prolongado de observação a fim de liberá-lo com segurança para o domicílio.

A maioria dos respondentes, 82.2% (n = 111), trabalha 40 horas semanais, o que resulta em 8 horas por dia, com acréscimo de uma hora para o almoço. Os demais (n = 24; 17,8%) estão lotados em áreas como radiodiagnóstico e radioterapia e trabalham 24 horas semanais porque estão protegidos pela Portaria do MS nº 453 de 1º de junho de 1998 (BRASIL, 1998), que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, tendo em vista as disposições constitucionais e a Lei 8.080, de 19 de outubro de 1990, que tratam das condições para a promoção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano (Tabela 9).

Com relação ao tipo de vínculo empregatício na instituição do estudo, observa-se que a maioria dos trabalhadores (n = 104) é funcionário público estatutário, representando 77 % da

amostra estudada. Outros 24 trabalhadores, (17,8%), são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas, contratados pela Fundação Ary Frauzino. Apenas 7 indivíduos, (5,2%), são funcionários contratados temporariamente, pelo período de 2 anos, pelo Ministério da Saúde.

Tabela 9: Distribuição de freqüências simples e percentuais relacionadas ao trabalho.

<i>Jornada de trabalho</i>	<i>Freqüências simples</i>	<i>Percentual</i>
Diarista	54	40.0
Plantonista	81	60.0
Total	135	100.0
<i>Carga horária semanal</i>	<i>Freqüências simples</i>	<i>Percentual</i>
24 horas	24	17.8
40 horas	111	82.2
Total	135	100.0
<i>Vínculo Empregatício</i>	<i>Freqüências simples</i>	<i>Percentual</i>
Estatutário	104	77.0
CLT - FAF	24	17.8
MS - Temporário	7	5.2
Total	135	100.0
<i>Duplo vínculo</i>	<i>Freqüências simples</i>	<i>Percentual</i>
Sim	75	55.6
Não	60	44.4
Total	135	100.0

Fonte: O autor (2007).

A carga horária intensa leva os funcionários a manterem um nível de produção que, às vezes, excede a sua potencialidade fisiológica, gerando, com isto, agravos sérios à saúde da pessoa. De acordo com diferentes estudos, os trabalhadores de enfermagem estão sujeitos à excessiva carga horária de trabalho relativamente crônica e, na enfermagem e nas instituições de saúde, o trabalhador se depara, a cada momento, com a dor humana, condições de trabalho desfavoráveis e expectativa de produtividade com qualidade por parte dos dirigentes (ALVES, 1996; STEAGALL-GOMES; MENDES, 1995; NASCIMENTO, 2003).

No ambulatório estudado, os trabalhadores cumprem a carga horária de 40 horas no período diurno porque o ambulatório desta instituição funciona de segunda a sexta-feira, das 07 às 19 horas. Então, na maioria das vezes, o segundo e o terceiro vínculo são realizados no período noturno em outras instituições. As pessoas que trabalham no período noturno ou que têm

mudança em seus turnos, em função da necessidade de garantir a continuidade da assistência, sofrem interferências na suas vidas familiar e social, que produzem desgastes importantes na qualidade de vida do trabalhador, pois são afetados os horários de contato familiar e sua participação em outras atividades no âmbito social. Além disso, o trabalho em turnos provoca alterações fisiológicas que podem se tornar prejudiciais à saúde, tais como os distúrbios do sono, do apetite e da alimentação, que originam diversos outros problemas. As alterações das funções fisiológicas e psicológicas podem, também, ocasionar fadiga, alteração de humor e distúrbios gastrintestinais (SOUZA, 1999; VERAS, 2003).

No Gráfico 3, apresenta-se a distribuição de freqüências simples e percentuais quanto ao tempo de deslocamento para chegar ao local de trabalho. Verifica-se que 65 (48.1%) dos 135 trabalhadores despendem cerca de uma hora para chegar ao trabalho; outros 59 (43.7%) trabalhadores gastam cerca de 2 horas e apenas 11 (8.1%) deles levam em torno de 3 horas.

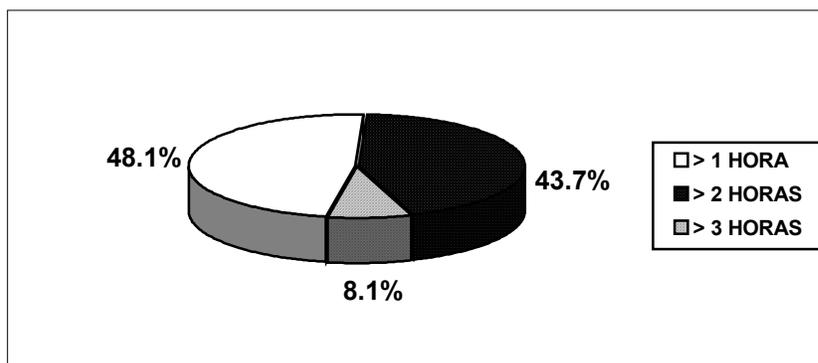


Gráfico 3. Distribuição de freqüências percentuais quanto ao tempo de deslocamento para chegar ao local de trabalho.

Fonte: O autor (2007).

No estudo das relações entre saúde/doença/trabalho na área de enfermagem, os prejuízos à saúde física e mental decorrem das atividades realizadas em extensas jornadas de trabalho, tempo decorrido nos transportes de casa à instituição (Gráfico 3), do ritmo acelerado da produção desencadeado por excesso de tarefas, elevação do estresse, realização de ações repetitivas e baixa remuneração que resulta, não raro, em desestímulo e alterações físicas e emocionais que podem levar à ausência no trabalho (NASCIMENTO, 2003; GODOY et al, 2006).

A característica do trabalho ininterrupto, realizado em turnos, possibilita ao trabalhador da

enfermagem ter mais de um vínculo de trabalho. O fato de o profissional possuir múltiplos empregos, realidade que persiste na enfermagem, pode intensificar o problema do absenteísmo. Os profissionais dessa área se vêem pressionados a ter, por vezes, duplo ou triplo vínculo empregatício devido aos salários baixos e aviltantes, incompatíveis com a dignidade de suas atividades, fatos esses que vêm piorando a qualidade de vida destes trabalhadores, levando-os a assumirem mais de um emprego para aumentar a renda familiar, o que implica em extensas jornadas de trabalho, estresse e pouco tempo para o lazer e para a família (ALVES, 1996; NASCIMENTO, 2003; MUROFUSE, 2004).

O segundo emprego ocorre tanto entre os enfermeiros quanto entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, que têm como principais motivações as necessidades econômicas familiares e a ampliação do patrimônio familiar como, por exemplo, a aquisição da casa própria, de um terreno, de um carro, ou mesmo de eletrodomésticos. Pitta (1994), Bulhões (1998), e Rezende (2003) consideram que o fato de muitos trabalhadores de enfermagem terem mais de um emprego faz com que passem grande parte do tempo de suas vidas produtivas expostos aos riscos existentes no ambiente hospitalar.

Os resultados mostram que 55,6% dos profissionais possuem outro emprego, enquanto 44,4%, não (tabela 9). Estes achados são de grande importância para o estudo, considerando que a multiplicidade de empregos influi diretamente na saúde do profissional, exaurindo este indivíduo, que tem comprometidas suas horas de repouso diário, semanal e anual.

As duplas jornadas podem gerar conflitos nas relações de trabalho porque estes funcionários, quando estão cansados, geralmente acabam priorizando uma parte do serviço em detrimento de outras atividades também essenciais, ocasionando atrito nas relações com os colegas ou com outros profissionais. Além disso, as duplas jornadas de trabalho podem fazer com que muitos fiquem estressados, doentes e acabem faltando ao serviço. Veras (2003) e Murofuse (2004) advertem que mesmo que a falta seja justificada por atestado médico, ela acaba se tornando incômoda para os enfermeiros supervisores em função do número limitado de funcionários existentes nas instituições hospitalares, assim como para os colegas de serviço que são ainda mais sobrecarregados em suas atividades.

Nascimento (2003) relata a frequência dos profissionais de enfermagem em assumirem

mais de um emprego e estes duplos encargos não se constituírem em busca de realização profissional ou opção pessoal, mas numa necessidade relacionada à manutenção das condições de sobrevivência deles próprios e da família. No entanto, esta situação é difícil, pois o trabalho é desgastante fisicamente, além de representar a certeza de estar quase sempre ausente de casa. Também, na concepção de Veras (2003), o aumento da jornada de trabalho, através do emprego múltiplo e horas extras como forma de superação da pauperização crescente, rouba-lhe o tempo livre que deveria estar à disposição do descanso necessário para a recuperação das energias físicas, para o lazer, para a convivência familiar, de forma mais harmônica e menos conflituosa.

Sabe-se que a capacidade de trabalho está relacionada com a saúde do trabalhador, podendo sofrer alterações diante das condições do ambiente a ele oferecido. O trabalhador, portanto, deve ser protegido dos danos à sua saúde no momento em que executa as suas tarefas. Ter mais de um emprego, ter filhos e ser o único responsável pela renda familiar podem gerar perda de capacidade. Para os enfermeiros (n = 55) deste estudo, a sobrecarga de atividades devido à falta de pessoal acarreta fadiga; eles também referiram que o cansaço ou acúmulo de serviço é motivo de preocupação, pois existe a interferência destes fatores na prestação da assistência do paciente. Essa preocupação não é restrita aos enfermeiros brasileiros. Os enfermeiros de hospitais dos Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Inglaterra e Escócia também manifestaram a preocupação com a deterioração da qualidade da assistência prestada em função da falta de pessoal, o que gera desgaste emocional e insatisfação para com o trabalho (GUIMARÃES, 2005; MARZIALE, 2001).

A OMS admitiu que há um déficit de enfermeiros em todo o mundo. Em alguns países, o aumento da demanda por este profissional ocorre devido ao pequeno número de pessoas que optam pela profissão, assim como do envelhecimento dos enfermeiros que se encontram na ativa. Por isso, alertou os governos, empresas de planos de saúde, administradores e líderes do sistema para que reconheçam a importância do enfermeiro para o sistema de saúde e modifiquem as condições insatisfatórias presentes no ambiente de trabalho, com vistas a estabelecer e manter a sua integridade e viabilidade profissional (BOTTH, 2002).

As diferenças em função do vínculo empregatício e a grande diferença de idade podem ser explicadas pela política governamental imposta em não realizar concurso público para inclusão

no quadro de funcionários estatutários desde 1994. Conseqüentemente, a média de idade do estatutário é muito maior que a do empregado contratado por regime celetista. Neste ítem, também, podem estar implícitos o aumento dos índices de afastamento do trabalho por parte dos estatutários, pois mais da metade dos trabalhadores (77.0%) têm vínculo de trabalho regido pelo Regime Jurídico Único (RJU) e 17.8% são regidos pelo regime celetista, contratados por uma fundação. Outros 5.2% foram contratados por prazo pré-determinado através de concurso pelo MS, o que os deixa na condição de trabalhadores temporários, sem garantias, precarizados (FARIAS,1999; REIS et al, 2003).

As diferenças no regime de contratação adotado pelas instituições de saúde levam a distintas formas de afastamentos. No caso de contrato pela CLT, o funcionário não dispõe de afastamento por motivo de doença em pessoa da família, enquanto o trabalhador estatutário de setor público goza deste direito. Sobre este assunto, Nascimento (2003) comenta que, no serviço público, no qual vigora o estatuto da estabilidade no emprego, o nível de absenteísmo atinge altas taxas.

No Brasil, o trabalhador, de acordo com o vínculo empregatício, poderá gozar da licença para tratamento de saúde por um período determinado pelo médico, após passar por uma avaliação no Serviço Especializado em Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMT). Para o servidor público estatutário da União, a concessão destas licenças passa por determinações legais, instituídas pela Lei 8112/90 – Regime Jurídico Único dos Servidores Civis da União, compreendendo a aposentadoria, auxílio natalidade, salário-família e a licença para tratamento de saúde, dentre outros. Em relação aos trabalhadores regidos pela CLT, concede-se ao segurado, durante os primeiros 15 dias consecutivos de afastamento da atividade por motivo de doença, salário integral pago pela empresa. Se o afastamento ultrapassar 15 dias consecutivos, o segurado deverá ser encaminhado à perícia médica do INSS, fazendo jus aos direitos previdenciários (BRASIL, 1999).

Problemas de saúde

Os trabalhadores entrevistados (N = 135) referiram ter adquirido alguma forma de

adoecimento após o ingresso na instituição (gráfico 4 e apêndice 5). Mais da metade dos trabalhadores (n = 108), representando 80.0% da amostra, referiu ter adquirido doenças do sistema músculo-esquelético, seguidos de 68.1%, com doenças do coração e aparelho circulatório (n = 92), e 48.9%, com transtornos mentais e comportamentais (n = 66).



Gráfico 4. Distribuição de frequências percentuais, quanto a ter referido algum problema de saúde adquirido após o ingresso na instituição.

Fonte: O autor (2007).

Informações dadas pelo trabalhador se relaciona sua doença com o trabalho na instituição do estudo, demonstradas nos gráficos 5 e 6 (apêndice 6), sugerem que, dos 135 trabalhadores estudados, 110 deles (81.5%) acreditam que as doenças referidas estão associadas ao trabalho ou agravadas pelo seu desempenho profissional, caracterizando um índice alto. Os demais, (18.5%), não sabem dizer se a doença tem relação com o trabalho ou afirmam que não vêem esta relação.

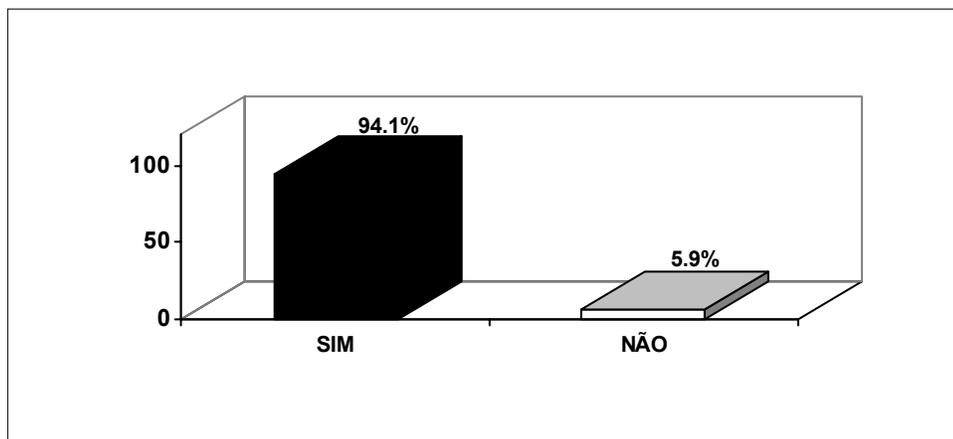


Gráfico 5: Distribuição de freqüências percentuais quanto a esses problemas terem surgido após ingresso na instituição.

Fonte: O autor (2007).

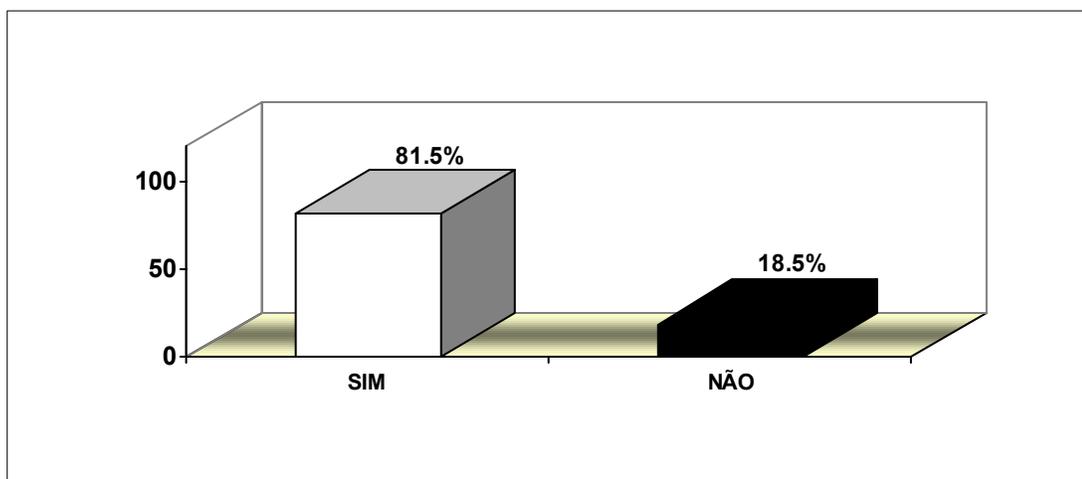


Gráfico 6: Distribuição de freqüências percentuais quanto aos problemas terem relação com seu trabalho.

