



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Ana Rita Castro Machado

**AS PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO TRABALHO EM  
SAÚDE:**  
O Caso de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média  
Duração e Reabilitação

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Clara Araújo

Maio de 2013



## **RESUMO**

Perante a preocupação com a incidência das perturbações músculo-esqueléticas nos Enfermeiros e nos Auxiliares de Ação Médica de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação (UCCI-MDR), tornou-se indispensável proceder ao diagnóstico de necessidades com vista à promoção da saúde e prevenção da doença neste local de trabalho. Pelo que foram definidos os seguintes objetivos: analisar as condições e características do trabalho que podem desencadear perturbações músculo-esqueléticas nos profissionais de saúde de uma UCCI-MDR; analisar as repercussões que as condições e características do trabalho têm na saúde e bem-estar dos profissionais de saúde de uma UCCI-MDR que podem desencadear perturbações músculo-esqueléticas; analisar as estratégias que os profissionais de saúde utilizam para prevenir e minimizar as repercussões das condições e características do trabalho que podem desencadear perturbações músculo-esqueléticas, na sua saúde.

Trata-se, então, de uma investigação que se encerra num estudo descritivo de natureza mista, realizada com uma amostra constituída por 14 indivíduos (Enfermeiros e Auxiliares de Ação Médica) duma UCCI-MDR. Os dados foram recolhidos num com recuso ao INSAT2010, esclarecidos e aprofundados com recurso à entrevista coletiva.

Os dados evidenciaram que estes profissionais de saúde apresentam qualidade de vida e saúde afetadas, quer pela existência de constrangimentos de natureza física e biomecânica, organizacional e psicossocial, bem como de natureza individual, tendo-se constatado que os constrangimentos de natureza organizacional, mais especificamente aqueles que implicam aceleração do ritmo de trabalho, são os que apresentam maior impacto na saúde dos profissionais de saúde. Verificando-se ainda, que as estratégias frequentemente utilizadas são direcionadas ao tratamento de sintomas, ao invés de se direcionarem para a resolução dos constrangimentos do trabalho. O que significa que as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde não são eficazes. Esta constatação permite perceber que é necessário implementar estratégias mais eficazes, que produzam melhores resultados, pelo que se sugere a formação enquanto momento de reflexão em equipa e a ginástica laboral.

**Palavras-chave:** Perturbações Músculo-Esqueléticas; Saúde do Trabalhador; Riscos Ocupacionais; Prevenção de Acidentes;



## ***ABSTRACT***

Given the concern about the incidence of musculoskeletal injuries in Nurses and Medical Assistants Action of a “Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação (UCCI-MDR)”, has become indispensable to the diagnosis the needs to promote health and disease prevention in this work. That were defined by the following objectives: to analyze the constraints that can trigger musculoskeletal injuries in healthcare workers from a UCCI-MDR; analyze the effect of the constraints in health and well-being of health professionals a UCCI-MDR that can trigger musculoskeletal injuries; analyze the strategies that health professionals use to prevent and minimize the effects of the constraints that can trigger musculoskeletal injuries, their health.

It is, then, an investigation that ends a case study of a mixed nature, conducted with a sample of 14 individuals (Nurses and Medical Assistants Action). Data were collected using INSAT2010, clarified and deepened using the press conference.

The data showed that these health professionals have quality of life and health affected, or because of constraints of physical and biomechanics: psychosocial and organizational as well as individual in nature, and it was found that the constraints of an organizational nature, more specifically those involving acceleration of work, are the ones that have the greatest impact in health. Verifying addition, the strategies used are often directed to the treatment of symptoms rather than directioned for solving the constraints at work. This means that the strategies used by health professionals are not effective. This finding allows us to understand what is needed to implement the most effective strategies that produce the best results, it is suggested by the formation time of reflection as a team and stretching.

***Keywords:*** Cumulative Trauma Disorders; Occupational Health; Occupational Risks; Accident Prevention



## ***AGRADECIMENTOS***

Esta dissertação de mestrado constitui-se acima de tudo como uma fonte de conhecimento e partilha de saberes, pelo que no final desta etapa não poderia deixar de agradecer a todos os que contribuíram para a sua elaboração, nomeadamente:

- À Professora Doutora Clara Araújo, orientadora da dissertação, agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho. Acima de tudo, obrigada por me continuar a acompanhar nesta jornada e por estimular o meu interesse pelo conhecimento.

- Aos profissionais de saúde, Enfermeiros e Auxiliares de Ação Médica, que despenderam do seu precioso tempo para responder às entrevistas e aos responsáveis pela UCCI-MDR que deram autorização para a realização do estudo, muito obrigada.

Deixo ainda um especial agradecimento aos meus amigos e familiares que me motivaram, apoiaram e não me deixaram desistir, com especial carinho à Ana, ao Jorge e à minha Mãe.





## **ÍNDICE GERAL**

RESUMO	III
ABSTRACT	V
AGRADECIMENTOS	VII
ÍNDICE GERAL	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
ÍNDICE DE ESQUEMAS	XII
ÍNDICE DE QUADROS	XII

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
-------------------	-----------

<b>CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>19</b>
---	-----------

1 – AS PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS E O TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	21
1.1 – A Relação das Perturbações Músculo-Esqueléticas com o Trabalho	23
1.2 – As Repercussões das Perturbações Músculo-Esqueléticas na Saúde do Trabalhador	25
2 – CONTRIBUTOS DA ERGONOMIA NA COMPREENSÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO	27
2.1 – Fatores do Contexto de Trabalho que Condicionam a Saúde do Profissional de Saúde	31
2.1.1 – <i>Fatores Físicos e Biomecânicos</i>	31
2.1.2 – <i>Fatores Organizacionais e Psicossociais</i>	35
2.1.3 – <i>Fatores Individuais</i>	45
3 – ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DAS PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	46
4 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DAS PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, NO TRABALHO EM SAÚDE	51

<b>CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b>	<b>55</b>
---	-----------

1 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	57
2 – CONTEXTO DO ESTUDO	58
3 – OS PARTICIPANTES	61
4 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	62
5 – PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	63
6 – ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS	63

<b>CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>65</b>
1 – DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	67
1.1 – As condições e características do trabalho atual que podem desencadear perturbações músculo-esqueléticas nos profissionais de saúde	67
1.2 – Repercussões que as condições e características do trabalho atual na saúde e bem-estar do profissional de saúde que podem desencadear perturbações músculo-esqueléticas	85
1.3 – Estratégias que os profissionais de saúde utilizam para prevenir e minimizar as repercussões das condições e características do trabalho atual que podem desencadear PME, na sua saúde	92
2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	93
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>107</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>113</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>133</b>

## *ÍNDICE DE GRÁFICOS*

Gráfico I – Incômodo gerado pelas Características do Ambiente Físico e Constrangimentos Físicos existentes na UCCI-MDR	70
Gráfico II – Incômodo gerado pelos Constrangimentos do Ritmo de Trabalho, existentes na UCCI-MDR	75
Gráfico III – Incômodo gerado pelos Constrangimentos da Autonomia e Iniciativa existentes na UCCI-MDR	76
Gráfico IV – Incômodo gerado pelos Constrangimentos Relacionais existentes na UCCI-MDR	79
Gráfico V - Incômodo gerado pelos Constrangimentos das Características do Trabalho	82
Gráfico VI – Frequência Conciliação da Vida do Trabalho com a Vida Fora do Trabalho	84
Gráfico VII – Incômodo gerado pela Conciliação da Vida do Trabalho com a Vida Fora do Trabalho	84
Gráfico VIII – Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais Vividas pelos Profissionais de Saúde da UCCI-MDR	86
Gráfico IX – Riscos Profissionais em Saúde	87
Gráfico X – Influência do Trabalho na Sade dos Profissionais de Saúde	89
Gráfico XI – Relações dos Problemas de Saúde dos Trabalhadores com a Atividade Profissional	89
Gráfico XII – Motivo de Falta ao Trabalho, por mais de 3 dias, nos últimos doze meses	90

## **ÍNDICE DE ESQUEMAS**

<i>ESQUEMA I</i> – Motivo de incómodo gerado pelas características do ambiente físico e constrangimentos físicos existente na UCCI-MDR	71
<i>ESQUEMA II</i> – Motivo dos Constrangimentos do Ritmo de Trabalho, existentes na UCCI-MDR	75
<i>Esquema III</i> – Motivo do Incómodo gerado pelos Constrangimentos Relacionais, existentes na UCCI-MDR	79
<i>Esquema IV</i> – Motivo do Incómodo causado pelos Constrangimentos das Características do Trabalho	83
<i>Esquema V</i> – Motivo do Incómodo causado pela Conciliação da Vida do Trabalho com a Vida Fora do Trabalho	84
<i>Esquema VI</i> – Motivos dos Acidentes de Trabalho	86
<i>Esquema VII</i> – Percepção, dos Profissionais de Saúde, sobre os Riscos Profissionais	88
<i>Esquema VIII</i> – Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde, segundo o Perfil de Saúde de Nottingham	91
<i>Esquema IX</i> – Estratégias de Prevenção e Minimização as Repercussões das Condições e Características do Trabalho que podem desencadear PME utilizadas pelos profissionais de saúde	93

## **ÍNDICE DE QUADROS**

<i>Quadro I</i> – A Qualidade de Vida dos trabalhadores da UCCI-MDR segundo o Perfil de Saúde de Nottingham	91
---	----

## INTRODUÇÃO

---



Dados recentes mostram que as Perturbações Músculo-Esqueléticas (PME) são estatisticamente, a doença profissional mais frequente e com maior índice de absentismo em meio hospitalar (Schneider, et al. cit. por Serranheira, et al., 2012). Portanto, as PME são entendidas como motivo de grande preocupação uma vez que *“afetam a saúde dos trabalhadores a nível individual e aumentam os custos empresariais e sociais da empresa e dos países europeus. [Além de que] perto de 25% dos trabalhadores da EU-27 dizem sofrer de lombalgias e 23% queixam-se de dores musculares.”* (European Agency of Safty and Health at Work [EU-OSHA], 2008b, p. 1)

Assim, a revisão da literatura permitiu perceber que os hospitais são responsáveis pela ocorrência de uma série de riscos de saúde para os seus trabalhadores, sendo que nesta extensa lista as PME ocupam um lugar de destaque dado serem muito frequentes na equipa de enfermagem. Os sintomas músculo-esqueléticos mais frequentes atingem principalmente as regiões lombar, ombros, joelhos e cervical. (Gurgueira, Alexandre, & Filho, 2003), e a causa principal *“está relacionada com as tarefas de mobilização de doentes, como o levante, a transferência e o posicionamento de doentes.”* (EU-OSHA, 2008a, p. 1)

Porém, pesquisas mais recentes mostram que não são só os aspetos relacionados com a dimensão física da atividade laboral os responsáveis pela incidência da PME nos trabalhadores, mas também a dimensão psicológica do trabalho. Ou seja, tal como Magnago, Lisboa, Griep, Kirchhof, e Guido, (2010) defendem, as características do trabalho relacionadas com o aumento das PME entre os trabalhadores são: a pressão do tempo; o estado de alerta; a fragmentação das tarefas; as questões administrativas, ambientais e de relacionamento; a competitividade; a baixa autonomia; a invariabilidade das atividades; a insegurança no trabalho; a falta de apoio (colegas e chefes) e o facto do trabalhador se sentir sobrecarregado.

Esta realidade também foi verificada em Portugal, quando um estudo efetuado sobre as condições de trabalho dos enfermeiros mostrou que estes profissionais estão sujeitos a *“bastante intensidade de sofrimento e pressão psicológica que se manifestam entre outros por sintomas de dificuldade em relaxar, cansaço persistente, irritabilidade, músculos rígidos e tensos.”* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2004, p.238)

Assim, entende-se que na atualidade não apenas as frequentes exposições mecânicas, mas também aspetos organizacionais, psicológicos e sociais podem constituir-

se fatores de risco para as queixas músculo-esqueléticas nos trabalhadores de enfermagem (Magnago, et al., 2010.).

Em Portugal, embora os dados sobre as situações de acidentes de serviço e de doenças profissionais nos trabalhadores de saúde sejam escassos e não sistematizados, sabe-se que, em 1997, a profissão de enfermagem era aquela onde se verificava a maior taxa de acidentes de serviço (Ferreira, 2005, p. 30). Ou seja, os enfermeiros são dos grupos profissionais que mais estão expostos, no seu dia-a-dia, a diversos riscos laborais que culminam em acidentes de trabalho e doenças profissionais.

O Enfermeiro de Reabilitação é o profissional de saúde que, tal como consta do seu estatuto, tem saberes e competências que lhes conferem uma “*responsabilidade social da sua ação*” (Araújo, s.d.), tornando-o elemento essencial à prevenção das PME e promoção da saúde dos profissionais de saúde. Pois, nestes estatutos encontra-se definido que o Enfermeiro de Reabilitação está capacitado para

*[cuidar] de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; [capacitar] a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; [maximizar] a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (OE, 2011a, p. 8658)*

Esta investigação nasce da necessidade de melhor conhecer as PME, enquanto fenómeno, assente no conhecimento da máxima que diz que os “enfermeiros são gente que cuida de gente” e que por isso a segurança pessoal dos enfermeiros e a sua saúde refletem a qualidade dos cuidados prestados aos utentes; bem como no conhecimento da realidade da Unidade Cuidados Continuado Integrados de Média Duração e Reabilitação (UCCI-MDR) em causa, onde as queixas dos profissionais de saúde relacionadas com as Perturbações Músculo-Esqueléticas são frequentes, embora sem dados estatísticos que o comprovem.

Assim, assente numa reflexão acerca da análise do trabalho dos profissionais de saúde (enfermeiros e auxiliares de ação médica) bem como nos conhecimentos da ergonomia da atividade, assume-se como finalidade deste trabalho o diagnóstico de necessidades que permita contribuir para a implementação de medidas de prevenção de PME e promoção da saúde dos trabalhadores da UCCI-MDR. Para isso procura-se dar resposta aos seguintes objetivos: 1) analisar as condições e características do trabalho atual que podem desencadear perturbações músculo-esqueléticas, nos profissionais de saúde de



uma UCCI-MDR; 2) analisar as repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na saúde e bem-estar dos profissionais de saúde de uma UCCI-MDR que podem desencadear Perturbações Músculo-Esqueléticas; 3) analisar as estratégias que os profissionais de saúde utilizam para prevenir e minimizar as repercussões das condições e características do trabalho que podem desencadear perturbações músculo-esqueléticas, na sua saúde.

No que respeita à organização, esta dissertação está estruturada em quatro capítulos: Revisão da Literatura; Enquadramento Metodológico; Apresentação e Discussão de Resultados e Conclusão.

No primeiro capítulo – “*Revisão da Literatura*” – procede-se à apresentação do quadro teórico respeitante à problemática das PME como consequência da execução da atividade profissional em saúde. Versando, mais concretamente a revisão dos conteúdos teóricos acerca das PME enquanto fenómeno que será estudado; a revisão dos conceitos e contributos da ergonomia, sob a perspetiva da corrente francófona de forma a permitir compreender quais são os possíveis fatores do contexto do trabalho que condicionam a saúde do profissional de saúde; a revisão das estratégias de prevenção das PME, entendidas como mais eficazes, à luz dos ensinamentos da corrente francófona da ergonomia; e finalmente, a revisão do papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação enquadrado na equipa pluridisciplinar e os seus contributos para a prevenção das PME.

No segundo capítulo – “*Enquadramento Metodológico*” – descrevem-se o desenvolvimento e as diligências efetuadas para cumprir a presente investigação. Tem início com a contextualização da investigação, já que, apesar de ser um serviço que pertence à Rede Nacional de Cuidados Continuados e consequentemente obedece a regras comuns a todos os serviços de saúde desta tipologia, tem características muito próprias que o tornam diferentes de todos os outros. Segue-se a definição da população e amostra explicando qual o motivo de serem considerados elementos de equipas distintas. E termina-se com a apresentação dos instrumentos de recolha de dados, os motivos que levaram à sua seleção e as estratégias utilizadas para proceder à análise dos mesmos.

No terceiro capítulo – “*Apresentação e Discussão dos Resultados*” – apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos agrupando a informação por forma a dar resposta a cada um dos objetivos definidos no início deste percurso. De salientar que, por questões de coerência entre os dados recolhidos, os dados pretendidos e o instrumento de recolha de

dados (Inquérito Saúde e Trabalho 2010), optou-se por manter a linguagem que este último utiliza.

Finalmente, no último capítulo, expõem-se as conclusões conseguidas em relação às inquietações que originaram este estudo, bem como novas necessidades de investigação.

## **CAPÍTULO I**

---

### **REVISÃO DA LITERATURA**



## **1 – AS PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS E O TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

Sempre que se procuram informações sobre o conjunto das possíveis alterações que ocorrem no organismo humano como consequência do trabalho que se realiza, é comum encontrarem-se vários autores que utilizam diferentes terminologias para designar esta problemática, nomeadamente Lesões por Esforços Repetitivos (LER); Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho (DORT); Perturbações Músculo-Esqueléticas (PME), entre outras.

Para esta investigação foi adotado a designação Perturbações Músculo-Esqueléticas, dado que é o termo utilizado pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) e que esta considera o seu significado como dizendo respeito às:

*lesões de estruturas orgânicas como os músculos, as articulações, os tendões, os ligamentos, os nervos, os ossos e doenças localizadas do aparelho circulatório, causadas ou agravadas principalmente pela atividade profissional e pelos efeitos das condições imediatas em que essa atividade tem lugar (EU-OSHA, 2007a, p.1).*

Segundo dados estatísticos da EU-OSHA (2008a, p. 1), as PME, todos os anos, afetam milhares de trabalhadores europeus de todas as profissões e setores de atividade. E traduzem-se em problemas de saúde muito diversos que podem variar entre as dores, o desconforto e a perda de funcionalidade da região dorso-lombar, da região cervical e dos membros superiores e inferiores que implicam tratamento médico e hospitalar e consequentemente ausência ao trabalho.

Em Portugal, um estudo da Ordem dos Enfermeiros ([OE], 2004, p. 255), acerca das condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, revela que “*para 64% dos inquiridos, a exposição a riscos é contínua ou frequente, com maior peso para os riscos físicos (70%) e para situações de grande sofrimento e pressão psicológica.*”. O que vai de encontro aos dados da União Europeia que mostram que é devido à sua principal consequência – o absentismo laboral – e aos elevados números que este tem apresentado que este assunto se tem tornado uma preocupação cada vez mais evidente, justificado com os elevados custos económicos representados para o trabalhador, para o sistema de saúde,

bem como para a sociedade (Yeng, Teixeira, & Barboza, 1999). Aumento este de custos que é causado diretamente na sequência de medidas como: interrupção da produção, perdas salariais, gastos com seguros, assistência médica e reabilitação, multas e processos judiciais, reparação de equipamentos. Bem como causado indiretamente resultando de: substituição, contratação e treino de funcionários; perda na empregabilidade do trabalhador; perda na qualidade de vida; baixa motivação e autoestima do funcionário; má reputação da empresa e danos ao meio ambiente. (Osório, Rotenberg, Araújo, & Soares, 2011)

Para Yeng et al. (1999), as PME surgem de modificações morfológicas e funcionais adaptativas que são solicitadas ao aparelho músculo-esquelético durante a realização das atividades de vida diária profissionais que na presença de eventos traumáticos físicos e/ou emocionais desencadeiam dor, incapacidade funcional e sofrimento físico e psicoafetivo. Originando quadros clínicos variados, frequentemente vagos e não específicos, com comprometimento de estruturas anatómicas isoladamente ou em associação, pelo que nem sempre as queixas apresentadas revelam a magnitude das lesões.

Uma revisão de literatura permitiu perceber que as causas das Perturbações Músculo-Esqueléticas estão relacionadas com o trabalho e os fatores que aumentam o seu risco são: *aspetos físicos do trabalho* – reportando para: transporte de cargas, posturas inadequadas, movimentos altamente repetitivos, aplicação de força excessiva com as mãos, pressão mecânica direta sobre os tecidos humanos e vibrações do corpo; *o ambiente de trabalho e organização do mesmo* – nomeadamente: ritmos de trabalho, trabalho repetitivo, tempo necessário à execução de tarefas, sistema de pagamento, trabalho monótono, fadiga, ambientes de trabalho frios; (EU-OSHA, 2008a) e também *aspetos relacionados com o trabalhador* – designadamente: o repouso inadequado, o descondicionamento do aparelho cardiovascular e motor; os graus de stresse e de insatisfação nos ambientes de trabalho, familiar e social (Yeng, et al., 1999).

No que respeita ao tratamento, a literatura mostra que este se faz com recurso ao tratamento farmacológico e com medidas de Medicina Física – Relaxamento, Reeducação Postural, Cinesioterapia, Massoterapia, Hidroterapia, Termoterapia, Eletroterapia e Agulhamento Seco (Yeng, et al. 1999). Porém, dados da EU-OSHA, (2007a) revelam que estas medidas, não raras vezes, são insatisfatórias, nomeadamente em caso de situações crónicas. Neste sentido, apontam a prevenção efetuada com base numa abordagem de gestão integrada em que é dada igual importância à prevenção de novas lesões, à

manutenção da atividade e à reabilitação e reintegração dos trabalhadores que já sofrem este tipo de perturbações como a melhor estratégia para minimizar o impacto que as PME causam quer a nível pessoal quer nos custos para as empresas e as economias nacionais.

### ***1.1– A RELAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS COM O TRABALHO***

Para perceber o mecanismo das PME, recorde-se que estas são definidas como *“lesões e doenças do sistema músculo-esquelético, que têm um determinante causal relacionado com o trabalho e reconhece, como lesões deste tipo, um número elevado de lesões inflamatórias e degenerativas, de que resultam dor e/ou perda de capacidade funcional”* (Comissão Internacional de Saúde Ocupacional, cit. por Veiga, 2005)

Assim, atendendo à extensa literatura e aos diversos estudos realizados até então, verifica-se que a sua etiologia é multifatorial. Porém, vale a pena lembrar duas grandes regras da física e da anatomofisiologia humana que se mostram bastante atualizadas e comuns ao mecanismo das PME: a Lei de Wolf – que definiu que quando uma força é aplicada num osso de forma gradual, em vez de provocar fratura, o osso fica mais resistente. No entanto, esta premissa verifica-se apenas quando a força aplicada é constante na sua intensidade e adequada ao tecido onde é aplicada. Caso contrário, se a intensidade for superior à intensidade que o tecido pode tolerar, em vez deste se tornar mais forte, rompe-se. E a Lei de Murphy – que provou que quando uma coisa não é utilizada em todo o seu potencial, rompe-se. Assim, quando for aplicada uma força suficientemente grande causará rotura dos tecidos apenas com uma aplicação. Além de que quando uma força menor é aplicada de forma repetida e constante no tempo provocará tensão repetitiva o que poderá provocar rotura (Ranney, 2000). Quando se estabelece um paralelo entre estas duas regras da física e a anatomofisiologia do ser humano percebe-se que as PME resultam de forças que quando aplicadas de forma excessiva ou forças reduzidas aplicadas de forma repetitiva causam lesão dos tecidos musculares e/ou estruturas subjacentes.

Contudo, uma vez que se trata da condição humana não se pode ter em atenção apenas os fatores físicos (nomeadamente força aplicada e resistência dos tecidos) para se explicar este fenómeno. Neste caso a *“melhor evidência aponta para uma complexa interação de fatores físicos (ergonómicos), psicossociais e individuais na produção dos distúrbios osteomusculares ocupacionais”* (Ranney, 2000, p. 42).

Relativamente aos fatores individuais que facilitam o aparecimento das PME, a EU-OSHA (2007a, p. 1), estabelece que as características físicas e psicológicas do indivíduo, enquanto trabalhador, nomeadamente os “*antecedentes clínicos; a capacidade física; a idade; a obesidade; e o tabagismo*” constituem fatores de risco para as PME. Pois, os tecidos e estruturas do corpo humano tem um limite máximo de tolerância ao stress que, quando ultrapassado, pode dar origem a lesões. Sendo que “*este limite varia muito de indivíduo a outro podendo ser bastante influenciado pelo condicionamento físico geral, tipo físico e traumas anteriores*” (Ranney, 2000, p. 12).

No que respeita aos fatores organizacionais e psicossociais os principais fatores de risco para as PME são os baixos níveis de autonomia e de satisfação com o trabalho, “*trabalho exigente, [a] falta de controlo sobre as tarefas executadas; o trabalho monótono, repetitivo, executado a um ritmo rápido; [a] falta de apoio por parte dos colegas, dos supervisores e das chefias*” (EU-OSHA, 2007a, p.2).

Finalmente, para os fatores físicos que potenciam as PME, a EU-OSHA (2007a) estabelece que estes dizem respeito: à aplicação de força (levantar, transportar, puxar, empurrar, utilização de ferramentas; movimentos repetitivos); às posturas forçadas ou estáticas, por exemplo, mãos acima do nível dos ombros ou posição sentada ou de pé durante muito tempo; à compressão localizada exercida por ferramentas ou superfícies; às vibrações; ao frio ou calor excessivos; à iluminação deficiente suscetível de causar um acidente; e aos elevados níveis de ruído, que podem causar tensão física.

Agregando todos estes fatores, o National Research Council dos Estados Unidos da América, criou um modelo que explica a relação das PME com o trabalho. Neste modelo, o Trabalhador (com o seus fatores individuais) encontra, no ambiente de trabalho, exposição aos fatores organizacionais e psicossociais, bem como aos fatores físicos. Desta exposição resulta uma resposta que pode ser sintomática ou de adaptação. Salvaguardando que as respostas de adaptação poderão, mais tardiamente, levar ao desenvolvimento de lesões com hipótese de evoluir para situações tão graves como a incapacidade, tal como quando da resposta sintomática (Veiga, 2005).

De acordo com este modelo, encontra-se a explicação de Ranney (2000) que recorrendo ao exemplo do levantamento de pesos refere que frequência de levantamento de um peso é inversamente proporcional ao peso transportado. Pois aumentar a frequência de execução de uma tarefa num determinado período de tempo implica executá-la mais e, simultaneamente diminuir ao tempo de recuperação entre repetições. Neste contexto, a



resposta exigida ao trabalhador pode ser sintomática quando a carga do peso levantado não for adequada. E também pode gerar uma resposta adaptativa se o trabalhador alterar a estratégia de execução da tarefa. Porém quando submetida aos fatores organizacionais e psicossociais esta resposta pode evoluir para uma situação de lesão. Pois atendendo a que cada trabalhador é um ser holístico, a forma como cada um vive e se deixa influenciar por uma determinada experiência de vida varia podendo ter repercussões positivas ou negativas, como é o caso das PME.

Este conceito torna-se mais consistente com os contributos de Laurell e Noriega (cit. por Kirchhof, Lacerda, Sarquis, Magnago, & Gomes, 2011) que referem que todo o trabalho causa desgaste e é a partir do desgaste que surgem os sinais e sintomas (reações alérgicas, dor nas costas, fadiga, ansiedade e outros) que comprovam o início das doenças relacionadas com o trabalho. Porém, para Kirchhof, et al. (2011, p. 116), “*a manifestação da doença pode ser tardia, caso a carga de trabalho persista no processo de desgaste e caso a reposição da capacidade biológica funcional do corpo do trabalhador não se refaça suficientemente no período de folga.*”. Ou seja, as agressões à saúde causadas pelo trabalho não atingem sempre um nível de gravidade que impliquem um tratamento ou que justifiquem uma licença médica. Pelo contrário, é frequente que o trabalho solicite de maneira crítica o organismo, as capacidades cognitivas, ou a personalidade dos trabalhadores, antes que surjam consequências irreversíveis, tal como proferem Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg, e Kerguelen (2001).

## ***1.2– AS REPERCUSSÕES DAS PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NA SAÚDE DO TRABALHADOR***

Como anteriormente já foi descrito o conjunto das PME é extenso e depende da interação dos diferentes fatores que estão na sua origem. Pelo que a sua sintomatologia é consequência direta ou indireta das alterações morfológicas e funcionais que são induzidas no sistema motor, sensitivo e neurovegetativo. Sabe-se, porém, que o início da lesão é geralmente precedido de uma longa série de reações teciduais que se traduzem em episódios de dor e fadiga e, por isso permitem iniciar a prevenção antes do surgimento da lesão, e antes de se tornar uma alteração crónica (Ranney, 2000).

A **Dor** é na literatura comparada com uma campainha de um despertador que dá o alerta para a probabilidade de lesão. Pode ser classificada de forma diferente conforme a

sua origem: *somática, neuropática* – descrita como uma queimadura, formigueiro ou choques em áreas em que a sensibilidade, a motricidade e/ou as funções neurovegetativas estão alteradas; ou *psicogénica* – que se manifesta em doentes com queixas álgicas, diante da escassez de sinais clínicos (Ranney, 2000).

Outra forma de classificação da dor centra-se na sua duração podendo ser denominada de aguda ou crónica. A dor aguda ocorre no início da doença e normalmente está associada a um quadro inflamatório agudo e o seu tratamento permite a resolução completa. Porém a frequência com que a dor recidiva pode, ainda, ser diminuída com a adoção de medidas que permitam corrigir os *“fatores de sobrecarga física, adaptações ergonómicas no ambiente de trabalho, melhora da organização de trabalho, redução do stress e pertinente condicionamento físico, a recidiva da dor deve ser menos frequente”* (Yeng et al., 1999, p. 253).