Fonte: O autor (2007).

Verifica-se que 36.3% dos participantes afirmam não realizarem exames periódicos de saúde (tabela 10), mas 73.9% informam fazer algum tratamento de saúde.

Tabela 10: Distribuição de freqüências simples e percentuais quanto à realização de exame periódico de saúde e tratamento de saúde.

	<i>Realiza exame periódico de saúde</i>		<i>Faz algum tratamento de saúde</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	86	63.7	99	73.9
Não	49	36.3	36	26.1
Total	135	100.0	135	100.0

Fonte: O autor (2007).

Levando-se em consideração que a grande maioria é de mulheres, e que estas deveriam realizar os exames preventivos ginecológicos, pode-se deduzir que um número significativo de mulheres não realiza o preventivo anual tão difundido nos dias atuais. Este resultado é considerado preocupante, porque demonstra que os profissionais da área de saúde não estão se preocupando com a própria saúde e, considerando-se que são profissionais de uma instituição oncológica, sabedores dos fatores de risco e da necessidade de prevenção, este fato se agrava. Contudo, 73.9% realizam algum tratamento de saúde (apêndice 7), o que expressa que estes indivíduos procuram fazer algum tratamento quando algo os está incomodando. No que abrange a esse aspecto, é oportuno lembrar que os profissionais da instituição estudada possuem plano de saúde privado.

Os profissionais de enfermagem vivenciam situações de risco cotidianamente, deixando de se proteger, de se cuidar, como se fosse uma atitude “natural”, essencial para o exercício da profissão cujo objeto é a prática do cuidar. A atenção da equipe no ambiente de trabalho se concentra no cuidar, porém, no cuidar, apenas, dos “outros” (CAVALCANTE et al, 2006).

Licenças médicas

A grande maioria dos trabalhadores (n = 127; 94.1%) refere que alguma vez já necessitou de licença médica, conforme mostra a tabela 11.

Tabela 11: Distribuição de frequências simples e percentuais quanto a alguma vez ter necessitado de licença médica.

<i>Alguma vez necessitou de licença médica</i>	<i>Frequências simples</i>	<i>Percentual</i>
Sim	127	94.1
Não	8	5.9
Total	135	100.0

Fonte: O autor (2007).

No presente estudo, as licenças médicas referidas pelos trabalhadores foram analisadas segundo o período de afastamento e agrupadas em pequenos afastamentos (até 1 mês), médios afastamentos (de 1 a 6 meses) e longos afastamentos (mais que 6 meses). Observa-se, na tabela 12 e gráfico 7, que a maior concentração de licenças médicas está nos afastamentos de longa duração (47.4%), ou seja, 64 respondentes, indicando a ocorrência de maior incidência de doenças de solução lenta, que dependem de perícia médica, condizente com os achados na tabela 13 e gráfico 8, que apontam as doenças osteomusculares e os transtornos mentais como um dos principais motivos para licença médica. Vinte e sete pessoas se afastaram por um período de 1 até 30 dias. Apenas 8 trabalhadores nunca necessitaram de licença médica. Estas 8 pessoas estão entre os trabalhadores que possuem menos que 2 anos de trabalho na instituição e têm vínculo CLT.

Tabela 12: Distribuição de frequências simples quanto ao tempo de afastamento por licença médica referido pelos trabalhadores.

<i>Tempo referido</i>	<i>Frequências simples</i>
Até 1 mês	27
De 01 a 06 meses	36
Maior que 6 meses	64
Nunca necessitou de licença médica	8
Total	135

Fonte: O autor (2007).

Usualmente, a ausência do trabalho é denominada absenteísmo, apesar de, por definição, absenteísmo significar “ausência habitual do emprego, falta de assiduidade”; o absenteísta é aquele que vive ou está, via de regra, ausente e a palavra “ausência” é definida como “afastamento, falta de comparecimento”. Então, neste estudo, os dois termos foram usados com significado similar (FERREIRA, s/d).

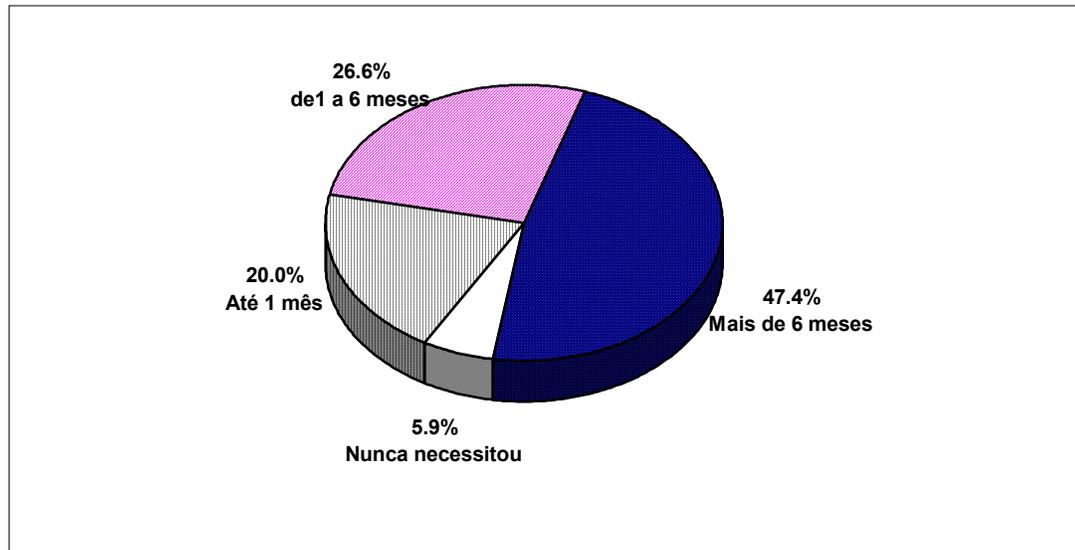


Gráfico 7: Distribuição de frequências percentuais quanto ao tempo de afastamento por licença médica referido pelos trabalhadores.

Fonte: O autor (2007).

As licenças de curta duração podem estar indicando um processo de desgaste bio-psíquico do trabalhador, quando se tornam um instrumento importante para repor as energias e a força de trabalho. Muitas vezes, as condições de trabalho e as do ambiente podem contribuir para este quadro, não sendo, entretanto, os únicos fatores determinantes do processo de desgaste, embora o trabalho possa ser considerado um fator importante. Estudos realizados com diversas categorias profissionais da área hospitalar têm evidenciado que o afastamento do trabalho por licenças de curta duração ou de longa duração pode conduzir a uma necessidade de se fazer uma associação entre a ocorrência de distúrbios psíquicos e aspectos como jornadas prolongadas, intensidade de ritmo de trabalho, insuficiência de pausas, tipo de paciente assistido, demanda de atendimento (MAZZILLI, 2004; GODOY et al, 2006).

As causas de absenteísmo-doença, segundo a Classificação Internacional de Doenças –

versão 10 (CID 10, 1987), mostram-se diferenciadas para licenças de curta, média e longa duração. As licenças médicas de longa duração estão relacionadas a processos de adoecimento mais complexos, cujos tratamentos e recuperação são mais demorados e, em grande parte, estão associados a doenças crônicas. As licenças de média duração têm perfil semelhante e podem estar indicando desgaste do trabalhador. Já as licenças de curta duração indicam doenças menos graves, cujo tratamento e retorno ao trabalho é mais rápido (GODOY, 2001).

As ausências de curta duração, por acontecerem de maneira súbita, embora justificadas por avaliação médica, dificultam o planejamento e não oferecem prazo suficiente para que seja feita a substituição do trabalhador, gerando graves prejuízos para o setor de trabalho, trabalhadores e pacientes, pois, desorganizam o trabalho da equipe afetando a qualidade da assistência prestada. Os trabalhadores presentes ficam sobrecarregados, aumentando o cansaço físico e mental, que pode acarretar um processo de somatização, gerando um ciclo vicioso de sobrecarga e ausências em forma de rodízio (GUIMARÃES, 2005).

O absenteísmo-doença é pouco conhecido nas organizações hospitalares, não tem um tratamento sistematizado e, freqüentemente, sua responsabilidade recai sobre o trabalhador, evidenciando a pouca valorização dos profissionais encarregados de cuidar de clientes internos (REIS et al, 2003; GODOY et al, 2006).

Os acometimentos à saúde referidos pelos trabalhadores e que motivaram as licenças médicas estão demonstrados em freqüência simples e percentual através da tabela 13 e o gráfico 8. Pode-se notar freqüência alta de doenças osteomusculares (n = 66; 48,9%) e, em segundo lugar, os transtornos mentais e comportamentais (n = 30; 22,2%).

Tabela 13: Distribuição de freqüências simples e percentuais, quanto ao motivo da licença médica referido pelo trabalhador

MOTIVO DE LICENÇA MÉDICA	<i>f</i>	%
Doenças do sistema músculo-esquelético	66	48.9
Transtornos mentais e comportamentais	30	22.2
Doenças do aparelho geniturinário	26	19.3
Doenças do coração e aparelho circulatório	20	14.8
Doenças do aparelho respiratório	15	11.1
Doenças endócrinas	7	5.2
Doenças dos olhos	6	4.4
Doenças do sistema digestivo	5	3.7
Neoplasias	4	3.0
Alergias	3	2.2
Dependência química	3	2.2
Doenças do sistema nervoso central	2	1.5
DST ou AIDS	1	0.7

Fonte: O autor (2007).

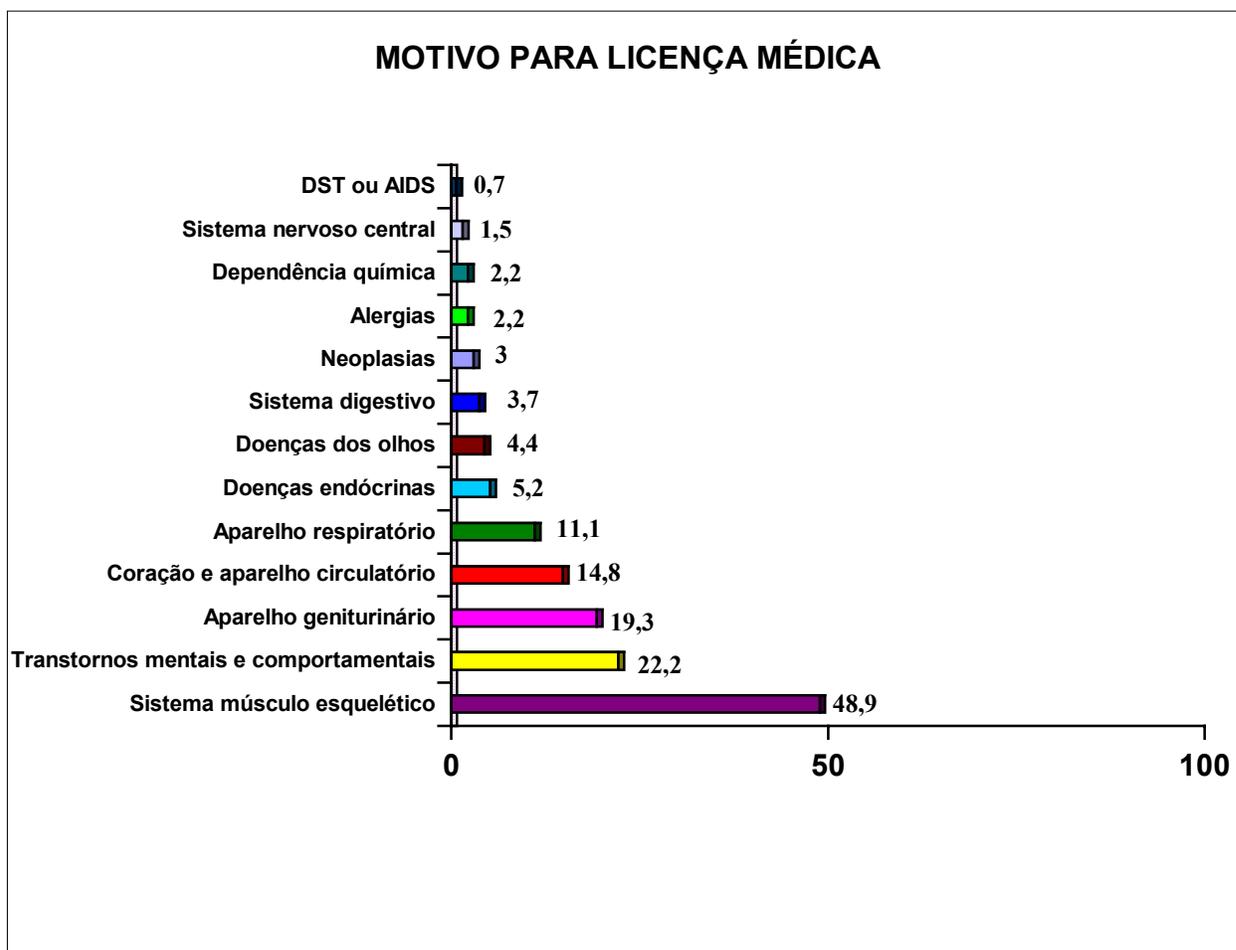


Gráfico 8. Distribuição de frequências percentuais, quanto ao motivo da licença médica referido pelo trabalhador.

Fonte: O autor (2007).

Dentre os 135 trabalhadores participantes desta pesquisa, foram identificados 104 problemas de saúde (apêndice 8), categorizados conforme aparelhos e os sistemas comprometidos. Cabe destacar que cada problema de saúde foi computado uma única vez por trabalhador e cada trabalhador apresentou, pelo menos, um problema de saúde. Godoy et al, (2006) referem que os estudos sobre motivos e dimensões de licenças médicas e seus reflexos na organização hospitalar e nos indivíduos são escassos, assim como a relação destas com as doenças ocupacionais.

No Brasil, apesar dos altos índices de absenteísmo-doença em hospitais, somente nas últimas décadas ocorreram esforços, ainda isolados, visando responder às questões relacionadas a esses índices, às categorias afetadas, a patologias mais frequentes e a diferenças entre as diversas unidades de trabalho. Torna-se importante ressaltar que o absenteísmo-doença deve ser

relacionado às características das diferentes organizações hospitalares, pois seu comportamento parece depender dos modelos de gestão, porte e estrutura da organização, coesão de grupos, locais de trabalho, categorias profissionais e outros fatores como a natureza da doença tratada pela instituição (MAZZILLI, 2004; GODOY et al, 2006).

Nas organizações contemporâneas, as pressões sobre o empregado provocam situações de risco físico e psíquico que comprometem a qualidade de vida no trabalho e, freqüentemente, levam a ausências justificadas por atestados médicos. Essas ausências, além dos custos financeiros para os empregadores, trazem dificuldades para o trabalho em equipe, decorrentes da sobrecarga dos presentes e prejuízo para os clientes, principalmente quando se trata de organizações hospitalares (MAZZILLI, 2004; GODOY et al, 2006).

Na literatura que trata desta temática, o principal tipo de absenteísmo está relacionado à incapacidade por doença e acidente de trabalho, abrangendo 75% ou a totalidade das ausências na indústria, sendo justificado por atestados médicos de acordo com as normas legais da seguridade social, embora nem sempre se refira à doença efetivamente comprovada. Absenteísmo-doença, geralmente, está associado a algum tipo de risco, seja ele do ambiente de trabalho ou próprio do indivíduo (GOGOY et al, 2006), o que também vem corroborar com a amostra estudada, pois o motivo mais freqüente para o absenteísmo está entre as doenças como acidentes de trabalho, viroses, obesidade, entre outros (49.6%; n = 67), na categoria denominada “outros fatores adversos à saúde”.

As instituições de saúde são mais propensas a exporem seus profissionais a problemas de saúde pelo tipo de trabalho desenvolvido, pelas características do ambiente de trabalho e pelas atividades insalubres executadas (NASCIMENTO, 2003). Verifica-se, especificamente no atendimento realizado no ambulatório da instituição oncológica estudada, que os profissionais sofrem ansiedade e angústia geradas pela demanda, tanto pela sua quantidade quanto pelo seu conteúdo, ou seja, pelo tipo de paciente e familiar atendido com queixas de dores, fraqueza, desespero, estresse, queixas de demora para ser atendido, procedimentos não realizados, o que muitas vezes gera agressões verbais. Os trabalhadores de enfermagem estão constantemente expostos aos riscos existentes neste ambiente, como a exposição às drogas citostáticas, aos materiais perfurocortantes, à radiação ionizante, ao levantamento excessivo de peso e outros. Os

sujeitos deste estudo, por estarem na faixa etária que já sofreu modificações ou alterações generalizadas no organismo, necessitam de acompanhamento médico na tentativa de prevenção e promoção de sua saúde. As variáveis descritas no gráfico 8 indicam os percentuais de causas de afastamentos por adoecimento dos trabalhadores de enfermagem do ambulatório objeto deste estudo.

Outros problemas de saúde

A variável “outros problemas de saúde” se encontra em primeiro lugar (49,6%), logo após aparecem as doenças do sistema músculo-esquelético (48.9%) e, em terceiro lugar, os transtornos mentais e comportamentais (22.2%), seguidas das doenças do aparelho geniturinário (19.3%), das doenças do coração e aparelho circulatório (14.8%), aparelho respiratório (11.1%), doenças endócrinas (5.2%), doenças dos olhos (4.4%), sistema digestivo (3.7%), neoplasias (3.0%), alergias (2.2%), dependência química (2,2%), sistema nervoso central (1,5%) e DST-AIDS (0.7%).

Dentre os fatores adversos à saúde na amostra estudada, estão os acidentes com perfurocortantes, queimaduras, quedas no local de trabalho, acidentes no trajeto de casa/ trabalho e trabalho/casa, acidentes incluindo transporte de macas e cadeiras de rodas, viroses, obesidade e cirurgias eletivas. Murofuse (2004) admite que acidente de trabalho (AT) é o que ocorre pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda e/ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho. Os AT são acontecimentos que se impõem de modo violento aos trabalhadores; são frutos de uma construção que tem relação com o processo de trabalho, ou seja, os procedimentos e técnicas pelos quais os bens são produzidos.

Os acidentes com instrumentos perfurocortantes estão entre as primeiras causas de AT entre trabalhadores da saúde em nosso país. Além destes, outros tipos de acidentes atingem esta categoria profissional, dentre eles as quedas, acidentes de trânsito, carregamento de peso excessivo, esforço físico, postura não-ergonômica, contato com soluções químicas, impacto contra objetos, agressão de paciente, contato com quimioterápicos, impacto por queda de objeto,

queda por desnivelamento de piso (buraco), contato com material em látex e com objeto quente (MUROFUSE, 2004).

Ferreira, (1996) e Nascimento (2003) relatam que as condições de trabalho na enfermagem repercutem no grau de absenteísmo: as longas jornadas, os turnos desgastantes, o elevado esforço físico, a multiplicidade de funções, o ritmo excessivo de trabalho, o desenvolvimento de tarefas desagradáveis, repulsivas e aterradoras, a incerteza no restabelecimento do paciente, o cuidar de pacientes com doenças incuráveis, o confronto com a realidade do sofrimento e da morte podem elevar as tensões emocionais que, acrescidas à baixa remuneração e ao duplo vínculo empregatício, acabam gerando danos à saúde e favorecendo a ocorrência de acidentes ou, até mesmo, a morte prematura dos trabalhadores de enfermagem.

Na enfermagem, os níveis de estresse e sobrecarga de trabalho decorrentes da introdução de novas tecnologias, do crescimento do setor de serviços relacionados à saúde, da introdução de novos processos de produção e gestão do trabalho com a permanência da carga horária de 40 horas semanais e o constante déficit de pessoal, apesar do crescimento da demanda assistencial, levaram ao aumento das doenças laborativas, principalmente os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), problemas cardíacos, gástricos e psiquiátricos. Conseqüentemente, o índice de absenteísmo por agravos à saúde tem sido um fator predisponente de doenças para aqueles que continuam em atividade (GUEDES; NASCIMENTO,2003).

Doenças do sistema músculo-esquelético

Ao referirem problema de saúde adquirido após o ingresso na instituição, 108 respondentes apontam as doenças do sistema músculo-esquelético como sendo a mais freqüente (80.0%). Os trabalhadores referem hérnias de disco (43.0%), seguidas de artrose, escoliose, lordose, artrite, tendinite, epicondilite, tenossinovite, bursite, síndrome do túnel do carpo, fibromialgia, esporão de calcâneo², rompimento de menisco e cervicodorsolombalgias sem diagnóstico (apêndice 7). Apesar destes 108 trabalhadores apontarem esta doença, apenas 66

2 Formação óssea reativa em forma de esporão localizada na face plantar do calcâneo, que acomete cerca de 50% das pessoas portadoras de fascite plantar (ALVES, 2004).

trabalhadores (48,9%) referiram ter tido necessidade de licença médica por este motivo, como mostra a tabela 12 e o gráfico 8.

Estudo realizado por Bellusci et al (1999), em um hospital filantrópico na cidade de São Paulo, demonstra que as doenças com diagnóstico médico mais referidas pelos trabalhadores da área de enfermagem, foram as músculo-esqueléticas, o que corrobora com os achados do presente estudo.

Em outro estudo realizado por Godoy et al (2006), as instituições hospitalares que apresentaram maiores índices de absenteísmo-doença tiveram como causa as doenças osteomusculares, seguidas de doenças do aparelho respiratório e outros fatores adversos a saúde.

Bulhões (1998) confirma essa versão, pois, dentre os principais motivos de ausências da equipe de enfermagem, estão os problemas de coluna, mas, no entanto, as lombalgias não são reconhecidas como doença ocupacional.

É preciso rever os dispositivos legais que buscam prevenir e preservar a saúde do trabalhador, a garantia de seus direitos, pois, na prática, os trabalhadores esbarram em dificuldades relacionadas ao estabelecimento de nexos de causalidade entre a lesão, a doença, o problema de saúde e o trabalho executado. Portanto, as doenças osteomusculares que podem resultar de um acidente específico ou se desenvolver lentamente com o decorrer do tempo, podem ter dificultado o reconhecimento de sua relação com o trabalho. A predominância desses efeitos tardios impede ou dificulta a relação causa-efeito e muitos são atribuídos à idade e a fatores individuais ou hereditários (ARAÚJO; LIMA; LIMA, 1998).

Adoecer ou morrer em decorrência do trabalho pode ocorrer em função de uma doença profissional ou de uma doença relacionada ao trabalho. De acordo com a Lei 8.213/91, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, a doença profissional é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade, constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e Emprego e o da Previdência Social, e a doença relacionada ao trabalho é entendida como doença adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente (BRASIL, 1991).

Ainda segundo a Lei 8.213, não são consideradas, como doença do trabalho, a doença degenerativa, a inerente a grupo etário, a que não produza incapacidade laborativa, a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo com comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho. Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente de trabalho.

Para Dejours, 1992, saúde não é algo que vem do exterior, não é assunto dos demais, de uma instância ou instituição, do Estado ou dos médicos. Não é retirada a obrigação do Estado em fornecer os meios adequados de manutenção e de assistência à saúde dos cidadãos, mas é destacado que somente o indivíduo é capaz de saber se tem saúde ou não, ou seja, apenas ele é capaz de estabelecer os limites entre o normal e o patológico, uma vez que é ele quem sofre e reconhece suas dificuldades para enfrentar as demandas que o meio lhe impõe. Portanto, quem pede atenção, quem precisa ser escutado é aquele que sabe e se sente doente.

A enfermagem é um grupo que constitui um segmento significativo de trabalhadores na área da saúde e, devido às especificidades de sua prática assistencial, é frequentemente exposto a diversos fatores de risco e a agravos à saúde presentes no ambiente de trabalho. A enfermagem tem por finalidade produzir cuidados que visam à recuperação do corpo doente e tem, no hospital, seu maior mercado de trabalho. As condições de trabalho oferecidas pelos hospitais aos trabalhadores de enfermagem são consideradas inadequadas e responsáveis por desequilíbrios na saúde daquele grupo de trabalhadores, desde a década de 1950. Desde então, vem crescendo a produção do conhecimento acerca da saúde desses trabalhadores, mas permanece o desafio para efetivar medidas preventivas capazes de evitar os acidentes e as doenças que os acometem (MUROFUSE, 2004).

Buscando garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores em geral, o Ministério do Trabalho criou as Normas Regulamentadoras (NRs) através da Portaria nº3.214 de 08 de junho de 1978, que vêm sendo continuamente atualizadas. Mas, somente em 2005, a criação da última norma regulamentadora NR32 demonstra uma preocupação com os trabalhadores da área de saúde, tendo por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em estabelecimentos de assistência à saúde,

bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência a saúde em geral . As NRs (Normas Regulamentadoras) têm a finalidade de garantir o direito fundamental e social à redução dos riscos inerentes ao trabalho, como prevê o inciso XXII do artigo 7º da Carta Magna (BRASIL, 1978; BRASIL, 2005).

A NR6 regulamenta o uso de EPIs, destinados a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador no local de trabalho. A NR7 dispõe sobre a obrigatoriedade e a implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), com o objetivo de promover e preservar a saúde do conjunto dos seus trabalhadores. A NR9 estabelece a obrigatoriedade da elaboração de um programa de prevenção de riscos ambientais do trabalho, considerando a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. Indica adoção de equipamentos de proteção coletiva (EPC) bem como, quando necessário, em caráter complementar, a utilização de EPI. A NR17 diz respeito à ergonomia e visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente (BRASIL, 1978).

Da esfera da saúde destaca-se a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080 de 19 /09/1990) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. As competências do SUS na área da saúde do trabalhador estão estabelecidas em seu artigo 6º, que contempla diversas medidas que visam à promoção, coordenação e execução das ações, para garantir a assistência adequada ao trabalhador, vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; à realização de estudos, pesquisa, avaliação e controle de riscos e agravos potenciais à saúde, existentes no processo de trabalho; à normatização, no âmbito de competência do SUS, da fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento e transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador; à avaliação do impacto da introdução de novas tecnologias sobre a saúde; à informação a trabalhadores e empregados sobre os riscos para a saúde presentes nos processos de trabalho, incluindo a divulgação de resultados de estudos, avaliações e fiscalização, realizadas em locais de trabalho (MUROFUSE, 2004).

Godoy et al (2006) recomendam correlacionar com o trabalho os fatores de risco, como o manuseio de cargas, posturas adotadas pelo trabalhador durante a execução da atividade e

posturas inadequadas por longos períodos, presentes nas situações cotidianas de trabalho, considerando, também, os fatores individuais como idade, sexo, peso, altura, capacidade da força muscular, presença de outras patologias. Na enfermagem, é apontado, com frequência, a má postura corporal dos trabalhadores e a inadequação do espaço físico e mobiliário, como predisponentes à ocorrência de problemas osteomusculares. Neste sentido, é imprescindível a compreensão dos fatores de risco, pois permite ampliar o campo de análise que envolve trabalhador / ambiente de trabalho / organização de trabalho, tendo em vista que as afecções osteomusculares podem ser desencadeadas em função das condições em que o trabalho é realizado ou podem ter origem extra-ocupacional ou mista.

A preocupação com as lesões do sistema osteomuscular, especialmente aquelas relacionadas com as cervicodorsolombalgias em trabalhadores de enfermagem, motivou a realização de diversos estudos, por serem esses eventos considerados como uma das mais importantes causas de morbidade e incapacidade em adulto. As regiões lombar e cervical são as mais atingidas entre as doenças que comprometem a coluna vertebral dos trabalhadores de enfermagem.

Os estudos sobre as condições de trabalho hospitalar apontam sobrecargas físicas importantes no trabalho da enfermagem que podem culminar em problemas osteoarticulares. Alguns aspectos podem interferir na saúde dos trabalhadores, como as posturas penosas adotadas pela enfermagem, em que predominam a postura em pé ou as flexões de coluna no preparo de medicações, execução de diferentes procedimentos técnicos e na movimentação e transporte de pacientes, a falta de equipamentos especiais para a movimentação de pacientes, pessoal em número insuficiente para realizar transferências de pacientes, a falta de treinamentos e outras condições como tensão emocional e trauma direto, como segurar pacientes que estão caindo, quedas e choque entre pessoas. Geralmente, os mobiliários e os equipamentos disponíveis são inadequados e não atendem a normas e padrões ergonômicos. Estes, dentre outros fatores, contribuem para a ocorrência de adoecimento, causando impactos econômicos e psicossociais, principalmente pelo absenteísmo e seqüelas das lesões (PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 2002; BORGES, 2006).

No trabalho da enfermagem, as principais causas que podem levar a LER/DORT, que são

a repetitividade de movimentos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, esforço físico, invariabilidade de tarefas, pressão mecânica sobre determinados segmentos corpóreos, trabalho muscular excessivo, choques e impactos músculo-esqueléticos, frio e fatores organizacionais. Sobre estes fatores, para serem considerados de risco para a ocorrência destes distúrbios, as autoras afirmam que é importante que se observe a intensidade, a duração e a frequência (GUEDES; NASCIMENTO, 2003).

Murofuse e Marziale (2005), em estudo realizado numa fundação hospitalar do estado de Minas Gerais, tiveram por objetivo analisar os problemas de saúde relacionados ao sistema osteomuscular encontrados nos trabalhadores de enfermagem de 23 instituições de saúde, atendidos pela divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, em 2002. Assinalaram que entre os 6.070 atendimentos realizados, 11,83% (718) apresentaram diagnósticos de problemas relacionados ao sistema osteomuscular, envolvendo diversas estruturas corporais como a coluna vertebral, membros superiores e inferiores. As doenças legalmente consideradas como doenças do trabalho, relacionadas ao sistema músculo-esquelético, foram identificadas em 255 (35%) atendimentos, destacando-se as dorsalgias (20%), as sinovites e tenossinovites (13,7%), agrupadas como LER-DORT. Conclui-se que maior atenção deva ser direcionada às posturas adotadas pelos trabalhadores na execução das atividades laborais e às condições dos mobiliários, e, assim, se faz necessário dispor de instrumentos e equipamentos ergonomicamente planejados, visando à redução da incidência dos problemas osteomusculares.

Sabe-se que as doenças da coluna vertebral têm fundo eminentemente psíquico e merecem especial destaque pelo que encerram de simbólico e pelo que influenciam na vida e no bem-estar das pessoas. A região lombar desempenha papel importante nas atividades básicas da vida, por exemplo, esquivar-se, manter-se, ou ao contrário, curvar-se, ceder, sujeitar-se. A impossibilidade de erguer adequadamente a coluna agride o amor próprio da pessoa, implicando na idéia simbólica, evidentemente, de que está abandonando a dignidade humana. A postura do indivíduo pode refletir o estado do seu psiquismo, expressando o que se poderia chamar de linguagem corporal (BECK et al, 2006). Possivelmente, estes aspectos podem ter interferido na amostra de trabalhadores estudados, já que 69.6% (n = 94) referiram sentir-se indispostos mentalmente ao final de suas jornadas de trabalho (Tabela 15).

Transtornos mentais e comportamentais

No que se refere a transtornos mentais e comportamentais, verificamos que dos 135 respondentes, 66 trabalhadores (48,9%) referiram ter adquirido algum tipo de adoecimento mental após seu ingresso na instituição. Contudo, apenas 30 dos respondentes (22,2%) referiram ter apresentado licença médica, representando a terceira causa de motivos de afastamentos (tabela 12 e gráfico 8). Entre as doenças citadas, as mais comuns foram a depressão, síndrome do pânico, transtorno bipolar, ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo (TOC).

Cruz (2006) revive que, apesar de percebidos pelos trabalhadores, alguns desgastes e queixas dos profissionais não são valorizados pelas chefias. Com isso, muitas vezes o trabalhador omite seus sintomas e sentimentos, com receio de ser “taxado” de aquele que “não corresponde às expectativas da instituição” ou aquele que “não quer nada”, “preguiçoso”. Em decorrência deste fato, muitos profissionais trabalham “meio doentes”, ou preferem se ausentar do trabalho, mas não “pegam atestados” principalmente nos casos de transtornos mentais e comportamentais, quando o funcionário diz que fica “marcado como psiquiátrico ou desequilibrado”.

O transtorno mental, constatado no estudo como um acometimento que leva à licença médica de longa duração em 30 trabalhadores (22.2%), pode estar indicando uma exposição do trabalhador a um ambiente que traz, pela sua própria peculiaridade, um desgaste emocional para o trabalhador. Pode-se acrescentar, também, uma correlação deste adoecimento com a sobrecarga emocional, tarefas repetitivas e monótonas, volume de atividades burocráticas, contribuindo para a fadiga e o esgotamento (BIANCHI, 2000).