A dor crónica, por sua vez, caracteriza-se por uma maior expressividade de sinais e sintomas como a depressão, a ansiedade, a hostilidade, a adoção de posturas antálgicas e o *“aumento das preocupações somáticas e do período de repouso com as óbvias consequências financeiras e sociais. [Sendo que] as atividades de vida diária, lazer, sono e apetite estão significativamente comprometidas com a dor”* (Yeng, et al., 1999, p. 253).

É importante não esquecer que a evidência científica mostra que uma lesão numa estrutura anatómica pode provocar lesões noutras estruturas, pois *“na presença de inflamação ou degeneração das estruturas músculo-esqueléticas, para poupá-las, o trabalhador mobiliza outras e, assim, as regiões hipersolicitadas ou sobrecarregadas acabam por sofrer, também, processo inflamatório e/ou degenerativo”*(Murofuse & Marziale, 2005, p. 370).

A **Fadiga** é um sintoma que pode ter origem quer no desequilíbrio causado pelos fatores físicos do trabalho; quer no desequilíbrio causado pelos fatores organizacionais e psicodinâmicos, já que ela representa a *“sensação de exaustão física e mental, resultante do excesso de atividades, manifestada pela redução da força física e capacidade de reagir ou executar tarefa”* (Mauro, Muzi, Guimarães, & Mouro, 2004, pp. 339-340).

Quando a fadiga resulta do desequilíbrio relacionado com os fatores físicos do trabalho identifica-se como Fadiga Muscular. Corresponde à incapacidade de manter o desenvolvimento esperado ou a força necessária de um movimento e depende da carga fisiológica para se desenvolver. A exaustão é atingida quando a intensidade do trabalho é elevada, sem que tenha sido contraposto um período de repouso adequado (Ranney, 2000,

pp. 20-21). Assim, segundo este autor, *“as diferentes exposições produzem diferentes efeitos sobre os tecidos do sistema locomotor na forma de alterações morfológicas ou bioquímica, que pode influenciar a função tecidual”* (2000, p. 16).

Por outro lado, quando a fadiga é resultado do desequilíbrio causado por fatores organizacionais e psicossociais, corresponde ao sintoma que representa a exteriorização decorrente da acumulação de energias que dão origem à tensão e ao desprazer. Então, atendendo aos ensinamentos de Freud (cit. por Dejours Abdoucheli & Jayet, 1994), o ser humano está exposto a excitações exteriores e interiores que se traduzem numa acumulação de energia dando origem a vivências de tensão, as quais, para que a harmonia e o bem-estar do indivíduo se mantenham, necessitam ser libertadas independentemente da estratégia de libertação.

Neste contexto, a fadiga é definida como sinónimo de sofrimento uma vez que se reporta ao desequilíbrio entre o funcionamento psíquico, os mecanismos de defesa e os constrangimentos organizacionais. Pois mediante esta situação o trabalhador procura atenuar a descompensação adaptando-se ao desequilíbrio, mesmo que isso implique o sofrimento (Dejours cit. por Araújo, 2003, p.55). O que, para esta autora, significa que o sofrimento emerge quando o *“trabalhador usa todos os seus recursos, de saber e de poder na organização, utilizando o máximo das suas faculdades intelectuais, psicoafectivas, de aprendizagem e de adaptação e não consegue mudar a tarefa.”* (Araújo, 2003, p.55)

Pelo exposto, a fadiga pode ser entendida como *“uma testemunha não específica da sobrecarga que pesa sobre um ou outro dos setores do organismo psíquico e somático.”* (Dejours, et al., 1994, p. 29). O que significa que, embora a carga psíquica produzida possa ter traduções viscerais ou musculares, o mesmo acontece no sentido oposto: a carga física pode revelar-se desequilibrante para o aparelho psíquico. Pois, uma resposta adaptativa à desarmonia com causa física (situação de fadiga muscular) o aparelho psíquico contribui com o intuito de proporcionar o reequilíbrio, pelo que *“não existe fadiga somática que não tenha, simultaneamente, tradução psíquica”* (Dejours, et al., 1994, p. 30).

## **2 – CONTRIBUTOS DA ERGONOMIA NA COMPREENSÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO**

A enfermagem é a ciência que tem como objetivo maior cuidar do ser humano. Ou seja, na definição de Virgínia Henderson (cit. por Martins, 2003), a enfermagem é definida

como a ciência que tem como função ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução das atividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, devendo esta ser desempenhada com o intuito de tornar o indivíduo o mais independente possível. Neste sentido, o enfermeiro é o profissional de saúde que dispõe de conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem ajudar o utente na satisfação das suas necessidades, apelando para o autocuidado sem que substitua a pessoa nas atividades que ela possa realizar por si. Pelo que, tal como referem Martins, Robazzi, e Boborff (2010), estes profissionais contactam, no seu dia-a-dia, com situações sofrimento, medos, conflitos, tensões, disputas pelo poder, ansiedade e stresse, convivências com vida e morte, longas jornadas de trabalho, entre outros fatores. Assim, para compreender o trabalho de enfermagem na sua totalidade é necessária uma reflexão que abranja os aspetos que interferem com a saúde física e mental dos trabalhadores. Isto é, considerando todas as características e condições do trabalho independentemente de serem de natureza económica, cultural e/ou social, sem esquecer o trabalhador individual e coletivo com as suas particularidades e especificidades.

O exercício de compreensão do trabalho, neste caso do trabalho de enfermagem, encontra grande apoio nos ensinamentos da ergonomia, nomeadamente na corrente europeia da ergonomia. Já que, tal como proferiu Veiga (2005, unidade9 capítulo3 página1)

*a ergonomia é entendida como o domínio científico e tecnológico multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar que se ocupa da otimização das condições de trabalho visando de forma integrada, por um lado, a segurança, a saúde e o conforto do trabalhador e, por outro, a eficiência do sistema de trabalho, traduzida na qualidade e quantidade da produção.*

Servindo-se do corpo de conhecimentos das várias ciências, por exemplo da física, da mecânica, da biologia, da psicologia, etc.; a ergonomia ocupa-se das condições de trabalho tendo em atenção: a saúde, o conforto e a segurança dos trabalhadores, implicando evitar os riscos a curto, médio e longo prazo e diminuindo todas as formas de fadiga independentemente da sua origem. Para além deste âmbito ocupa-se, também, da eficiência do sistema do trabalho, recorrendo à conceção de situações e dispositivos adaptados aos trabalhadores e/ou utilizadores. Pois são seus objetivos “*modificar os sistemas de trabalho para melhor adequa-lo às características, capacidades, e limitações dos trabalhadores, e*

*maximizar o desempenho no trabalho otimizando a funcionalidade sem comprometer o conforto e segurança dos trabalhadores” (Vieira, 2010, p. 133).*

O desenvolvimento da Ergonomia enquanto ciência permitiu que até aos dias de hoje fossem criadas duas correntes de pensamento, sendo elas a *Corrente Anglo-Saxónica* – que se centra no fator humano considerando o homem como uma componente do sistema de trabalho; e a *Corrente Europeia* (recentemente denominada *ergonomia da atividade*) – que se centra na atividade humana e considera o homem não só como componente mas também como um ator desse mesmo sistema. (Veiga, 2005)

Concentrando a atenção na corrente europeia, e essencialmente na francófona, da ergonomia verifica-se que esta se apoia na análise do trabalho real para a conceção e/ou transformação dos sistemas de trabalho. O que nos remete para a distinção de: *trabalho prescrito* – enquanto o trabalho que engloba tudo o que é definido pela empresa e/ou serviço e é apresentado ao trabalhador para organizar, realizar e regular ao seu trabalho, grande parte das vezes sob a forma de regulamentos e normas de qualidade. Isto é, corresponde ao contexto formal e oficial do trabalho, no fundo, o que deve ser feito e os meios colocados à disposição para a sua realização; e de *trabalho real* – enquanto trabalho efetivo tendo em consideração as condições locais, os processos prescritos e os imprevistos da situação que por si só são suficientes para induzirem diferenças, algumas vezes profundas, entre o trabalho prescrito e o trabalho real (Veiga, 2005).

Atendendo a estes conhecimentos e sabendo que, tal como referem Dejours et al (1994), a relação Homem-Trabalho implica: que se tenha em conta o organismo do trabalhador – que não é um “motor humano”, pois está constantemente sob influencias internas e externas; não consegue separar-se da sua história pessoal, das suas aspirações, dos seus desejos, das suas motivações e das suas necessidades psicológicas, o que lhe conferem uma identidade única; além de que, cada trabalhador perante uma mesma situação apresenta estratégias individuais justificadas pelos seus conhecimentos e pela sua historia de vida. Pelo que se pode afirmar que o trabalho poderá tornar-se perigoso para o aparelho psíquico quando se opõe à livre atividade deste, isto é, “*o bem-estar, em matéria de carga psíquica, não advém só da ausência de funcionamento, mas, pelo contrário, de um livre funcionamento, articulado dialeticamente com o conteúdo da tarefa*” (Dejours et al., 1994, p. 24). Significando que, para compreender o trabalho é, ainda necessário ter em atenção dois outros conceitos: o de carga física e o de carga mental.

A carga física que remete para o que é realmente desempenhado pelo profissional, ou seja, a por carga física entende-se o “*trabalho muscular dinâmico ou estático quando um trabalhador desloca o seu corpo ou segmentos do seu corpo para ações, tais como, puxar, levantar, agarrar, transportar, etc. ou mantém numa certa posição, ou seja, mantém uma determinada postura.*” (Veiga, 2005, unidade 9 capítulo 5 sucapítulo 6 página 3)

A carga mental, para este mesmo autor, verifica-se pela aplicação de ações cognitivas e intelectuais que conferem à atividade uma posição não automática, mas refletida. Isto é, a carga mental está relacionada, por um lado com o clima organizacional e por outro lado com a cultura organizacional. Sendo que por clima organizacional, tal como refere Fachada (cit. por Martins, 2003), se entende o “*modo de vida dentro das organizações, ou seja, o conjunto de valores e de crenças que orienta a interação e o relacionamento das pessoas dentro da organização*”. Em que, o clima organizacional é favorável quando proporciona satisfação das necessidades pessoais e eleva a autoestima, e é desfavorável quando proporciona a frustração daquelas necessidades. O que significa que as pressões ligadas ao trabalho têm como principal alvo o trabalhador, podendo provocar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas.

Por sua vez, a cultura organizacional, segundo Martins (2003) remete para o “*conjunto complexo de conhecimentos, normas, leis, artes, costumes, tradições, hábitos e aptidões, que os homens adquiriram e sobretudo desenvolveram na sociedade onde se inseriram, a fim de obterem melhor compreensão, estabilidade, organização, convivência e dinamismo*”. Ou seja, a carga mental diz respeito às pressões a que os trabalhadores possam estar sujeitos sendo por isso um elemento desestabilizador da sua saúde mental.

Em síntese, pode dizer-se que, as repercussões do trabalho na saúde do trabalhador não têm origem exclusivamente no trabalho executado em condições adversas. Também têm origem nas organizações do trabalho que induzem o trabalhador a construir defesas psíquicas com consequências graves para a sua saúde física (Guérin, et al. 2001). Isto é, as repercussões do trabalho na saúde do trabalhador dependem das exigências fisiológicas e psicológicas do trabalho, num determinado momento e em condições específicas (Veiga, 2005).

## **2.1– FATORES DO CONTEXTO DE TRABALHO QUE CONDICIONAM A SAÚDE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

Quando se opta pelo caminho da prevenção de acontecimentos adversos, para a saúde do trabalhador, baseada na compreensão da complexidade da prestação de cuidados que envolve, necessariamente, a participação dos técnicos de saúde, com o intuito de salvaguardar a segurança do utente/família, percebe-se que *“a saúde dos profissionais de saúde é um dos elementos do puzzle da qualidade em saúde que, por certo, é relevante no contexto da Segurança do Doente”* (Serranheira F. , Uva, Sousa, & Leite, 2009, p. 11).

O trabalho em saúde faz-se com pessoas para pessoas. Pelo que, como defende a corrente francófona da ergonomia, existe uma permanente interação entre o trabalhador e o trabalho. Neste sentido, defende-se que a insalubridade no trabalho do profissional de saúde *“provém da permanente exposição a um ou mais fatores que podem levar a doenças ou sofrimento, decorrentes da própria natureza do trabalho e da sua organização”* (Magnago, et. al., 2010, p. 141).

Diferentes estudos efetuados, e apresentados por estes autores, em vários hospitais, acerca da saúde dos trabalhadores, mostram que no espectro das doenças ocupacionais, os distúrbios músculo-esqueléticos – neste estudo denominados como PME – são os que apresentam uma incidência maior. E que, de entre as várias classes de trabalhadores que aí operam, apontam a enfermagem como uma das ocupações com alto risco para o desgaste e o adoecimento e, conseqüentemente, alto risco para as PME. Da literatura ressalta ainda que, podendo exercer uma ação separadamente ou combinados, *“vários grupos de fatores podem contribuir para a manifestação de lesões músculo-esqueléticas: fatores físicos e biomecânicos, fatores organizacionais e psicossociais, fatores individuais e pessoais”* (EU-OSHA, 2007a, p.1).

Para completar a análise do trabalho do enfermeiro, procurou-se construir uma reflexão acerca dos fatores do contexto que condicionam a saúde destes profissionais de saúde, tendo como guia orientador a corrente francófona da ergonomia.

### **2.1.1– Fatores Físicos e Biomecânicos**

Para perceber quais os constrangimentos físicos e biomecânicos que se encontram no trabalho do enfermeiro, vale a pena lembrar que, segundo a corrente francófona da



ergonomia, a carga de trabalho “*designa o custo de um determinado trabalho, para um dado indivíduo, tanto no plano fisiológico como psicológico, num momento preciso em condições determinadas.*” (Veiga, 2005, unidade 9 capítulo 5 subcapítulo 6 página 5).

Ao avaliar as condições e características do trabalho que interferem com a carga física (com as tarefas que requerem um consumo energético importante) é possível verificar que existem elementos do meio físico – por exemplo: o ruído, o calor, o frio, as vibrações, a eliminação – que podem ser favoráveis ou desfavoráveis para o desempenho da atividade e, conseqüentemente podem ter conseqüências desfavoráveis na saúde e segurança do trabalhador (Veiga, 2005).

Concretamente no trabalho do enfermeiro, as características do ambiente físico e os constrangimentos físicos, com que este se depara são as seguintes:

✓ **Aplicação de Força** – referindo-se à força que é “*requerida para uma tarefa relaciona-se com o peso, a inercia e as forças de reação dos objetos de trabalho. [Sendo que] o efeito da força é agravado quando é exercida durante um movimento*” (Veiga, 2005, unidade 9 capítulo 7 página 10).

Na atividade profissional do Enfermeiro a aplicação de força faz-se quando do desenvolvimento de atividades de movimentação dos utentes. Por norma, a aplicação de forças está associada a posturas estáticas inadequadas, inclinação anterior do tronco e levantamento assimétrico de peso, o que aumenta o risco de PME, nomeadamente da região lombar, pescoço, ombro ou parte alta do dorso (Fonseca & Fernandes, 2010).

✓ **Movimentos Repetitivos** – que corresponde à “*utilização dos mesmos tecidos num movimento repetidos*”(Veiga, 2005, unidade 9 capítulo 7 página 11). Ou seja, “*se existem ciclos de trabalho (...) onde se utilizem, por exemplo, idênticos movimentos, posturas ou aplicações de força com as mesmas regiões anatómicas*” (Portugal, 2008, p. 17).

De acordo com este conceito, o estudo efetuado por Murofuse e Marziale (2005) permitiu perceber que o comprometimento de estruturas do membro superior, nos enfermeiros, se manifesta, essencialmente, na forma de Sinovites, Tenossinovites e Dedo em Gatilho que geralmente têm origem nos movimentos repetitivos aliados à exigência de força. Ao que Moreira e Mendes (2005, p. 24) acrescentam que “*para indivíduos com quadro de sinovite, tenossinovite, ou com sinais de compressão de nervos periféricos,*



*ainda que não estejam relacionadas com o trabalho, atividades como o simples escrever podem provocar dor e sofrimento.*” E explicam que o enfermeiro escreve muito durante a sua jornada de trabalho, nomeadamente quando dos registos de enfermagem sobre os utentes.

Corroborando com estes autores, encontra-se o estudo, efetuado com enfermeiros, de Fonseca e Fernandes (2010), onde foi possível verificar que as PME das extremidades superiores distais, estão relacionadas com a execução de movimentos repetitivos ou precisos e de força muscular com os braços e mãos. E também, que as exigências biomecânicas, relacionadas com o posicionamento de utente e posturas inadequadas representam constrangimentos que facilitam as PME da região lombar, do pescoço, ombro e parte alta do dorso.

Uma nota de extrema importância e bastante explícita para a análise do trabalho, foi efetuada por Murofuse e Marziale (2005, p. 369), quando referiram que

*embora as lesões em membros superiores não representam riscos de vida para o trabalhador, o comprometimento de um segmento, como a mão, inviabiliza o desenvolvimento de atividades profissionais e pessoais. Assim, aquelas lesões representam grande risco funcional, com consequências socioeconómicas para o trabalhador, sua família e toda a sociedade.*

✓ **Posturas** – Dizem respeito às posições estáticas ou dinâmicas que o trabalhador adota para conseguir acomodar o seu corpo à execução da tarefa. E, por isso, encontra-se intimamente relacionada “*com a disposição e organização do posto de trabalho, com as dimensões antropométricas do trabalhador e com a tarefa a desempenhar*” (Veiga, 2005, unidade 9 capítulo 7 página 10).

Num estudo efetuado com enfermeiros foi possível comprovar, ainda, que as lombalgias são o tipo de PME mais frequente na equipa de enfermagem dado que estão associadas à prática de atividades que envolvem a adoção de posturas estáticas, “*por tempo prolongado, de segmentos corporais como cabeça, pescoço ou ombros, tensão crónica, esforços excessivos, elevação e abdução dos braços acima da altura dos ombros, com o emprego de força e de vibrações do corpo inteiro*” (Murofuse & Marziale, 2005, pp. 368-369). O que na prática de enfermagem é vulgar acontecer já que estes profissionais “*mobilizam rotineiramente materiais e equipamentos, com demanda de esforço físico, o*

que, associado à postura incorreta podia levar a uma sobrecarga de segmentos musculoesqueléticos” (Moreira & Mendes, 2005, p. 23).

Fonseca e Fernandes (2010) tiveram a oportunidade de constatar que a desadequação das posturas não se verifica só durante a movimentação de utentes, mas também as durante atividades que exijam grande esforço físico, tais como organizar os equipamentos e mobiliários à beira do leito, dispor materiais de consumo no posto de trabalho, bem como atividades desempenhadas nos serviços de esterilização. Pois, todas elas têm forte relação com os riscos de PME na região lombar e pescoço, ombro ou parte alta do dorso.

✓ **Frio ou Calor Excessivos** – Quer as variações da temperatura, quer as variações da humidade são suscetíveis de conferir desequilíbrios à saúde dos trabalhadores na medida em que, ambientes com temperatura elevadas ou demasiado baixas e/ou humidades relativas extremas, obrigam o organismo a defender-se de forma a manter o equilíbrio metabólico.

Neste sentido, as temperaturas podem interferir com o desempenho e segurança dos trabalhadores, uma vez que contribuem para o aumento da probabilidade da ocorrência de acidentes de trabalho. (EU-OSHA, 2006). Em especial o frio que *“pode ter uma influência direta, pelos seus efeitos sobre os tecidos ou indireta, devido a problemas resultantes da utilização de equipamentos de proteção individual, designadamente luvas”* (Hagber, et al., cit por Veiga, 2005, unidade 9 capítulo 7 página 13).

✓ **Materiais** – Na obra de Veiga (2005) percebe-se que uma ferramenta não adaptada às características humanas e não compatível com a realização das tarefas é também fator desencadeador de patologia, nomeadamente de PME ao nível dos membros superiores. Pois, por um lado, a *“utilização de materiais sucateados (...) e não padronizados nas suas dimensões (...) exigem dos profissionais de enfermagem maior esforço físico e à adoção de posturas inadequadas, favorecendo o aparecimento de distúrbios osteomusculares”* (Moreira & Mendes, 2005, pp. 23-24). Por outro lado, *“a falta de material permanente e de consumo é mais frequente nos turnos noturnos e gera ansiedade na equipa de enfermagem”* (Osório et al., 2011, p.102).

## **2.1.2– Fatores Organizacionais e Psicossociais**

A filosofia da gestão e o desenvolvimento dos serviços de saúde especializados foram responsáveis por alterações no sistema hospitalar de onde, hoje, se espera que os serviços aí prestados sejam simultaneamente humanos, técnicos e rentáveis. O que se traduz em novas formas de agir para o profissional de saúde já que se preconiza que este deva “*atender com qualidade mais pessoas e com menos tempo e menos acesso a recursos*” (Assunção e Filho, 2011, p. 23).

Na opinião de Martin e Gadbois (2007), quando se fala em aspetos concretos da prática clínica, percebe-se que as mais recentes formas de gestão em saúde são responsáveis por tempos de internamento mais curtos. Implicando que o número de internamentos e altas sejam mais elevados, pelo que a proporção do tempo passado a tratar de informações aumentou em detrimento do tempo passado com o utente. Consequentemente, no que respeita à saúde do trabalhador verifica-se que esta nova forma de trabalho lhe confere efeitos negativos, pois o “*sentimento de incompetência e inadequação, autoavaliação negativa, queda de produtividade e falta de realização no trabalho, estão relacionados com a deceção e podem ser exacerbados face à falta de apoio social e de oportunidade de desenvolvimento pessoal*” (Assunção e Filho, 2011, p. 54).

Contudo, uma análise do trabalho na vertente organizacional e psicossocial correta não se cinge apenas às novas fórmulas para de gestão do sistema hospitalar. Esta considera, ainda, tal como proferem Cox et. al (cit. por Leite e Uva, 2012, p.10) “*os aspetos da organização, da gestão, do contexto social, do ambiente ou da própria atividade e poderão estar relacionadas com o contexto de trabalho ou com o seu próprio conteúdo*”. O que relembra que, em qualquer circunstância ou situação, nenhum trabalhador pode ser considerado como um indivíduo isolado, uma vez que o mesmo é sempre implicado nas relações, quer com os outros trabalhadores, com os pares, com a hierarquia ou com os seus subordinados (Dejours, et al., 1994). Ou seja, o homem é considerado como um ser social em constante interação com o mundo que o rodeia, o que se revela essencial para a satisfação das suas necessidades físicas, psicológicas ou sociais, significando que, do ponto de vista da análise do trabalho do enfermeiro, é necessário ter em atenção que este profissional ocupa grande parte do seu tempo em interação social, pelo que “*as dificuldades no relacionamento interpessoal são um entrave à perceção do bem-estar por parte do sujeito sendo certo que dificuldades nesta área se refletem nos vários domínios (académico, laboral, etc.)*” (Wiemann e Giles cit. por Ferreira, 2005, p. 8).

Assim os constrangimentos com que o enfermeiro se depara no seu local de trabalho e que se observam quando da avaliação dos fatores organizacionais e psicossociais do trabalho, são os seguintes:

✓ **Trabalho por Turnos** – Representa o “*arranjo das horas de trabalho que utiliza duas ou mais pessoas para cobrir o tempo necessário ao funcionamento de um determinado sistema laboral*” (Veiga, 2005, unidade 9 capítulo 8 página 1).

Os turnos que a equipa de enfermagem cumpre diariamente, apresentam-se como um regime de trabalho que é bastante diferente na maioria dos setores da sociedade, principalmente no que respeita à sequência entre os dias de trabalho e as folgas. Uma diferença é que os dias de folga não coincidem, necessariamente, com o fim-de-semana; outra diferença é que uma semana de trabalho não é igual à seguinte, nem à anterior. Esta particularidade implica, por isso, que o trabalhador tenha estratégias de organização particulares relativamente ao cotidiano da sua família, para conseguir responder às variabilidades do horário que para muitos trabalhadores são consideradas normais (Osório et al., 2011).

Relativamente aos turnos diurnos, mais especificamente, o turno da manhã, os mesmos autores, comprovaram que “*o ritmo de trabalho nas enfermarias é frenético pela manhã, pois o período das 8 às 11h concentra a quase totalidade das tarefas*” (2011, p. 89), quer estas sejam realizadas pela equipa de enfermagem quer sejam realizadas pelas diferentes equipas que constituem a equipa multidisciplinar. Sendo este, por si só, motivo para que os profissionais de enfermagem solicitem a troca dos seus horários para os turnos da tarde e da noite.

No que respeita aos turnos da noite, a sua necessidade verifica-se com o intuito de assegurar a continuidade de cuidados, porém esta é uma realidade conflituosa para o bem-estar do profissional. Pois o trabalho noturno provoca stresse constante, pelo que é considerado uma das formas mais agressivas de organização temporal do trabalho. Já que implica privação do sono e desregulação dos ritmos biológicos o que confere alterações na saúde do trabalhador quer nos aspetos psicológicos, físicos e emocionais; quer, também, nos aspetos sociais, familiares e interpessoais (Moreira & Mendes, 2005).

O que vem de encontro à explicação de Guérin, et al. (2001) que diz que o funcionamento biológico e fisiológico do corpo humano apresenta variações ao longo do dia que influenciam a sensibilidade aos medicamentos e produtos tóxicos. O que permite

perceber que as mesmas condições de trabalho têm repercussões diferentes para o mesmo trabalhador dependendo se as tarefas forem efetuadas no período diurno ou noturno.

Estas premissas mantêm-se atualizadas, já que os especialistas defendem que, embora uma noite sem um sono reparador não tenha significado, a sua persistência conduz a situações clínicas potencialmente graves e com consequências assustadoras. Sendo os sintomas mais frequentes:

*cansaço; irritabilidade; pouca resistência ao stresse; problemas de atenção e/ou concentração; problemas de memória; alterações comportamentais; dificuldade de aprendizagem; problemas de ordem social; infeções frequentes; visão turva; mal-estar indefinido; alterações do apetite e intolerância a qualquer tipo de atividade física ou mental* (Soares, 2010, pp. 35-36).

No estudo efetuado por Castro, Fujishiro, Rue, Tagalog, Samaco-Paquiz, e Gee (2010) foi possível verificar que é devido à interrupção dos ritmos circadianos que o trabalho por turnos, nomeadamente o trabalho noturno, implicam aumentar a probabilidade de ocorrerem PME.

No estudo de Osório et al. (2011, p. 92), ficou ainda explícito que na opinião dos profissionais de enfermagem, trabalhar de noite e de madrugada “*é uma vivência que impõe dificuldades, sobretudo no que diz respeito à alteração da rotina e de hábitos alimentares considerados essenciais para que se tenha disposição para trabalhar.*”

✓ **Horários** – Como já foi referido quando foram abordados os turnos, enquanto constrangimento para o profissional de enfermagem foi referido que, ao contrário da maioria das demais instituições que compõem a sociedade, a construção do horário mensal do trabalhador, faz-se numa sequência irregular onde os dias de descanso podem não coincidir com os fins-de-semana, num sistema onde cada semana é igual a si própria, o que implica que o trabalhador faça uma organização singular da sua vida fora do local de trabalho.

A este respeito Soares (cit por. Osório, et al., 2011) defende que o horário mensal pode ser um motivo de stresse para os profissionais de saúde, pois não havendo uma sequência lógica constante para a sua construção, os chefes são, muitas vezes, acusados de privilegiar uns trabalhadores em detrimento dos outros. Contudo, um estudo recente de Osório et al. (2011), mostrou que quando são consideradas as sugestões dos funcionários durante este processo, verificam-se melhorias na organização do trabalho.

✓ **Pausas** – Uma vez que o trabalho de enfermagem se desenrola num período diário de 24 horas, e cada turno é considerado de jornada contínua, não existem pausas previstas, com exceção do tempo necessário para as refeições. Porém,

*mesmo nesse caso não há pausa cuja duração seja regularmente fixada, havendo a expectativa de que cada um retorne rapidamente para que o outro possa almoçar. Em verdade, no período diurno existem poucos momentos de pausa ou de descanso, mesmo informais; estas, em geral, só ocorrem nos horários das visitas, no final do turno ou com fugas ocasionais do andar* (Osório, et al., 2011, p. 90).

Esta realidade é considerada um constrangimento para o bom funcionamento do organismo do enfermeiro pois, todas as funções orgânicas são construídas por uma alternância, natural, “*rítmica entre desgaste e restituição das energias gastas. A pausa no trabalho é um requisito fisiológico indispensável para a manutenção das capacidades de desempenho, tanto físico quanto mental*” (Moreira & Mendes, 2005, pp. 21-22). Pausas estas que, também na opinião destes autores, são indispensáveis para os profissionais de enfermagem, já que estes trabalhadores passam a maior parte do tempo em pé ou deambulando. No entanto, ficou ainda comprovado, nesse estudo, que embora os enfermeiros reconheçam a necessidade e o benefício da pausa para a sua saúde, esta não é uma prática frequente, pois nem sempre é possível que elas aconteçam.

✓ **Trabalho em Equipa** – O trabalho do enfermeiro pode ser inserido em dois contextos distintos, mas complementares: o trabalho dentro da equipa enfermeiro/utente e o trabalho na equipa multidisciplinar.

Na equipa enfermeiro/utente, o trabalho é condicionado, segundo Martin e Gadbois (2007), pelo seu carácter dinâmico no que respeita ao utente e à evolução da doença que constantemente determinam os cuidados que necessitam e que podem exigir tempo extra condicionado por múltiplos imprevistos, consequentemente afetando as suas organização e coordenação.