Corroborando com a presente pesquisa, um estudo sobre adoecimento de trabalhadores de saúde em uma rede hospitalar constatou que os transtornos mentais se apresentaram também como a terceira causa de licenças médicas, reconhecendo as repercussões negativas decorrentes do trabalho. Um fato que pode contribuir para a gênese de doenças psíquicas é a forma de organização do trabalho, que pode desencadear clima de tensão e conflitos diante da implantação de mudanças no ambiente laboral sem envolvimento prévio do trabalhador (GODOY et al, 2006).

O sofrimento psíquico no trabalho tem-se constituído na segunda causa de afastamento do trabalho nos Estados Unidos, provocando controvérsias e discussões sobre a possibilidade de

existir ou não uma relação com o trabalho. São fatos como estes que demonstram como ainda estão distantes a efetivação da saúde e o trabalho como direito de todos os trabalhadores (JACQUES; CODO, 2002).

Verifica-se, na tabela 14, que quanto maior o tempo de trabalho na instituição maior a ocorrência de transtornos mentais e comportamentais. De acordo com Dejours (1992), contrariamente ao que se poderia imaginar, a exploração do sofrimento pela organização do trabalho não cria doenças mentais específicas e, até o momento, não foi possível provar a existência de uma patologia mental decorrente do trabalho. O autor aponta que as descompensações psicóticas e neuróticas dependem, em última instância, da estrutura das personalidades, adquirida muito antes do engajamento na produção, porém, este fato não é suficiente para explicar o momento *escolhido* para que estas descompensações se revelem. Deve-se levar em consideração três componentes da relação homem-organização do trabalho: a fadiga, que faz com que o aparelho mental perca sua versatilidade, o sistema frustração-agressividade reativa, que deixa sem saída uma parte importante da energia pulsional e, por fim, a organização do trabalho, como correia de transmissão de uma vontade externa que se opõe aos investimentos das pulsões e às sublimações. A organização do trabalho talvez inscreva seus efeitos mais na possibilidade de tratamento de uma doença mental do que em seu determinismo.

Tabela 14. Associação tempo de trabalho na instituição e transtornos mentais.

Tempo de trabalho na instituição (anos)	Sim	Não	Total	%
0 – 10	05	19	24	20,8
11 - 20	18	13	31	58,1
21 - 30	43	37	80	53,8

$X^2 = 9,36$ (P=0.009) - **Significativo** Fonte: O autor

De uma maneira geral, o fato de ter como objeto de trabalho o corpo do indivíduo doente, que sofre, que sente dor e morre, envolve os trabalhadores de enfermagem numa situação causadora de ansiedade, tensão e sofrimento, potencializando as cargas psíquicas decorrentes do ambiente hospitalar, da falta de autonomia, da divisão do trabalho por categoria e por tarefa, da supervisão constante, do ritmo intensivo de trabalho (FERREIRA, 1996; SILVA; KURCGANT ;

QUEIROZ, 1998).

O trabalho da equipe de enfermagem, geralmente, é desenvolvido em ambiente com situações geradoras de tensão, ao que se soma a convivência com o sofrimento do outro, com a angústia dos doentes e seus familiares, com a morte que, muitas vezes, origina sentimentos de frustração e de fracasso da assistência. No caso do trabalho com pacientes portadores de câncer, a permanência é contínua neste tipo de ambiente e pode tornar-se fonte de risco profissional, em especial, do estresse, que pode levar a sérios acidentes e a doenças ocupacionais.

Estes sentimentos, muitas vezes, acometem os trabalhadores de enfermagem na área oncológica, porque, possivelmente pela impossibilidade de alcançar resultados positivos e sentindo-se incapazes de modificar a realidade do paciente com câncer, sentem-se derrotados. É uma resposta do organismo a um estado de estresse prolongado, crônico instalado, quando situações de enfrentamento não foram utilizadas, falharam ou não foram suficientes, e se caracteriza por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade em relação a quase tudo (como defesa emocional). Esta síndrome se refere a um tipo de estresse ocupacional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente quando esta atividade é considerada de ajuda, como é o caso dos trabalhadores de enfermagem (CAMPOS, 2005; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Entre os fatores estressores vinculados ao trabalho estão aqueles relacionados às exigências para a realização das tarefas com sobrecarga qualitativa e quantitativa, trabalho repetitivo ou fragmentado, os problemas referentes à carreira sem perspectiva de melhoria, os critérios de promoção obscuros, os horários inconvenientes de trabalho, a limitação dos contatos interpessoais, os riscos químicos e físicos e os problemas na interface trabalho / lar. As mulheres apresentam maior incidência de depressão do que os homens e, ao longo da vida, a incidência de depressão em mulheres é duas vezes maior do que entre os homens (NIEVAS, 2005).

A repercussão de fatores do ambiente de trabalho na saúde mental das pessoas também é descrita por Dejours (1992). Segundo este autor, a organização moderna do trabalho, o ritmo, a tecnologia, o medo, a ansiedade, a pressão da chefia, dentre outros, causam um sofrimento escondido, de natureza psíquica.

A depressão é uma doença registrada desde a Antiguidade. Na história da medicina, Hipócrates a descreve com o termo “melancolia”. A palavra depressão pode designar um estado afetivo anormal, um sintoma, uma síndrome ou uma doença. No CID-10, a depressão é descrita como rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, e os principais sintomas são a diminuição da capacidade de concentração, fadiga após esforço mínimo, diminuição da auto-estima e da autoconfiança, idéias de culpabilidade e/ou indignidade, além de sintomas como, despertar precoce, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora, perda do apetite, perda de peso, perda da libido.

O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave. No episódio leve, geralmente estão presentes, ao menos, dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente, usualmente, sofre com a presença destes sintomas, mas, provavelmente, será capaz de desempenhar a maior parte das atividades. No episódio depressivo moderado, geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina. Nos episódios depressivos graves, vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa (NIEVAS, 2005).

Poucos estudos relacionados aos transtornos mentais foram encontrados na área oncológica. Pesquisas realizadas com trabalhadores de enfermagem indicam que eles avaliam suas condições de trabalho como difíceis, precárias, estressantes e geradoras de muita insatisfação, devido aos conflitos existentes entre os diferentes grupos profissionais e entre a própria equipe. Numa instituição especializada em oncologia, os trabalhadores referiram que o convívio com o paciente oncológico é muito difícil. A dor, o sofrimento e a morte sempre presentes tornam as condições de trabalho ainda mais difíceis. (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Campos (2005) comenta que o câncer tem o poder de modificar as pessoas, tanto os pacientes com seus familiares como os profissionais, e que a convivência diária com esta situação nos fragiliza, pois também nos toca. Refere, ainda, que enfermeiros oncologistas estão expostos ao grande risco de desenvolver a síndrome de Burnout devido à natureza estressante e exigente do seu trabalho com pessoas que, na maioria das vezes, estão sofrendo, estão incertos de seu

futuro, experimentando medo da morte ou de estar próximo de morrer.

Em estudo das emoções na enfermagem oncológica, realizado por Ferreira (1996), observa-se que no enfrentamento das situações consideradas difíceis, os trabalhadores lançam mão de algumas técnicas de defesa, principalmente as de refreamento do envolvimento excessivo com o paciente e a procura por manter sua independência profissional. Como mecanismos individuais de defesa foram mencionados a religião ou alguma forma de ajuda espiritual e inúmeros passatempos, como passeios, execução de trabalhos manuais, leitura e meditação. Foi pouco citada a ajuda de outro profissional. A maioria mencionou o choro como válvula de escape.

Lunardi Filho (2000) refere que, ainda que o trabalho seja uma fonte de prazer, de bem-estar e de saúde, quando existem condições favoráveis à livre utilização das habilidades e o seu controle pelos trabalhadores, por outro lado, ele, o trabalho, pode ser fonte de sofrimento psíquico quando desprovido de sentido, sem suporte social, não reconhecido ou em situações que se constitui em fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica. Tal observação corrobora com os achados deste estudo, quando alguns respondentes relatam que o trabalho é muito importante e gratificante, expressando orgulho na execução de suas tarefas e, sobretudo, de trabalhar num hospital de referência em oncologia, mas, também, difícil devido ao conviver com o sofrimento e a morte constantemente. Referidos, por eles mesmos, como profissionais diferenciados, suas falas são recheadas de um *mix* de sofrimento e orgulho, o que provavelmente ajuda a minimizar as dificuldades enfrentadas cotidianamente por essa categoria.

Skaba (1997), analisando o serviço de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro, refere que, no contraponto do sofrimento contido no processo de trabalho, o pessoal de enfermagem é a categoria que mais expressa o orgulho na execução das suas tarefas, assim como os vários trabalhadores participantes desta pesquisa, que também referiram orgulho por trabalhar em uma instituição de referência em oncologia e que, apesar do aparecimento de doenças relacionadas à sobrecarga emocional, não havia manifestação de desejo de troca de local de trabalho por parte deles.

Destaca-se que o trabalho em uma instituição especializada e complexa, como é o caso desta que é o nosso campo de estudo, pode conferir *status quo* ao trabalhador, a partir do

reconhecimento de suas habilidades técnicas, o que pode reforçar o sentimento de orgulho e a resistência de troca de local de trabalho, conforme também mencionado por Beck et al (2006).

Já no que se refere a transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas nos profissionais de enfermagem do ambulatório, o estudo identificou 19 dos respondentes (14.1%) que referiram dependência ao álcool, tabaco e substâncias psicotrópicas. A Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (1987) inclui a dependência química como transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, causando desordem biocomportamental caracterizada pela perda do controle sobre o consumo, aumento da tolerância aos seus efeitos, sintomas de abstinência e uso persistente, apesar de problemas sociais ou de saúde. A OMS (1997) define a dependência química como um estado psíquico e físico que sempre inclui uma compulsão de modo contínuo ou periódico, podendo causar várias doenças crônicas físico-psíquicas, com sérios distúrbios de comportamento. Pode, também, ser resultado de fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais.

Os transtornos mentais e de comportamento causado pelo uso prejudicial do álcool incluem problemas sociais e interpessoais. O CID-10 apresenta em seus relatórios, inúmeros prejuízos à saúde mental do dependente químico de álcool, tais como agressividade, depressão, doença de ansiedade e crises psicóticas, causando conflitos nos relacionamentos familiares e no ambiente de trabalho. Esses prejuízos levam o indivíduo a elevar os números das licenças saúde, faltas e atrasos. Nesse caso as licenças têm duração prolongada, o que mostra o grau de comprometimento de sua saúde, baixa produtividade e sobrecarga dos colegas de trabalho.

Parte destes trabalhadores reconhece a doença e já se encontra em tratamento, o qual é patrocinado pela própria instituição, através de convênio com clínica de desintoxicação e acompanhamento pela Divisão de Saúde do Trabalhador (DISAT). Vale ressaltar que apenas 3 trabalhadores (2.2%) referiram licença médica por este motivo. A dependência química ainda é muito estigmatizada. Fica claro o quanto é difícil à pessoa que está com problema de dependência química admitir a gravidade da situação e sua impotência para interromper ou diminuir o uso (MORAIS, 2005).

A dependência química é considerada hoje como um problema de saúde pública, pois atinge toda a sociedade, desde as classes sociais mais elevadas às mais baixas. O uso de drogas

lícitas e ilícitas é um grande problema da sociedade moderna. A droga está cada vez mais presente na vida cotidiana das pessoas. O Brasil vem enfrentando graves problemas em relação ao seu consumo, principalmente no ambiente de trabalho, onde se observam elevados índices de absenteísmo, ônus financeiro para a instituição, problemas de relacionamento e dificuldades na administração (CARRILLO; MAURO, 2003; MORAIS, 2005).

Os problemas sociais acentuados em época de crise de produção, com o desemprego em alta, repercutem no ambiente de trabalho e, desta maneira, a insatisfação profissional, a sobrecarga de trabalho e a falta de integração podem ser porta de entrada para o vício, como, por exemplo, o álcool. O alcoolismo, encontrado em 6 trabalhadores deste estudo (apêndice 7), é uma doença caracterizada pela presença de compulsão, perda de controle, dependência física e tolerância. A compulsão ao álcool é uma necessidade tão forte quanto a sede ou a fome, que faz com que a maioria dos dependentes precise de ajuda para se recuperar dessa doença. Embora seja uma doença controlável, ainda não há cura e pode trazer sérios problemas à saúde, à família, aos amigos e aos colegas de trabalho, além de ser um risco à vida (MUROFUSE (2004).

Na OMS, a síndrome de dependência alcoólica é conceituada como um dos problemas relacionados ao trabalho, sendo considerado o próprio trabalho como um dos fatores psicossociais de risco para o alcoolismo crônico, já que o consumo coletivo de bebidas alcoólicas associado a situações laborais pode ser decorrente de prática defensiva, como meio de garantir a inclusão, no grupo, bem como uma forma de viabilizar o próprio trabalho, em função de seus efeitos como calmante, euforizante, relaxante, estimulante, indutor do sono anestésico e anti-séptico (BRASIL, 2001).

Segundo Carrillo e Mauro (2003), o estresse gerado pela organização do trabalho e o relacionamento com colegas são possíveis fatores de vulnerabilidade no ambiente de trabalho, que, de alguma maneira, podem estar influenciando no consumo de álcool e outras drogas.

Outro fator importante a ser considerado é a interação do fumo com a manipulação de drogas citostáticas, que pode causar desde a troca de cromátides irmãs³ até câncer de pulmão. O

3 Na duplicação de cromossomos durante a fase S do ciclo celular há a duplicação do DNA e cada cromossomo passa a ser constituído por duas cromátides ligadas pela região do centômero. Elas possuem alelos idênticos (SOARES, PINTO e ROCHA, 2005).

tabagismo foi encontrado em 10 trabalhadores deste estudo. (XELEGATI; ROBAZZI, 2003).

As doenças crônicas e distúrbios mentais provocados pelo uso abusivo de drogas são causas de grandes prejuízos nas relações familiares, sociais e profissionais com diminuição da produtividade, elevação da taxa de acidentes, internações, licenças médicas, faltas e atrasos (MORAIS, 2005).

Doenças do sistema geniturinário

Com relação aos problemas do sistema geniturinário e ginecológico, (n = 35; 25.9%) manifestaram-se através de infecção urinária, cálculo renal, mioma uterino, endometriose, aborto espontâneo, menopausa precoce e cisto no ovário, que acometeram 35 trabalhadores. Destes, 19.3% necessitaram de licença médica por este motivo.

Doenças do sistema geniturinário em trabalhadores hospitalares, especialmente da enfermagem, podem estar associadas a fatores como ritmo circadiano (trabalho por turnos), ambientes com temperaturas elevadas, exposição a gases e a substâncias químicas, assim como ao excesso de atividades. Esses fatores podem ser agravados por descuido na atenção às necessidades básicas de alimentação / eliminação / hidratação e pela anatomia feminina, inerente ao sexo predominante na enfermagem (PITTA, 1994; BARBOZA; SOLER, 2003; SILVA ; MARZIALE, 2003).

A incidência de licença médica por problemas ginecológicos pode ser atribuída ao fato de a profissão ser predominantemente feminina (n = 119; 88,1%). Estudos sobre a exposição a riscos ocupacionais em trabalhadoras têm detectado alterações do ciclo menstrual, menopausa precoce, abortos espontâneos, partos prematuros e nascimentos com baixo peso. A exposição de gestantes a gases anestésicos e a alguns medicamentos, como citostáticos, pode ocasionar graves efeitos reprodutivos. Tais problemas podem estar relacionados às características individuais dos trabalhadores, assim como a fatores relativos às condições do trabalho (PITTA, 1994; SILVA; MARZIALE, 2003).

Doenças do aparelho circulatório

Analisando as doenças do coração e do aparelho circulatório referidas pelos respondentes desta pesquisa, observa-se um fato curioso quando 92 profissionais (68.1%) disseram sofrer algum tipo de doença. Entretanto, somente 20 deles (14.8%) necessitaram de licença médica por este motivo. Dentre as doenças, foram registradas hipertensão arterial, varizes de membros inferiores, doença cardíaca hipertensiva, angina *pectoris*, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, trombose arterial, flebite, tromboflebite e hemorróidas (apêndice 7).

As doenças cardiovasculares (DCV) responsáveis pela maior taxa de morbidade e mortalidade na maioria dos países e também verificadas na maior parte da amostra estudada, têm sido alvo de vários estudos e despertado interesse especial por atingirem grandes contingentes populacionais, além de representar elevados custos sociais e econômicos. No Brasil, tais doenças são responsáveis por grande número de mortalidade prematura em adultos e, mesmo quando não são mortais, levam com frequência à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para a pessoa acometida, sua família e a sociedade (SIMÃO et al, 2002).

Embora seja freqüente a valorização dos problemas pessoais como sedentarismo, tabagismo e hábitos alimentares na gênese das doenças cardiovasculares, não é dada a devida atenção aos fatores de risco presentes na atividade ocupacional dos trabalhadores.

Para considerar, por exemplo, a hipertensão arterial como doença relacionada ao trabalho, é necessária a comprovação da exposição aos fatores de risco de natureza ocupacional, associados às evidências biográficas e epidemiológicas de aumento da prevalência da doença em determinados grupos de trabalhadores e excluídas as causas mais comuns, de natureza não-ocupacional. A elevação da pressão arterial pode ser causada por vários agentes de natureza química, física e psíquica presentes no ambiente de trabalho (MUROFUSE, 2004).

As varizes dos membros inferiores, citadas por 70 trabalhadores (apêndice 7), constituem uma das doenças mais comuns de todas as alterações vasculares. Estima-se que, em cada cinco mulheres, uma possui varizes. E, em cada 15 homens, um é portador dessa afecção que, além de deformidade estética, pode ser incapacitante, com complicações e seqüelas graves (SANTOS, 2003).

Dentre os fatores de risco para doenças cardiovasculares descritos por diversos autores, encontram-se hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemias, fatores genéticos, agentes químicos e físicos do ambiente, especialmente o ruído. O estresse, a fadiga, a tensão emocional e o sobrepeso são sintomas presentes no cotidiano dos trabalhadores de enfermagem, acrescidos dos hábitos nocivos, como tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e calmantes autoprescritos (SILVA ; MARZIALE, 2003).

No grupo estudado, em uma jornada de trabalho, longas distâncias são percorridas devido à necessidade de deslocamentos freqüentes como, por exemplo, à central de material de esterilização (CME), localizada no 10º andar, distante do ambulatório, e, também, os procedimentos realizados que exige do trabalhador a permanência em pé por longos períodos. Esta carga, após horas de trabalho, pode agravar o cansaço dos trabalhadores, acarretando vertigens, câimbras e facilitando o aparecimento de varizes e dores nas pernas.

Doenças do aparelho respiratório

As doenças do aparelho respiratório foram mencionadas por 36 trabalhadores, o que representa 26.7% da amostra. Sabe-se que há, no ambiente hospitalar, agentes contaminantes e alérgenos que podem causar irritações no trato respiratório do trabalhador, causando várias doenças e conseqüentes ausências.

Os agravos à saúde do sistema respiratório podem estar relacionados a infecções hospitalares, por meio de contaminação, ambientes fechados e pouco ventilados, baixa imunidade e estresse. Todos são fatores de risco presentes no cotidiano do trabalho da enfermagem e têm, como principal causa, a intensa exposição desta população a uma vasta gama de agentes infecciosos. A interação orgânica do trabalhador com o ambiente hospitalar ocorre, principalmente, através do sistema respiratório, por meio do ar e seus constituintes. Poluição deste ar, que contém medicamentos, substâncias químicas, gases, vapores, névoas, poeiras, dentre outros, aliada às características próprias do indivíduo e mecanismos de proteção adotados podem influenciar nos efeitos desta exposição (SILVA; MARZIALE, 2003; MUROFUSE, 2004; GODOY et al, 2006).

Todos os trabalhadores que referiram problemas do aparelho respiratório mencionaram as infecções respiratórias como as principais doenças, com predominância das afecções das vias respiratórias superiores, seguidas de asma brônquica, orofaringites e pneumonias. Tais problemas geraram 11.1% das ausências. Estes resultados diferem de estudo realizado por Reis et al (2003), que investigaram os motivos do absentismo entre os trabalhadores da enfermagem em ambiente hospitalar, em que as doenças respiratórias foram classificadas em primeiro lugar.

É importante ressaltar que foram registrados 12 relatos de tuberculose. A tuberculose é um problema de saúde pública que também pode ser decorrente de exposição ocupacional aos produtos contaminados ou a doentes bacilíferos. Um estudo que enfocou os trabalhadores de enfermagem, realizado por Barboza e Soler (2003), evidenciou a ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias, entre elas, a tuberculose adquirida no trabalho em membros da equipe de enfermagem.

As infecções respiratórias têm sido pouco valorizadas pelos trabalhadores e suas chefias, talvez por considerarem afecções passageiras, uma vez que demandam poucos dias de absentismo. Muitas vezes, alegam alterações climáticas ou baixa resistência como responsáveis, não as relacionando à sobrecarga de trabalho, à má alimentação e às condições inadequadas de trabalho, acrescidas dos fatores de risco. Vale lembrar que os agentes químicos podem causar comprometimentos respiratórios e a ocorrência de asma ocupacional pode estar relacionada com látex ou os novos produtos químicos utilizados na indústria e unidades hospitalares (SILVA ; MARZIALE, 2003; MUROFUSE, 2004).

Doenças endócrinas

No que concerne a doenças endócrinas, 27.4% da amostra, ou seja, 37 trabalhadores, referiram tais enfermidades. Do total de respondentes, 22 pessoas (16.3%) adquiriram diabetes e os demais relataram nódulos na tireóide, hipertireoidismo e hipotireoidismo.

O diabetes *mellitus* é uma condição crônica que modifica a qualidade e a expectativa de vida, podendo levar à incapacidade física permanente por cegueira e amputação de membros

inferiores. Além disso, é causa de mortes prematuras por insuficiência renal, doenças cardíacas e cerebrovasculares, entre outras, causando impacto econômico pelos custos elevados envolvidos no seu controle e tratamento das complicações como, também, pela redução da produtividade e dos anos de vida e trabalho perdidos (SANTOS, et al. 2001).

Doenças dos olhos

Dentre as doenças dos olhos, gráfico 4 e apêndice 4, pode-se observar que 19 respondentes (14,1%) referiram ter tido algum problema nos últimos anos. Destes, 6 pessoas (4,4%) necessitaram de licença médica por este motivo. A doença mais citada foi a catarata (8), glaucoma (4), retinopatia diabética (2), uveíte (1) e trombose (1).

O aparelho visual é vulnerável à ação de múltiplos fatores de risco para a saúde presentes no trabalho, como os agentes mecânicos, físicos, químicos, biológicos e ao esforço excessivo que leva à astenopia (fraqueza ou cansaço fácil dos olhos, ocorrendo desconforto, dor, e vermelhidão). A astenopia pode ser induzida por algumas atividades de monitoramento visual que exigem precisão e esforço (MUROFUSE, 2004).

Entre as doenças dos olhos relacionadas ao trabalho, a conjuntivite aparece como a principal causa de afastamentos na pesquisa de Morofuse (2004) sobre o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, não corroborando com os achados do presente estudo, cuja doença mais citada foi a catarata.

Doenças do sistema digestivo

Nas doenças do sistema digestivo, encontradas em 35.6% dos respondentes (n = 48), destacam-se as gastrites e úlceras, que são enfermidades provocadas ou desencadeadas pelo estresse proveniente do estado de alerta permanente, da sobrecarga emocional, bem como dos eventos situacionais esperados ou não, podendo ser denominados cargas psicossociais. Estes problemas também podem ser agravados em pessoas que possuem dois ou mais empregos, fato

comum entre os trabalhadores da área de saúde, incluindo-se os profissionais de enfermagem (MUROFUSE, 2004; BECK et al, 2006; BORGES, 2006).

Os principais fatores para a ocorrência das doenças digestivas relacionadas ao trabalho são os agentes físicos (radiações ionizantes, vibração, ruído, temperaturas extremas, queimaduras (se extensas podem provocar úlcera gástrica e lesão hepática), substâncias tóxicas e fatores de organização do trabalho, como estresse, exigências de produtividade, controle excessivo, situações de conflito, tensão, trabalho em turnos, fadiga, posturas forçadas, horários e condições inadequadas para alimentação (BRASIL, 2001).

Problemas digestivos, como gastrite nervosa, podem ser consequência do ambiente estressante relacionado à dor, ao sofrimento e à morte. A exposição às drogas citostáticas pode desencadear problemas no sistema digestivo, provocando danos hepáticos em trabalhadores que as manipulam. A adaptação ao trabalho em turnos propicia tendências a perturbações gastrointestinais, como úlceras pépticas e duodenais, gastroduodenites, anorexia e obstipação intestinal (PITTA, 1994; SILVA; MARZIALE, 2003) .

Neoplasias

Neste estudo, as neoplasias foram classificadas em décimo terceiro lugar em frequência, demonstradas no gráfico 4. As doenças referidas foram câncer de colo de útero, tireóide, endométrio, mama e palato.

O câncer é um importante problema de saúde pública, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano no mundo. O processo global de industrialização, ocorrido principalmente no século passado, conduziu a uma crescente integração das economias e das sociedades de vários países, desencadeando, a redefinição de padrões de vida com uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo, determinando grande modificação nos padrões de saúde-doença, com diminuição de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

O aparecimento de um câncer pode estar relacionado à exposição aos agentes carcinogênicos presentes no ambiente onde se vive e se trabalha, em decorrência do estilo de vida e de fatores ambientais produzidos ou alterados pela atividade humana (MUROFUSE, 2004).

A idéia de que estados psicológicos podem afetar o desenvolvimento de doenças é muito antigo. Desde 200 D.C., o grego Galeno afirmava que mulheres melancólicas eram mais susceptíveis a problemas de mama do que mulheres otimistas (REICHE; NUNES; MORIMOTO, 2005).

As células Natural Killer (NK) desenvolvem um importante papel na resistência imune contra viroses e células tumorais. Tem sido observado que sua atividade pode ser inibida pelo estresse, provavelmente por mecanismos neuroendócrinos. Portanto, estresse está associado à diminuição da atividade das células NK. Emoções fortes descontrolam um número de sintomas físicos, como alteração da pressão arterial, batimentos cardíacos, cefaléias, vômitos, problemas gástricos e diminuição da resposta imune. Quando o estresse está associado ao consumo de tabaco, bebidas alcoólicas ou maus hábitos alimentares podem levar ao desenvolvimento de uma neoplasia maligna (LINO, 1999; ARMANDOLA, 2004; REICHE; NUNES; MORIMOTO, 2005).

Alergias

Dentre as alergias, gráfico 4, pode-se observar que 62 respondentes (45.9%) referiram ter adquirido algum problema nos últimos anos. A doença mais citada foi a alergia respiratória (19), medicamentos (12), substâncias químicas (12), talco de luva (8), látex (7), esparadrapo (2), alimento (2) (anexo 4).

Alergia é a intolerância do organismo para com determinados produtos físicos, químicos ou biológicos, aos quais reage de forma exagerada. Portanto, trata-se de uma reação anormal a uma ou mais substâncias aparentemente inocentes que, quando apreendidas pelo organismo, inalados, ingeridos ou por contato com a pele, causam irritabilidade. Trata-se a alergia, na realidade, de uma intolerância do organismo a alguma circunstância externamente determinada.

Isto pode perfeitamente servir de analogia, em psiquiatria, com nossas Reações Vivenciais Anormais, diante das vivências consideradas traumáticas. Durante as últimas décadas, a prevalência das doenças alérgicas tem aumentado, especialmente nos países mais industrializados do mundo. Fatores hereditários e ambientais são reconhecidamente importantes para o aparecimento desta doença e o nível de exposição aos alérgenos é um dos fatores de risco. No ambiente de trabalho, o aumento das doenças alérgicas pode estar relacionado ao aumento da exposição alergênica (BALLONE, 2003).

As doenças alérgicas cutâneas ou respiratórias têm sido consideradas como um dos principais problemas ocupacionais entre os trabalhadores da área de saúde, onde a principal fonte de exposição alergênica tem sido o uso de luvas de látex com pó e a sensibilidade causada pela presença de proteínas hidrossolúveis. Até o final da década de 80, o uso de luvas de látex era considerado inócuo, mas atualmente, vem-se revelando como sensibilizador. O látex é cada vez mais usado na medicina. A alergia ao látex é uma hipersensibilidade que afeta os trabalhadores na área da saúde, assim como, o aparecimento de reações alérgicas causadas pelo uso de glutaraldeído já foi confirmado. Um dos estudos relatou o caso de enfermeiras e médicos de uma unidade de endoscopia, que passaram a apresentar manifestações clínicas, como lacrimejamento nos olhos, rinites, dermatites, dificuldades respiratórias, náuseas e dor de cabeça após a exposição ao glutaraldeído a 2%. O contato da pele com desinfetantes, como os formaldeídos, também pode causar alergias. (XELEGATI; ROBAZZI, 2003).

Doenças do sistema nervoso central

Ainda analisando o gráfico 4, observa-se que as doenças do sistema nervoso central ocupam o sétimo lugar, com 28.9% dos respondentes mencionando algum problema de saúde adquirido nos últimos anos, e décimo terceiro lugar em frequência como motivo para licença médica, com 1,5% dos respondentes referindo enxaqueca, cefaléia, insônia, mal de Parkinson e neurofibromatose. De acordo com a literatura, podem estar relacionados ao estresse e à síndrome de Burnout (SILVA; MARZIALE, 2003).

As enxaquecas, doenças do SNC mais referidas neste estudo (n=23), são crises de dor de

cabeça de intensidade moderada/grave, geralmente unilaterais, latejantes e habitualmente acompanhada de náuseas, vômitos, intolerância a claridade, barulho e cheiro. Apresenta uma prevalência em 16% das mulheres e 6% dos homens. As crises podem ou não ter fatores desencadeantes tais como dormir pouco ou fora do horário, cheiros fortes, determinados alimentos, ciclo menstrual e estresse emocional dentre outros. São uma das causas mais importantes na diminuição da qualidade de vida das pessoas, podendo afastá-las do convívio social, profissional e até familiar. Sabe-se hoje que os portadores de enxaqueca chegam a se ausentar do trabalho cerca de 20 dias ou mais por ano, com implicações de custo social para as instituições (MONZILLO, 2007)

Condições físicas e mentais no início e final da jornada de trabalho

Destaca-se, na tabela 15, que 65.2% dos respondentes chegam no início da jornada bem dispostos fisicamente e 34.8%, indispostos. Ao final da jornada, 65.9% encontram-se indispostos fisicamente. Com relação a como se sente mentalmente ao chegar e ao sair do trabalho, 70.4% dos trabalhadores referem chegar mentalmente bem dispostos e 69.6% referem indisposição mental ao final da jornada.

Tabela 15: Distribuição de freqüências simples e percentuais de acordo com as condições físicas e mentais dos sujeitos do estudo no início e ao final da jornada de trabalho no ambulatório

	Respostas	f	%
Condição física no início da jornada	Bem disposto	88	65.2
	Indisposto	47	34.8
Condição física no final da jornada	Bem disposto	46	34.1
	Indisposto	89	65.9
Condição mental no início da jornada	Bem disposto	95	70.4
	Indisposto	40	29.6
Condição mental no final da jornada	Bem disposto	41	30.4
	Indisposto	94	69.6

Fonte: O autor (2007).

Os dados da tabela 15 podem evidenciar que, com relação ao aspecto físico, a maioria dos

profissionais encontra-se bem disposta no início da jornada de trabalho. Contudo, existe um percentual que já chega ao trabalho indisposto. Os motivos citados foram a vinda de outro trabalho, ou por não dormir durante a noite, devido a um familiar doente. Mas, a grande maioria refere que já acorda sentindo dor. Ao final da jornada, existe uma mudança daqueles que estão bem dispostos para indispostos, indicando uma queda do estado de bem-estar, o que também é esperado depois de um dia de trabalho. No entanto, o índice dos que referem estar fisicamente indispostos ao chegar ao trabalho é de 34.8%, ou seja, 47 trabalhadores.

Percebe-se um sofrimento associado a dor física, mas não só a ela. Para além dos aspectos fisiopatológicos da doença, nota-se que existe uma complexa relação que vincula a dor às vivências subjetivas e à identidade social. Concorda-se com Merlo et al (2003) quando fazem a apologia da dor. Afirmam que a dor é também a dor de perder a saúde, da decepção ao ser excluído do ambiente de trabalho, do não reconhecimento, da humilhação no lócus da perícia médica, de precisar provar aquilo que o aflige. Enfim, dói porque dói e dói porque tem que provar que dói.

Vários fatores podem influenciar fisicamente o trabalhador após uma longa jornada de trabalho como, por exemplo, a arquitetura, o mobiliário, a organização do trabalho, distância percorrida, deslocamentos, excesso de atribuições, posturas adotadas, a atividade efetiva realizada pelo profissional, o tipo de paciente, a temperatura ambiente, umidade, luminosidade, ruído, dentre outros (BULHÕES, 1998; FARIAS, 1999).