No trabalho da equipa multidisciplinar implica, na opinião destes autores, ter consciência que o sistema hospitalar é complexo e composto por várias equipas que embora tenham o mesmo objetivo e por isso necessitem estar em sintonia, têm maneiras de estar e de agir bastante diversificadas entre si. O que, para a prática de enfermagem, implica uma constante reprogramação das tarefas para se ajustar aos imprevistos (Theureau

cit. por Martin & Gadbois, 2007), e a frequente interrupção que perturba o desenvolvimento do trabalho desta equipa (Gadbois et al., cit por Martin & Gadbois, 2007).

Na opinião de Osório, et. al (2011), outro fator que influencia fortemente o trabalho em equipa são as limitações na comunicação quer entre elementos da mesma equipa, quer entre elementos das diversas equipas. Pois, a ausência de abertura para interlocução entre as equipas facilmente gera conflitos, conduzindo a queixas generalizadas e a confusões diversas, o que interfere com o desenvolvimento do trabalho.

✓ **Relações interpessoais** – Trabalhar em equipa é sinónimo de ter em conta certos valores como respeito, confiança, compreensão pelo papel desempenhado na equipa, solidariedade, igualdade e valorização pessoal e, quando estes valores são esquecidos, torna-se extremamente difícil esta cooperação, uma vez que sem bom relacionamento não poderá existir uma verdadeira equipa e deste modo o desempenho de cada profissional estará também dificultado.

No caso das equipas de enfermagem, *“o cuidado implica relação com o outro que procura o serviço e que comunica as suas vivências pessoais, como com os outros trabalhadores da saúde que compartilham do saber e que possibilitam o cuidado ao utilizador numa perspetiva interdisciplinar”* (Garcia & Jorge cit. por Assunção & Filho, 2011, p. 49). O que significa que estes profissionais estabelecem relações de diferentes tipos, no seu dia-a-dia, nomeadamente: as relações com os superiores hierárquicos; as relações com os colegas de trabalho e as relações com o utente/família.

- **As relações com os superiores hierárquicos**, chefe ou diretor, podem ser uma das fontes de recompensas ou de sanções, podendo contribuir para a satisfação do trabalho e bem-estar psicológico ou, pelo contrário, ser fonte de stresse e de tensão. Pois tal como Moreira e Mendes (2005, p. 22) defendem as *“atitudes de chefias autoritárias repercutem negativamente sobre o trabalho e sobre o trabalhador que fica sujeito a distúrbios emocionais, que se podem tornar os principais motivos de acidentes de trabalho ou de doença ocupacional.”* Ou seja, *“uma relação autoritária [com as chefias] influencia diretamente a saúde do trabalhador e nos cuidados”* (Glaudston, et al. (2010, p. 274), além de que, a percepção de baixa autonomia laboral e de menos apoio dos superiores está relacionado com a alta prevalência de sintomas físicos de stresse, como foi verificado no estudo de Assunção e Filho (2011).



- As relações com os colegas de trabalho são, na opinião de Martins (2003), uma fonte potencial de stresse e altamente nocivas para a saúde mental, mas que se forem pautadas pela compreensão, tolerância e espírito de autoajuda podem ser muito gratificantes e contribuir, significativamente, para um bom ambiente de trabalho. Ou seja, por um lado as relações entre colegas de trabalho na equipa de enfermagem podem ser uma mais-valia já que o trabalho *“em equipa permite a troca de experiências em prol de um objetivo comum – a recuperação da saúde do cliente – além de facilitar a realização de tarefas inerentes à assistência de enfermagem”* (Moreira e Mendes, 2005, p. 22).

Por outro lado, a desunião da equipa de enfermagem representa, ser um problema gerador de sofrimento já que, tal como mostra o estudo de Glaudston, et al., (2010, p. 273) *“a desunião da equipa não contribui para um ambiente salutar tornando-se num fator desencadeador no processo que culminará nos transtornos oriundos do stresse nos profissionais”*. Sendo que, esta surge quando os profissionais não estão dispostos a abrir *“mão dos seus interesses pessoais para facilitar o trabalho do colega, no que se refere à carga horária de trabalho e à tarefa do cuidar”* (Araújo et. al, cit por Glaudston, et al., 2010, p.277).

- As relações com os utentes são apontadas como motivo de várias situações psicologicamente dolorosas. Pois, tal como referem Assunção e Filho (2011, p. 56), o ambiente de trabalho dos profissionais de saúde é *“caraterizado pelo enfrentamento de situações de pobreza e de violência, alcoolismo, distúrbios mentais, desespero, etc.”* Sendo, por isso, que as situações psicologicamente dolorosas surgem quer das relações de tensão com os utentes, bem como do confronto com situações de sofrimento agudo ou de angústia profunda dos utentes, cujo fim está próximo e incontornável.

O contato com a dor e o sofrimento do utente, quando associado a níveis elevados de responsabilidade; as situações de escassez de tempo de planeamento e preparação de trabalho; a falta de autonomia e interrupções frequentes; conferem ao trabalhador efeitos psicológicos negativos (Assunção & Filho, 2011). Isto é, a proximidade com a dor e o sofrimento do utente e a incapacidade de responder às suas exigências emocionais, frequentemente, traduz-se em *“estados mais ou menos permanentes de stresse no profissional de saúde, particularmente na presença de doentes considerados “difíceis”, ou seja, que rejeitam ou que exigem ajuda permanente”* (Leite & Uva, 2012, p. 15).



As relações de tensão com os utentes, pelos dados da literatura, podem ser consideradas uma forma de expressão da violência no trabalho, caracterizada no ponto seguinte.

✓ **Violência** – para a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002, p. 3), a violência no local de trabalho reporta-se aos “*incidentes onde os funcionários são abusadas, ameaçados ou agredidos em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, incluindo o deslocamento para o trabalho, envolvendo um desafio explícito ou implícito à sua segurança, bem-estar ou saúde*”, podendo ser distinguida em violência física e violência psicológica.

A violência física corresponde ao uso da força física contra uma pessoa ou um grupo de pessoas, causando danos físicos, sexuais ou psicológicos. E inclui: bater, chutar, empurrar, beliscar, morder, esfaquear... (OMS, 2002, p. 3).

A violência psicológica caracteriza-se por “*comportamentos repetidos, inoportunos e não recíprocos*” (Oliveira & Nunes, 2008) recorrendo ao “*uso intencional de poder, incluindo ameaça de força física, contra outra pessoa ou grupo, que pode resultar em danos ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social. Inclui o abuso verbal, bullying/mobbing, assédio e ameaças*” (OMS, 2002, p. 4).

Dados estatísticos, acerca da violência no trabalho no setor da saúde em Portugal, referem que mais de metade das vítimas de violência física considera-a normal, no seu local de trabalho; que a agressão verbal, pressão moral, assédio sexual e violência em geral parecem mais prevalente entre os profissionais de saúde que têm contato com pacientes do sexo feminino, embora não estatisticamente significativo, ao passo que violência física ocorre, maioritariamente, no contato com utentes do sexo masculino; e que os mais variados tipos de violência têm como autores mais frequentes os utentes e/ou familiares, com a exceção da discriminação e da pressão moral que normalmente é praticada pelos colegas. (OMS, 2003). A este respeito, a EU-OSHA (2007b), acrescenta que “*tanto para as vítimas como para as pessoas que as presenciam, a violência e a intimidação psicológica ou física são causadoras de stresse e podem afetar gravemente a saúde mental e física.*”

✓ **Sobrecarga de Trabalho** – Para Peiró (cit. por Martins, 2003) o excesso de trabalho podem ter origem quantitativa – enquanto excesso de tarefas num determinado

período de tempo; e qualitativa – relativamente às excessivas exigências em relação às competências, conhecimentos e habilidades do trabalhador.

No que respeita à sobrecarga qualitativa os fatores que interferem com a saúde dos enfermeiros e que tornam estes trabalhadores mais suscetíveis de problemas de saúde mental, são: o desenvolvimento rápido e contínuo da tecnologia na área da saúde; a grande variedade de procedimentos realizados; o aumento constante do quadro teórico e prático exigido e a especialidade do trabalho (Glaudston, et al., 2010).

A sobrecarga quantitativa confere a necessidade de aumentar o ritmo de trabalho que, na opinião de Moreira e Mendes (2005, p. 21) “*representa o [aumento do] nível de atividade física e psíquica exigindo das pessoas na execução do seu trabalho*”. Fincando comprovado no seu trabalho que “*os profissionais de enfermagem entrevistados que trabalhavam em ritmo acelerado estavam sujeitos a sobrecarga de trabalho.*”

Também para Magnago, et al. (2010, p. 145), num estudo realizado com enfermeiros foi possível confirmar que “*a aceleração no ritmo de trabalho, devido à sobrecarga de atividade, também é um agravante e pode levar o trabalhador de enfermagem à adoção de posturas inadequadas, sendo fator de risco para dor em regiões centrais.*”

Osório et al. (2011, p. 103), no seu estudo, acrescentam ainda que

*de um modo geral a equipa de enfermagem trabalha no limite máximo das suas possibilidades; qualquer contratempo gera caos. [E] são comuns os comentários de que ninguém pode ficar doente e tirar licença ou sair de férias, sob pena de sobrecarregar violentamente as colegas.*

Em Portugal, segundo Gomes et. al. (cit. por Leite & Uva, 2012), foi possível conferir esta mesma realidade já que dos resultados de vários estudos surge que a sobrecarga de trabalho e a “pressão do tempo” são referidas como as principais circunstâncias intudoras de stresse em profissionais de saúde e que estão fortemente relacionadas com a exaustão emocional.

✓ **Remuneração** – O sistema de remuneração pode ser entendido como uma moeda com duas faces, onde de um lado encontram-se os tipos de contratos e, do outro, a forma de pagamento das horas extraordinárias.

No que respeita aos tipos de contratos é comum verificar-se, tal como é proferido no documento da EU-OSHA (2007b), que

*os trabalhadores com contratos precários tendem a efetuar os trabalhos mais perigosos, trabalham em piores condições e recebem menos formação em matéria de segurança e saúde no trabalho. Trabalhar em mercados de trabalho instáveis pode suscitar sentimentos de insegurança no emprego e aumentar o stresse profissional.*

Relativamente à realização de horas extras, sabe-se que sendo obrigatórias ou não planeadas estão diretamente relacionadas com os níveis de pessoal inadequado. Além de que existe associação entre horas extras obrigatórias e PME envolvendo pescoço, ombros e costas, tal como demonstrado no estudo de Trinkoff et al, (cit. por Castro, et al., 2010).

Acerca desta temática, a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho,[Eurofound] (2011), acrescenta que embora ainda existam dúvidas acerca da opção mais acertada para as equipas (se é mais benéfico haver mais elementos numa determinada equipa ou se a melhor estratégia passa pela execução de horas extras); tudo aponta para que a melhor solução passa por ter em atenção a opinião do trabalhador relativamente às suas capacidades físicas (cansaço acumulado) para a execução da(s) tarefa(s) em segurança; e pela negociação da forma de pagamento relativas a essas horas.

✓ **Baixos níveis de autonomia** – na opinião de Assunção e Filho (2011, p. 51), “*a mobilização impedida e as margens estreitas para a ação podem explicar não apenas o adoecimento dos trabalhadores de saúde, mas também a piora na qualidade do atendimento*”. Pois, tal como referem Leopardi e Martins (cit. por Martins, et al., 2010) devido à falta de autonomia “*os próprios trabalhadores não se permitem buscar estratégias para ultrapassar obstáculos, podendo gerar conflitos, insatisfações, stresse, angustia e temores, que desencadeiam sentimentos de sofrimento no trabalho*”.

Esta ideia foi comprovada no estudo efetuado por Magnago, et. al. (2010) onde é mostrado que os trabalhadores que estão sujeitos, em simultâneo, a alta exigência e baixo controlo apresentam alta produção e libertação das hormonas do stresse – cortisol e adrenalina – que, em excesso, causam danos no sistema músculo-esquelético, devido ao edema e à compressão dos nervos, ocasionados pelos altos níveis de cortisol e pela queda da circulação causada pela adrenalina. O que permitiu concluir que estes trabalhadores

apresentam hipóteses duas vezes mais elevadas de desenvolver dor nos ombros, quando comparados aos trabalhadores que estavam sujeitos a baixa exigência e alto controle.

✓ *Insatisfação no trabalho* – como já foi referido nesta reflexão, as políticas de gestão em saúde que atualmente prevalecem incompatibilizam-se com os objetivos que são propostos aos trabalhadores (atender mais utentes com qualidade, com menos gastos). Esta incompatibilidade contribui para o aumento do stresse profissional que se pode manifestar por sentimentos negativos em relação ao trabalho, nomeadamente a insatisfação (EU-OSHA, 2007b).

✓ *Conciliar a vida de trabalho com a vida fora do trabalho* – significa ser-se capaz de responder aos desafios apresentados na vida profissional sem descurar os desafios da vida pessoal. Pois, para a psicodinâmica do trabalho, não é viável a separação entre a vida dentro do trabalho e a vida fora do trabalho pois as relações harmoniosas com os familiares e com os outros favorecem as relações na vida como um todo. Significando que as interferências do trabalho têm repercussões no ambiente de trabalho, na vida familiar e na vida pessoal dos trabalhadores (Dejours & Beck et. al., cit. por Martins, et. al., 2010).

Assim, quando o trabalho se caracteriza por ser incerto, ocasional, com grandes volumes de trabalho, com horários variáveis e imprevisíveis e, sobretudo, quando não permitem ao trabalhador ajustar o trabalho às suas necessidades pessoais podem ser gerados conflitos entre a vida profissional e a vida pessoal. (EU-OSHA, 2007b) Estes conflitos, na opinião de Fonseca e Fernandes (2010), têm origem, por exemplo, nas atividades ligadas ao cuidado de casas ou de filhos, realizadas principalmente pelas mulheres, contribuindo para o aparecimento de PME na medida em que estas tarefas ocupam uma parcela significativa de tempo fora do trabalho remunerado. O que permitiu deduzir que as mulheres empregadas têm menos tempo para realizar atividades que poderiam amenizar os custos à saúde do seu trabalho remunerado.

A este respeito, os dados do Quinto Inquérito Europeu sobre as Condições do Trabalho (Eurofound, 2011, p. 4) mostram que as mulheres têm menos probabilidade de sentir insatisfação com a conciliação da sua vida profissional e pessoal pesando, para tal efeito, o fato de maioritariamente trabalharem em tempos parciais ou cumprindo horários “normais” (com menor probabilidade de trabalharem de noite e aos sábados).

Porém, a conciliação da vida do trabalho com a vida fora do trabalho não é avaliada apenas com base nas atividades que os indivíduos têm para fazer em simultâneo. Já que, tal como refere Coutarel et. al. (2009, p. 97) “ *[mudanças] na esfera privada podem danificar os frágeis equilíbrios construídos pelos salarizados e fazer com que estes últimos não suportem mais as condições de trabalho*”. Ou seja, para estes autores, também as relações com os familiares (equilíbrio familiar) interferem na adaptação, ou não, do trabalhador às condições de trabalho.

### **2.1.3– Fatores Individuais**

É do conhecimento geral que cada pessoa é um ser individual com características próprias e por isso único. Na análise do trabalho, estas características revestem-se de grande importância pois é com este conhecimento que se consegue uma reformulação das tarefas individuais de modo a que se adaptem aos pontos fortes, às necessidades e às capacidades dos trabalhadores. Pois é devido à individualidade de cada trabalhador que “*as consequências decorrentes de uma mesma causa externa nem sempre afetam da mesma maneira, ou com a mesma intensidade, todos os operadores que a ela são submetidos*” (Guérin, et al., 2001, p.71). O que significa que os sinais e sintomas de sofrimento resultam do encontro do trabalhador enquanto pessoa (com uma história profissional e pessoal) com as condições de vida pessoal e com as condições de trabalho às quais está sujeito num determinado momento. Dado que:

*o mesmo posto de trabalho, ocupado por duas pessoas, vai representar duas situações de trabalho específicas. Os trabalhadores de grande tamanho ou de pequeno tamanho não adotarão as mesmas posturas, o mais experimentado desenvolverá estratégias diferentes do que é menos experiente. Os esforços, as razões colocadas no trabalho e a fadiga resultante não serão equivalentes para um ou para outro, mesmo que os resultados produzidos pareça idêntico* (Guérin, et al., 2001).

Com base nestes conhecimentos percebe-se que os riscos de trabalho são condicionados por fatores como a idade, a origem do trabalhador, o seu género, a sua condição física e o seu estatuto na empresa, o que pode levar a necessidades específicas no trabalho (EU-OSHA 2010a). Logo, os constrangimentos individuais com que o enfermeiro se depara no seu local de trabalho com origem nos seus fatores individuais são:

✓ **Condição Física do Trabalhador** – A condição física do trabalhador revela-se um fator extremamente importante no trabalho, nomeadamente para o enfermeiro, pois é intenso o esforço físico inerente à sua atividade profissional e resulta da realização tarefas como: “*mobilização de objetos e instrumentos pesados, o transporte e movimentação de pacientes, arrumação do leito, higiene corporal de pacientes obesos e incapacitados de movimentação, além do esforço visual e dos deslocamentos excessivos a cada jornada de trabalho*” (Moreira e Mendes, 2005, p. 23).

O que significa que, na opinião destes autores, se o trabalhador não apresenta uma boa condição física as exigências podem tornar-se excessivas e facilmente resultam em quadros dolorosos do sistema músculo-esquelético.

Este constrangimento foi comprovado, quer pelo estudo efetuado por Fonseca e Fernandes (2010) onde foi mostrado o que o condicionamento físico precário mostrou associação às PME nomeadamente as do pescoço, ombros ou parte alta do dorso. Bem como no estudo de Moreira e Mendes (2005) que avaliou uma população de enfermeiros sedentários de onde foi possível concluir que, na sua maioria, eram indivíduos que apresentavam o sistema músculo-esquelético vulnerável às exigência físicas quotidianas e, por conseguinte estava sujeita ao acometimento pelas PME.

✓ **Idade** – Está cientificamente comprovado que com o envelhecimento ocorrem alterações da mobilidade articular e diminuição da força máxima voluntária, aspetos pelos quais se considera a idade como um fator de risco (Portugal, 2008, p. 18).

### **3 – ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DAS PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS**

Antecedendo toda e qualquer intervenção de Enfermagem, impõe-se a necessidade de um diagnóstico de situação que permita ficar a conhecer uma determinada realidade para que assim se estabeleçam estratégias cuja finalidade é responder de forma assertiva e eficaz aos objetivos propostos para a ação. Assim, quando o objetivo visa a prevenção das PME nos profissionais de saúde, existe, à partida, a necessidade de identificar e avaliar os fatores de risco a que estes profissionais estão expostos. O que, na opinião de Serranheira (cit. por Serranheira, Uva, & Leite, 2012, p. 32), desencadeia um “*contínuo retroalimentado entre os momentos de diagnóstico do risco e os de intervenção nos postos*”

*de trabalho onde, numa primeira etapa se identificou a presença de fatores de risco e a probabilidade de ocorrência dessas patologias.”*

Relembrando assim os conhecimentos produzidos pela Ergonomia da Atividade, um diagnóstico de necessidades imparcial e justo, relativo à prevenção das PME assenta na análise do trabalho que, tal como até aqui tem sido referido, deve ter em consideração os fatores físicos e biomecânicos, os fatores organizacionais e psicossociais e os fatores individuais. Isto é, este diagnóstico implica que se tenham em conta as condições do trabalho, a organização do trabalho e o indivíduo trabalhador. É com base nestes conhecimentos que a EU-OSHA (2007a) defende que a prevenção das PME seja efetuada numa abordagem de gestão integrada em que é dada igual importância à prevenção de novas lesões, à manutenção da atividade e à reabilitação e reintegração dos trabalhadores que já sofreram este tipo de perturbações. Ou seja, a prevenção das PME terá os seus melhores resultados quando estiverem implementadas alterações nas políticas do trabalho que promovam a

*criação de ambientes de trabalho que atraiam e conservem as pessoas a trabalhar, melhorem a adaptabilidade dos trabalhadores e das empresas, criem práticas e ambientes de trabalho sustentáveis, potenciem o capital humano através de uma melhor formação e do desenvolvimento de competências, protegendo ao mesmo tempo a saúde dos trabalhadores e promovendo o seu bem-estar ao longo da sua vida ativa (Eurofound, 2011, p.1).*

Pois, segundo os The National Research Council e Institute of Occupational Medicine (cit. por Serranheira, Uva e Leite, 2012) as intervenções que apresentam resultados de sucesso, são intervenções que se centram em todos os fatores de risco (físicos e biomecânicos; organizacionais e psicossociais e individuais) e que têm como participantes quer os elementos das chefias, quer os trabalhadores.

Esta forma de agir implica, para a EU-OSHA (2012), que seja implementado um ambiente de trabalho favorável para a saúde do trabalhador e que se fomente a sua participação e responsabilização. Ou seja, é necessário permitir que o trabalhador se sinta parte integrante da equipa onde trabalha e que a sua opinião seja considerada pelas entidades responsáveis quando for necessário efetuar alterações na estratégia de trabalho. Já que,



*promover a saúde no local de trabalho significa mais do que cumprir os requisitos legais em matéria de segurança e saúde; significa que os empregadores ajudam ativamente os seus trabalhadores a melhorar, de modo geral, a sua saúde e o seu bem-estar.* (EU-OSHA, 2010b)

Esta forma de pensar na prevenção dos riscos dos trabalhadores em que é integrada a componente participativa dos trabalhadores e chefias, foi desde sempre defendida pelos defensores da corrente francófona da ergonomia. E deu origem à “Abordagem Participativa da Ergonomia” que, para Hignett et al. (cit. por Serranheira, Uva & Leite, 2012, p.33), é definida como “*o envolvimento dos trabalhadores no planeamento e controlo de uma substantiva parte do seu trabalho, depois de devidamente capacitados para influenciar, quer o processo, quer os resultados, de forma a atingir os objetivos da organização.*” Representando para a EU-OSHA (2008b) um dos princípios importantes para o êxito da aplicação das intervenções no local de trabalho, juntamente com a abordagem pluridisciplinar (colaboração de especialistas das diferentes áreas na avaliação e monitorização dos riscos no local de trabalho, bem como na procura de soluções); com o patrocínio da empresa e as soluções propostas nos exemplos de boas práticas.

As estratégias de prevenção das PME, segundo Serranheira, Uva e Leite (2012), são consideradas em função dos seus destinatários. Concretamente, a prevenção primária junto dos trabalhadores que não têm sinais ou sintomas das PME; a prevenção secundária que se destina aos trabalhadores que apresentam alterações somáticas. E, em ambos os casos, habitualmente, consistem em medidas de redução da exposição aos fatores de risco durante a atividade de trabalho. A prevenção terciária que se destina aos trabalhadores afetados pelas PME e que se traduzem em programas de tratamento e reabilitação que promovam o rápido retorno ao trabalho, quer no mesmo posto de modo condicionado, quer noutros postos, ou ainda em novas funções. Ou seja, “*para os trabalhadores que já sofrem dessas lesões o desafio consiste em preservar a sua empregabilidade, mantê-los em atividade e, se necessário, reintegrá-los no local de trabalho*” (EU-OSHA, 2008b, p.1).

Do ponto de vista prático, tendo em conta estes conhecimentos, e somando o fato das PME terem uma etiologia multifatorial, facilmente se deduz que são numerosas as estratégias que podem ser colocadas em prática relativamente à sua prevenção. Sendo de salientar que a prevenção das PME “*exige uma combinação de vários tipos de intervenções (abordagem pluridisciplinar), que inclua medidas organizacionais, técnicas e pessoais. [Pois] as intervenções baseadas em medidas isoladas têm poucas probabilidades*



*de ser eficazes na prevenção das LME [lesões músculo-esqueléticas]” (EU-OSHA, 2008b, p.2).*

Assim, se pensarmos que os fatores de risco de PME, segundo a corrente francófona da ergonomia, são físicos e biomecânicos; organizacionais e psicossociais e individuais. Entende-se que as estratégias de prevenção das PME podem ser adequadas a um determinado tipo de fatores de risco e por isso são múltiplas as estratégias possíveis, sendo que neste estudo foram destacadas as mais relevantes:

✓ **Automedicação** – apesar de ser uma estratégia que assenta num comportamento de risco, pode ser vista como uma estratégia de prevenção secundária e terciária, que na literatura se define como o uso de medicação sem prescrição médica, revela-se uma estratégia utilizada pelos enfermeiros sempre motivada pelo:

*o excesso de trabalho; os sacrifícios profissionais e pessoais; a negligência com a própria saúde; o fácil acesso e disponibilidade dos fármacos; trabalhar com utentes em estado crítico; problemas familiares graves; baixo nível de autoestima; incapacidade para controlar o stresse; pressão social ligada ao papel da mulher e à proximidade a diferentes fármacos opiáceos (Lama & Arribas, 2004, p. 7).*

Podendo constituir-se, por isso, um indicador da prevalência das perturbações músculo-esqueléticas dado que entre todos os medicamentos consumidos pelos profissionais de enfermagem o subgrupo dos analgésicos é o mais consumido (Barros, Griep, & Rotenberg, 2009) devido à sua eficácia no controlo da dor aguda e da inflamação (Yeng, et al., 1999). O que, relacionado com a atividade profissional de enfermagem, sugere más condições de trabalho, com descanso mínimo, o que leva à fadiga e à necessidade do uso de medicamentos e, conseqüentemente, da automedicação (Barros, Griep, & Rotenberg, 2009).

✓ **Programa de Cinesioterapia** – que corresponde, também, a uma estratégia de prevenção secundária e terciária dado que, segundo Yeng, et al (1999, p. 280) “*tem como objetivo readequar e/ou reabilitar a função do indivíduo com afeções do sistema nervoso, aparelho locomotor, cardiorrespiratório, digestivo e respiratório.*” E, é sustentado e justificado quer pela *análise da exigência física*, quer pela *avaliação das capacidades funcionais* dos trabalhadores. Sendo que estas avaliações devem integrar quer o diagnóstico inicial permitindo planejar modificações do trabalho e desenvolver o programa de reabilitação a fim de prevenir outras lesões similares. Bem como uma avaliação

secundária feita após as intervenções ditadas pela primeira avaliação e que permitem perceber se o trabalhador se encontra apto para regressar ao trabalho e, também, perceber se as modificações implementadas foram suficientes e eficazes na eliminação do risco de trabalho (Vieira, 2010).

✓ **Ginástica Laboral** – corresponde a uma estratégia de prevenção secundária. É definida, segundo Santos (cit. por Santos e Almeida, 2011, p.34) como o:

*conjunto de atos físicos, selecionados em função dos riscos e características da atividade profissional, de forma a compensar as estruturas mais utilizadas e a ativar as não (ou pouco) usadas, através de um conjunto de exercícios com intensidade suave, diminuindo a fadiga e de acordo com a realidade da empresa e condições possíveis; promovendo quer o bem-estar físico, quer emocional.*

Esta é uma forma de contribuir para a prevenção das PME, pois, tal com o preconizado pela EU-OSHA (2008b, p. 2) “a preparação física pode ser eficaz para reduzir a recorrência das lombalgias e das dores nos ombros e na região cervical. Mas para tal essa preparação física deve incluir uma exercitação vigorosa, repetida pelo menos três vezes por semana.” O que, ainda na opinião destes autores, implica que o trabalhador adote hábitos de vida saudáveis, nomeadamente, o cumprimento de atividade física moderada na maior parte dos dias da semana. Dado que este comportamento contribui para o bem-estar físico e mental, para prevenir o excesso de peso, bem como para reduzir o risco de algumas doenças como é o caso do cancro, das doenças cardíacas e da depressão.

✓ **Formação** – Segundo a EU-OSHA (2008b, p. 2), “a formação em métodos de trabalho de movimentação manual de cargas não é eficaz se for utilizada como medida única de prevenção das dores da região sacrolombar.” Além de que, segundo Araújo (s.d.), se preconiza como uma estratégia que rompe com os modelos tradicionais de formação para privilegiar uma formação “na e para a ação” articulada sobre a especificidade do contexto de trabalho. Isto é, para este autor esta estratégia deve ser operacionalizada em sessões de sensibilização para os riscos de PME direcionada a todos os intervenientes no local de trabalho (elementos da administração e trabalhadores).

De acordo com Martins, et al. (2010), pensar na formação enquanto estratégia de prevenção das PME implica criar momentos de esclarecimento onde haja espaço para as

peças possam expressar-se, ouvir e refletir para que a transformação do processo de organização do trabalho realmente possa ocorrer. Pressupondo-se, para estes autores, “*que os depoimentos aconteçam em todos os níveis hierárquicos e em relação de igualdade. [E] que os que falam devem estar tão prontos, como os que ouvem*” (2010, p. 1110).

Além destas estratégias pode verificar-se ainda que a EU-OSHA (2008b) destaca a redução do número de horas de trabalho, bem como a introdução de pausas, nomeadamente nos trabalhos repetitivos, para que, se possa conduzir à redução da incidência das PME.