As queixas dos respondentes se coadunam com os estudos acerca de sintomas físicos na equipe de enfermagem, que verificam a presença de sensação de fadiga, dor de cabeça, enxaqueca, dor muscular, sensação de desânimo, dificuldade em conciliar o sono, tendência a sudorese e taquicardia, dor no estômago, tremores musculares, dispnéia, redução do apetite, entre outros. Estes sintomas interferem negativamente na vida do funcionário e no seu trabalho, gerando freqüentes absenteísmos, que se transformam em círculos viciosos, pois os trabalhadores presentes se sentem sobrecarregados pela ausência dos colegas, levando-os também a não comparecer ao trabalho (FERREIRA, 1996; NASCIMENTO, 2003).

Cruz (2006), em estudo sobre a problemática de saúde dos trabalhadores de enfermagem, diz que os trabalhadores referem que a exposição às cargas de trabalho é responsável por um

amplo quadro de problemas de saúde gerados no trabalho, que se expressam não somente por problemas físicos, mas também por aqueles que comprometem a saúde mental, não sendo a maioria deles identificada pela instituição e, muito menos, relacionada ao trabalho.

Às exigências da organização do trabalho taylorista/fordista somam-se novas exigências e outro sofrimento, que advêm do medo de não ser capaz de manter uma *performance* adequada no trabalho nas novas formas de gestão reestruturadas. Tais exigências incluem os aspectos de tempo, cadência, rapidez, formação, informação, aprendizagem, adaptação à cultura ou a ideologia das empresas, às exigências do mercado. O medo está presente em todos os tipos de ocupação profissional. Os riscos que atingem o corpo do trabalhador são geralmente inerentes ao trabalho e, via de regra, coletivos, comuns àqueles que exercem as mesmas tarefas (DEJOURS, 1992).

Com relação ao aspecto mental, observa-se que, no início da jornada, a maioria dos respondentes (n = 95) chega mentalmente bem disposta, contudo, um número considerável já chega mentalmente indisposto (n = 40; 29.6%). Ao final da jornada, 69.6% referiram indisposição mental (n = 94). Como fatores responsáveis por este quadro, foram citados o lidar com o sofrimento do doente oncológico, suas repetidas internações, a impotência diante da doença, a revolta pela sua morte, a falta de conhecimento e de tempo para desempenhar bem as atividades, a sobrecarga de trabalho, a falta de funcionários qualificados e a carga horária excessiva (FERREIRA, 1996; POPIM,2001).

Quando se faz a associação da carga horária com a sensação do trabalhador ao final da jornada de trabalho, verifica-se a significância a nível de 5%. Os profissionais com carga horária de 20 horas semanais não se sentem indispostos porque sabem que terão tempo de descanso suficiente para repor as suas energias.

Tabela 16: carga horária x como se sente mentalmente ao final da jornada de trabalho

Carga horária	Mentalmente		Total
	Bem disposto	Indisposto	
20 horas	12	12	24
40 horas	29	82	111
Total	41	94	135

$$X^2 = 5.98 \text{ (P=0.050) Significativo ao nível de 5\%}$$

Fonte: O autor (2007).

Funcionários insatisfeitos e desmotivados são propensos a apresentarem falhas na realização de suas tarefas e maior incidência de agravos à saúde, apresentando maior número de absenteísmo. O trabalho deveria ser considerado uma atividade criativa e prazerosa na vida dos indivíduos, que poderia favorecer o desenvolvimento das habilidades físicas e mentais, além de melhorar a qualidade de vida com base em uma remuneração adequada (NASCIMENTO, 2003; GODOY et al, 2006).

Para verificar a existência de associação entre o gênero dos sujeitos da pesquisa com as sensações física e mental ao chegar ao trabalho, observa-se que é significativa a sensação de indisposição física para as mulheres ($X^2 = 3.98$, $P = 0.045$), porém não é significativa para elas a indisposição mental (tabela 17 e 18).

Tabela 17: Associação entre sexo e sensação física do trabalhador ao chegar ao trabalho.

Sexo	Bem disposto	Indisposto	Total
Feminino	74	45	119
Masculino	14	2	16
Total	88	47	135

$X^2 = 3.98$ ($P=0.045$) Significativo ao nível de 5%

Fonte: O autor (2007).

Tabela 18: Associação entre sexo e sensação mental do trabalhador ao chegar ao trabalho.

Sexo	Bem disposto	Indisposto	Total
Feminino	81	38	119
Masculino	14	2	16
Total	95	40	135

$X^2 = 2.55$ ($P=0.109$) Não Significativo

Fonte: O autor (2007).

Aparentemente, os homens chegam e saem do trabalho mais bem dispostos fisicamente que as mulheres (tabela 17 e 19). Mentalmente, o grau de satisfação é o mesmo para homens e mulheres (tabela 18 e 20).

Tabela 19: Associação entre sexo e sensação física do trabalhador ao final da jornada de trabalho.

Sexo	Bem disposto	Indisposto	Total
Feminino	36	83	119
Masculino	10	6	16
Total	46	89	135

$X^2 = 6.53$ (P=0.010) Significativo ao nível de 1%

Fonte: O autor (2007).

Tabela 20: Associação entre sexo e sensação mental do trabalhador ao final da jornada de trabalho.

Sexo	Bem disposto	Indisposto	Total
Feminino	34	85	119
Masculino	7	9	16
Total	41	94	135

$X^2 = 1.54$ (P=0.215) Não Significativo

Fonte: O autor (2007).

Robazzi e Marziale (1999) advertem que os profissionais de enfermagem estão sujeitos a trabalhar em condições geralmente penosas e desagradáveis, muitas vezes em condições angustiantes, causando perturbações em seu ritmo biológico e em sua saúde. Ressaltam os salários aviltantes, incompatíveis com a dignidade de suas atividades, obrigando diversas vezes os trabalhadores de enfermagem a terem duplo ou triplo emprego. Estes trabalhadores, freqüentemente, vêem-se com os dilemas e dores alheias, com o sofrimento e com os demais problemas do setor de trabalho, demonstrando uma postura profissional controlada, em relação ao outro que recebe seus cuidados.

As mudanças no cenário do trabalho da enfermagem, tão necessárias em muitas realidades, surgirão em conseqüência das novas posturas dos seus profissionais, pessoais, sociais e políticas, que, certamente, repercutirão na cultura e na história do grupo social, no seu próprio entendimento, nas suas formas de articulação em busca de melhores condições de trabalho e de vida, na construção, não da doença, mas da saúde do trabalhador de enfermagem. E preciso destacar que quando predomina a doença no indivíduo, ele fica impedido de exercer plenamente a

sua capacidade de decidir e agir, o que interfere em sua liberdade e em sua qualidade de vida.

De uma maneira geral, as licenças médicas para tratamento de saúde, temporárias ou definitivas, impedem o trabalhador de usufruir de vida social e economicamente ativa, traz diminuição ou perda da capacidade para desempenho profissional, subtrai recursos do orçamento familiar e interfere no atendimento de suas necessidades básicas. O ônus destas licenças não recai apenas sobre o trabalhador, mas implica também em sobrecarga de trabalho aos colegas de trabalho e em pagamento de salários de substituição do trabalhador (MUROFUSE, 2004).

Ferreira (1996) lembra que o trabalho em hospitais, que normalmente se caracteriza pelo contato com situações estressantes e atemorizadoras altamente impregnadas de afetos e emoções, parece ser exacerbado tanto nos profissionais como nos pacientes com doenças com poucas possibilidades de cura, como o câncer. Para os pacientes, as emoções são acirradas pela conotação de doença incurável, pelas formas agressivas de tratamento que levam, muitas vezes, a mutilações físicas e pelo afastamento dos familiares e amigos. Para os profissionais da área de saúde, elas são marcadas pelo estresse a que se vêem submetidos, ao atenderem esses pacientes que os expõem ao contato constante com situações de dor, sofrimento e morte. Vê-se, então, que cada vez mais o trabalhador de enfermagem deve estar preparado para enfrentar a problemática do doente portador de câncer, uma vez que este o coloca face a face com as frustrações de um trabalho com poucos retornos gratificantes.

CONCLUSÕES

Este estudo buscou a compreensão do processo saúde / doença vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem no desempenho de suas funções. Para tanto, reproduziu a construção teórico-metodológica operacional validada por Laurel e Noriega (1989), visando evidenciar as particularidades da relação de determinação trabalho-saúde que se expressam, especificamente, nos trabalhadores de enfermagem no ambulatório de um hospital público de referência em oncologia.

Este estudo procurou mostrar uma preocupação há muito sentida, relacionada à identificação das causas de afastamento entre os trabalhadores de enfermagem que atuam em um ambulatório de referência em oncologia e ao levantamento da frequência e tempo de absenteísmo, referidos pelos componentes da equipe de enfermagem.

Os dados coletados por meio de entrevistas sugerem que a força de trabalho da enfermagem do ambulatório da instituição estudada está sendo consumida por problemas de saúde que os afetam, tanto física quanto mentalmente, em decorrência de enfermidades possivelmente causadas ou aceleradas pelo trabalho em ambiente anti-ergonômico, como os problemas osteomusculares, também conhecidos como LER/DORT, os quais foram apontados por 80.0% da população estudada. Somando-se a isto, encontra-se a depressão, a síndrome do pânico, a hipertensão arterial, o estresse e a dependência química, dentre outros. Neste estudo, infelizmente, por problemas administrativos, não foi possível confrontar as informações acerca das licenças médicas nos prontuários dos funcionários. E, também, como há o reconhecimento de que a simples mensuração da morbidade tem permitido discreto conhecimento do seu impacto na qualidade de vida e no bem-estar das populações, sugere-se a continuidade desta pesquisa a fim de nosso aprofundamento, de forma apropriada, do tema.

Concluiu-se que há um alto índice de afastamentos por adoecimento, cujas causas poderão ser prevenidas, como também o tempo de afastamento muito freqüente e de longa duração poderia ser minimizado, através de um programa de políticas de prevenção.

Portanto, no grupo estudado, o trabalho com portadores de câncer foi qualificado como desafiador e insalubre, pois a convivência diária com a angústia de um prognóstico desfavorável

para a doença dos pacientes, dor, tratamento prolongado ou morte, provoca sofrimento no trabalhador de saúde, em particular na enfermagem, que permanece por maior tempo junto a esta clientela. Na NR 15, são consideradas atividades ou operações insalubres de grau médio, as que se desenvolvem em contato permanente com pacientes e com material infecto contagiante em hospitais, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana.

Diante desses resultados, da ausência de estudos sistemáticos, da importância do tema, e para preservar a saúde, é necessário que o trabalhador esteja inserido não somente no universo do seu trabalho, mas também no mundo exterior do lazer e da família. Isso o beneficia interiormente, visto que estes fatores complementam-se para que ele permaneça em equilíbrio e obtenha satisfação no seu cotidiano.

Este estudo revelou a necessidade de realização de intervenções em relação aos trabalhadores deste ambulatório, por se tratar de ambiente que implica exigências em todos os aspectos, sejam eles físicos (desgaste no atendimento), mentais (estado de alerta permanente), sociais (carência dos pacientes ou dos próprios trabalhadores) e espirituais (convívio continuado com o sofrimento, com a dor e com a morte). Os resultados levam a crença de que o conhecimento da extensão das doenças, sua prevalência e sua incidência nesta população, constituem imprescindível instrumento contributivo para a sua prevenção.

Ainda que exista legislação prevendo a proteção à saúde do trabalhador através de um ambiente de trabalho seguro, percebe-se, pelo estudo, que existe uma distância a ser percorrida até que elas se concretizem em medidas efetivas e tornem o trabalho mais saudável e seguro. Na teoria, os critérios recomendados pelo MS, por meio de NRs, devem ser obedecidos. Entretanto, constata-se que na prática, estas recomendações não fazem parte do cotidiano do trabalhador de enfermagem, porque, muitos destes trabalhadores desconhecem as normas de proteção. Nesse ambiente laboral, a saúde e a segurança dos trabalhadores podem ser ameaçadas, o que favorece o aparecimento de doenças ou ocorrência de acidentes com reflexo no índice de absenteísmo, pois condições de trabalho inadequadas expõem os trabalhadores de enfermagem a uma multiplicidade de agentes de risco.

Também foi observado que as condições de trabalho, as cargas de trabalho da própria

atividade de enfermagem, o grau de autonomia, as relações com colegas, as políticas organizacionais e o estilo de liderança usado nas instituições de saúde, representam fatores para a insatisfação no trabalho, os quais foram citados como desmotivadores pelo trabalhador e, por consequência, podem incitar o absenteísmo. Concorde-se com Mauro et al (1976), ao referir que a enfermagem, como uma das profissões que contribuem para preservar a vida e a saúde do homem, ainda não conseguiu resolver os problemas relativos à sua própria saúde. Estes fatos podem ser entendidos porque, durante muitos anos, a enfermagem foi considerada uma ocupação por vocação, sem preocupação com os ambientes laborais.

Considera-se imprescindível refletir e desenvolver estudos a respeito dessa temática para melhor compreender o processo de trabalho da enfermagem em oncologia e contribuir para a mudança das práticas institucionais e pessoais e para a melhoria da atenção à saúde ocupacional deste profissional. A meta ideal é trabalhar sem necessariamente adoecer ou morrer em decorrência do trabalho. Isto é mais que uma crença, é uma possibilidade concreta, no mundo atual em rápida transformação, a partir dos avanços do conhecimento e das tecnologias.

Ainda que a realização da presente investigação tenha alcançado a finalidade que era contribuir para tornar mais visíveis os problemas de saúde que atingem os trabalhadores da equipe de enfermagem do ambulatório de uma instituição especializada em oncologia e, assim, auxiliar na instrumentalização dos futuros membros dessa categoria profissional para a prevenção de seus desgastes, para a construção de uma vida mais saudável, livre das doenças e acidentes do trabalho, muito ainda está por se fazer, como vencer as dificuldades no estabelecimento do nexo entre o acidente/adoecimento e a situação de trabalho. Esta condição é necessária para melhorar os sistemas de informação em saúde e o sistema de vigilância epidemiológica, desenvolvendo ações inter-institucionais e multidisciplinares em saúde e trabalho, superar a concepção biologicista que ainda predomina na análise do processo saúde / doença e estabelecer relação entre o trabalho e o processo de adoecimento e acidentes decorrentes do trabalho, para que deixem de ser tratados como algo normal ou natural.

Sabe-se, portanto, que não é uma tarefa fácil de ser desenvolvida, mas pode ocorrer, desde que haja vontade, entre todos os profissionais, indistintamente, de tentarem melhorar este processo de trabalho, podendo-se, desta forma, contribuir para a melhoria na qualidade de vida e saúde destes trabalhadores e, portanto, melhoria na qualidade da assistência prestada aos

pacientes. Enquanto não se processa essa transformação, cabe a todos os profissionais de enfermagem iniciar já, de imediato, pelo menos, a reflexão de como e quanto é importante e imprescindível, para a saúde física e mental, trabalhar com qualidade e prazer.

A necessidade de implementação de medidas efetivas, capazes de prevenir ou minimizar os danos à saúde dos trabalhadores da enfermagem, fica evidente com o resultado que indicou um alto índice de afastamentos do trabalho por adoecimento (94,1%) e com maior concentração nos afastamentos de longa duração (47,4%), indicando a ocorrência de maior incidência de doenças de solução lenta como as músculo-esqueléticas e transtornos mentais e comportamentais. O absenteísmo doença é um importante indicador de avaliação não apenas da saúde dos trabalhadores, mas, também das políticas de recursos humanos, da divisão de saúde do trabalhador e das condições em que o trabalho é realizado na instituição.

Os resultados obtidos neste estudo podem fornecer subsídios a administradores e a gerência de enfermagem para que estes possam promover a avaliação da organização e dos serviços existentes, de forma a definir ações de gestão da atenção à saúde dirigidas a promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores.

Considerando o que dispõe a Constituição Federal Brasileira (1988), no seu Artigo 7º, Item XXII, que afirma que são direitos dos trabalhadores a redução de riscos inerentes ao trabalho através de normas de saúde, higiene e segurança, as conclusões emergentes desse estudo sobre o absenteísmo por adoecimento dos trabalhadores de enfermagem em oncologia sugerem:

Realização de estudos multidisciplinares dos postos de trabalho visando eliminação dos fatores de risco para adoecimento.

Criação de grupos de discussão periódica com temáticas escolhidas pelo trabalhador acerca de prevenção de agravos e de manutenção da saúde do trabalhador adotando as sugestões de melhoria que sejam de consenso do grupo.

Desenvolvimento de um programa de educação em serviço dos trabalhadores levando em consideração as atividades desenvolvidas, as condições ambientais e ergonômicas dos setores visando à prevenção dos riscos e o cumprimento das medidas preventivas possíveis, incluindo as obrigações da NR 32.

Criação de um programa de ginástica laboral dos funcionários com suas adequações pertinentes ao processo de trabalho de enfermagem.

Melhoria do sistema de registro dos problemas de saúde e das licenças médicas de forma a agilizar pesquisas e análises do absenteísmo doença.

Criar um canal para ouvidoria (ouvidoria) das tensões ou para satisfação das necessidades dos trabalhadores onde fosse realizada uma escuta ativa das queixas e reivindicações dos funcionários.

Pretende-se que este estudo evolua com aprofundamento teórico e grupos de reflexão para o acompanhamento de ações programáticas visando a melhoria das condições de trabalho de enfermagem do setor estudado.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, Sueli Soldati. **A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde.** 2005. 216f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- ALMEIDA, Ninabeth Alves. **Estresse ocupacional:** uma visão psicológica sobre a saúde do trabalhador. 2005. 57f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia)-Centro Universitário Luterano de Manaus, ULBRA, Manaus, 2005.
- ALVES, Emmanuel. **Novo dicionário médico ilustrado inglês-português.** São Paulo. Ed Atheneu, 2004. 490 p.
- ALVES, Marília. **Causas de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem:** uma dimensão do sofrimento no trabalho. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.
- ARAÚJO, José Newton; LIMA, Maria Elizabeth Antunes; LIMA, F. P. A. **L.E.R. – Lesões por esforços repetitivos:** dimensões ergonômicas e psicossociais. 2. ed. Belo Horizonte: Health, 1998. 362p.
- ARMANDOLA, Elena A. Psycho-oncology and cancer: sifting through the evidence. 2004. Disponível em: < <http://www.medscape.com/viewarticle/444136?src=search>> Acesso em: 18 de jun de 2004.
- AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista:** contribuição e crítica para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora UNESP/Editora FIOCRUZ, 2003.
- BALLONE, G. J. **Alergia e emoção.** In PsiqWeb, internet. Disponível em: <http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomática/alergia.html>> revisão em 2003.
- BARBOZA, Denise Beretta; SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraldês. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-83, mar./abr. 2003.
- BARROS, Alba Lúcia Botura Leite de; HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho de; FAKIH, Flávio Trevisani; MICHEL, Jeanne Liliane Marlene. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 585-92, set./out. 2003.
- BECK, Carmem Lúcia Colomé; GONZALES, Rosa Maria Bracini; STEKEL, Lilian Medianeira Coelho; DONADUZZI, Joanita Cechin. O trabalho da enfermagem em unidades críticas e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores. **Esc. Anna Nery R. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 221-7, Ago. 2006.
- BELLUSCI, Silvia Meirelles. **Doenças profissionais ou do trabalho.** 6 ed. São Paulo: Editora Senac, 2005.
- BELLUSCI, Silvia Meirelles; FISCHER, Frida Marina; BORGES FNS, TEIXEIRA, Liliane Reis; CRISTOFOLETE M. A; BARRIOS, S. Capacidade para o trabalho de um hospital

filantrópico. **IX Congresso Brasileiro de Ergonomia**. Salvador, 1999.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. Série História em movimento. Coordenação: Francisco M. P. Teixeira. Editora Ática. 1996.

BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Enfermeira hospitalar e o stress. **Rev. Esc. Enf. da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 390-4, dez. 2000.

BORGES, Flavio Notarnicola da Silva. **Trabalhadores de enfermagem: compreendendo condições e vida e trabalho e ritmos biológicos**. 2006. 78 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BOTTH, R. The nursing shortage: a worldwide problem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2002 mai/jun; 10(3):392-400.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº3.214, de 08 de junho de 1978. **Aprova as Normas Regulamentadoras** do Cap.V, Título.II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília, DF. Disponível em : <http://www.mtb.gov.br/legislação/portarias/1978/p_19781008_3214.asp> Acesso em: 20 de mai de 2006.

_____ Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília, 1986.

_____ Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 38. ed., atual. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____ Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. JORGE, M. H. de M. (Org). A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1990. Disponível em <http://www.opas.org.br/publicações2.cfm?codigo==49>. Acesso em 25 jun.2007.

_____ Lei nº8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 14 ago. 1991. Disponível em <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>>. Acesso em: 1 ago. 2007.

_____ Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**, 10 de outubro de 1996.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº453 de 1 de junho de 1998. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as **diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médicos e odontológicos**, dispõe sobre o uso de Raios-X diagnósticos em todo território nacional e da outras providências. Brasília, DF, 1998.

_____ Decreto nº 3048, de 6 de maio de 1999. Faz regulamento da Previdência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 7 de maio de 1999. Disponível em <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>> Acesso em: 2 de agosto de 2006.

_____ Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção**

de lesões por esforços repetitivos: LER/DORT. Brasília, DF. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. **“Trabalhar Sim, Adoecer Não”** Brasília, maio de 2005.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria GM nº 485 de 11 de novembro de 2005. Aprova a NR-32, Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.mtb.gov.br/legislacao/portarias/1978/p_19781008_3214.asp> Acesso em: 20 de mai de 2006.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Segurança e Saúde no trabalho: legislação. Disponível em: <HTTP://www.mtb.gov.br/temas/segsau/legislacao/normas/default.asp>. Acesso em 11 nov.2006.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. 2007. **Situação do câncer no Brasil.** Disponível em:< <http://www.inca.gov.br/situacao>>. Acesso em: 20 mai. 2007.

BRITTO, Eliane da Silva. **Enfermeiros psiquiátricos:** estresse, enfrentamento e saúde. 2006. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BULHÕES, Ivone. **Riscos do trabalho de enfermagem.** 2.ed. Rio de Janeiro: Júlio Reis, 1998.

BURGUESS William. A **Identificação de possíveis riscos à saúde do trabalhador nos diversos processos industriais.** Belo Horizonte: Ergo Editora, 1997.

CAMPOS, Rosângela Galindo de. **Burnout:** uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CARRILLO, Liliana Piedad Lancheros; MAURO, Maria Yvone Chaves. Uso e abuso de álcool e outras drogas: ações de promoção e prevenção no trabalho. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de janeiro, v. 11, n. 1, p. 25-33, jan./abr. 2003.

CARVÃO, José Mario; MAURO, Carla C. Chaves; VIDAL, Mario Cesar; MAURO, Maria Yvone Chaves. A ergonomia no contexto das políticas públicas sobre condições de trabalho: cenários da sua aplicação. **R Enferm UERJ**, Rio de janeiro, v. 14, n. 2, p. 279-85, abr./jun. 2006.

CASTEJÓN, J.C. **El papel de las condiciones del trabajo em la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral.** 2002, Tese (Doutorado)-Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, 2002.

CAVALCANTE, Cleonice Andréa Alves; ENDERS, Bertha Cruz; MENEZES, Rejane Maria Paiva de; MEDEIROS, Soraya Maria de. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 88-97, jan./abr. 2006.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos na empresa.** [edição compacta]. São Paulo: Atlas; 1989.

CHRISTOPHORO, Rosângela; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Estresse e condições de trabalho: um estudo com docentes do curso de enfermagem da UEM, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 757-63. 2002.

CID-10- **Classificação estatística internacional das doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª rev., v. 1, 1987. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/fl0.htm>>. Acesso em: 06 ago. 2007.

CRUZ, Eliane Bezerra da Silva **Estudo sobre a problemática de saúde dos trabalhadores de enfermagem: perspectivas para vigilância à saúde**. 2006. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lucia Leal Ferreira. 5. ed. ampl. São Paulo: Editora Cortez, 1992.

FACCHINI Luiz Augusto. **Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador**. In: ROCHA LE, RIGOTTO RM, BUSCHINELLI JTP. Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis. Vozes, 1994. p.178-86.

FARIA, Anne C. de; BARBOZA, Denise B.; DOMINGOS, Neide A M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto , v. 12, n. 1, p.14-20, jan./mar. 2005.

FARIAS, Sheila Nascimento Pereira de; **Riscos no trabalho e agravos à saúde do trabalhador de enfermagem em centro municipal de saúde**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-EEAN, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

FELLI, Vanda Elisa Andres; KURCGANT, Paulina. A saúde do trabalhador de enfermagem: um estudo no enfoque do materialismo histórico e dialético. **Rev Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 41-8, set/dez. 2000.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 2. ed. 35ª impressão. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, s/d. 1.499p.

FERREIRA Noeli Marchioro Liston Andrade. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 229-53, ago. 1996.

FRIAS JUNIOR, Carlos Alberto da Silva. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. 1999. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- ENSP, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

GODOY, Solange Cervinho Bicalho. Absenteísmo-doença entre funcionários de hospital universitário. 2001. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

GODOY, Solange Cervinho Bicalho; ALVES, Marília; ROCHA, Adelaide De Mattia; SANTANA, Daniela Moreira. Ausências ao trabalho por motivo de doenças em uma rede de hospitais de Minas Gerais. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/123> Acesso em: 23 de julho de 2007.

GRAÇA, Luís. A satisfação profissional dos médicos de família no SNS. Textos sobre saúde e trabalho. Parte III, p. 36. 2000. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos35.html>
Acesso em: 10 de nov. de 2007.

GUEDES, Maria Teresa dos Santos; NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca. Neoliberalismo, globalização e o trabalho de enfermagem. **Revista Técnico-científica de Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 66-71, jan./mar. 2003.

GUEDES, Maria Teresa dos Santos; NOGUEIRA, Maria Luiza Figueiredo. Projeto de implantação de uma seção ambulatorial de enfermagem em oncologia: pressupostos teóricos e operacionais, Rio de Janeiro. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 56., 2004, Gramado. **Anais...** RS: 2004.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Cláudia Vitória de Moura; MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-34. 2005.

GUIDO Laura de Azevedo. **Stress e coping entre enfermeiras de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003, 197f. Tese (Doutorado)-Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GUIMARÃES, Rosiara de Souza Oliveira. **O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar**. 2005, 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana)-ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

HAAG, Guadalupe Scarparo; LOPES, Maria Julia Marques; SCHUCK, Janete da Silva (Org.). **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2. ed. rev. e ampl. Goiânia: Editora AB, 2001.

IBGE. (Brasil)..Tábua de Vida, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/tabuadevida.shtm>.
Acessado em: 12 nov. 2007.

IEA– International Ergonomics Association. Disponível em: <http://www.iea.cc/browse.php?con>
Acesso em 24 de ago. 2006.

JACQUES, M. G.; CODO, Wanderley. (orgs.). **Saúde Mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002. 420p.

KOLLER, Evely M. Pereira; MACHADO, Heloisa Beatriz. Reflexões sobre a prática atual da enfermagem e prenúncios de mudanças para o século XXI. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 45, n. 1, p. 74-9, jan./mar, 1992.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Editora Hucitec,1989.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LINO, Margarete Marques. **Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI – Adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction**. 1999, 221f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LOPES GT, SPINDOLA Thelma, MARTINS ERC. O adoecer em enfermagem. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 9-18, maio, 1996.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; MOROMIZATO, Silzeth Schlichting; VEIGA, JFFS. Adesão às medidas de precaução padrão: relato de experiência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 83-8, outubro, 1999.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária – UFPel, 2000.

MARTINEZ, Luís; FERREIRA, Aristides; SOUSA, Luís; CUNHA, João. A esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo. **Comportamento Organizacional e Gestão**, v.13, n.1. Disponível em : <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/cog/v13n1/v13n1a03.pdf> Acesso em: 8 de nov. de 2007.

MARZIALE, Maria Helena Palucci; CARVALHO, Emília Campos de. Condições ergonômicas do trabalho de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 99-117. jan. 1998.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p.1, maio 2001.

MATTOS, Ubirajara Aluizio de Oliveira. Introdução ao estudo da questão saúde e trabalho. **Sociedade e Condições de Trabalho**. Rio de Janeiro, 1997.

MAURO Maria Yvone Chaves, CORDEIRO DS, YANAGUISAWA K, CONCEIÇÃO JE. Fadiga e aspectos ergonômicos no trabalho de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 7-24, out./dez. 1976.

MAURO, Maria Yvone Chaves. Riscos ocupacionais em saúde. **Revista de Enfermagem Científica**, Rio de Janeiro, v. 3, p.11-5, 1991.

MAZZILLI, Luiz Eugênio Nigro. **Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000**. 2004. 118 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MEIRELLES, Naluzia de Fátima; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 78-88, abril. 2003.

MENDES, Rene. Resumo da vida e obra de Bernardino Ramazzini. **Associação Nacional de Medicina do Trabalho**. Disponível em: < www.anamt.org.br/sobre_ramazzini > Acesso em: 05 out. 2005.

MERLO, Álvaro Roberto; VAZ, Marco Aurélio; SPODE, Charlotte Beatriz; ELBERN, Jaqueline Lenzi Gatti; KARKOW, Ana Raquel Menezes; VIEIRA, Patricia Rodrigues de Borba. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre RS, v.15, n.1, p. 117-36, jan./jun. 2003.

MIDORIKAWA, Edward Toshiyuki. **A odontologia em saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional**: definição do campo de atuação e funções do cirurgião dentista na equipe de saúde do trabalhador. 2000. Dissertação (Mestrado em Odontologia)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MIGUEZ, José; BONAMI, Michel. Comportamentos de ausência, quadros de análise e suas operacionalizações. **Cadernos de Ciências Sociais: Lisboa**, n. 6, p. 173-9, 1988.

MONZILLO, Paulo. O que são enxaquecas? Disponível em: <http://www.mentalhelp.com/enxaqueca.htm>, Acesso em 12 de mai. 2007.

MORAIS, Flávia Assumpção Diniz. **Consequências da dependência química e suas implicações para o absenteísmo na Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Esportes – SEDESE/MG**. 2005. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Pessoas)-Curso de Especialização em Gestão de Pessoas, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte. 2005.

MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de. O estudo da satisfação no trabalho e do clima organizacional como fatores contribuintes para o ser saudável no trabalho da enfermagem. In: **Texto contexto Enf.** v. 1, n. 2, p. 167-79, jul./dez. 1992.

MUROFUSE, Neide Tiemi. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. 2004. 298 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MUROFUSE, Neide Tiemi; ABRANCHES, Sueli Soldati; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev latino-am Enfermagem** Ribeirão Preto, v. 13, n. 20, p. 255-61, mar./abr. 2005.

MUROFUSE, Neide Tiemi; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Rev latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 364-73, mai./jun. 2005.

NASCIMENTO, Gilza Marques do. **Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto-SP**. 2003. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NIEVAS, Andréia Fernanda. **Depressão em mulheres no climatério**. 2005, 56f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

NISHIDE, Vera Médice; BENATTI, Maria Cecília Cardoso; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. Ocorrência de acidente de trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Rev latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 204-11, mar./abr. 2004.

OLIVEIRA, Regina Márcia Rangel de. **A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo – CRST/ES**. 2001.108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

OMS - Organización Mundial de la Salud. Métodos utilizados para establecer niveles admisibles de exposición profesional a los agentes nocivos. Ginebra: OMS, 1997. Série informes técnicos, 601.

_____ - Organização Mundial de Saúde. CID-10. **Critério diagnóstico para pesquisas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.

PARADA, Elisandra de Oliveira; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; BENATTI, Maria Cecília Cardoso. Lesões ocupacionais afetando coluna vertebral e trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 64-9, jan./fev. 2002.

PINHO, Diana Lúcia Moura; ABRAHÃO, Julia Issy; FERREIRA, Mário Cesar. As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. **Rev latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 168-76, mar./abr. 2003.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 1989.

PITTA, Ana. **Hospital – Dor e morte como ofício**. 3 ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 1994.

PIZZOLI, Lourdes Margareth Leite. Enfermeiras e qualidade de vida no trabalho. **Revista Nursing**, v. 72, n. 7, mai. 2004.

POHJONEN, T. Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work-related factors in different age groups. **Occup Med**, v. 51, n. 3, p. 209-17, 2001.

POLIT, F. Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, P. Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**; trad. Ana Thorell 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPIM, Regina Célia. **O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica**. 2001. 119 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza; FREITAS, Carlos Machado de. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 59-72. 1997.

RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se cuidando**. 2 ed. Goiânia: Editora AB, 1999.

REICHE, Edna Maria Vissoci; NUNES, Sandra Odebrecht Vargas; MARIMOTO, Helena Kaminami. Disfunções no sistema imune induzidas pelo estresse e depressão: implicações no desenvolvimento e progressão do câncer. **Rev. Bras. Oncologia Clínica**, Belo Horizonte, v. 1, n. 5, p. 19-28, mai./ago. 2005.