#### **4 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DAS PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, NO TRABALHO EM SAÚDE**

Procurando aprofundar os conhecimentos sobre a Enfermagem de Reabilitação e a sua aplicação prática, encontra-se definido que esta é uma Especialidade da Enfermagem que teve origem na evolução da perspectiva do cuidar, especificamente quando este passou a ser considerado como “*um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio de doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida*” (Stryker cit. por Hoeman, 2000, p. 3). Pelo que assente no conceito de cuidar e na valorização da funcionalidade esta especialidade passou a ser reconhecida pela sua “*influência na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, bem como na promoção de uma sociedade inclusiva, onde as pessoas com deficiência são consideradas cidadãos de pleno direito*” (Ordem dos Enfermeiros[OE], 2011b, p. 2).

Diz-se, então, que a enfermagem de reabilitação compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Para tal, tem como objetivos gerais: melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e assim preservar a autoestima (OE, 2011a, p. 8658).

Então, o Enfermeiro de Reabilitação é o profissional de enfermagem que apresenta um conhecimento aprofundado no domínio da Enfermagem de Reabilitação cuja atividade, “visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a

*maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas” (OE, 2011b, p. 3). Pelo que, lhe são conferidas as seguintes competências:*

*Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacitar a pessoas com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e o exercício da cidadania; Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2011a, p. 8658).*

Perante estas competências e lembrando que as PME englobam todas as lesões e doenças do aparelho músculo-esquelético e circulatório, causadas ou agravadas pela atividade profissional e pelos efeitos das condições onde essa atividade tem lugar (EU-OSHA, 2007) percebe-se que é com toda a pertinência que o Enfermeiro de Reabilitação colabora na prevenção das PME, no trabalho em saúde.

Uma vez que as PME conduzem à limitação e/ou restrição da participação na atividade laboral, o trabalhador vê-se obrigado a desenvolver estratégias que permitam manter-se ativo no seu local de trabalho. Pelo que o Enfermeiro de Reabilitação assume um papel preponderante pois as suas competências permitem-lhe para ajudar o trabalhador no desenvolvimento das suas capacidades funcionais, bem como ajudar o trabalhador que recupera de uma perturbação a manter-se ativo e viver com as suas limitações. Sendo que para isso se socorre da sua tomada de decisão que

*baseia-se na conceção, implementação e monitorização de planos de reabilitação diferenciados, com base na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo no âmbito da funcionalidade. [Pelo que, quando] identificada a problemática, prescreve, implementa, monitoriza e avalia intervenções que: promovam ações preventivas; assegurem a capacidade funcional; previnam complicações; [e] evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas (por doença ou acidente), ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, motora ou de outras deficiências e incapacidades (OE, 2011b, p.5).*

O fato das PME terem origem ou serem agravadas pela atividade laboral e a sua prevenção resultar, segundo a EU-OSHA (2007a), de um plano de gestão integrada e por isso desenvolver-se no real contexto de trabalho revela-se numa mais-valia perfeitamente

compatível com a atividade do Enfermeiro de Reabilitação pois trata-se de um dos possíveis locais da sua intervenção: a comunidade.

Assim, a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação faz-se no local onde o cidadão vive, trabalha e se relaciona. Inclui intervenções que são dirigidas ao indivíduo dependente e família, no domicílio, e orientadas para a prevenção, resolução ou palição de problemas concretos, bem como as que são dirigidas a grupos populacionais e/ou ambientes específicos, numa perspetiva de promoção e proteção da saúde das populações. (Ministério da Saúde, 2011). Já que os objetivos da enfermagem de reabilitação na comunidade prendem-se com a manutenção da saúde dos utentes, bem como com o desenvolvimento máximo das capacidades físicas e mental dos utentes com doença crónica, designadamente as portadoras de deficiência, *“garantindo-lhes o acesso aos serviços e às mesmas oportunidades, assim como a serem intervenientes ativos na comunidade e sociedade em geral”* (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação, 2010). Ou seja, o enfermeiro de reabilitação desenvolve o seu trabalho com e para a pessoa com uma afeção integrada no seu quotidiano, o que *“exige do profissional de cuidados uma visão de constantes ajustes em vista agir adequadamente à situação real, no registo do que a complexidade do ser humano requer”* (Araújo, s.d., p. 3).



## **CAPÍTULO II**

---

### **ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**





## 1 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

A nível europeu, a estatística e contabilização dos acidentes de trabalho no geral ainda não apresenta dados sistematizados. Porém, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) aponta, como aqui já foi referido, para a Enfermagem como um dos grupos profissionais que mais expostos se encontram, no seu dia-a-dia, a diversos riscos laborais que culminam em acidentes de trabalho e doenças profissionais (EU-OSHA, 2007a).

Por outro lado, a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Eurofound) defende que para que se possa consolidar e aprofundar o desenvolvimento da Europa no que respeita à modernização da vida ativa é fundamental *“assegurar a proteção da saúde dos trabalhadores criando um ambiente ideal que apoie a saúde e o bem-estar, previna os riscos e evite que os trabalhadores deixem de trabalhar por falta de saúde”* (2011, p. 6).

Motivada por estes dois conceitos, surge esta investigação que se constitui como um estudo descritivo de natureza mista (qualitativo e quantitativo), para o qual foram definidos os seguintes objetivos:

- ✓ Analisar as condições e características do trabalho atual que podem desencadear Perturbações Músculo-Esqueléticas(PME) nos profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação (UCCI-MDR);
- ✓ Analisar as repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na saúde e bem-estar do profissional de saúde, que podem desencadear Perturbações Músculo-Esqueléticas.
- ✓ Analisar as estratégias que os profissionais de saúde utilizam para prevenir as repercussões das condições e características do trabalho que podem desencadear perturbações músculo-esqueléticas, na sua saúde.

Para melhor clarificar estes objetivos, foram construídas as seguintes questões de investigação:

- ✓ Quais as características do ambiente físico e os constrangimentos físicos existentes na UCCI-MDR?

- ✓ Quais os constrangimentos organizacionais e relacionais existentes na UCCI-MDR?
- ✓ Quais os constrangimentos inerentes às características do trabalho na UCCI-MDR?
- ✓ Quais as condições de vida, dos profissionais de saúde da UCCI-MDR, fora do local de trabalho?
- ✓ Quais os acidentes de trabalho e doenças profissionais frequentemente vividas pelo profissional de saúde da UCCI-MDR?
- ✓ Qual a percepção que o profissional de saúde da UCCI-MDR têm acerca da informação que dispõe sobre os riscos profissionais a que está exposto?
- ✓ Quais os problemas de saúde referidos, pelos profissionais de saúde da UCCI-MDR, que são consequência das condições e características do trabalho atual existentes neste serviço?
- ✓ Quais as consequências que as condições de trabalho atuais conferem à saúde e bem-estar do profissional de saúde da UCCI-MDR?
- ✓ Quais as estratégias que os profissionais de saúde da UCCI-MDR utilizam para minimizar os efeitos, na sua saúde, dos constrangimentos existentes neste serviço?

## **2 – CONTEXTO DO ESTUDO**

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação que aqui é retratada foi construída propositadamente para um serviço de cuidados de saúde com internamento, com existência aproximada de um ano e possui capacidade máxima de internamento de 33 utentes.

A sua apresentação física pode ser representada em forma de “L”, sendo que na ala mais comprida existe um total de dezanove quartos – oito individuais e 11 duplos – todos com casa de banho privada, sala de enfermagem e oito salas de apoio (arrecadação, stock, despejos, desinfeção, roupa limpa, multiusos).

Na ala mais curta existe a copa, uma sala de convívio, um refeitório, um ginásio, quatro gabinetes, quatro casas-de-banho para utentes, duas casas-de-banho para visitas, três quartos individuais com casa de banho privada e dois vestiários.

A equipa multidisciplinar que opera 24h por dia é constituída por dois Médicos de Clínica Geral, um Fisiatra, um Nutricionista, uma Psicóloga, quinze Enfermeiros, em que um destes é Especialista em Reabilitação; onze Auxiliares de Ação Médica (AAM), em que um deles tem apenas as funções da copa pelo que se assume como Copeira; três Fisioterapeutas; um Terapeuta Ocupacional; um Terapeuta da Fala; uma Animadora Social, uma Assistente Social e uma secretária de unidade.

As vinte e quatro horas diárias são distribuídas em três turnos: Manhã, Tarde e Noite.

Para a equipa de Enfermagem o turno da Manhã tem início às 8h e termina às 15:30h; o turno da Tarde tem início às 15h e termina às 22:30h, ambos num total de sete horas e meia. O turno da Noite tem início às 22h do dia anterior e termina às 8:30h do próprio dia, o que perfaz um total de dez horas e meia.

Para a equipa de Auxiliares de Ação Médica o turno da Manhã tem início às 8h e termina às 16h; o turno da Tarde tem início às 16h e termina às 23h, ambos num total de sete horas. O turno da Noite tem início às 23h do dia anterior e termina às 8h, o que perfaz um total de nove horas.

Os contratos de trabalho estabelecem 35 horas semanais para os Enfermeiros e 40 horas semanais para os AAM. Sendo que, em ambas as equipas, é possível cumprir um de três tipos de horários distintos, nomeadamente: *um horário composto apenas por manhãs* – que se destina ao horário de amamentação em que o turno decorre entre o período das 9h e das 14:30H e que pode ser combinado e ajustado entre a administração e a funcionária tendo em conta as necessidades do serviço; *um horário composto por manhãs e tardes* – sendo que neste caso os AAM têm um acréscimo de mais meia hora por turno; ou então *um horário com os três turnos*.

Contudo, horários diferentes implicam formas de pagamento distintas. Cujas diferenças se fazem com o pagamento do subsídio de rotatividade que é calculado em 25% do ordenado base para o trabalhador que faz os três turnos e em 15% do ordenado para o trabalhador que faz os turnos da Manhã e da Tarde.

As horas extras (horas que um trabalhador é convidado a fazer sempre que um elemento da respetiva equipa falta ou quando as necessidades do serviço exigem) dependendo da disponibilidade da instituição podem ser pagas, mas maioritariamente ficam acumuladas em bolsa de horas e são pagas sob a forma de um dia de descanso que

pode ser gozado quando o funcionário solicitar, ou para dar resposta às necessidades do serviço.

No que diz respeito à gestão e elaboração do horário, ambas as equipas têm à sua disposição um documento que é preenchido mensalmente com os turnos que cada trabalhador não pode fazer no mês seguinte. Sempre que possível, esta informação é considerada aquando da elaboração do horário mensal. Simultaneamente, os trabalhadores tem hipótese de fazer a sua gestão do horário dado que são permitidas trocas de turnos entre os elementos.

Do ponto de vista da organização dos turnos, esclarece-se que o turno da manhã, de segunda a sexta, é realizado por uma equipa de quatro enfermeiros, cinco auxiliares, um terapeuta ocupacional, um terapeuta da fala, um assistente social, dois fisioterapeutas e um médico. Durante as manhãs de fins-de-semana e feriados o número de elementos pode ser reduzido, contudo o número de Enfermeiros e AAM mantém-se.

Sem variações durante os dias da semana estão os turnos da tarde, em que a equipa é composta por três enfermeiros e três AAM, bem como os turnos da noite, onde estão presentes dois enfermeiros e um AAM.

No que respeita à divisão de tarefas, os Enfermeiros cumprem as diretrizes inerentes à prestação de cuidados de Enfermagem que se encontram definidas pela Ordem dos Enfermeiros Portuguesa, sendo um conjunto de tarefas que obriga à permanência da maior parte do tempo da sua execução em pé com deslocamento. De salientar que as tarefas impliquem a mobilização de utentes, nomeadamente, os cuidados de higiene, as transferências e os posicionamentos são executadas em parceria com os AAM (em equipas compostas por um enfermeiro e um auxiliar). O significa que o trabalho em parceria ocupa 3 horas nos turnos da manhã e da noite e duas horas no turno da tarde, perfazendo um total de 7 horas em cada dia. Esta característica permite perceber que apesar dos Enfermeiros e os AAM terem competências diferentes, neste contexto, estão sujeitos condições e características de trabalho semelhantes nomeadamente, as regras; o contacto com os utentes/família; o contacto com o sofrimento das outras pessoas e a carga física.

Uma tarefa que não é executada em parceria, mas que é comum aos elementos de ambas equipas, e com pertinência elevada para este estudo, é o transporte de utentes. Sendo que, por transporte entende-se o acompanhamento dos utentes, por um elemento da equipa às consultas médicas que se fazem fora da unidade. Dependendo dos cuidados que o utente necessite durante esta saída do serviço, é determinado quem fará o seu

acompanhamento, sempre variando entre enfermeiros e auxiliares. Porém, como maioritariamente não é necessário prestar cuidados de enfermagem ao utente neste período de tempo, os transportes são efetuados pelos AAM. Salvaguardando-se que em caso de agravamento do quadro clínico do utente e necessidade de transferência para uma unidade de saúde diferenciada o acompanhamento é efetuado pelos enfermeiros. Estas situações específicas são reconhecidas entre os diferentes elementos da equipa como Agudizações.

Os registos de enfermagem podem ser considerados sob duas perspetivas: os registos diários que são efetuados em todos os turnos de forma manual; e os registos que dão resposta a procedimentos específicos determinados pela rede nacional de cuidados continuados, por sua vez, elaborados no computador.

### **3 – OS PARTICIPANTES**

Nesta unidade, tal como foi explicado anteriormente, os Enfermeiros e AAM constituem parcerias durante cada jornada de trabalho, que os expõe a condições e características do trabalho semelhantes. Podendo, por isso, considerar-se que “*entramos numa esfera de problemas compartilhados, com implicações na causalidade dos adoecimentos*” (Kirchhof et al., 2011, p. 117).

Assim, tornou-se pertinente que a população deste estudo fosse composta pelos elementos que constituem as equipas de Enfermeiros e AAM da UCCI-MDR.

A amostra foi definida de forma não probabilística e acidental, e foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: disponibilidade dos profissionais durante o período de recolha de dados (durante os meses de Dezembro e Janeiro); disponibilidade da investigadora para a recolha de dados. O que resultou numa amostra com 14 indivíduos (7 enfermeiros e 7 AAM) cuja média de idades é de 30,2 anos. No que respeita ao estado civil 50% (n=7) dos indivíduos são casados e os restantes são solteiros ou divorciados. E, 64,3% (n=9) dos trabalhadores não têm filhos.

O tempo de serviço médio nesta profissão é de 6 anos, o que coincide com o tempo de serviço médio de trabalho na instituição. Relativamente aos contratos de trabalho, 92,9% (n=13) dos profissionais cumprem contratos de trabalho sem termo com um de horário de trabalho misto (composto pelos três turnos possíveis em uso na instituição).

#### 4 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para proceder à recolha de dados optou-se pela utilização dos instrumentos de recolha de dados: Inquérito Saúde e Trabalho 2010 (INSAT 2010) e a Entrevista Coletiva.

O *INSAT2010* foi escolhido como instrumento de recolha de dados pois possibilita conhecer a caracterização das condições de trabalho e o impacto destas na saúde do trabalhador. Este instrumento permite “*compreender de que forma os trabalhadores avaliam as características e as condições do seu trabalho, o seu estado de saúde, e que tipo de relações estabelecem entre a sua saúde e o seu trabalho*” (Barros-Duarte et al. cit. por Barros-Duarte & Cunha, 2010, p. 21). Pelo que o seu objetivo é *estudar as consequências do trabalho e das condições de trabalho, atuais e passadas, ao nível da saúde e do bem-estar*” (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007, p. 57).

Assim, trata-se de um instrumento, como consta do Anexo 2, composto por VII eixos que deixam conhecer: a situação de trabalho; a exposição do trabalhador a determinadas condições de trabalho; as condições de vida fora do trabalho; a formação realizada pelos trabalhadores e a sua relação com o trabalho; os problemas de saúde físicos e psicossociais e a relação que o trabalhador estabelece entre estes o trabalho que executa; e finalmente, a perceção dos profissionais de saúde têm sobre o seu estado de saúde. Além de que, são também características do INSAT2010 a linguagem simples, as questões diretas e de fácil compreensão, a validação para a população portuguesa e a possibilidade de desenvolver estatística aberta já que se trata de um instrumento de caráter quantitativo que tem espaço em abordagens qualitativas, “*assumindo desde a conceção à análise e interpretação dos resultados, uma combinação coerente entre a análise da atividade e o inquérito por questionário*” (Barros-Duarte & Cunha, 2013, p. 4).

Foi com o conhecimento destes pressupostos que se compreendeu e aceitou que o contributo do INSAT2010 seria fundamental para a elaboração desta investigação pois a sua aplicação permitia dar resposta aos dois primeiros objetivos desta investigação.

A *Entrevista Coletiva* permitiu validar e aprofundar os dados obtidos com recurso ao INSAT2010, bem como conhecer as estratégias que os profissionais de saúde utilizam para prevenir e minimizar as repercussões das condições e características do trabalho atual que podem desencadear PME na sua saúde (terceiro objetivo da investigação). Pois a entrevista coletiva permite ao investigador compreender o significado de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes que se caracteriza por se

assemelhar a uma conversa informal onde, inspiradas pelas circunstâncias, se procede à aplicação de questões que visam tratar os temas pré-definidos (Fortin, 2009).

## **5 – PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

A recolha de dados teve lugar durante os meses de Dezembro de 2012 e Janeiro de 2013.

Contudo, antes de esta ter início foram tomadas algumas diligências éticas inerentes a qualquer trabalho desta natureza. Na prática, antes da colheita de dados foi efetuado um pedido de autorização para a recolha de dados, junto da administração da UCCI-MDR, e junto dos participantes foi devidamente preenchido o consentimento informado (Apêndice 1).

Durante o primeiro momento de recolha de dados, com a aplicação do INSAT2010, os participantes foram selecionados de forma aleatória, conforme a sua presença e disponibilidade durante o turno de trabalho que cumpriam. De salientar que o INSAT2010 foi aplicado sob a forma de entrevista já que esta é umas das suas particularidades. Além de que foi pedido aos participantes que se reportassem ao trabalho atual, já que este instrumento permite avaliar as condições e características quer do trabalho passado, quer do trabalho atual.

Já no momento de aplicação das entrevistas foram marcados encontros com o maior número de participantes possível que estivessem disponíveis para participar nesta nova recolha de dados. O que deu origem à execução de três entrevistas com participação total de 10 profissionais de saúde que, neste documento, surgem codificadas com EC1; EC2 e EC3.

## **6 – ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS**

Os dados recolhidos com o instrumento INSAT foram organizados numa base de dados utilizando o programa estatístico SPSS (Statistical Package of Social Science) versão 17. A partir da qual foi possível efetuar uma análise estatística descritiva concretamente a distribuição de frequências. O que permitiu resumir os dados obtidos, caracterizar a amostra e responder aos dois primeiros objetivos desta investigação (Fortin, 2009).

Com os dados resultantes desta primeira fase de análise foi possível perceber que os diferentes constrangimentos identificados não apresentavam o mesmo grau de incómodo para os trabalhadores. Pelo que ficou aqui definido que esta investigação iria incidir sobre os constrangimentos que causariam incómodo moderado ou superior a mais de 50% dos indivíduos da amostra.

Os dados resultantes da aplicação da Entrevista Coletiva, cujo guião se encontra no Apêndice 2, foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Hernandez-Sampieri (2007). Esta técnica pressupõe a organização dos dados codificando-os em categorias subcategorias, em que as categorias correspondem a “gavetas” conceituais criadas quando da revisão de dados. Permitindo representar a relação entre dados sob a forma de esquemas (Sampieri, Collado & Lucio, 2007). Assim, esta estratégia permitiu validar os dados restituindo-os aos participantes; aprofundá-los e dar resposta ao terceiro objetivo desta investigação.



## **CAPÍTULO III**

---

### **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



## **1 – DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS**

Após a recolha dos dados com recurso ao Inquérito Saúde e Trabalho 2010 (INSAT2010) e à Entrevista Coletiva procura-se, agora, apresentar e analisar os resultados obtidos por forma a permitir dar resposta aos objetivos definidos para a elaboração desta pesquisa.

### ***1.1 – AS CONDIÇÕES E CARATERÍSTICAS DO TRABALHO ATUAL QUE PODEM DESENCADear PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE***

Concordado com a corrente de Ergonomia Francófona, tal como foi explicado anteriormente, num local de trabalho existem condições e caraterísticas que podem ser agrupados segundo a sua natureza: caraterísticas do ambiente físico, constrangimentos físicos, organizacionais, relacionais e constrangimentos inerentes às caraterísticas de trabalho, pelo que se estabeleceu que o primeiro objetivo seria analisar as condições e caraterísticas que podem desencadear Perturbações Músculo-Esqueléticas (PME) nos profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação (UCCI-MDR). Concretamente procurando obter resposta às seguintes questões: - Quais as caraterísticas do ambiente físico e constrangimentos físicos existentes na UCCI-MDR?; - Quais os constrangimentos organizacionais e relacionais existentes na UCCI-MDR?; - Quais os constrangimentos inerentes às caraterísticas do trabalho na UCCI-MDR?; e também, - Quais as condições de vida, dos profissionais de saúde da UCCI-MDR, fora do trabalho?

#### ***a) Caraterísticas do ambiente e constrangimentos físicos existentes na UCCI-MDR.***

Ao abordar a exposição dos trabalhadores às caraterísticas do ambiente físico e constrangimentos físicos existentes, atualmente, na UCCI-MDR pretende-se contribuir para a compreensão e identificação das condições e caraterísticas do trabalho atual que podem desencadear PME, nestes profissionais de saúde.

Assim, no que respeita às ***caraterísticas do ambiente físico***, os resultados mostram que “*Estar exposto a calor/frio ou variações de temperatura*” é uma caraterística apontada

por 78,6% (n=11) dos inquiridos, em que 71,4% (n=10) a referem como causa de incómodo em grau moderado ou superior, como se pode verificar no Gráfico I.

A justificação para este constrangimento, segundo os profissionais de saúde encontra-se na ausência de aquecimento, o que foi constatado durante a colheita de dados e reforçado pela expressão de um dos profissionais que dizia: *“por exemplo, agora tenho a ponta do nariz gelada, e os pés!”* (EC1), como mostra o Esquema I.

Relativamente aos **constrangimentos físicos** foi enumerado o seguinte:

- *Ser obrigado adotar posturas penosas* – pelo exposto no Gráfico I, é um constrangimento apresentado por 57,1% (n=8) dos inquiridos e que para todos é causa de incómodo moderado ou superior.

Trata-se de um constrangimento, como mostra o Esquema I, que os profissionais referem viver quando executam procedimentos específicos, como: durante o treino de marcha ilustrado no seguinte depoimento: *“(...) com o enfermeiro de reabilitação (...) estamos a tentar que um doente caminhe... faça marcha, mas o doente é maior que nós, não é? (...) ficamos com uma dor, para conseguir equilibrar o doente”* (EC1); durante os posicionamentos e transferências, como explicam os dois próximos excertos: *“(...) às vezes até são doentes que andam sozinhos, mas temos de pegar neles, fazer a força física toda para transferir da maca para a cama (...)”*(EC2), *“Quando as camas estão avariadas e não ficam (...) ao nosso nível para posicionar os utentes.”* (EC2); durante os cuidados de higiene no chuveiro como proferiu um entrevistado *“(...) temos que estar a dar banho e a segurar o utente: a fazer força.”* (EC1).

Como apresenta o Esquema I, foi possível perceber que este constrangimento está relacionado com a falta de formação dos profissionais tal como disse uma profissional: *“(...) nós também não temos muita formação (...), os auxiliares não têm quase nada, em termos de posturas a adotar nas transferências dos doentes, nos posicionamentos.”* (EC3); bem como relacionado com a condição de saúde do utente, como se pode ver pelas seguintes palavras: *“Às vezes estãoooo [fez gesto de deslizar do cadeirão] todos tortos... a gente para os puxar tem de adotar posturas que não é a mais correta para as costas”* (EC1).

- *Ser obrigado a fazer esforços físicos intensos* – tal como mostram os dados do Gráfico I, foi um constrangimento apresentado por 92,8% (n=13) dos profissionais de

saúde que representa, para 71,4% (n=10) dos quais, motivo de incómodo moderado ou superior.

Os trabalhadores consideram que, como se pode verificar no Esquema I, este constrangimento ocorre devido à condição de saúde dos utentes, como se pode verificar no seguinte depoimento: “*porque até pensamos que o doente, por exemplo, vá fazer carga e costuma fazer mas naquele dia não faz, vai-nos a escorregar e nós já não dá para... adotar um a posição normal...*” (EC3); bem como devido à falta de material de auxílio para a execução das tarefas como explicou uma das entrevistadas: “*Quando eles são pesados, (...) porque não há uma grua para levantar.*” (EC2)

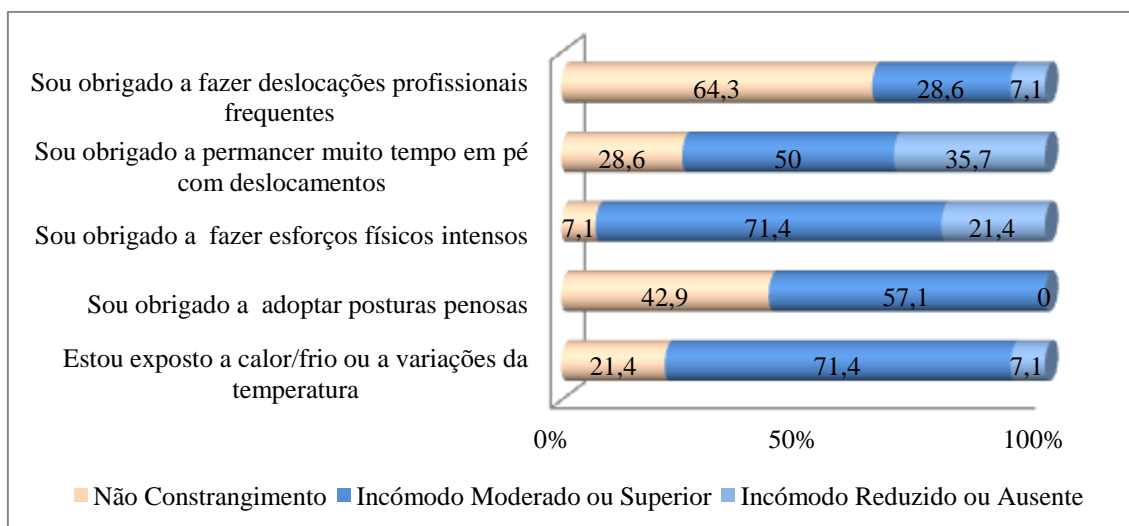
- *Ser obrigado a permanecer muito tempo em pé com deslocamento* – de acordo com os dados do Gráfico I, é um constrangimento referido por 85,8% (n=12) dos inquiridos e representa incómodo moderado ou superior para 50% (n=7).

- *Ser obrigado a fazer deslocações profissionais frequentes* – embora este constrangimento fuja à regra definida no procedimento da análise dos dados, tal como se pode verificar no Gráfico I que mostram que é um constrangimento apontado por 35,7% (n=5) dos profissionais de saúde e que em 28,6% (n=4) dos casos representa incómodo moderado ou superior. Esclarece-se que estes valores são bastante pertinentes dado que na prática desta unidade os transportes (deslocações profissionais) são maioritariamente efetuados pelos AAM que constituem 50% (n=7), desta amostra.

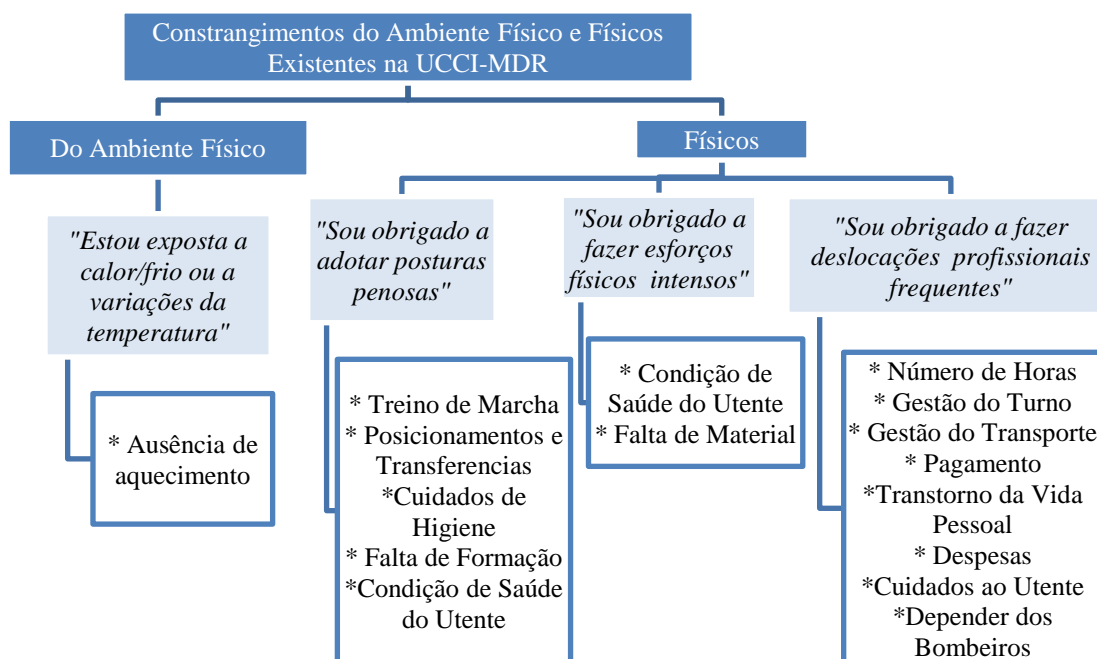
Foi possível perceber que, como mostra o Esquema I, as deslocações profissionais são motivo de incómodo moderado ou superior, especificamente: devido ao aumento do número de horas de trabalho que esta situação implica, como mostram os dois exemplos seguintes: “*(...) imagina, estamos a fazer Manhã até as 16<sup>h</sup>, a consulta é às 14<sup>h</sup>. Nós vamos para [a consulta às] 14<sup>h</sup>, mas às 16<sup>h</sup> não estamos aqui.*” (EC1) e “*(...) muitas vezes ficamos sem folgas para vir propositadamente fazer um transporte.*” (EC2); - devido à gestão do turno que é feita quando fica na unidade um elemento a menos na equipa, como disseram: “*(...) eu fui para o transporte, a colega que ficou aqui sozinha... ainda eramos só duas, a tratar de copa, a dar jantares... não dá!!*” (EC2); - devido à gestão dos transportes que é feita diariamente, e que os profissionais de saúde dizem que: “*aparecem transportes do nada e nós chegamos aqui ao turno e é que sabemos (...)*” (EC1); - devido à estratégia de pagamento que a administração utiliza para ressarcir o funcionário pela

atividade efetuada, sobre o qual os entrevistados acrescentam “ninguém me paga as horas, é para acumular em banco de horas (...)”(EC1); - devido aos transtornos na vida pessoal do trabalhador que são reflexo do aumento das horas efetuadas durante esta atividade, o que se pode verificar no seguinte depoimento: “além de fazermos o transporte, de virmos tarde, ainda temos de estar a telefonar, muitas vezes, para casa para reorganizar a nossa vida em casa porque temos pessoas que dependem de nós!” (EC1); - devido às despesas que os profissionais de saúde têm durante a realização do transporte, como se pode ver na expressão: “(...) nós queremos ser transferidos é do nosso telemóvel que temos que gastar dinheiro a ligar (...) nós não vemos esse dinheiro, ponto final!” (EC2); - devido aos cuidados prestados ao utente durante o transporte que causam insatisfação no profissional por não os poder prestar nas melhores condições, como mostra as seguintes palavras: “Temos que levar uma saquinha com bolachinhas e não sei quantos, mas às vezes é pastosa e nem consegue comer...” (EC2); - e, finalmente porque os profissionais de saúde ficam dependentes dos bombeiros para regressar à unidade, como mostra a explicação seguinte: “(...) à espera do transporte, porque os bombeiros aproveitam sempre para fazer de um transporte, meia-dúzia.” (EC1)

**Gráfico I – Incómodo gerado pelas Características do Ambiente Físico e Constrangimentos Físicos existentes na UCCI-MDR**



**Esquema I – Motivo do incómodo gerado pelas características do ambiente físico e constrangimentos físicos existente na UCCI-MDR**



***b) Constrangimentos organizacionais e relacionais existentes na UCCI-MDR***

Ao analisar a exposição dos trabalhadores aos constrangimentos organizacionais e relacionais atuais deste local de trabalho, pretende-se contribuir para a compreensão e identificação das condições e características do trabalho atual que podem desencadear PME, nestes profissionais de saúde.

Tal como se pode verificar no INSAT2010, os constrangimentos de caris organizacional podem ser considerados em: **constrangimentos do ritmo de trabalho e constrangimentos de autonomia e iniciativa.**

Por **constrangimentos do ritmo de trabalho** entendem-se todas as alterações que possam interferir com os tempos de execução de uma determinada tarefa e consequentemente da jornada de trabalho, acelerando-a ou atrasando-a.

Neste sentido, tal como se pode verificar pelos dados do Gráfico II, os constrangimentos relacionados com o ritmo de trabalho identificados foram:

- *Estar exposto a situações de ter que cumprir normas ou prazos rígidos* – que é um constrangimento que foi considerado, não pelo incómodo que causa nos profissionais de saúde, uma vez que os dados dizem que 50% (n=7) dos indivíduos consideram que esta é uma realidade presente no seu dia-a-dia, e é descrito como motivo de incómodo

moderado ou superior em 14,3% (n=2) das situações. Mas pela dúvida suscitada entre a necessidade de cumprir prazos rígidos e a incompatibilidade com a natureza do trabalho destes profissionais de saúde.

Porém, indo de encontro ao que aqui foi exposto e contra a natureza do trabalho do hospital, os profissionais de saúde referiram que esta é uma realidade com que os profissionais se deparam diariamente devido à sobrecarga de trabalho que resulta da complexidade da atividade destes trabalhadores aliada à necessidade de efetuar várias tarefas em simultâneo, tal como se pode verificar pelas seguintes palavras: “(...) *para dar os meios da manhã [lanche da manhã], temos entre as 10:30<sup>h</sup> e as 11<sup>h</sup>. Se for antes, não há tempo porque os doentes ainda estão no banho. Se for depois não vale a pena porque está perto da hora de almoço. É um prazo rígido!*” (EC1)

- *Estar exposto a situações de ser frequentemente interrompido* – este é um constrangimento apresentado por 71,4% (n=10) dos indivíduos, sendo motivo de incómodo moderado ou superior em 57,1% (n=8).

- *Estar exposto a situações de ter que me apressar* – este é um constrangimento citado por 78,6% (n=11) dos inquiridos, sendo que para 57,1% (n=8) dos mesmos é motivo de incómodo moderado ou superior.

Junto dos profissionais de saúde foi possível apurar que, como mostra o Esquema II, este constrangimento resulta: do volume de trabalho enquanto elevada quantidade de tarefas que os profissionais de saúde têm que dar resposta durante a jornada de trabalho, como se pode verificar nas palavras deste entrevistado: “(...) *é muito trabalho e se nós deixamos fugir muito ao horário de posicionar, de jantar, de preparar a medicação, o trabalho já não corre bem nessa tarde ou nessa manhã.*” (EC3); do número de elementos que compõem a equipa, tal como se pode verificar na seguinte afirmação: “*o da tarde ainda é pior, porque de manhã tem mais gente para ajudar.*” (EC1); bem como, do trabalho em equipa multidisciplinar no que respeita à conciliação das atividades trabalho das diferentes equipas, como se verifica no discurso dos entrevistados: “(...) *temos que pôr vários utentes prontos para ir para a fisioterapia e então temos que correr, muitas vezes estão a pressionar-nos (...)*” (EC1)



- *Estar exposto a situações de ter que “saltar” ou encurtar uma refeição, ou nem mesmo realizar a pausa por causa do trabalho – é um constrangimento apontado por 64,3% (n=9) dos indivíduos e corresponde a motivo de incómodo moderado ou superior em 50% (n=7) dos casos.*

Para os profissionais de saúde, tal como mostra Esquema II, este constrangimento resulta: da organização do turno enquanto o modo como a equipa atua para realizar as atividades do turno, tal como se pode verificar pelos depoimentos dos profissionais, nomeadamente: *“se se atrasar um bocadinho a refeição dos doentes, a gente em vez de comer... de começar a comer à uma hora. Começamos à uma e dez. Claro que depois temos menos tempo.”* (EC3); da gestão do tempo correspondendo à utilização racional e controlada do tempo disponíveis, feita em função das refeições do trabalhador, como proferiram na entrevista: *“ou nem se come que não chega tempo para comer!”* (EC3); e finalmente, das interrupções que são necessárias para atender às necessidades dos utentes, como se pode ler no próximo excerto: *“E depois é uma hora que temos os doentes a chamar por nós. Sai um da mesa, sai outro da mesa... quer dizer... ninguém tem tempo certo para poder almoçar.”* (EC1)

- *Estar exposto a situações de ter que dormir a horas pouco usuais por causa do trabalho – pode verificar-se que este é um constrangimento apresentado por 85,7% (n=12) dos inquiridos e representa motivo de incómodo moderado ou superior para 42,9% (n=6) destes. Pelo que foi analisado devido à sua expressividade durante a confrontação de dados, nas entrevistas coletivas.*

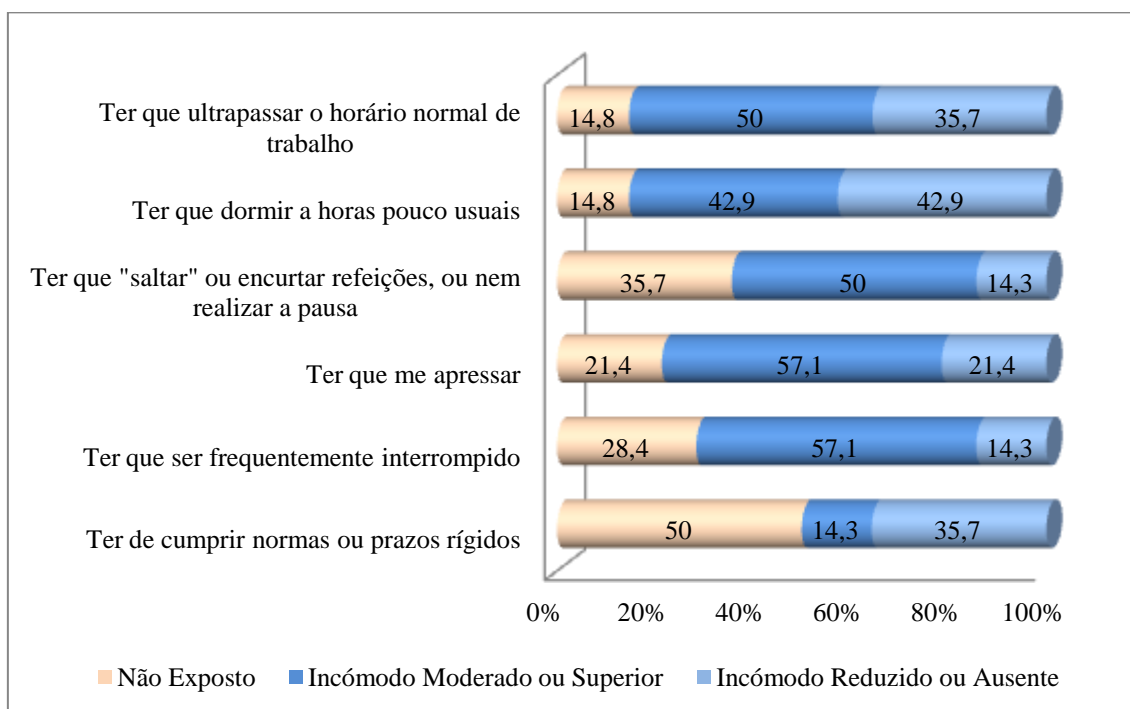
No que concerne a este constrangimento, segundo o Esquema II, os profissionais de saúde explicaram que a sua origem se prende com os transtornos na vida pessoal, como mostra a seguinte expressão: *“ao domingo é porque é o dia da família (...) prontos não apetece estar em casa sozinho a dormir enquanto sabemos que na casa da mãe... sabemos que tá toda a gente lá a festejar.”* (EC1); as dificuldades em regular o sono, no sentido da incapacidade que o profissional sente em ajustar o ciclo de sono com o ciclo do dia/noite, de onde é exemplo a expressão: *“quando fazes duas noites seguidas, ou estás uma semana em que fazes mais noites, toda a gente acaba por sentir algumas sequelas a nível físico...”* (EC1); e também pelo desgaste para o profissional, enquanto perda de energia e força para o trabalhador como disseram os profissionais de saúde: *“se calhar perco um bocadinho,*

*mas durante aquele dia (...) o sono do dia não é tão reconfortante como o da noite.”*  
(EC1)

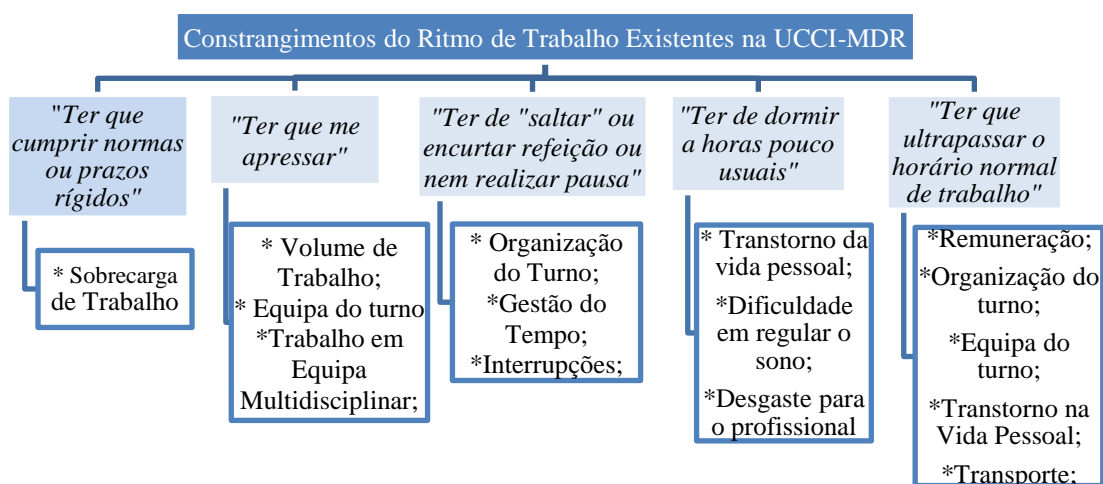
- *Estar exposto a situações de ter que ultrapassar o horário normal de trabalho –* é um constrangimento citado por 85,7% (n=12) dos profissionais de saúde e é motivo de incómodo moderado ou superior para 50% (n=7) destes.

Acerca deste constrangimento, os dados recolhidos mostraram que, tal como se pode verificar no Esquema II, os profissionais de saúde atribuem a sua origem às seguintes situações: a estratégia de remuneração que a administração utiliza para compensar o trabalhador pelas horas de trabalho relativas ao transporte sobre a qual os profissionais de saúde proferem: “(...) *vamos acumulando horas, vamos acumulando horas e agora as horas são queimadas conforme o chefe bem entende.*” (EC2) e num outro exemplo “(...) *ultrapassamos as 30h semanais e depois temos que gozar essas horas quando as chefias quiserem!*” (EC3); a organização do turno, enquanto o modo como a equipa atua para realizar as atividades do turno, tal como se pode verificar no seguinte depoimento: “*a colega que estava comigo sai as onze. Saiu à meia-noite menos um quarto. Porquê? Não temos estofo para deixar o trabalho à colega que vem para a noite.*” (EC2); a equipa do turno repostando-se aos elementos que se encontram num determinado dia a cumprir o mesmo horário sobre a qual os entrevistados proferem que: “*porque outras vezes até estamos só dois e corre lindamente, melhor do que quando estamos três. Depende, às vezes, é de quem é a equipa que está a trabalhar e como é que vamos organizar...*” (EC2); os transtornos na vida pessoal tal como se pode observar das palavras seguintes: “*o facto de sair muito tarde daqui, às vezes temos coisas...vida pessoal... deixamos de ter vida pessoal.*” (EC2); e finalmente os transportes, como procedimento interno de acompanhamento dos utentes em consultas a outras unidades hospitalares: “*as auxiliares têm frequentemente que fazer transportes de doentes para o Hospital X, que tem consultas externas... aí ultrapassam largamente o horário de trabalho...*” (EC1)

**Gráfico II – Incómodo gerado pelos Constrangimentos do Ritmo de Trabalho, existentes na UCCI-MDR**



**Esquema II – Motivo dos Constrngimentos do Ritmo de Trabalho, existentes na UCCI-MDR**



No que diz respeito aos constrangimentos *relacionados com a autonomia e iniciativa*, no INSAT2010, são consideradas as regras que interferem com a autonomia e iniciativa do trabalhador bloqueando-a.

Assim, no que confere aos constrangimentos relacionados com a autonomia e iniciativa e como mostra o Gráfico III, os profissionais de saúde referiram que:

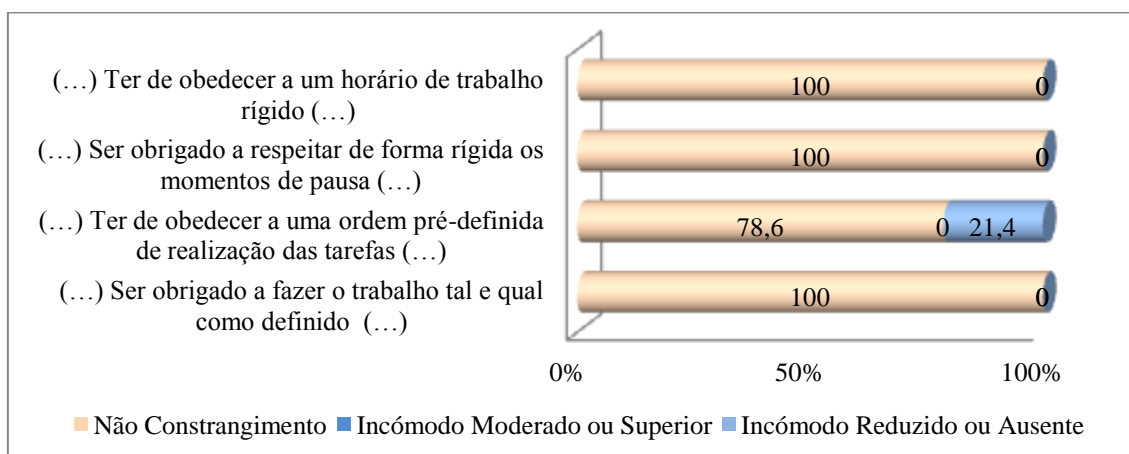
- *Estar exposto a situações de ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração* – não é constrangimento dado que os profissionais de saúde consideram que podem gerir a sua jornada de trabalho não existindo por isso uma sequência rígida de tarefas que sejam obrigados a cumprir.

- *Estar exposto a situações de ter que obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem qualquer possibilidade de alteração* – no que respeita à realização de tarefas, 78,6% (n=11) dos trabalhadores mostram que não são obrigados a realizar as tarefas de acordo com uma ordem pré-definida. Salientando-se que quando esta situação se verifica, não provoca incómodo aos trabalhadores.

- *Estar exposto a situações ser obrigado a respeitar, de forma rígida, os momentos de pausa, sem os poder escolher* – é um constrangimento ao qual os profissionais de saúde dizem não estar sujeitos, o que significa que não são obrigados a respeitar os momentos de pausa de forma rígida.

- *Estar exposto a situações de ter de obedecer a um horário de trabalho rígido, sem qualquer possibilidade de pequenas alterações* – percebe-se que os profissionais de saúde referem não estar expostos a este constrangimento, o que significa que não ter de obedecer a um horário de trabalho rígido. E que quando esta situação se verifica ela não representa incómodo.

**Gráfico III – Incómodo gerado pelos Constrangimentos da Autonomia e Iniciativa existentes na UCCI-MDR**



Os constrangimentos de ordem relacional foram considerados atendendo a duas subcategorias: os constrangimentos das relações de trabalho e os constrangimentos do contato com o público. Neste contexto, os elementos que constituem o público são os utentes e os seus familiares.

Relativamente aos *constrangimentos das relações de trabalho* foram consideradas as relações entre colegas e as relações entre os trabalhadores e as chefias. Assim, para esta subcategoria, tal como se pode verificar no Gráfico IV, os constrangimentos referidos foram os seguintes:

- *Estou exposto ao risco de agressão verbal* – foi referido por 85,7% (n=12) dos profissionais de saúde, sendo que para 64,3% (n=9) destes representa motivo de incómodo moderado ou superior e, nomeadamente para 28,6% (n=4) classificaram-no como muito incómodo.

- *Estou exposto ao risco de agressão física* – é um constrangimento proferido por 85,7% (n=12) dos indivíduos, representa incómodo moderado ou superior para 57,1% (n=8).

No que respeita aos *constrangimentos do contacto com o público* foram consideradas as relações entre o trabalhador e o público, lembrando que por público se entendem os utentes e os seus familiares. Desta forma, e tal como mostra o Gráfico IV, verificou-se que:

- *Tenho que suportar as exigências, queixas ou reclamações do público* – foi um constrangimento referido por 78,6% (n=11) dos profissionais de saúde que representa incómodo moderado ou superior para 50% (n=7) destes.

- *Tenho que confrontar-me com situações de tensão nas relações com o público* – é um constrangimento a que 85,7% (n=12) dos indivíduos dizem estar expostos e que para 71,4% (n=10) destes representa incómodo moderado ou superior.

- *Tenho que estar exposto ao risco de agressão verbal do público* – é um constrangimento ao qual todos os participantes dizem estar expostos e que 64,3% (n=9) o designam como incómodo moderado ou superior.

- *Tenho que estar exposto ao risco de agressão física do público* – é um constrangimento que 71,4% (n=10) dos profissionais de saúde dizem encontrar neste local de trabalho. E o incómodo que lhes confere é classificado como moderado ou superior por 50% (n=7) dos mesmos.

Contudo, quando os profissionais de saúde foram questionados sobre o tipo de violência que existia nos seus locais de trabalho, bem como acerca dos agressores ficou esclarecido que embora na equipa exista mau ambiente de trabalho como se pode verificar na expressão “(...) *é um ambiente aqui de cortar à faca.*” (EC2), os principais agressores são elementos do público.

Foi possível verificar, também que as agressões podem ser entre o público e os profissionais e, também entre elementos do público como se pode verificar no excerto: “*É do público. É entre familiares e dos familiares e utentes para conosco.*” (EC1). E compreendem atos de agressão física, verbal e moral, como mostram as expressões: “*Há agressão física e agressão verbal*” (EC1); “(...) *quando às vezes levas assim uma sem contar.*” (EC1); “*eu e uma enfermeira fomos acusadas de levar[roubar] uns óculos a uma senhora que veio aqui ver um senhor.*” (EC1)

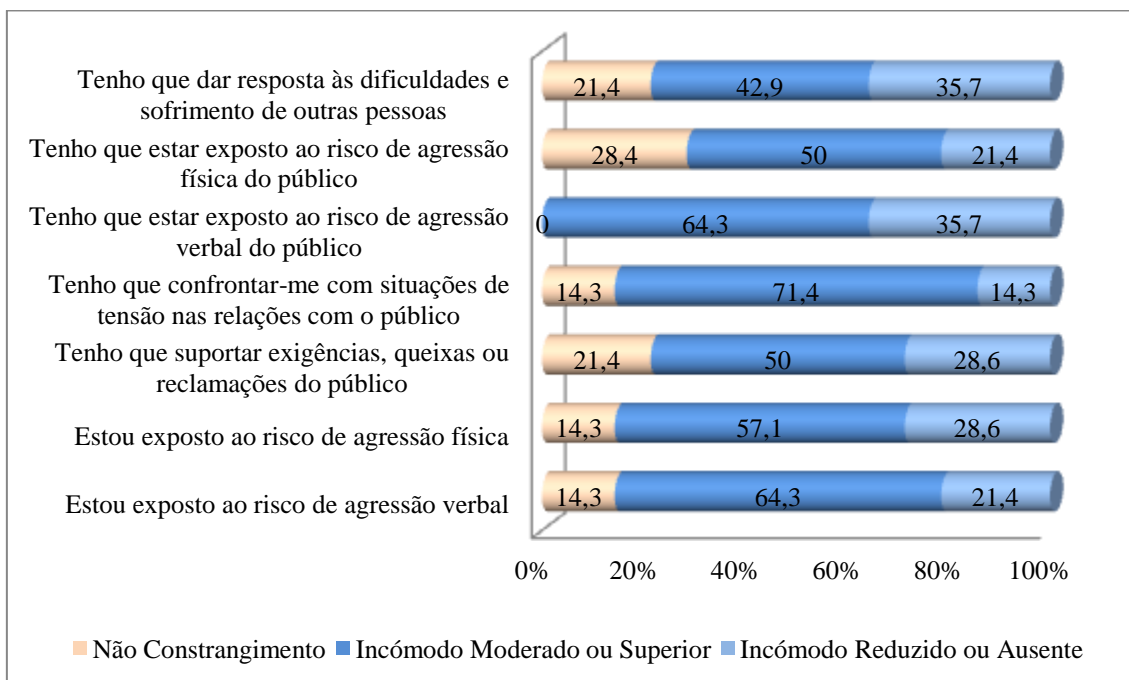
Simultaneamente, os profissionais de saúde referem que estas situações são motivadas pela falta de informação do público no que respeita ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e ao papel que estes desempenham, como se lê nas seguintes palavras: “(...) *toda a gente acha que nós é que temos que fazer tudo! A família não tem que fazer nada! Eles estão a pagar! É para nós fazermos...*” (EC1).

- *Tenho que dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas* – é um constrangimento encontrado por 78,6% (n=11) dos indivíduos, sendo que para 42,9% (n=6) corresponde a motivo de incómodo moderado ou superior.

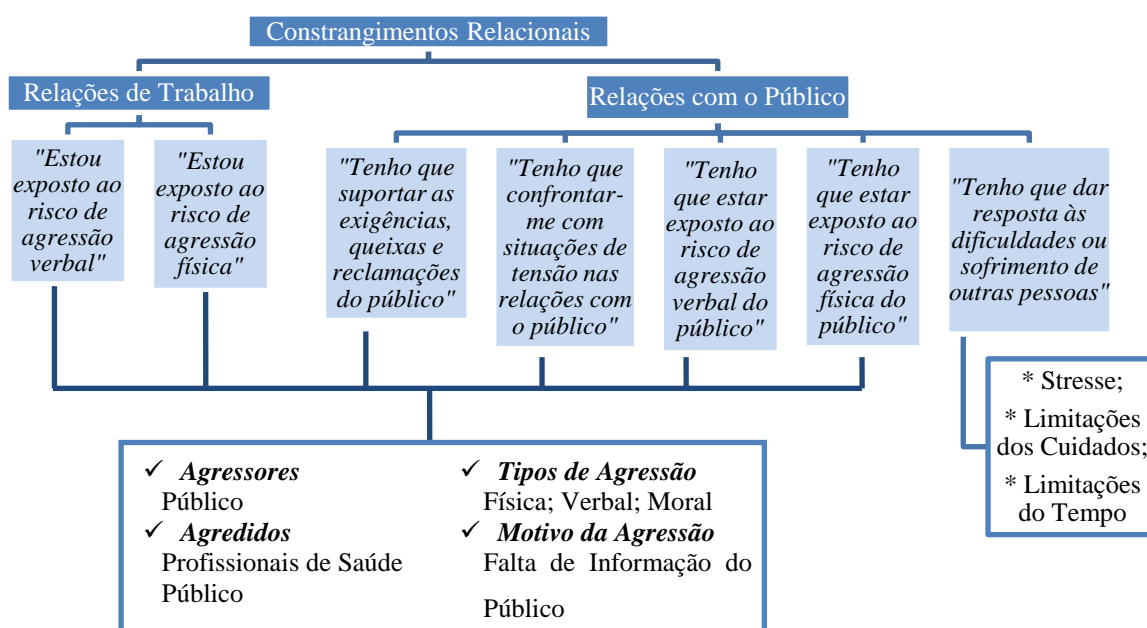
Acerca deste assunto, tal como representado no Esquema III, os profissionais de saúde acrescentaram que a sua origem está: no stress que estas situações provocam no trabalhador – conjunto de perturbações físicas e psicológicas provocadas, no trabalhador, pelo sofrimento das outras pessoas – como consta no seguinte depoimento: “(...) *que eles às vezes estão de tal maneira que nos põem doentes.*” (EC1); nas limitações dos cuidados dado que os profissionais de saúde consideram que os cuidados prestados não são suficientemente eficazes para aliviar o sofrimento do utente, como se pode ver nas palavras

de um dos entrevistados: “*custa sempre não conseguir aliviar a dor.*” (EC3); e finalmente devido às limitações do tempo, consequência do volume de trabalho e que levam o profissional de saúde a sentir que deveriam ter mais tempo para dedicar ao utente, como foi referido na entrevista: “*Mas é pena não termos mais tempo para eles. A maior parte dos utentes padece muito de solidão e nota-se que eles estão muito carentes só de... de falar!*” (EC2)

**Gráfico IV – Incómodo gerado pelos Constrangimentos Relacionais existentes na UCCI-MDR**



**Esquema III – Motivo do Incómodo gerado pelos Constrangimentos Relacionais, existentes na UCCI-MDR**



### ***c) Constrangimentos inerentes às características do trabalho na UCCI-MDR***

Ao investigar a exposição dos trabalhadores aos constrangimentos inerentes às características do trabalho atual deste local de trabalho, pretende-se contribuir para a compreensão e identificação das condições e características do trabalho atual que podem desencadear PME, nestes profissionais de saúde.

Como se pode observar no Gráfico V, da análise dos dados obtidos surge que os ***constrangimentos relacionados com as características do trabalho*** identificados foram:

- *É um trabalho onde faltam equipamento/instrumentos adequados* – é uma característica apontada por 92,9% (n=13) dos trabalhadores e representa incómodo moderado ou superior para 78,6% (n=11).

No que respeita a esta característica foi possível verificar, como consta Esquema IV, a sua presença no dia-a-dia destes profissionais dado que eles proferiram que existe falta de material, de onde se destaca a seguinte declaração: *“A falta de equipamentos... posso falar aqui no monitor [cardíaco], cadeiras de rodas. Posso falar aqui em instrumentos que são essenciais na reabilitação, por exemplo uma tábua de transferência; muitas outras coisas... andarilhos que não chegam.”* (EC3).