REIS, Ricardo José dos; LA ROCCA, Poliana de Freitas; SILVEIRA, Andréa Maria; BONILLA, Indiana Mercedes Lopes; NAVARRO i GINÉ, Albert; MARTÍN, Miguel. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-23, outubro 2003.

REZENDE, Marina Pereira. **Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da**

exposição ocupacional aos riscos físicos. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 52, n. 3, p. 331-38, jul./set. 1999.

ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los. **Rev. Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 511-17, mai./jun. 2004.

ROCHA, Semiramis Melani Melo; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O Processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

ROCHA, Sandra de Souza Lima; FELLI, Vanda Elisa Andres. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. **Rev Latino-am enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 28-35, jan./fev. 2004.

RODRIGUES, Pedro Carvalho. **Bioestatística**. 3. ed., EDUFF, UFF, Rio de Janeiro, 2002, 326p.

ROQUAYROL, Maria Zélia. (Org). **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 1994.

ROYAS, Azucena Del Valle; MARZIALE, Maria Helena Palucci. A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n.1, p. 102-8, Dez. 2001.

SANTOS, Adriano Dionísio dos. **Prevalência de pacientes com varizes nos membros inferiores, na comunidade Sombra dos Eucaliptos**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina)-Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2003.

SANTOS, Rita Batista; MARTINS, Debora Reginato; ALMEIDA, René de Oliveira et al. **Laboratório interdisciplinar de educação para o autocuidado em diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade**. Rio de Janeiro. In: Seminário de Metodologia para Projetos de Extensão-SEMPE, IV., 2004, São Carlos. Anais... SP: 2001.

SÊCCO, Iara Aparecida de Oliveira. O. **Acidentes e carga de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do norte do Paraná**. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, Vanda Elisa Felli da; KURCGANT, Paulina; QUEIROZ, Vilma Machado de. O desgaste do trabalhador de Enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 603-14, out./dez. 1998.

SILVA, Doris Marli Petry Paulo da; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 25, n. 2, p. 191-7. 2003.

SIMÃO, Manuel; NOGUEIRA, Maria Suely; HAYASHIDA, Miyeko; CESARINO, Evandro José. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 4, n. 2, p. 27-35. 2002. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em 8 de março de 2007.

SKABA, Márcia Maria Vargas Fróes. **O vício da adrenalina**: etnografia da violência num hospital de emergência. 1997. 127 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)-ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

SOUZA, Marcia de. **Acidentes ocupacionais e situações de risco para a equipe de enfermagem**: um estudo em cinco hospitais do município de São Paulo. 1999, 163 f. Tese (Doutorado em Medicina)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

SOUZA, Sonia Regina de Oliveira e Silva de. **Fatores que contribuem para o absenteísmo da enfermagem na unidade de doenças infecto-parasitárias**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNIRIO, Rio de Janeiro, 2002.

SPINDOLA, Thelma; MACEDO, Maria do Carmo dos S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v, 47, n. 2, p. 108-17, abr./jun. 1994.

STACCIARINI, Jeanne Marie R.; TRÓCCOLI, Bartholomeu T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n. 2, p. 305-17, mar./abr. 2001.

STEAGALL-GOMES, Daisy Leslie; MENDES, Iranilde José Messias. A força de trabalho da mulher. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 61-74, jan./abr. 1995.

VERAS, Verônica Simone Dutra. **Aumento da jornada de trabalho**: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem?. 2003. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

XELEGATI, Rosicler; ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 3, p. 350-6, mai./jun. 2003.

APÊNDICE 1

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS n°. _____

1ª. parte – Delineamento do perfil do trabalhador de enfermagem do ambulatório.

Gênero	1.() Feminino	2.() Masculino
Faixa etária	1.() 20 a 29 2.() 30 a 39 3.() 40 a 49	4.() 50 a 59 5.() 60 a 69
Categoria profissional	1.() Enfermeiro 3.() Auxiliar	2.() Técnico 4.() AOSD
Grau de escolaridade	1.() Fundamental 2.() Médio 3.() Superior	4.() Superior–Lato sensu 5.() Superior-Stricto sensu
Tempo de trabalho na instituição		
Tempo de trabalho no ambulatório		
Setor atual de trabalho	1.() Quimioterapia 2.() Onco/hemato 3.() Radiodiagnóst 4.() Radioterapia 5.() Hemoterapia 6.() ECG 7.() Endoscopia 8.() Biópsia	9. Onco cirúrgica: 9.a () Abdomem 9.b () Cab. Pesc. 9.c () Urologia 9.d () Tórax 9.e () Plástica 9.f () TOC/Dermato 9.g () Neuro /Dor 9.h () Odonto 10 () Med. nuclear
Jornada de trabalho	1.() Diarista	2.() Plantonista
Carga horária semanal	1.() 24 horas	2.() 40 horas
Vínculo empregatício	1.() Estatutário 2.() CLT - FAF	3.() MS/temporário
Tem outro emprego?	1.() Sim	2.() Não
Tempo de deslocamento para chegar ao local de trabalho	1.() >1 hora 2.() >2 horas	3.() > 3 horas 4.() > 4 horas

APÊNDICE 2

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS n°. _____

2ª. parte – Levantamento dos problemas de saúde-doença do trabalhador de enfermagem do ambulatório.

1. Nos últimos anos você foi acometido por algum problema de saúde referente a:

1. () Doenças do coração e aparelho circulatório
2. () Doenças do aparelho respiratório
3. () Doenças do sistema digestivo
4. () Doenças do sistema músculo esquelético
5. () Doenças do aparelho geniturinário
6. () Doenças endócrinas
7. () Doenças do sistema nervoso central
8. () Doenças dos olhos
9. () Transtornos mentais e comportamentais
10. () Neoplasias
11. () Alergias
12. () DST e AIDS
13. () Dependência química
14. () Outros

2. Caso tenha respondido sim à questão anterior, responda:

a – Esse (s) problema (s) surgiu (ram) após seu ingresso na instituição? 1.() Sim () Não

Quais? _____

b – No seu entendimento, o (s) problema (s) tem relação com seu trabalho? 1.() sim 2. () Não.

Quais? -----

Porquê? _____

3. Você realiza exame periódico de saúde? 1.a () Particular 1.b ()DISAT 2. () Não.

4. Faz algum tratamento de saúde? 1. () Sim 2. () Não.

Qual(is)? _____

5. Alguma vez necessitou de licença médica? 1. () Sim 2. () Não.

6. Se necessitou de licença médica, qual o total em dias? 1. () >1 mês

2. () de 01 a 06 meses

3. () mais que 06 meses

4. () nunca necessitou de lic. med.

1. Se necessitou de licença médica, qual o motivo?

1. () Doenças do coração e aparelho circulatório

2. () Doenças do aparelho respiratório

3. () Doenças do sistema digestivo

4. () Doenças do sistema músculo esquelético

5. () Doenças do aparelho geniturinário

6. () Doenças endócrinas

7. () Doenças do sistema nervoso central

8. () Doenças dos olhos

9. () Transtornos mentais e comportamentais

10. () Neoplasias

11. () Alergias

12. () DST e AIDS

13. () Dependência química

14. () Outros _____

8. Como você chega ao trabalho?

a. Fisicamente: 1. () Bem disposto 2. () Indisposto

b. Mentalmente: 1. () Bem disposto 2. () Indisposto

9. Ao final da sua jornada de trabalho, como você está?

a. Fisicamente: 1. () Bem disposto 2. () Indisposto

b. Mentalmente: 1. () Bem disposto 2. () Indisposto

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO:

Afastamentos por adoecimento do trabalhador de enfermagem do ambulatório de uma instituição oncológica

Pesquisador: Maria Luiza Figueiredo Nogueira

Orientador: Enedina Soares

Eu, _____, RG n.º _____, fui esclarecida (o), de forma clara e objetiva, livre de qualquer constrangimento ou coerção, que a pesquisa “*Afastamentos por adoecimento do trabalhador de enfermagem do ambulatório de uma instituição oncológica*” de autoria de Maria Luiza Figueiredo Nogueira, tem como objetivos identificar as causas de afastamento entre os trabalhadores de enfermagem que atuam em um ambulatório de referência em oncologia e levantar a frequência e tempo de absenteísmo referidos pelos componentes da equipe de enfermagem.

Entendi que a justificativa para a realização do estudo reside no conhecimento de que o desgaste natural decorrente das situações de trabalho, aliado ao desgaste psíquico do conviver constante com o sofrimento alheio são motivos suficientes para justificar a necessidade de maior atenção à satisfação no trabalho em indivíduos que atuam em hospitais. Considerando que o maior contingente de uma instituição hospitalar é de profissionais de enfermagem devido à tarefa primeira de cuidar diretamente do doente, e que estes permanecem por muitas horas dentro do ambiente de trabalho onde predomina a doença é natural a exposição a um elevado nível de estressores.

Estou ciente que a obtenção de dados dar-se-á através de entrevistas a serem realizadas individualmente, sendo utilizados para tal dois instrumentos, aplicados em dois diferentes momentos: 1^a. parte – Delineamento do perfil do trabalhador de enfermagem do ambulatório e 2^a. parte – Levantamento dos problemas de saúde-doença do trabalhador de enfermagem do ambulatório e que os dados coletados, depois de organizados e analisados, poderão ser divulgados e publicados, ficando a autora comprometida com a apresentação do relatório final de pesquisa para a instituição na qual será realizado o trabalho, tornando público o

resultado da pesquisa.

A participação voluntária e não remunerada foi enfatizada pela pesquisadora e foram garantidos os esclarecimentos a quaisquer dúvidas, em qualquer momento. Foi destacada a liberdade, enquanto sujeito de pesquisa, de participar ou não do estudo e/ou deixar de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou constrangimentos e sem sofrer nenhum tipo de represália. Foram assegurados a garantia do anonimato e o caráter sigiloso das informações fornecidas exclusivamente para o estudo. Compreendi que não serão aplicados tratamentos ou realizadas intervenções de qualquer espécie e que serão respeitados os princípios de justiça, equidade e segurança da resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2007.

Nome e assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

O presente documento, baseado nos artigos IV.1 à IV.3, do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do sujeito pesquisado e outra com o pesquisador.

APÊNDICE 4

Tabela 10: Distribuição de frequências simples quanto a faixa etária e gênero.

IDADE (anos)	Feminino	Masculino	Total
27 a 29	4	1	5
30 a 34	6	1	7
35 a 39	6	1	7
40 a 44	29	3	32
45 a 49	28	6	34
50 a 54	23	3	26
55 a 59	8	1	9
60 a 64	9	-	9
65 a 69	6	-	6
TOTAL	119	16	135

Fonte: O autor (2007)

APÊNDICE 5

Tabela 11: Distribuição de frequências simples e percentuais, quanto a ter referido algum problema de saúde adquirido após o ingresso na instituição.

DOENÇAS	<i>f</i>	<i>%</i>
Doenças do sistema músculo esquelético	108	80.0
Doenças do coração e aparelho circulatório	92	68.1
Transtornos mentais e comportamentais	66	48.9
Alergias	62	45.9
Doenças do sistema digestivo	48	35.6
Outros fatores adversos à saúde	41	30.4
Doenças do sistema nervoso central	39	28.9
Doenças endócrinas	37	27.4
Doenças do aparelho respiratório	36	26.7
Doenças do aparelho geniturinário	35	25.9
Dependência química	19	14.1
Doenças dos olhos	19	14.1
Neoplasias	7	5.2
DST ou AIDS	6	4.4

Fonte: O autor (2007)

APÊNDICE 6

Tabela 12: Distribuição de freqüências simples e percentuais quanto aos problemas terem aparecido após ingresso na instituição e se relacionam com o trabalho.

<i>Problemas surgiram após ingresso na instituição</i>			<i>Problemas terem relação com seu trabalho</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	127	94,1	Sim	110	81,5
Não	8	5,9	Não	25	18,5
Total	135	100,0	Total	135	100,0

Fonte: O autor (2007).

APÊNDICE 7

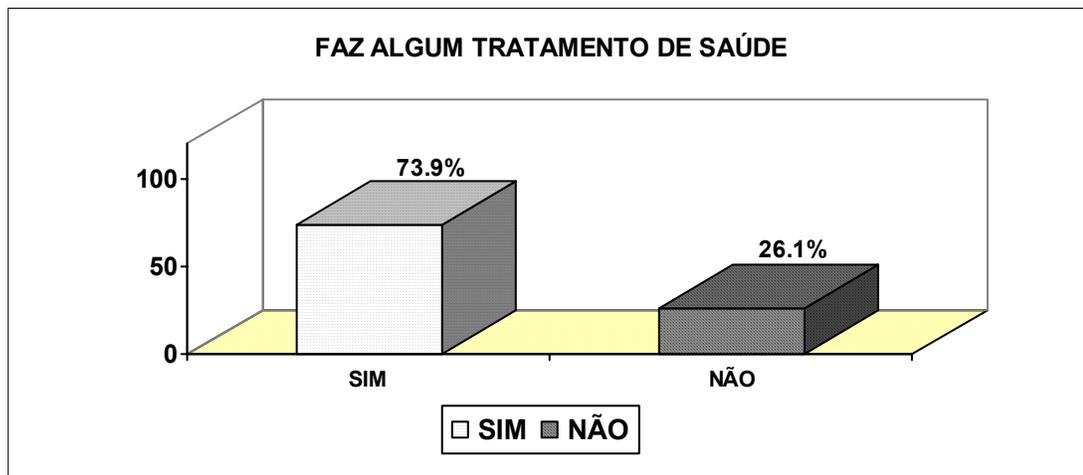


Gráfico 7: Distribuição de frequências percentuais quanto a fazer algum tratamento de saúde.

Fonte: O autor (2007).

APÊNDICE 8

Doenças referidas pelos trabalhadores

PROBLEMAS	DOENÇAS REFERIDAS	N
APARELHO MÚSCULO ESQUELÉTICO	Hérnia de Disco	57
	Tendinite	28
	Artrose	16
	Escoliose	13
	Esporão	7
	Síndrome do Carpo	8
	Cervicombalgias	5
	Rompimento de menisco	5
	Bursite	4
	Osteoporose	4
	Fibromialgia	3
	Lordose	3
	Artrite	1
	Síndrome da pedrada na perna	1
	Cisto	4
	Hemangioma	1
Bico de Papagaio	1	
CORAÇÃO E APARELHO CIRCULATORIO	Varizes	70
	Hipertensão arterial	45
	Cardiopatias	16
	AVC	1
	Infarto Agudo do Miocárdio	2
TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	Depressão	61
	Síndrome do Pânico	9
	Ansiedade	10
	TOC	1
	Transtorno Bipolar	1
ALERGIAS	Respiratória – Rinite alérgica	19
	Medicamentos	12
	Látex	7
	Alimento	2
	Picada de inseto	2
	Talco de luva	8
	Substâncias químicas	12
	Esparadrapo	2

DOENÇAS DO SISTEMA DIGESTIVO	Gastrite	36
	H. Piloni	8
	Úlcera	4
	Hérnia de hiato	4
	Vesícula	4
	Refluxo	3
	Hepatite	3
	Esofagite	2
	Colite	1
	Diverticulite	1
	Duodenite	1
	Infecção intestinal	1
	Obstrução intestinal	1
OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE	Acidente com pérfurocortante	17
	Acidente no local de trabalho	14
	Acidente no percurso	13
	Obesidade	7
	Queimadura	4
	Colesterol alto	3
	Dengue	8
	Anemia acrómica	2
Esclerodermia	1	
SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Enxaqueca	23
	Insônia	7
	Cefaléia	8
	Neurofibromatose	1
	Doença de Parkinson	1
DOENÇAS ENDÓCRINAS	Diabetes	21
	Hipertireoidismo	8
	Hipotireoidismo	6
	Nódulos na tireóide	7
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	Tuberculose	11
	Asma	10
	Sinusite	9
	Faringite	3
	Bronquite	5
	Pneumonia	4
	Nódulo de pregas vocais	1
SISTEMA GENITURINÁRIO E GINECOLÓGICO	Mioma uterino	10
	Endometriose	5
	Cálculo renal	4
	Infecção urinária	8
	Aborto espontâneo	3

	Menopausa precoce	4
	Cisto no ovário	3
DEPENDÊNCIA QUÍMICA	Tabaco	10
	Álcool	6
	Psicotrópico	3
DOENÇAS DOS OLHOS	Catarata	8
	Glaucoma	4
	Retinopatia diabética	2
	Trombose	1
	Uveíte	1
NEOPLASIAS	Colo de útero	2
	Tireóide	2
	Mama	1
	Endométrio	1
	Palato	1
DST / AIDS	Herpes	6
	HPV	3
	HIV	1