As condições do material são outro motivo de incómodo, dado o material que existe não tem o melhor estado de conservação, situação para a qual contribuem as deficitárias manutenções, como se percebe das seguintes declarações: *“Há uma cadeira que serve... que anda toda de lado... não anda. Anda! Anda a rastos se não tiver doentes em cima.”* (EC1); *“Tá tudo estragado... tudo, o que veio para aqui... também não há manutenção.”* (EC1)

Finalmente, os profissionais de saúde referiram também que os utensílios são inadequados, ou seja que existem ferramentas de trabalho que não estão adaptadas à finalidade a que se destinam. Acerca do qual se destaca o seguinte depoimento: *“até as cadeiras higiénicas não são adequadas para este serviço porque não entram na sanita...”* (EC1)

- *É um trabalho que, de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias* – esta é uma característica admitida por 50% (n=7) dos profissionais de saúde representando para 42,9% (n=6) destes motivo de incómodo moderado ou superior.



Embora estes dados não correspondam à regra pré-estabelecida para a análise eles foram considerados pela expressividade que este assunto teve durante as entrevistas coletivas. Pois como consta do Esquema IV, os profissionais de saúde acrescentaram que sentem falta de compreensão dado que os seus superiores demonstram não perceber como se desenvolve a sua atividade profissional, como consta da seguinte expressão: “(...) *pode meter as luvas nas mãos e andar aí a desfilar, que ele acha que está a trabalhar. Eu acho que eles não têm a perfeita noção do que nós fazemos.*” (EC2)

Dizem, também, sentir falta de reconhecimento, nomeadamente ausência de valorização do trabalho desenvolvido. Reportando-se a este assunto com expressões como a seguinte: “*aqui no hospital dão mais valor a outras profissões, eu acho!*” (EC3)

Finalmente, outro motivo de incómodo deste desconforto prende-se com a falta de incentivos, ou seja, a falta de atos de apoio e de estímulo para o trabalhador desenvolver a sua atividade profissional, tal como sobressai dos seguintes testemunhos: “(...) *acho que falta muito aquela palavra de apreço pelo nosso trabalho...*”(EC1); “*É um elogio... aquela palmada nas costas para a gente saber que está a ir no caminho certo.*” (EC1)

- *É um trabalho que dificilmente poderei realizar quando tiver 60 anos* – esta característica é sustentada pela totalidade dos participantes. Representa incómodo moderado, ou superior para 85,7% (n=12) dos trabalhadores

No Esquema IV, pode verificar-se que os trabalhadores consideram não ser capazes de realizar estas atividades profissionais quando tiverem mais de 60 anos, por um lado porque consideram que existirá um trabalho desajuste psicológico, ou seja, julgam que nessa altura não terão condições psicológicas e emocionais para conseguir realizar estas atividades, como se pode verificar no seguinte testemunho: “*É muito desgastante. Porque em termos físicos e psicológicos...*” (EC3).

Existe, por outro lado, um desajuste físico que também contribui para que os trabalhadores pensem que aos 60 anos não conseguirão realizar estas atividades profissionais. Isto é, que para estes profissionais trata-se de um trabalho que com elevada exigência física à qual não terão condições de dar resposta. Tal como demonstram os seguintes depoimentos: “*acima de tudo por causa do esforço... e não vamos conseguir dar resposta.*” (EC2); “*Quando é que eu com 60anos consigo transferir um doente com 80kg ou 90? Não consigo!!*” (EC3)

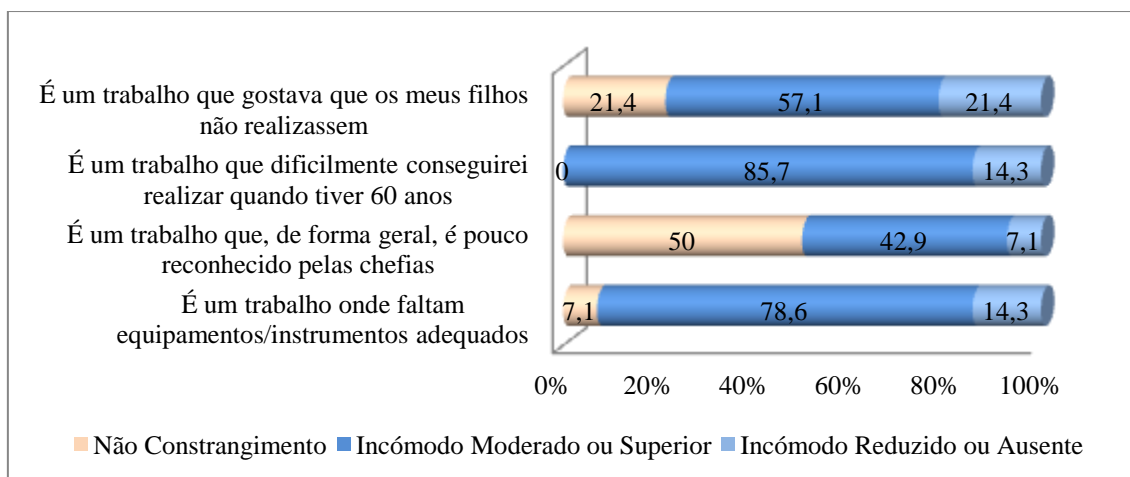
- *É um trabalho que gostava que os meus filhos não realizassem* – esta descrição é efetuada por 78,6% (n=11) dos trabalhadores e representa incómodo moderado ou superior para 57,1% (n=8) e destes.

Estes trabalhadores referem, como apresentado no Esquema IV, quatro motivos para não gostarem que os seus filhos realizassem estas atividades profissionais. A visibilidade social da profissão que os profissionais classificam como profissões mal entendidas, pouco respeitadas e pouco valorizadas, como se percebe nas seguintes palavras: *“O problema é que nós vemos o doente a recuperar, mas quem curou foi o médico, quem o pôs a andar foi o fisioterapeuta... Agora você que esteve aqui de dia e de noite, a ajudá-lo, a mudar-lhe a fralda, a pô-lo a comer... só interessa quem o pôs a andar! Se puseram... porque se ele não conseguiu andar, então isto tudo não valeu de nada...”* (EC1)

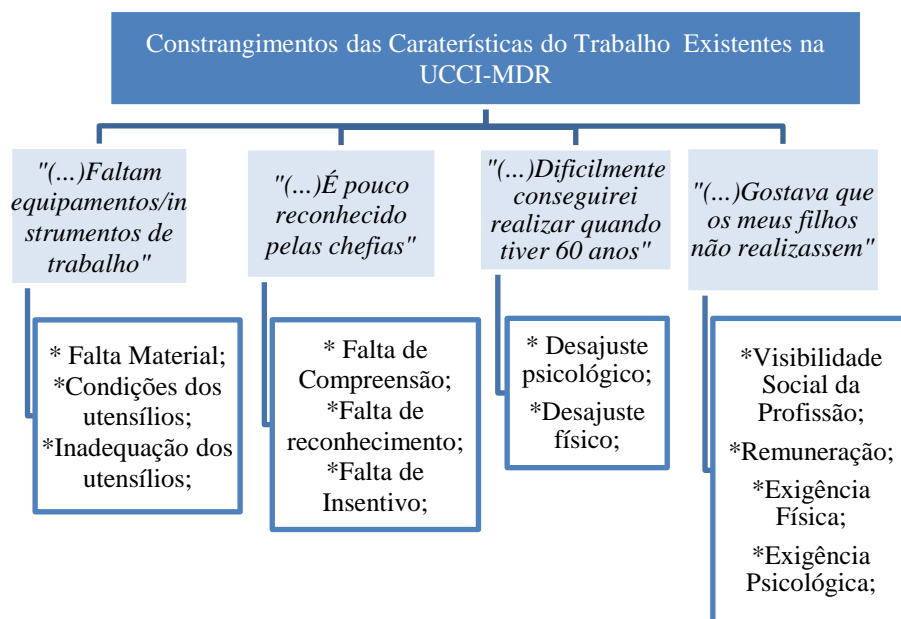
Outro motivo é a remuneração que na opinião destes é desproporcional comparativamente com a natureza destas profissões, nomeadamente a responsabilidade a que obriga, como se verifica na declaração: *“(...) com a fraca remuneração tendo em conta a responsabilidade e o tipo de trabalho que tens (...)”*(EC1).

Finalmente, os profissionais de saúde referem as exigências físicas e psicológicas, como sendo outros dois motivos que justificam este constrangimento, sendo que por exigência física e psicológica são entendidas as aptidões físicas e psicológicas necessárias à realização desta atividade. Como consta das seguintes palavras: *“É muito esforço físico.”* (EC2); *“(...) tem alturas que a gente vai daqui e sabe que esteve a ajudar as pessoas que precisam mesmo de ser ajudadas (...) Quem faz este trabalho tem que gostar daquilo que faz porque se não também... deus me livre!!”* (EC3)

**Gráfico V - Incómodo gerado pelos Constrangimentos das Características do Trabalho**



#### Esquema IV – Motivo do Incômodo causado pelos Constrangimentos das Características do Trabalho



#### d) Condições de Vida fora do Trabalho

Conhecer as condições de vida fora do trabalho atual permite contribuir para a compreensão e identificação das condições e características do trabalho atual que podem desencadear PME, nestes profissionais de saúde.

Após análise dos dados recolhidos, como surge no Gráfico VI, verificou-se que os profissionais de saúde dizem conseguir frequentemente conciliar a vida do trabalho com a vida fora do trabalho.

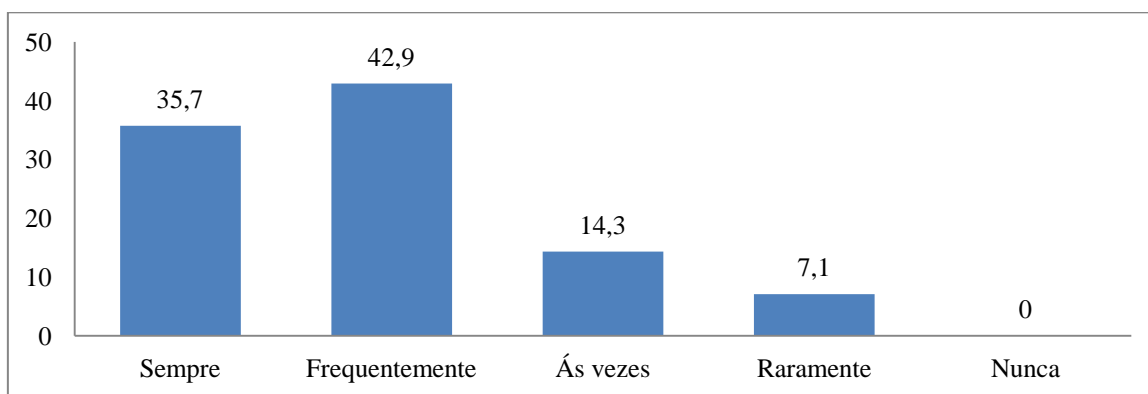
Simultaneamente a conciliar a vida do trabalho com a vida fora do trabalho é motivo de incômodo para todos os trabalhadores, sendo que para 42,9% (n=6) representa incômodo moderado ou superior, tal como se pode constatar no Gráfico VII.

A justificação encontrada para o incômodo gerado pela conciliação entre a vida de trabalho com a vida fora do trabalho, como se pode ver no Esquema V, está relacionada com as alterações no horário, na medida em que estas alterações são consequência da adaptação dos horários de outros colegas, como se referiu um profissional dizendo: “Uma pessoa que ‘tá só a fazer manhãs porque tem filhos e tem que os ir buscar à tarde à escola, os que não tem filhos já sabem o que fica: com a tarde e noite, mais nada!” (EC1); esta alteração do horário pode, ainda, incluir a dificuldade de realizar trocas entre colegas de forma a conseguir de ajustar o horário às suas necessidades: como referiu um profissional: “Porque nem sempre as trocas são aceites.” (EC3)

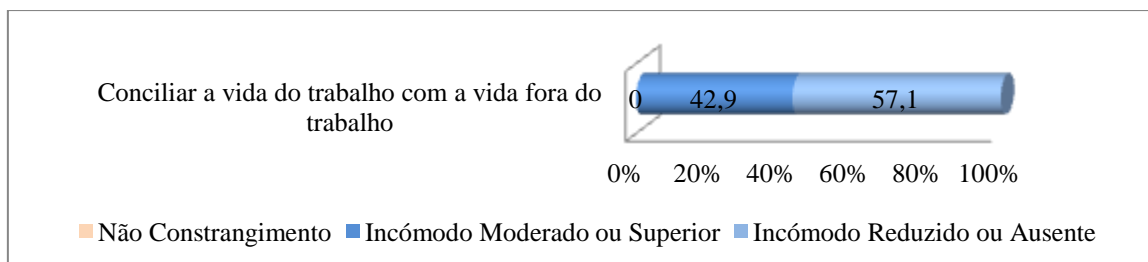
Os profissionais justificam, também, este incómodo pela necessidade de depende de terceiros para conseguir dar resposta aos desafios diários da vida familiar, como é visível na seguinte declaração: “*eu que tenho filhos. Tenho que depender das outras pessoas para poder [trabalhar] ...*” (EC3)

Há ainda quem apresente como justificação um acréscimo de despesa. Isto é, há trabalhadores que para conseguirem obter a conciliação entre a vida do trabalho e a vida fora do trabalho utilizam estratégias que conduzem ao aumento dos seus encontram encargos financeiros. Como mostra o testemunho: “*(...) às vezes vou levá-la à minha mãe de táxi e venho, pago 15€. E venho trabalhar, ganho 10€...*” (EC1)

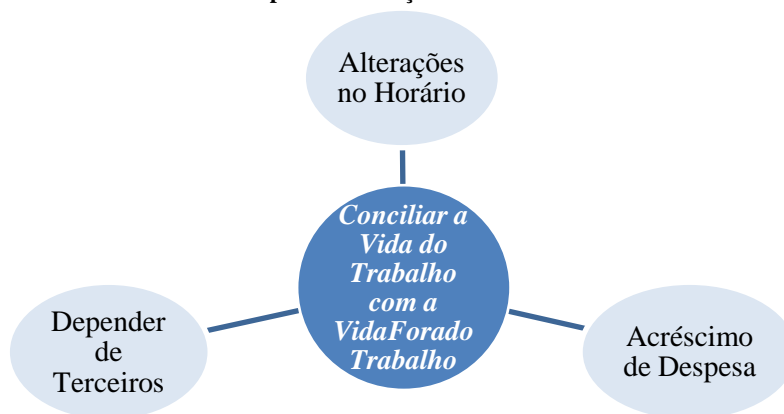
**Gráfico VI – Frequência Conciliação da Vida do Trabalho com a Vida Fora do Trabalho**



**Gráfico VII – Incómodo gerado pela Conciliação da Vida do Trabalho com a Vida Fora do Trabalho**



**Esquema V – Motivo do Incómodo causado pela Conciliação da Vida do Trabalho com a Vida Fora do Trabalho**



## ***1.2 – REPERCUSSÕES QUE AS CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO ATUAL TÊM NA SAÚDE E BEM-ESTAR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE PODEM DESENCADear PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS***

Ao definir como objetivo analisar as repercussões que as condições e características do trabalho atual na saúde e bem-estar do profissional de saúde que podem desencadear PME, pretende-se perceber como interpretam, os profissionais, o efeito que os constrangimentos deste local de trabalho têm na sua saúde e bem-estar. Para isso, procurou-se dar resposta às seguintes questões: - Quais os acidentes de trabalho e doenças profissionais frequentemente vividas pelo profissional de saúde da UCCI-MDR?; - Qual a percepção que o profissional de saúde da UCCI-MDR tem acerca da informação que dispõe sobre os riscos profissionais a que está exposto?; - Quais os problemas de saúde referidos, pelos profissionais de saúde da UCCI-MDR, que são consequência das condições e características do trabalho existentes neste serviço?; e finalmente - Quais as consequências que as condições de trabalho atuais conferem à saúde e bem-estar do profissional de saúde da UCCI-MDR?

### ***a) Acidentes de trabalho e doenças profissionais frequentemente vividas pelos profissionais de saúde***

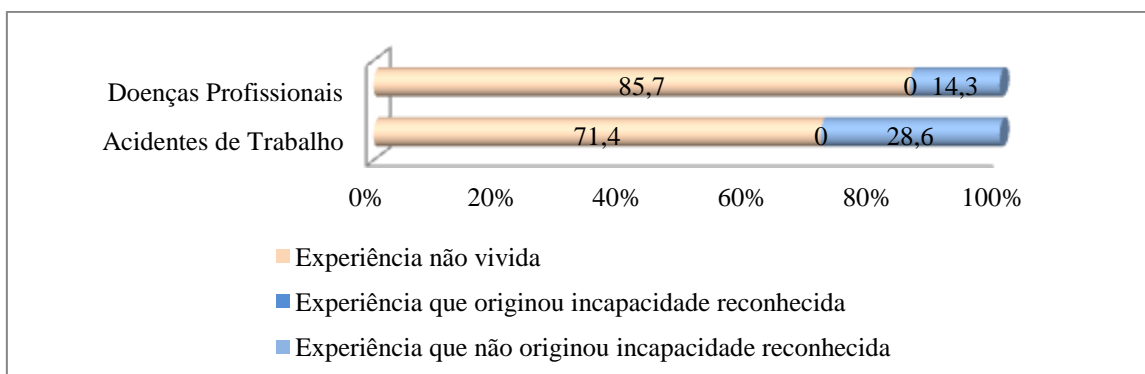
Ao pesquisar a incidência dos acidentes de trabalho e doenças profissionais vividas por estes trabalhadores, procura-se encontrar as repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na saúde e bem-estar do profissional de saúde que podem desencadear Perturbações Músculo-Esqueléticas.

Assim, observando o Gráfico VIII, percebe-se que 28,6% (n=4) dos profissionais de saúde referiram ter tido pelo menos um episódio de acidente de trabalho, porém em nenhuma das situações foi reconhecida qualquer incapacidade para o trabalho. As doenças profissionais foram diagnosticadas a 14,3% (n=2) dos indivíduos, mas de nenhuma resultou qualquer incapacidade reconhecida.

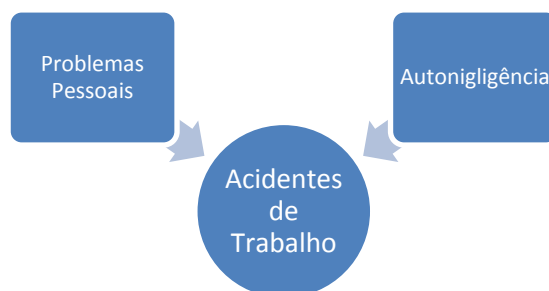
Como demonstrado no Esquema VI, os profissionais de saúde referiram que os principais motivos para os acidentes de trabalho são a autonegligência relativamente à sua saúde, durante o desenvolvimento do seu trabalho, como se pode verificar nas seguintes palavras: “*Nós é que não aplicamos bem a força. Colocamos nas costas, nos braços quando devíamos fazer com as pernas... nós sofremos por ser mais rápido e por*

*desleixo... ” (EC1); bem como os problemas pessoais, ou seja, problemas que o trabalhador vive, não relacionados com o trabalho, e que afetam a sua atuação durante o se dia de trabalho. Tal como se pode constatar no testemunho seguinte: “(...) já vimos para aqui enervados, e depois as campainhas a tocar, tudo ao mesmo tempo... é claro que o doente vai voar na transferência...” (EC1)*

**Gráfico VIII – Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais Vividas pelos Profissionais de Saúde da UCCI-MDR**



**Esquema VI – Motivos dos Acidentes de Trabalho**



***b) Percepção acerca da informação que dispõem sobre os riscos profissionais a que está exposto***

Abordando a percepção que os profissionais de saúde têm acerca da informação que dispõem sobre os riscos profissionais, pretende-se contribuir para a identificação e compreensão das repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na saúde e bem-estar do profissional de saúde, que podem desencadear PME.

Analisando a Gráfico IX, percebe-se que os profissionais de saúde referem:

- *Ter informação sobre os riscos resultantes do meu trabalho* – foi referido pela totalidade dos inquiridos sendo que todos consideram ter informação em grau moderado ou superior.

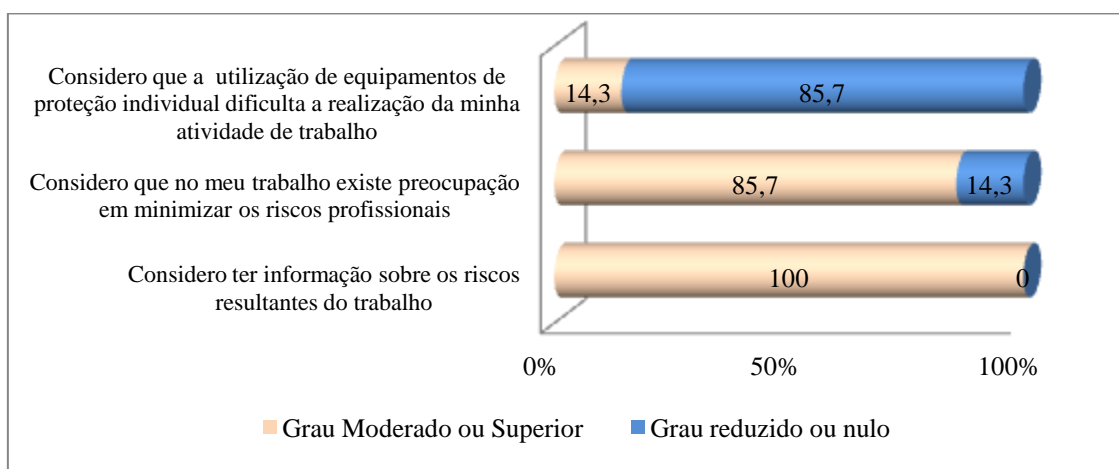
Porém da conversa com estes profissionais, como mostra o Esquema VII, pode verificar-se que eles defendem a necessidade de relembrar de conhecimentos acerca dos riscos profissionais a que estão expostos, como se pode ler nas declarações seguintes: “*acho que é sempre bom falar nesse assunto, apesar de nós sabermos...*” (EC3); “*(...) nós não temos formação por exemplo a esse nível, para lidar com esse stresse emocional, ou psicológico, isso não temos formação nenhuma... temos a formação básica do curso.*” (EC1)

- *Que no meu trabalho existe preocupação em minimizar os riscos profissionais* – todos os profissionais de saúde consideram existir preocupação em minimizar os riscos profissionais. Acrescentado que, para 85,7% (n=12) destes, a preocupação é considerada em grau moderado ou superior.

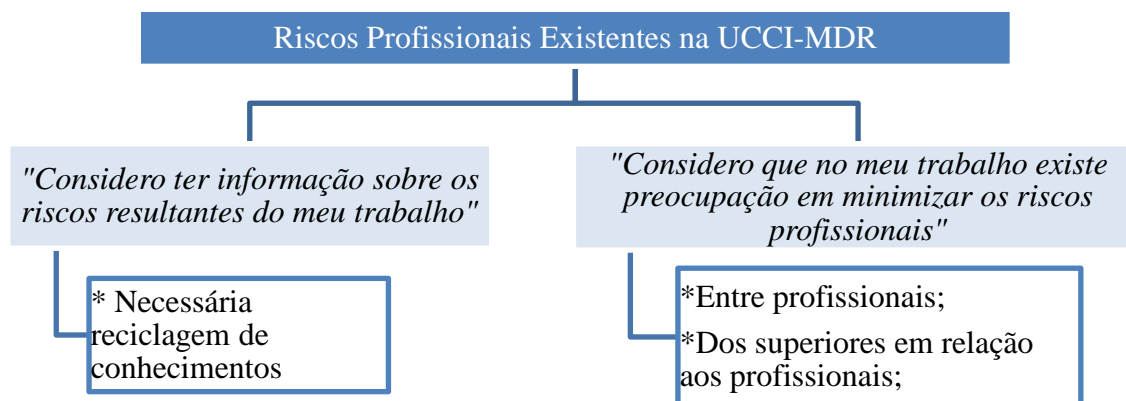
Sobre este assunto, como reflete o Esquema VII, os profissionais de saúde referiram que, a preocupação se verifica entre os profissionais onde se inclui o coordenador, como se pode ler nas expressões: “*acho que é de toda a gente em geral. Porque o chefe também se preocupa com isso.*” (EC2); “*Não queremos que ninguém seja prejudicado com o trabalho.*” (EC3)

Contudo, os profissionais referem não sentir essa preocupação junto dos superiores hierárquicos, pois referem: “*(...) não há nenhuma figura que esteja preocupada em minimizar os nossos riscos profissionais.*” (EC1); tal como referem que “*ninguém tem a preocupação de saber se você está bem, ou se não está bem para fazer o seu trabalho... depois só ficam preocupados consigo é se meter uma baixa porque realmente não consegue trabalhar porque psicologicamente não dá mais.*” (EC1)

**Gráfico IX – Riscos Profissionais em Saúde**



## Esquema VII – Percepção, dos Profissionais de Saúde, sobre os Riscos Profissionais



### *c) Problemas de saúde que são consequência dos constrangimentos existentes neste serviço*

Os problemas de saúde foram tratados por forma a perceber quais as repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na saúde e bem-estar do profissional de saúde, que podem desencadear PME.

Assim, como consta no Gráfico IX, 64,3% (n=9) dos profissionais de saúde referem que a sua saúde está ou já foi afetada pelo trabalho que desempenham. O que representa para estes participantes motivos de incómodo em grau moderado ou superior.

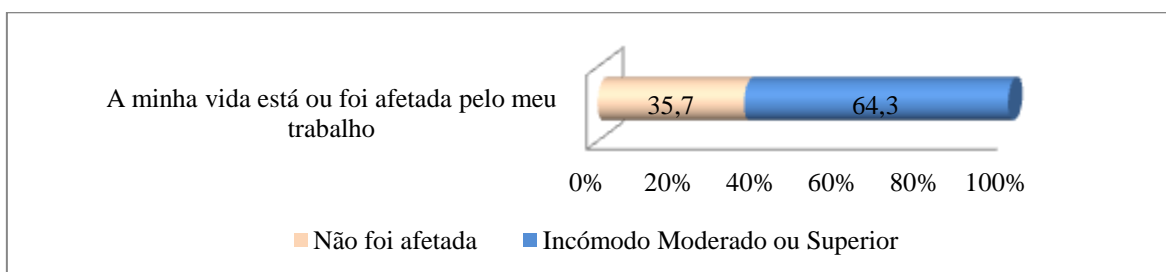
No que diz respeito aos problemas de saúde que afetam o profissional de saúde, e de acordo com o Gráfico X, verificou-se que, por ordem descendente de frequência, os principais problemas são: as dores de costas reveladas por 78,6% (n=11) das respostas que dizem, também, que 64,3% (n=9) destas foram causadas pelo trabalho; as varizes referidas por 42,9% (n=6) dos indivíduos e unânimes em referir cuja origem esteve no trabalho; os problemas músculo-esqueléticos apontados por 35,7% (n=5) dos trabalhadores sendo que destes 28,6% (n=4) foram causados pelo trabalho; o adormecimento frequente dos membros verbalizado por 35,7% (n=5) dos profissionais de saúde, unânimes em dizer que a sua origem se relacionou com o trabalho; os problemas de sono são confessados em 35,7% (n=5) das respostas e em 21,4% (n=3) das quais atribuídos ao trabalho; as alergias também apontadas por 35,7% (n=5) dos trabalhadores e 21,4% (n=3) destes dizem ser causadas pelo trabalho; as dores de cabeça, também referidas por 35,7% (n=5) dos indivíduos, sendo que para 21,4% (n=3) destes forma agravadas pelo trabalho; problemas nervosos apontados por 21,4% (n=3) dos trabalhadores sendo que destes 7,1% (n=1) foram



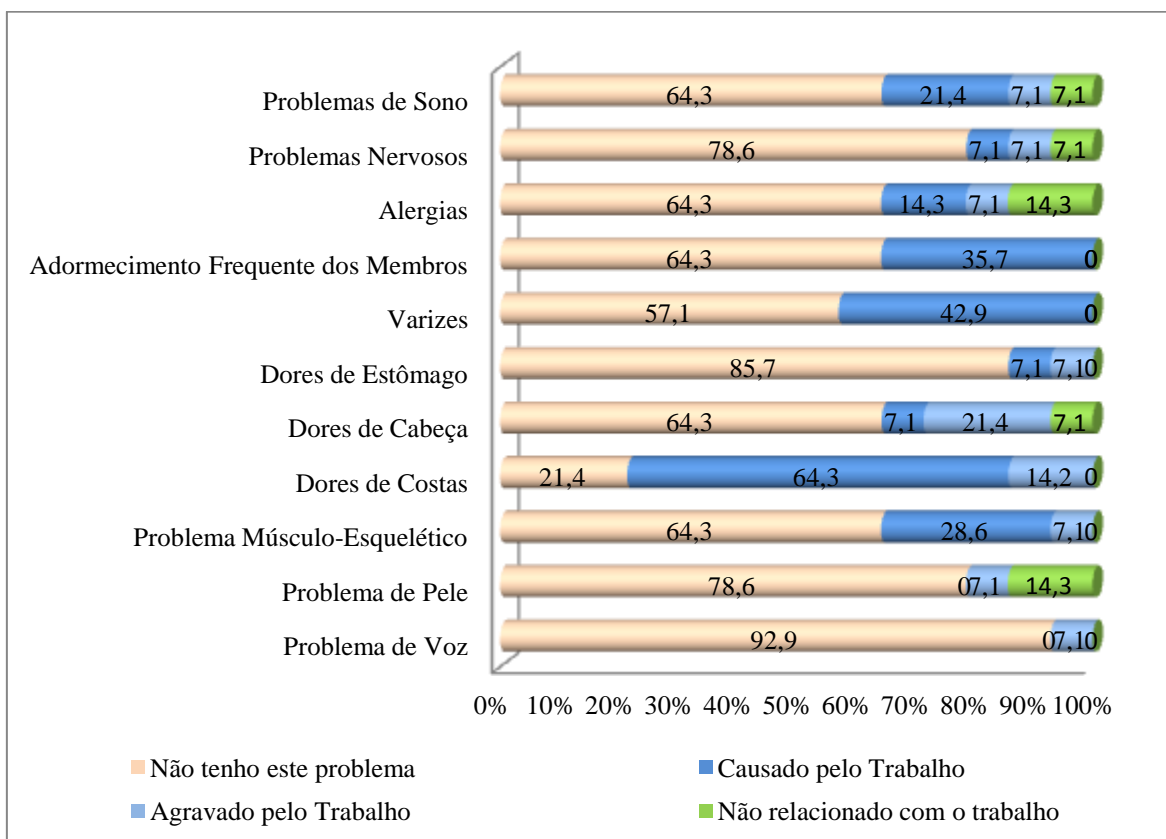
causados pelo trabalho; as *dores de estômago* verbalizadas por 14,3% (n=2) dos profissionais de saúde e para 7,1% (n=1) foram causadas pelo trabalho; os *problemas de pele* são confessados em 21,4% (n=2) das respostas e em 7,1% (n=1) das quais agravadas pelo trabalho; e finalmente os *problemas de voz*, referidas por 7,1% (n=1) dos indivíduos e que forma agravadas pelo trabalho.

Porém, foi possível constatar que, conforme os dados do Gráfico XI, nos últimos dozes meses os trabalhadores que faltaram ao trabalho por mais de três dias consecutivos o fizeram por problemas de saúde relacionados com os filhos e a família ou por outros problemas de saúde que não relacionados com o trabalho.

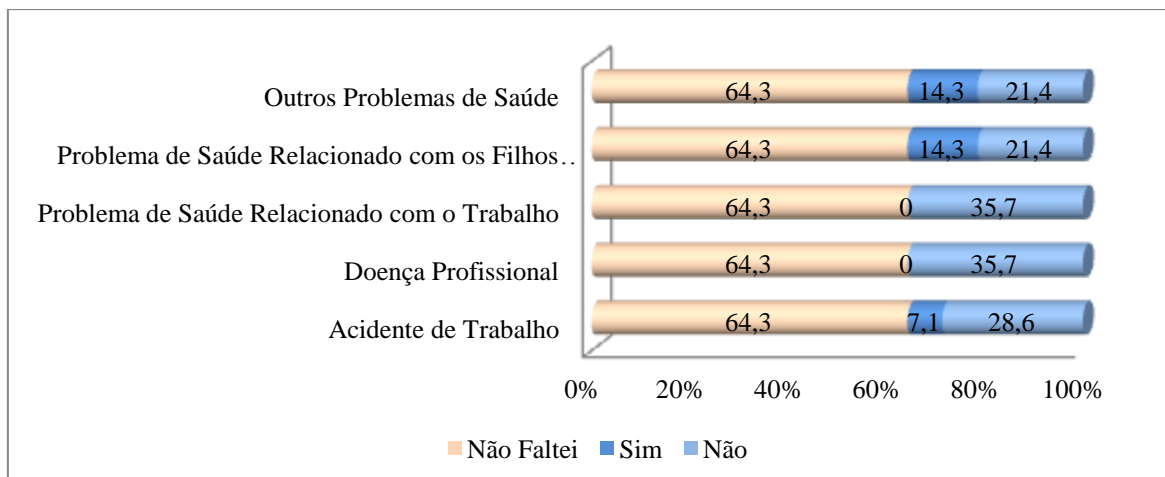
**Gráfico X – Influência do Trabalho na Sade dos Profissionais de Saúde**



**Gráfico XI – Relações dos Problemas de Saúde dos Trabalhadores com a Atividade Profissional**



**Gráfico XII – Motivo de Falta ao Trabalho, por mais de 3 dias, nos últimos doze meses**



**d) Percepção sobre as consequências que as condições de trabalho atuais conferem à sua saúde e ao seu bem-estar**

Inserido na estrutura do INSAT2010 encontra-se o Perfil de Saúde de Nottingham. Trata-se de um instrumento genérico que avalia a qualidade de vida analisando seis dimensões de saúde: a mobilidade física, a dor, a energia, as reações emocionais, o sono e o isolamento social.

Analisando os dados obtidos sob o olhar do Perfil de Saúde de Nottingham (NHP), pode dizer-se que, na opinião dos profissionais de saúde, as atuais condições de trabalho proporcionam alterações nas respetivas qualidade de vida. Pois, tal como se verifica no Quadro I, a dimensão de saúde da **dor** encontra-se alterada já que os profissionais de saúde a caracterizam utilizando as expressões: “tenho dores durante a noite”; “tenho dores ao andar” e “as dores não me largam”. Simultaneamente, quando das entrevistas a dor foi caracterizada como na seguinte expressão: “(...) ficamos com uma dor, para conseguir equilibrar o doente (...)”(EC1)

No que respeita à dimensão de saúde **mobilidade física** nota-se que também neste domínio surgem sinais de falta de harmonia pois frequentemente os inquiridos referiram “ter dificuldade em baixar-se” ou mesmo “ter dificuldade em estar em pé durante muito tempo”.

Outra situação de saúde que se encontra alterada é a do **sono** pois não são raras as vezes que os indivíduos dizem “levar muito tempo a adormecer”, ou que “acordam muito cedo e tem dificuldade em voltar a adormecer”, ou ainda dizem que “dormem mal durante

a *noite*”. Acrescento que quando da apresentação dos resultados, sobre o sono um participante referiu: “*O sono, sem dúvida!*” (EC3)

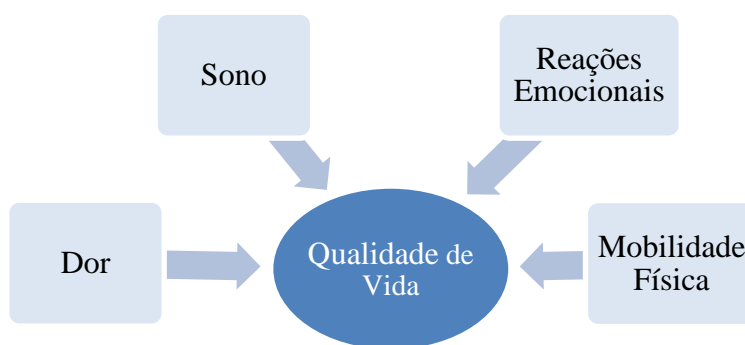
Verificou-se, também que a dimensão de saúde das **reações emocionais** se apresenta alterada já que os profissionais de saúde referem “*sentir-se nervosos, ou tensos*” e dizem, ainda que “*ultimamente perdem a paciência com facilidade*”. Estes fatos foram comprovados posteriormente, como se pode verificar nas expressões: “*A minha está... a parte emocional, às vezes chego a casa quase sem paciência...*” (EC1); “*E as reações emocionais também! São muitas horas aqui dentro. É desgastante em termos emocionais!*” (EC3)

Finalmente, no que respeita às dimensões de saúde: energia e isolamento social, tal como mostra a ausência de caracterização no Quadro I, esclarece-se que não se verificaram alterações em nenhuma destas dimensões.

**Quadro I - A Qualidade de Vida dos trabalhadores da UCCI-MDR segundo o Perfil de Saúde de Nottingham**

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES DA UCCI-MDR	<b>DOR</b>	<p>“Tenho dores durante a noite;”</p> <p>“Tenho dores quando estou de pé;”</p> <p>“Tenho dores ao andar;”</p> <p>“Tenho dores quando estou sentado;”</p> <p>“Tenho dores insuportáveis;”</p> <p>“Tenho dores quando mudo de posição;”</p> <p>“As dores não me largam;”</p>
	<b>SONO</b>	<p>“Levo muito tempo a adormecer;”</p> <p>“Acordo muito cedo e tenho dificuldade em voltar a adormecer;”</p> <p>“Durmo mal de noite;”</p>
	<b>MOBILIDADE FÍSICA</b>	<p>“Tenho dificuldade em baixar-me;”</p> <p>“Tenho dificuldade em estar em pé durante muito tempo;”</p>
	<b>REAÇÕES EMOCIONAIS</b>	<p>“Ultimamente perco a paciência com facilidade;”</p> <p>“Sinto-me nervoso ou tenso;”</p>

**Esquema VIII – Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde, segundo o Perfil de Saúde de Nottingham**



### ***1.3 – ESTRATÉGIAS QUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE UTILIZAM PARA PREVENIR E MINIMIZAR AS REPERCUSSÕES DAS CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO ATUAL QUE PODEM DESENCADear PME, NA SUA SAÚDE***

Com o terceiro objetivo desta investigação pretende-se analisar as estratégias que os profissionais de saúde utilizam para prevenir e minimizar as repercussões que as condições e características do trabalho atual que desencadeiam Perturbações Músculo-Esqueléticas na sua saúde. Isto é, aspira-se ficar a conhecer quais os comportamentos que o profissional de saúde utiliza para prevenir e minimizar, as repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na sua saúde.

Assim, após analisar as entrevistas coletivas foi possível verificar, tal como mostra o Esquema IX, que estas estratégias são: a medicação; a massagem; a partilha de sentimentos e o sacrifício.

No que respeita à medicação ficou demonstrado que esta pode incluir a medicação prescrita pelo médico ou a automedicação, mas sempre tem como finalidade o alívio dos sintomas. Tal como se pode verificar nos seguintes testemunhos: “(...) *se me doem as costas utilizo uma intramuscular de relmus e diclofnac que é muito bom (...)*” (EC1); “*Também recorremos muito aqui aos nossos médicos (...). Eles acabam por nos medicar e nós vamos aguentando.*” (EC3)

Relativamente à massagem pôde-se perceber que se trata da técnica não farmacológica de alívio da dor e tensão muscular, tal como os profissionais referiram: “*uma massagenzinha ... às vezes recorremos aos nossos fisioterapeutas (...)*” (EC3)

A partilha de sentimentos refere-se a um conjunto de hipóteses exteriorização de sentimentos com o intuito de promover o bem-estar psicológico, nomeadamente o riso, o canto e a conversa, tal como se pode ler nos seguintes testemunhos: “(...) *vamos conversando, bebem-se uns copos, chegasse a casa e descarrega-se na mãe que não tem culpa nenhuma, coitada!*” (EC1); “*E depois vamo-nos rindo assim! Se nós andássemos aqui a chorar, coitados íamos sair daqui piores do que eles e não dávamos nada na vida.*” (EC1); “*Eu canto! Quem me vê cantar é porque estou mesmo lixada.*” (EC2)

Finalmente a ausência de estratégia para prevenir e minimizar o efeito dos constrangimentos, implicando a renúncia ou privação voluntária do trabalhador, relativamente ao direito à saúde. O que se encontra bem explícito nas seguintes palavras: “*Porque precisamos deste trabalho, vamos aguentando.*” (EC3)

**Esquema IX – Estratégias de Prevenção e Minimização as Repercussões das Condições e Características do Trabalho que podem desencadear PME utilizadas pelos profissionais de saúde**



## **2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados obtidos durante esta investigação decorreram das respostas ao INSAT2010 e às entrevistas em grupo aplicadas a uma amostra composta por 14 profissionais de saúde (7 Enfermeiros e 7 AAM) cuja média de idades é de 30,2 anos. No que respeita ao estado civil 50% (n=7) dos indivíduos são casados e os restantes são solteiros e 64,3% (n=9) dos trabalhadores não têm filhos. O tempo de serviço médio nesta profissão é de 6 anos, coincidentemente com o tempo de serviço médio na instituição. Relativamente aos contratos de trabalho, 92,9% (n=13) dos profissionais cumprem contratos de trabalho sem termo com um de horário de trabalho misto (composto pelos três turnos possíveis).

Desta forma, procurou-se analisar as condições e características do trabalho atual, que podem desencadear PME, nos profissionais de saúde de UCCI-MDR; analisar as repercussões que as condições e características do trabalho do trabalho atual têm na saúde e bem-estar dos profissionais de saúde de UCCI-MDR, que podem desencadear PME; e ainda, analisar as estratégias que os profissionais de saúde utilizam para prevenir e minimizar o efeito das condições e caraterísticas do trabalho atual que podem desencadear PME, têm na sua saúde.

### ***2.1– CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO ATUAL QUE PODEM DESENCADear PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE***

As condições e características do trabalho atual que podem desencadear PME nos profissionais de saúde da UCCI-MDR, consideradas para a construção desta investigação,

encontram-se classificadas em: condições do ambiente físico e constrangimentos físicos; constrangimentos organizacionais e relacionais; constrangimentos inerentes às características do trabalho; constrangimentos inerentes à influência das condições de trabalho na vida do profissional de saúde.

Relativamente às *caraterísticas do ambiente físico*, os profissionais de saúde referiram a *exposição ao calor/frio ou variações de temperatura* como um constrangimento que causa incómodo em grau moderado ou superior. Representando para estes trabalhadores, um constrangimento promotor do desenvolvimento de PME dado que a oscilação acentuada da temperatura obriga a que o organismo se defenda reagindo ao “*desconforto térmico o que pode impedir o desempenho e o comportamento de segurança dos trabalhadores, aumentando assim a probabilidade de acidentes de trabalho*” (EU-OSHA, 2006, p.2).

No que respeita aos *constrangimentos físicos*, os profissionais de saúde referiram ser:

- *obrigados a adotar posturas penosas* durante a execução dos treinos de marcha, de posicionamentos e transferências e de cuidados de higiene. Explicando que este constrangimento resulta da falta de formação dos profissionais acerca das posturas a adotar durante o trabalho, bem como da condição de saúde dos utentes no que respeita às capacidades físicas e psicológicas para conseguir realizar as suas atividades de vida diária.
- *obrigados a fazer esforços físicos intensos* quer devido à condição de saúde dos utentes relativamente às capacidades físicas e psicológicas para conseguir realizar as suas atividades de vida diária; bem como devido à falta de material que facilite a execução das tarefas.
- *obrigados a permanecer muito tempo em pé com deslocamento*

Estes três constrangimentos deixam perceber que durante a atividade de trabalho, os profissionais de saúde estão expostos a situações onde têm de aplicar força muscular durante movimentos, nomeadamente quando os utentes não têm capacidades físicas e/ou psicológicas para colaborar com a execução da tarefa, sujeitando os profissionais a adotar posturas que contribuem para o desenvolvimento de PME. O que vem de encontro aos estudos de Moreira e Mendes, que referem que as PME são consequência da prática de enfermagem já que estes profissionais “*mobilizam rotineiramente materiais e equipamentos, com demanda de esforço físico, o que, associado à postura incorreta pode levar a uma sobrecarga de segmentos musculoesqueléticos*” (2005, p. 23).

Estes resultados estão, ainda, concordantes com o estudo de Fonseca e Fernandes (2010) onde foi possível verificar que as lesões das extremidades superiores distais, nos enfermeiros, estão relacionadas com a execução de movimentos repetitivos ou precisos e de força muscular executada pelos braços e mãos; que as lesões da região lombar, do pescoço, dos ombros e parte alta do dorso estão relacionadas com o posicionamento dos utentes e com as posturas inadequadas; e que, não são só as atividades que impliquem movimentação de utentes que devem requerer atenção, mas também as atividades que exijam grande esforço físico, tais como organizar equipamentos, mobiliários e matérias de consumo, já que todas elas têm forte relação com os riscos de PME na região lombar, pescoço, ombros e parte alta do dorso.

A falta de material, que é referida como um dos motivos para o profissional ser obrigado a fazer esforços físicos intensos, está relacionada com a utilização de ferramentas não compatíveis com a realização da tarefa (Veiga, 2005), ou com precária conservação do existente e exige dos profissionais um esforço físico maior e a adoção de posturas desadequadas, favorecendo o aparecimento de PME, tal como referiram Moreira e Mendes (2005).

*Ser obrigado a fazer deslocações profissionais frequentes*, (que para efeito deste estudo correspondem aos transportes) é um constrangimento que, embora no INSAT2010 se apresenta no conjunto dos constrangimentos físicos, pelos dados obtidos ele assume-se como constrangimento organizacional. Dado que, para os profissionais de saúde, causa incómodo devido: ao aumento do número de horas de trabalho; à gestão do turno (que implica aumento da carga de trabalho para os trabalhadores que ficam no serviço); à gestão dos transportes (que por norma implica que o auxiliar saiba minutos antes do transporte que está destacado para o fazer); à estratégia de pagamento que a administração utiliza para compensar o trabalhador pelas horas de trabalho relativas ao transporte; aos transtornos na vida pessoal do trabalhador, consequentes do aumento do número de horas de trabalho; às despesas que o trabalhador tem durante a execução dessa tarefa; à qualidade de cuidados prestados ao utente durante a tarefa; e finalmente, à dependência dos bombeiros para regressar à unidade.

Pelo que, se pode afirmar que este é um constrangimento fortemente promotor do desenvolvimento de PME dado que apenas nesta atividade se encontram diversos motivos, que na literatura são apontados como potenciadores de PME. A título de exemplo relembremos: Gomes (cit. por Leite & Uva, 2012) que refere que a sobrecarga de trabalho

e a “pressão do tempo” são referidas como as principais circunstâncias indutoras de stresse em profissionais de saúde e que estão fortemente relacionadas com a exaustão emocional. Trinkoff, et al. (cit. por Castro, et al., 2010) que no seu estudo verificou que existe associação entre horas extras obrigatórias e PME envolvendo o pescoço, ombros e costas. E também, Fonseca e Fernandes (2010) que referiram que os conflitos entre as exigências profissionais e a vida pessoal têm origem nas atividades ligadas ao cuidado de casa ou dos filhos contribuindo para o aparecimento de PME, na medida em que estas tarefas ocupam uma parcela significativa do tempo fora do trabalho.

No que refere aos *constrangimentos organizacionais* os dados recolhidos mostram que estes profissionais estão expostos a situações de ter que:

- *cumprir normas e prazos rígidos* – significando que, embora não tenha sido referido como motivo de incómodo, remete para a existência de tarefas cujo tempo para as executar é limitado sem que possam ser realizadas num outro momento, apesar deste estudo ter efetuado com profissionais de saúde.

- *ser frequentemente interrompido;*

- *apressar-se* – o que resulta do volume de trabalho enquanto elevada quantidade de tarefas que os profissionais de saúde têm que dar resposta durante a jornada de trabalho; da equipa do turno referindo-se ao número de elementos que num determinado dia se encontram destacados para cumprir o mesmo horário de trabalho; e do trabalho em equipa multidisciplinar direcionado para a conciliação das atividades diárias do serviço pelos elementos das diferentes equipas;

- *“saltar” ou encurtar uma refeição, ou mesmo nem realizar a pausa por causa do trabalho* – que está relacionado com a organização do turno (modo como a equipa atua para realizar as atividades do turno); com a gestão do tempo (utilização racional e controlada do tempo disponíveis, feita em função das refeições do trabalhador), e com as interrupções da refeição (refeições que são suspensas para atender às necessidades dos utentes)

- *dormir a horas pouco usuais por causa do trabalho* – que provoca transtornos na vida pessoal; dificuldade em regular o sono (incapacidade de ajustar o ciclo do sono, com o ciclo dia/noite); desgaste para o profissional (perda de energia e força para o trabalho);



- *ultrapassar o horário normal de trabalho* – que é consequência das estratégias de remuneração; organização do turno; equipa do turno; transtornos da vida pessoal; transportes.

Todos estes constrangimentos dizem respeito a alterações do *ritmo de trabalho* com que o profissional se depara e que interferem com os tempos de execução de uma determinada tarefa e que por sua vez interferem com a jornada de trabalho, atrasando-a. O que se encontra de acordo com o que Magnago, et al. comprovaram dado que estes autores referem que *“a aceleração do ritmo de trabalho, devido à sobrecarga de atividade, também é um agravante e pode levar o trabalhador de enfermagem à adoção de posturas penosas inadequadas, sendo fator de risco para dor em regiões centrais”* (2010, p. 145).

Assim, tal como se pode reparar estes constrangimentos estão de acordo com os dados teóricos que dizem que, por um lado, o trabalho em equipa, sobretudo na equipa multidisciplinar implica que o enfermeiro faça uma constante reprogramação das tarefas para se ajustar aos imprevisto, tal como defende Theureau (cit. por Martin e Gadbois, 2007). Por outro lado, as limitações na comunicação quer entre elementos da mesma equipa quer entre os elementos da equipa multidisciplinar que facilmente geram conflitos conduzindo a queixas generalizadas e a confusões diversas, o que interfere com o desenvolvimento do trabalho, como proferiram Osório, et al. (2011).

Simultaneamente verifica-se nestes dados que a execução do trabalho por turnos é constrangedora para estes profissionais de saúde. Já que, tal como referiram Moreira e Mendes (2005, p. 21) *“o trabalho noturno, por ser contrário à natureza do ser humano predominantemente diurno, provoca um quadro de stresse constante, revelando-se uma das formas mais perversas de organização temporal do trabalho. A privação do sono e a desestruturação dos ritmos biológicos afetam a saúde do trabalhador, tanto nos aspetos psíquicos, físicos e emocionais, quanto nos aspetos sociais, familiares e interpessoais”*. Pois, este tipo de horário, além provocar contrariedades fisiológicas, exige que o profissional tenha estratégias de organização particulares relativamente ao cotidiano da sua vida familiar de forma a conseguir dar respostas às solicitações do trabalho sem descurar as solicitações da sua vida pessoal (Osório, et al., 2011).

Os prazos rígidos de que estes constrangimentos nos falam, estão, na prática associados a uma sequência de tarefas que constam do trabalho prescrito. Porém, este é um trabalho que se desenvolve com e para pessoas pelo que, por vezes, os imprevistos impedem ou diminuem o tempo de realização de algumas tarefas. Significando, por isso

que neste contexto os prazos rígidos podem ser entendidos como sinónimo de sobrecarga de trabalho. Que, como anteriormente já foi explicado contribui para o desenvolvimento de PME, quer pela ansiedade de cumprir todo o trabalho dentro do tempo estipulado, quer pelo cansaço consequente do ritmo acelerado ou mesmo pela adoção de posturas penosas pelo trabalhador durante o trabalho.

Estes constrangimentos deixam perceber ainda que, outra condição associada à sobrecarga de trabalho é a não realização de pausas durante o mesmo ficando, mais uma vez, facilitado o desenvolvimento de PME. Pois, tal como descrito por Moreira e Mendes, (2005) as pausas têm como função permitir que o organismo reponha os seus níveis de energia para que posteriormente se possam desenvolver as diferentes atividades sem prejuízo do mesmo.

Ainda no conjunto dos constrangimentos organizacionais, quando são abordadas as questões relacionadas com a *autonomia e iniciativa*, estes profissionais referem ter autonomia para poder gerir a sua jornada de trabalho; não ser obrigados a realizar uma determinada tarefa de acordo com uma ordem pré-definida; não ser obrigados a respeitar os momentos de pausa de forma rígida; bem como não ter de obedecer a um horário de trabalho rígido. O que significa que o fato de existir flexibilidade na organização das tarefas, das pausas, bem como no cumprimento dos horários se torna uma mais-valia para os elementos da equipa e contribui para a proteção da sua saúde. Pois tal como foi comprovado no estudo de Magnago, et al. (2010) os trabalhadores que se encontram sujeitos a alta exigência e baixa autonomia têm hipóteses duas vezes mais elevadas de desenvolver dor nos ombros, quando comparados aos trabalhadores que estavam sujeitos a baixa exigência e alta autonomia.

Contudo, da análise do conjunto dos constrangimentos organizacionais surge uma incompatibilidade de resultados gerada pela flexibilidade na organização e desempenho das tarefas por oposição à sobrecarga de trabalho resultante de um ritmo de trabalho intenso; bem como da flexibilidade para a execução de pausa (nomeadamente pausas para refeições) por antagonismo ao não cumprimento, ou cumprimento inadequado de pausas para refeições. O que permite perceber que é necessária a implementação de estratégias que visem a melhoria da organização das tarefas, por parte dos profissionais de saúde.

Sobre os *constrangimentos relacionais*, os profissionais de saúde consideram-se expostos ao risco de agressão física, verbal e moral; identificando como agressores o público (utente/família). Sendo estes motivados pela falta de informação do público (que

desconhece como se processa o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e auxiliares). Encontrando-se, assim, de acordo com os dados da OMS (2003) que proferem que, em Portugal, os mais variados tipos de violência têm como autores mais frequentes os utentes e/ou famílias.

Um outro motivo sugerido, para justificar esta exposição dos profissionais de saúde, prende-se com o mau ambiente de trabalho enquanto circunstâncias relacionais que envolvem os trabalhadores influenciando os seus comportamentos e que se expressam em dificuldades de realização das suas atividades laborais. Revelando-se, mais um constrangimento facilitador do desenvolvimento de PME, dado que, tal como referiram Glaudston, et al., a desunião da equipa representa um problema gerador de sofrimento pois *“não contribui para um ambiente salutar tornando-se um fator desencadeador no processo que culminará nos transtornos oriundos do stresse nos profissionais”* (2010, p. 273). De onde surge a necessidade de implementar estratégias que tenham como objetivo promover a harmonia e as boas relações quer entre profissionais, quer entre os profissionais e os seus superiores.

Ainda acerca dos constrangimentos relacionais os dados revelam que *ter de dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas* é um constrangimento que se revela fonte de stresse para o trabalhador, causado pelas limitações dos cuidados na medida em que o profissional de saúde percebe não ser capaz de prestar cuidados suficientemente eficazes no alívio do sofrimento do utente. Como também, pelas limitações de tempo que resultam do volume de trabalho e que levam o profissional de saúde a sentir que deveriam ter mais tempo para dedicar ao utente. O que se mostra concordante com Leite e Uva quando estes autores referem que *“a proximidade com o doente que sofre e a (in)capacidade para responder às suas exigências emocionais e das suas famílias (...) pode causar estados mais ou menos permanentes de stresse no profissional de saúde, particularmente na presença de doentes considerados “difíceis”, ou seja, que rejeitam ou que exigem ajuda permanente”* (2012, p. 15).

No que concerne aos ***constrangimentos inerentes às características do trabalho*** os profissionais de saúde referiram que este é um trabalho:

- *onde faltam equipamentos/instrumentos adequados* – caracterizando-se pela falta de material; pelas condições do material que carece de conservação; bem como pela inadequação dos utensílios dado que os utensílios existentes não estão adaptados às finalidades a que se destinam.

- *que, de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias* – derivando da falta de compreensão uma vez que os superiores demonstram, não perceber como se desenvolve a atividade profissional; da falta de reconhecimento enquanto ausência de valorização do trabalho desenvolvido por estes profissionais; e falta de incentivo, nomeadamente, falta de atos de apoio e de estímulo para o trabalhador desenvolver a sua atividade profissional.

- *que dificilmente poderei realizar quando tiver 60 anos* – devido à falta de condições físicas e psicológicas para conseguir realizar a atividade profissional quando atingir esta idade.

- *gostava que os meus filhos não realizassem* – consequente da visibilidade social da profissão (forma como os elementos da sociedade mostram entender e valorizar a profissão de Enfermeiro e de AAM); da remuneração; e das exigências físicas e psicológicas.

Assim, destes quatro constrangimentos pode verificar-se que, mais uma vez, quer a falta de material, quer a desadequação do material à atividade profissional, bem como a sua conservação é uma condição pertinente para potenciar o desenvolvimento de PME. Pois, desta forma, fica dificultado o desenvolvimento da atividade profissional incitando o profissional de saúde a arranjar estratégias alternativas que, na sua maioria, se traduzem em sobrecarga músculo-esquelética.

O reconhecimento, pelas chefias, do trabalho que o profissional de saúde executa mostra-se aqui um constrangimento que contribui para o desenvolvimento de PME, na medida em que os profissionais referem ser pouco reconhecidos, pouco apoiados. O que se encontra de acordo com os dados da literatura que mostram que o autoritarismo das chefias influencia negativamente a saúde do trabalhador, repercutindo-se em distúrbios emocionais sintomas físicos de stresse, potenciando os acidentes de trabalho ou de doença profissional. (Moreira & Mendes, 2005; Glauddston, et al., 2010; Assunção & Filho, 2011)

A insatisfação profissional demonstrada na avaliação destes constrangimentos está relacionada com a visibilidade social que as profissões atualmente apresentam, com as remunerações auferidas, bem como às exigências físicas e psicológicas que têm que satisfazer para dar cumprimento às atividades profissionais. O que, por sua vez, vem comprovar os dados da EU-OSHA, que mostram que *“trabalhar em mercados de trabalho instáveis pode suscitar sentimentos de insegurança no emprego e aumentar o stresse profissional”* (2007b, p. 2); e também, concordando com este mesmo autor, a incompatibilidade entre as políticas de gestão em saúde atuais e os objetivos propostos aos

trabalhadores (atender mais clientes com qualidade e menos gastos) contribui para o stress profissional que se manifesta por insatisfação relativa ao trabalho (2007b).

Pensar nestas atividades profissionais a longo prazo é também motivo de constrangimento para estes indivíduos dado que, na sua opinião, quando atingirem os 60anos não serão capazes de satisfazer as exigências físicas e psicológicas que estas atividades têm. Pois, se por um lado com o envelhecimento ocorrem alterações da mobilidade articular e diminuição da força voluntaria máxima (Portugal, 2008, p. 18). Por outro lado, uma condição física desadequada torna a atividade profissional excessiva resultando, facilmente, em quadros dolorosos do sistema músculo-esquelético. (Moreira & Mendes, 2005). O que se encontra de acordo com os resultados do Quinto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho onde se pode verificar que a sustentabilidade do trabalho está relacionada com a conciliação da vida do trabalho com a vida fora do trabalho, com a atualização das qualificações do trabalhador, a autonomia do trabalhador, assim como, com as repercussões das condições de trabalho na saúde a longo prazo. (Eurofound, 2011, p.8)

Acerca dos *constrangimentos inerentes à influência das condições de trabalho na vida do profissional de saúde*, percebe-se que embora os trabalhadores consigam conciliar a vida fora do trabalho com a vida do trabalho, esta situação é motivo de incómodo gerado pelas alterações do horário (alterações que são consequência da adaptação dos horários de outros colegas); e pela necessidade de depender de terceiros para conseguir dar resposta aos desafios diários da vida familiar.

Ou seja, apesar de nestas equipas, existirem a hipótese de trocas entre os elementos da equipa, bem como a folha de preenchimento mensal com os turnos que cada trabalhador não poderá executar no mês seguinte, que segundo Osório et al. (2011), são estratégias que contribuem para a melhoria da organização do trabalho. O horário revela-se motivo de stress para o profissional e consequentemente um constrangimento facilitador do desenvolvimento de PME, dado que não existe uma sequência lógica constante para a sua construção motivando as acusações aos chefes por privilegiar uns trabalhadores em detrimento dos outros, tal como referiu Soares (cit por. Osório, et al., 2011).

Este constrangimento remete, novamente, para os problemas da conciliação da vida do trabalho com a vida fora do trabalho, mais concretamente para a dependência de terceiros no cumprimento dos compromissos fora do trabalho, revelando-se assim motivo “*conflito entre as exigências profissionais e a vida privada*” (EU-OSHA, 2007b, p.2) que

perante um equilíbrio familiar frágil interferem na adaptação do trabalhador às condições de trabalho, como proferido por Coutarel, et al. (2009).

## ***2.2– REPERCUSSÕES QUE AS CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO ATUAL TÊM NA SAÚDE E BEM-ESTAR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE, QUE PODEM DESENCADear PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS***

Acerca das repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na saúde e bem-estar do profissional de saúde da UCCI-MDR, que podem desencadear PME, foi possível verificar que estes profissionais têm consciência que a sua saúde já foi (ou é) afetada pelo trabalho que desempenham.

As principais repercussões causadas pelas condições e características do trabalho atual identificadas foram as dores de costas referidas por 64,3% dos participantes; as varizes referido por 42,9% dos participantes; o adormecimento frequente dos membros referido por 35,7% dos participantes; e os problemas músculo-esqueléticos referido por 28,6% dos participantes. Estes resultados vão de encontro aos dados do estudo de Murofuse e Marziale (2005) onde foi possível verificar que as doenças do sistema músculo-esquelético mais frequentes nos trabalhadores de enfermagem se manifestavam em lesões que afetam as mãos, braços, pescoço, coluna e joelhos. E, mais recentemente, Fonseca e Fernandes (2010) comprovaram que as PME da região lombar, pescoço, ombro e parte alta do dorso, nos trabalhadores de enfermagem, estavam associadas às exigências físicas e psicológicas do trabalho.

Ainda, no que respeita às repercussões causadas pelas condições e características do trabalho atual, atendendo ao Perfil de Saúde de Nottingham (PSN), inserido no INSAT2010, que avalia a qualidade de vida dos trabalhadores analisando seis dimensões de saúde – mobilidade física, dor, a energia, reações emocionais, sono e isolamento social – foi possível verificar que as dimensões de saúde mais alteradas são a dor, a mobilidade física, o sono e as reações emocionais. O que se deve, na opinião dos profissionais de saúde, à autonegligência relativamente à saúde e a problemas pessoais. Esta justificação permite perceber que quando ocorrem problemas de índole pessoal também estes trabalhadores apresentam desajustes no que respeita à adaptação ao ambiente de trabalho. Já que, por um lado, é impossível ao Homem separar-se da sua história pessoal, das suas aspirações, dos seus desejos, das suas motivações e das suas necessidades psicológicas

(Dejours, et al., 1994). Por outro lado também as relações familiares, nomeadamente o equilíbrio familiar, interfere na adaptação, ou não, do trabalhador às condições de trabalho (Coutarel, et. al., 2009).

Pensar que o trabalho confere desequilíbrios na qualidade de vida, nomeadamente nas dimensões de saúde da dor, da mobilidade física, do sono e das reações emocionais permite perceber que estas alterações correspondem a diferentes formas de expressar a fadiga e o sofrimento resultantes das exigências destas atividades profissionais. Pois, tal como Mauro, Muzi, Guimarães, e Mouro (2004, pp. 339-340) defendem a fadiga representa a *“sensação de exaustão física e mental, resultante do excesso de atividade, manifestada pela redução da força física e capacidade de reagir ou executar uma tarefa.”*

Embora os trabalhadores refiram alterações na sua saúde e qualidade de vida resultante das atuais condições e características do trabalho foi possível verificar que a minimização dos riscos profissionais é uma preocupação quer entre colegas quer dos superiores hierárquicos. O que representa uma mais-valia para a promoção da saúde neste local de trabalho, apesar de ser reconhecida, pelos profissionais, a necessidade de reciclagem dos conhecimentos relacionados com PME.

Por outro lado, ficou claro que no último ano, as faltas ao trabalho por mais de três dias consecutivos resultaram dos problemas de saúde relacionado com os filhos e a família. O que vem de encontro aos dados do estudo de Osório, et al. que mostram que no trabalho de enfermagem *“são comuns os comentários de que ninguém pode ficar doente e tirar licença ou sair de férias, sob pena de sobrecarregar violentamente as colegas”* (2011, p. 103).

### ***2.3– ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR E MINIMIZAR AS REPERCUSSÕES QUE AS CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO ATUAL TÊM NA SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE***

As estratégias que estes profissionais de saúde mencionaram utilizar para prevenir e minimizar as repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na sua saúde são a medicação (maioritariamente automedicação) e a massagem para alívio dos sinais e sintomas agudos, em especial da dor, e a partilha de sentimentos para promover o bem-estar psicológico.

Destes resultados pode-se entender que a utilização de medicamentos (prescritos ou auto prescritos) tem por finalidade o alívio de sintomas, nomeadamente a dor. Pois, tal



como Barros, Griep e Rotenberg (2009) mostram, também neste estudo, a utilização de medicamentos pelos profissionais de saúde pode ser entendida como mais um indicador de más condições de trabalho e com o descanso mínimo que conduzem à fadiga e consequentemente à necessidade de utilizar medicamentos para resolver estes problemas.

A massagem é uma das medidas da medicina física que contribui para o tratamento das PME (Yeng, et al.,1999). No entanto, tal como a EU-OSHA (2007a) aponta, as medidas de medicina física são consideradas insatisfatórias em caso de situações crónicas.

No que respeita à partilha de sentimentos, com o intuito de promover o bem-estar psicológico entende-se que o seu contributo é favorável à prevenção das PME e à promoção da saúde, pois tal como consta da explicação de Freud (cit. por Dejours Abdoucheli, & Jayet,1994), o ser humano está exposto a excitações exteriores e interiores que se traduzem numa acumulação de energia dando origem a vivências de tensão, as quais, para que a harmonia e o bem-estar do indivíduo se mantenham, necessitam ser libertadas independentemente da estratégia de libertação.

Porém este conjunto de estratégias revela-se frágil e eficaz apenas no que respeita à resolução dos sinais e sintomas individuais e que surgem em episódios agudos. As queixas são frequentes, o que significa que o cerne do problema (das PME) não é resolvido e consequentemente permite classificar este conjunto de estratégias como ineficazes. Pois *“as intervenções baseadas em medidas isoladas têm poucas probabilidades de ser eficazes na prevenção das LME”* (EU-OSHA, 2008b, p.2). Além de que, as intervenções que apresentam resultados de sucesso são intervenções que se centram em todos os fatores de risco (físicos e biomecânicos; organizacionais e psicossociais e individuais) e que têm como participantes quer os elementos das chefias, quer os trabalhadores. (The National Research Council e Institute of Occupational Medicine cit. por Serranheira, Uva & Leite, 2012)

Durante a execução desta investigação foi possível perceber que o instrumento INSAT2010 é muito rico no que respeita à identificação das condições e características de um determinado local de trabalho que podem desencadear PME, independentemente de se reportar ao trabalho atual ou ao trabalho passado. Porém o tempo destinado à elaboração desta dissertação revela-se curto face às potencialidades do INSAT2010. Assim, foi possível perceber que, se mais tempo houvesse, outras questões poderiam ser analisadas de forma a enriquecer este trabalho.



## CONCLUSÃO

---



Este estudo foi elaborado com o intuito de proceder ao diagnóstico de necessidades no que respeita à prevenção das Perturbações Músculo-Esqueléticas (PME) e à promoção da saúde dos trabalhadores da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação (UCCI-MDR).

A amostra foi construída de forma probabilística acidental determinada pelas disponibilidades dos participantes e da investigadora para a recolha de dados. Ficando, então, composta por 14 profissionais de saúde (7 Enfermeiros e 7 Auxiliares de Ação Médica [AAM]) cuja média de idades é de 30,2 anos. No que respeita ao estado civil 50% (n=7) dos indivíduos é casado e os restantes são solteiros. E, 64,3% (n=9) dos trabalhadores não têm filhos. O tempo de serviço médio nesta profissão é de 6 anos, coincidentemente com o tempo de serviço médio na instituição. Relativamente aos contratos de trabalho, 92,9% (n=13) dos profissionais cumprem contratos de trabalho sem termo com um de horário de trabalho misto (composto pelos três turnos possíveis).

Assim, foi possível perceber que as condições e características do trabalho atual que podem desencadear PME, nos profissionais de saúde desta UCCI-MDR, estão relacionadas com fatores de naturezas distintas, nomeadamente: características do ambiente físico, bem como os constrangimentos de natureza biomecânica, organizacional e psicossocial e individual. De onde se destacam as variações da temperatura, os constrangimentos de ordem organizacional, especificamente os que implicam a aceleração do ritmo de trabalho, os constrangimentos relacionais, nomeadamente no que respeita à gestão de conflitos. Bem como a falta de material ou a não conservação do existente, nomeadamente do material necessário para levar a cabo as tarefas executadas em parceria. Pois quer a sua ausência quer um estado de conservação deficitário destas ferramentas contribuem para o aumento da incidência de PME.

De salientar que, neste contexto de trabalho, existem três estratégias que se revelam uma mais-valia para minimizar os constrangimentos organizacionais, permitindo uma maior flexibilidade de horário e uma melhor conciliação da vida fora do trabalho com a vida do trabalho, sendo elas: a folha das indisponibilidades (mapa onde mensalmente os profissionais colocam os turnos que não podem fazer no mês seguinte para, sempre que possível, ser considerados quando da elaboração do horário), a possibilidade de troca de turnos entre os elementos da equipa; e ainda, a escala mensal dos transportes (mapa onde mensalmente os AAM são distribuídos pelos dias do mês a fim de realizar transportes) e que foi criada após a colheita de dados desta investigação

As repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na saúde dos trabalhadores, que podem desencadear PME, encontradas foram as dores de costas (64,3% das queixas), as varizes (42,9% das queixas), o adormecimento frequente dos membros (35,7% das queixas) e os problemas músculo-esqueléticos (28,6% das queixas). O que resulta no comprometimento da saúde e da qualidade de vida destes trabalhadores.

As estratégias que os profissionais de saúde mencionaram utilizar para prevenir e minimizar as repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na sua saúde são: a massagem e a medicação (maioritariamente automedicação) que se destinam ao alívio dos sinais e sintomas agudos, em especial da dor; e a partilha de sentimentos para promover o bem-estar psicológico. Porém são consideradas estratégias ineficazes na medida em que são utilizadas na presença do desconforto e não alteram a origem dos problemas, o que permite manter a incidência das PME.

Atendendo a este conjunto de informação, e uma vez que a finalidade deste trabalho era efetuar um diagnóstico de necessidades direcionado à prevenção da doença e promoção da saúde neste local de trabalho, ficou claro que estão em falta intervenções que visem a melhoria da organização das tarefas por parte dos profissionais de saúde e a minimização das exigências físicas e psicológicas que estas atividades requerem.

O Enfermeiro Especialista de Reabilitação tem, entre outras, competências no domínio da melhoria da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. As competências da melhoria contínua da qualidade traduzem-se na incorporação de diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática. As competências do domínio da gestão dos cuidados são operacionalizadas pela otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, e pela adaptação e adequação do estilo de liderança ao clima organizacional estrito favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. Já as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais que correspondem à responsabilização por ser o elemento facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da enfermagem de reabilitação, além de formular e implementar políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (OE, 2011c).

Pelo que, é atendendo às competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação que se explica a pertinência e adequação dos contributos deste profissional na prevenção

das PME e promoção da saúde neste local trabalho e, assim, se sugerem como estratégias alternativas a formação e a ginástica laboral.

No que respeita à formação, esta deve ser efetuada numa lógica participativa (Serranheira, Uva, & Leite, 2012) e interdisciplinar que se distancia da “formação tradicional” cujo objetivo é promover o debate das diferentes soluções sob o ponto de vista dos trabalhadores (Araújo, s.d.). Portanto, trata-se de uma formação dirigida aos profissionais de saúde onde se inclui os superiores hierárquicos, enquanto momento de reflexão, sobre as condições e características do trabalho atual, e de negociação estratégias para a minimização do efeito dos constrangimentos organizacionais.

Relativamente à ginástica laboral sugere-se a criação de momentos diários realizados após a conclusão do turno da manhã. Justificando-se esse horário quer pelo volume de tarefas e a sobrecarga de trabalho que neste turno são maiores, comparativamente aos restantes turnos; bem como pela natureza do programa de ginástica laboral que sendo no final da jornada se designa por ginástica laboral de relaxamento e tem como objetivo *“aliviar o cansaço físico e emocional e as alterações músculo-esqueléticas; de forma ao funcionário voltar ao domicílio a sentir-se melhor”* (Santos, cit. por Santos & Almeida, 2011, p.34).



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---





- Araújo, C. A. C. (s.d.). *A Saúde no Trabalho dos Enfermeiros - o aparecimento de perturbações músculo-esqueléticas*. Da análise à prevenção. [s.l.:s.n]. 16p. [mimiografado]
- Araújo, C. A. C. (2003). *Sofrimento Físico, Psíquico e Moral no Setor do Calçado em Portugal: Contributos para uma psicodinâmica do trabalho*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação. (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Obtido em Dezembro de 2011, disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/APER2.pdf>
- Assunção, A. Á., & Filho, J. M. (2011). Transformações do Trabalho no Setor da Saúde e Condições para o Cuidar. In A. Á. Assunção, & J. Brito, *Trabalhar na Saúde: Experiências Cotidianas e Desafios para a Gestão do Trabalho e do Emprego* (pp. 45-66). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Barros, A. R., Griep, R. H., & Rotenberg, L. (Nov.- Dez. de 2009). Automedicação entre os Trabalhadores de Enfermagem de Hospitais Públicos. [Versão Eletrónica]. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, pp. 87-94.
- Barros-Duarte, C., & Cunha, L. (2010). INSAT 2010 - Inquérito Saúde e Trabalho: outras questões, novas relações. [Versão Eletrónica]. *Laboreal*, pp. 19-26.
- Barros-Duarte, C., & Cunha, L. (2013, Maio). O Inquérito Saúde e Trabalho (INSAT). Apresentado no Seminário Internacional do Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Porto.
- Barros-Duarte, C., Cunha, L., & Lacomblez, M. (2007). INSAT: uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. *Laboreal*, pp. 54-62.
- Castro, A. B., Fujishiro, K., Rue, T., Tagalog, E. A., Samaco-Paquiz, L., & Gee, G. (Maio de 2010). Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness. [Versão Eletrónica]. *International Nursing Review*, pp. 188-194.
- Coutarel, F., Vézina, N., Berthelette, D., Aublet-Cuvelier, A., Descatha, A., Chassaing, K., Ha, C. (2009). Importa-se de repeer...?: Orientações para a avaliação das intervenções visando a prevenção dos problemas músculo-esqueléticos ligados ao trabalho. *Laboreal*, pp. 95-108.

- Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: contributos da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Sao Paulo: Editora Atlas S.A.
- European Agency of Safety and Health at Work. (29 de Outubro de 2006). *Factsheets 60 - Previsões de peritos sobre os riscos físicos emergentes*. Obtido em Janeiro de 2013, disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/60>
- European Agency of Safety and Health at Work. (01 de Julho de 2007a). *Factsheet 71 - Introdução às lesões músculo-esqueléticas*. Obtido em Setembro de 2012, disponível em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/71>
- European Agency of Safety and Health at Work. (5 de Setembro de 2007b). *Factsheet 74 - Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho (SST)*. Obtido em Janeiro de 2013, disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/74>
- European Agency of Safety and Health at Work. (11 de Janeiro de 2008a). *E-Facts28 - Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde*. Obtido em Setembro de 2012, disponível em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/e-facts/efact28/view>
- European Agency of Safety and Health at Work. (08 de Fevereiro de 2008b). *Factsheet 78 - Lesões músculo-esqueléticas de origem profissional: Relatório sobre prevenção*. Obtido em Setembro de 2012, disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/78>
- European Agency of Safety and Health at Work. (11 de Janeiro de 2010a). *Factsheet Factsheet 87 - Diversidade dos trabalhadores e avaliação de riscos: garantir uma abrangência total. Síntese de um relatório da Agência*. Obtido em Janeiro de 2013, disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/87>
- European Agency of Safety and Health at Work. (12 de Fevereiro de 2010b). *Factsheet 94 - Promoção da saúde no local de trabalho para trabalhadores*. Obtido em Janeiro de 2013, disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/94>
- European Agency of Safety and Health at Work. (07 de Junho de 2012). *Factsheet 102 - Promoção da saúde mental no local de trabalho: Resumo de um relatório de boas práticas*. Obtido em Outubro de 2012, disponível em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/102>

- Ferreira, M. M. (Março de 2005). Riscos de Saúde dos Enfermeiros no Local de Trabalho. *Sinais Vitais*, pp. 29-35.
- Fonseca, N. R., & Fernandes, R. d. (nov-dez de 2010). Fatores Associados aos Distúrbios Musculoesqueléticos em Trabalhadoras de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, p. [8 telas].
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. (26 de Janeiro de 2011). *Evolução ao Longo do Tempo - Primeiras Conclusões do Quinto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho*. Obtido em Setembro de 2012, disponível em: [http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1074\\_pt.htm](http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1074_pt.htm)
- Glaudston, P. S., Fontes-Reis, J., Conceição-Dias, L., Damásio-Dutra, V. F., Souza-Braga, A. L., & Antunes-Cortez, E. (Dezembro de 2010). O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. [Versão Eletrónica]. *Aquichan*, pp. 267-279.
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (2001). *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Editora Blucher Ltda.
- Gurgueira, G. P., Alexandre, N. M., & Filho, H. R. (Set.-Out. de 2003). Prevalencia de Sintomas Músculo-Esqueléticos em Trabalhadoras de Enfermagem. [Versão Eletrónica]. *Revista Latino Americana*, pp. 608-613.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência.
- Kirchhof, A. L., Lacerda, M. R., Sarquis, L. M., Magnago, T. S., & Gomes, I. M. (Abril-Junho de 2011). Compreendendo Cargas de Trabalho na Pesquisa em Saúde Ocupacional na Enfermagem. [Versão Eletrónica]. *Colomb Med.*, pp. 113-119.
- Lama, C. B., & Arribas, A. A. (Julio-Agosto de 2004). Automedicación en Enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, pp. 6-10.
- Leite, E. S., & Uva, A. S. (2012). Fatores Indutores de Stress em Profissionais de Saúde. *Revista Saúde & Trabalho*, pp. 7-22.

- Magnago, T. S., Lisboa, M. T., Griep, R. H., Kirchhof, A. L., & Guido, L. d. (maio-junho de 2010). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio músculo-esquelético em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, pp. 140-147.
- Martin, C., & Gadbois, C. (2007). A Ergonomia no Hospital. In P. Falzon, *Ergonomia* (pp. 519-533). São Paulo: Editora Blucher, Ltda.
- Martins, J. T., Robazzi, M. L., & Boborff, M. C. (2010). Prazeres e Sofrimento no Trabalho da Equipa de Enfermagem: Reflexão à Luz da Psicodinâmica Dejouriana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 1107-1111.
- Martins, M. d. (Outubro de 2003). Situações Indutoras de Stress no Trabalho dos Enfermeiros em Ambiente Hospitalar. *Revista do ISPV n°28*.
- Mauro, M. Y., Muzi, C. D., Guimarães, R. M., & Mouro, C. C. (2004). Riscos Ocupacionais em Saúde. [Versão Eletrónica]. *R Enferm UERI*, pp. 338-345.
- Ministério da Saúde. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Obtido em Dezembro de 2010, de Alto Comissariado da Saúde: <http://www.acs.min-saude.pt>
- Moreira, A. M., & Mendes, R. (2005). Fatores de Risco dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho de Enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, pp. 19-26.
- Murofuse, N. T., & Marziale, M. H. (Maio-Junho de 2005). Doenças do Sistema Osteomuscular em Trabalhadores de Enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*, pp. 364-373.
- Oliveira, R. P., & Nunes, M. O. (2008). Violência Relacionada ao Trabalho: uma proposta conceitual. *Saúde e Sociedade*, pp. 22-34.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses. Relatório do estudo elaborado no âmbito da solicitação da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (Fevereiro de 2011a). Regulamento n.º 125/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação. *Diário da República, 2ª série - n.º 35*, pp. 8658-8659. Obtido em Outubro de 2012, disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentacaoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentacaoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (Fevereiro de 2011c). Regulamento nº 122/2011: Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República 2ª Série*, pp. 8648-8653. Obtido em Outubro de 2012, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Obtido Janeiro de 2013, disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Workplace Violence in the Health Sector: Portuguese Case Studies*. Obtido Janeiro de 2013, disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/en/WVcountrystudyportugal.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVcountrystudyportugal.pdf)
- Osório, C., Rotenberg, L., Araújo, T. M., & Soares, R. (2011). O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. In A. Á. Assunção, & J. Brito, *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego* (pp. 83-107). Rio de Janeiro: FioCruz.
- Portugal, Ministério de Saúde Direção-Geral da Saúde;. (2008). *Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho: Guia de Orientação para a Prevenção*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ranney, D. (2000). *Distúrbios Osteomusculares Crônicos Relacionados ao Trabalho*. São Paulo: Roca.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B. (2007). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: Mc Graw Hill.
- Santos, M., & Almeida, A. (Janeiro/Fevereiro/Março de 2011). Ginástica Laboral: Uma opção terapêutica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, pp. 33-41.
- Serranheira, F., Uva, A. S., & Leite, E. (2012). Capacitar os trabalhadores para a prevenção das LMELT: Contributos da abordagem participativa da Ergonomia. [Versão Eletrónica]. *Revista Saúde e Trabalho*, pp. 23-46.
- Serranheira, F., Uva, A., Sousa, P., & Leite, E. (2009). Segurança do doente e Saúde e Segurança dos profissionais de Saúde: duas faces da mesma moeda. [Versão Eletrónica]. *Revista de Saúde e Trabalho*, pp. 5-25.

- Soares, Â. (2010). *O Sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: Lidel.
- Veiga, R. C. (2005). *Higiene, segurança, saúde e prevenção de acidentes de trabalho: um guia prático imprescindível para a sua atividade diária*. Lisboa: Verlag Dashöfer Edições Profissionais Lda.
- Vieira, E. R. (2010). Prevenção e reabilitação de desordens músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho: uma visão integrada para a promoção da saúde ocupacional. *Conscientiae Saúde*, pp. 131-137.
- Yeng, L. T., Teixeira, M. J., & Barboza, H. F. (1999). Reabilitação em lesões por esforços repetitivos (distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho). In J. M. Greve, & M. M. Amatzii, *Medicina de Reabilitação Aplicada à Ortopedia e Traumatologia* (pp. 251-2992). São Paulo: Roca.

**ANEXOS**

---





**ANEXO 1**

---

**INQUÉRITO SAÚDE E TRABALHO 2010**

























## APÊNDICES

---



## **APÊNDICE 1**

---

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**





## **CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONSENTIMENTO**

***Título:*** As Perturbações Músculo-Esqueléticas no Trabalho em Saúde: O caso de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação

***INVESTIGADOR:*** ANA RITA MACHADO, ENF.<sup>a</sup>

A realidade da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação mostra que as queixas dos profissionais de saúde relacionadas com as perturbações músculo-esqueléticas são frequentes. Este dado por si só não é surpreendente uma vez que os dados estatísticos mostram que os profissionais de saúde são dos grupos profissionais que mais estão expostos, no seu dia-a-dia, a diversos riscos laborais que culminam em acidentes de trabalho e doenças profissionais. Porém, uma vez que “somos gente que cuida de gente”, a segurança e saúde dos profissionais de saúde refletem a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Neste sentido, surgiu a necessidade da elaboração desta investigação que tem como objetivo:

- Analisar as condições e características do trabalho atual que podem desencadear Perturbações Músculo-Esqueléticas nos profissionais de saúde de uma unidade de cuidados continuados de média duração;
- Analisar as repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na saúde e bem-estar do profissional de saúde de uma unidade de cuidados continuados de média duração que podem desencadear Perturbações Músculo-Esqueléticas;
- Analisar as estratégias que os profissionais de saúde utilizam para prevenir e minimizar as repercussões que as condições e características do trabalho atual que podem desencadear Perturbações Músculo-Esqueléticas, na sua saúde;

A recolha dos dados será feita junto dos elementos da equipa de enfermagem e de auxiliares da UMDR, com recurso a uma entrevista que será gravada.

Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial e todo o material audiovisual e escrito será codificado. Os resultados da investigação serão postos à disposição a pedido dos interessados e serão divulgados mais tarde, mas os participantes nunca serão identificados de forma individual.

A escolha de participar ou não é voluntária. Se decidir participar no estudo poderá abandoná-lo a qualquer momento, sem qualquer implicação para si.

## **FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO**

***INVESTIGADOR:*** ANA RITA MACHADO, ENF.<sup>a</sup>

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões.

Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados bem como de desistir em qualquer momento dos processos de entrevista e observação.

Asseguraram-me que toda a informação será guardada de forma confidencial e nenhuma informação será publicada ou comunicada, incluindo a identidade pessoal, sem a minha permissão.

Pelo presente, consinto que seja gravado durante a entrevista e assim consinto participar plenamente neste estudo de investigação.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE 2**

---

### **GUIÃO DA ENTREVISTA COLETIVA**



## **GUIÃO DA ENTREVISTA**

### ***OBJETIVOS:***

(1) Analisar as condições e características do trabalho atual que podem desencadear PME nos profissionais de saúde de uma UCCI-MDR;

(2) Analisar as repercussões das condições e características do trabalho atual na saúde e bem-estar do profissional de saúde de uma UCCI-MDR que podem desencadear PME;

(3) Analisar as estratégias que os profissionais de saúde utilizam para prevenir e as repercussões das condições e características do trabalho que podem desencadear perturbações músculo-esqueléticas, na sua saúde.

### ***GUIA DE PERGUNTAS***

#### ***Parte 1:***

Os dados recolhidos com recurso ao INSAT2010 mostraram que as próximas condições e características do trabalho atual são motivo de incómodo moderado ou superior para metade ou mais dos indivíduos da amostra. Comente-os

1. Estou exposto a calor/frio ou a variações de temperatura.
2. Ser obrigados a adotar posturas penosas.
3. Ser obrigado a fazer esforços físicos intensos
4. Ser obrigado a permanecer muito tempo em pé com deslocamento
5. Ser obrigado a fazer deslocações profissionais frequentes.
6. Estar exposto a situações de ter que cumprir normas e prazos rígidos
7. Estar exposto a situações de ter que me apressar
8. Estar exposto a situações de ter que “saltar”, encurtar refeições ou nem mesmo tempo para as fazer. Mas ao mesmo tempo disseram que não são obrigados a ter um horário só para parar, para almoçar ou para jantar.
9. Estar exposto a situações de ter que dormir a horas pouco usuais.
10. Estar exposto a situações de ter de ultrapassar o horário de trabalho normal.
11. Estar exposto ao risco de agressão física e verbal

12. Ter que dar resposta a dificuldades ou sofrimento das outras pessoas
13. É um trabalho onde faltam equipamentos/ instrumentos de trabalho adequados e que as instalações são inadequadas.
14. É um trabalho que, de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias
15. É um trabalho que dificilmente poderei realizar quando tiver 60 anos.
16. É um trabalho que gostava que os meus filhos não realizassem.
17. “Conciliar a vida do trabalho com a vida fora do trabalho” e, ao mesmo tempo, “não têm que obedecer a um horário de trabalho rígido”.
18. Ter informação sobre os riscos resultantes do meu trabalho
19. Considera que existe preocupação em prevenir e minimizar os riscos profissionais.
20. A vossa qualidade de vida está afetada

***Parte 2:***

Que estratégias é que utilizam para que as minimizar e prevenir o efeito das condições e características do trabalho atual na vossa saúde e bem-estar