

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

2004 07861

**VIOLÊNCIA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO ENTRE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Luciana Contrera Moreno

Prof.ª Dr.ª Maria Inês Monteiro

Orientadora

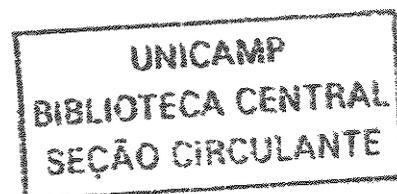


Luciana Contrera Moreno

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

Campinas – SP

2004



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**VIOLÊNCIA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO ENTRE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM¹**

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

Luciana Contrera Moreno

Campinas – SP
2004

¹ Este trabalho teve suporte financeiro da CAPES

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	UNICAMP M815v
V	EX
TOMBO BC/	58046
PROC.	16P117704
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	2411,00
DATA	26/5/04
Nº CPD	

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

CM00198031-7

BIB 12 316886

M815v Moreno, Luciana Contrera
Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem / Luciana Contrera Moreno. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

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

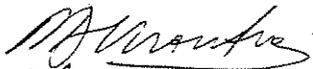
1. Violência no ambiente de trabalho. 2. Promoção de saúde. I. Maria Inés Monteiro Cocco. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

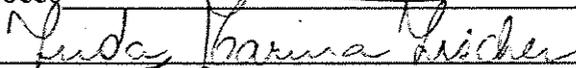
Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Maria Inês Monteiro Cocco

Membros:

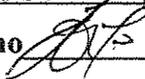
1. **Profa. Dra. Maria Inês Monteiro Cocco**



2. **Profa. Dra. Frida Marina Fischer**



3. **Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho**



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

Data: 18/02/2004

Dedicatória

Dedico este trabalho a meu marido, Raiciano que com muito carinho, amor e compreensão me apoiou durante toda a realização deste trabalho.

Aos meus pais João e Sylvia, meus irmãos Ronan, Éden e Flávio e a toda minha família pelo apoio sempre.

Agradecimentos

A Deus por estar sempre presente em meu caminho;

A minha orientadora Profa. Dra. Maria Inês Monteiro, por ser mais que orientadora, mas também fonte de amizade, compreensão, sabedoria e apoio nos momentos mais difíceis;

A meu marido, Raiciano que dedicou parte de seu tempo a este trabalho, estando sempre presente com toda paciência, carinho, amor e compreensão;

A Profa. Dra. Frida Marina Fischer, Profa. Dra. Milva Maria Figueiredo de Martino, Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho pelas contribuições que enriqueceram este trabalho;

A enfa. do trabalho Ângela Cristina Puzzi Fernandes, minha grande amiga e companheira de mestrado, obrigada pelo apoio e orientação, aprendi muito com você!

A Profa. Dra. Maria Silvia Monteiro por todo incentivo, amizade e por ter ajudado na minha formação;

A todos os trabalhadores de enfermagem do hospital e dos Centros de Saúde por terem participado da pesquisa, por acreditar neste projeto e contribuir com suas experiências de vida para que este trabalho fosse realizado;

Ao aluno Welington Souza Rodrigues Mendes pela colaboração na análise ergonômica do trabalho;

A enfa. Maria Ângela pela atenção e ajuda fornecida durante a coleta no Centro de Saúde da região sul;

A Andrelina, Nayara, Dra. Mara, Sandra e a todos os trabalhadores da Unidade de Saúde do Trabalhador do hospital que me acolheram, tornando este trabalho possível;

Ao estatístico Helymar da Costa Machado, pela colaboração nas análises estatísticas deste trabalho;

A meus pais, irmãos e a todos os meus amigos que compartilharam comigo as alegrias e as tristezas que passei durante a realização deste trabalho.

*Nós vos pedimos com insistência:
Nunca digam isso é natural!
Diante dos acontecimentos de cada dia.
Numa época em que reina a confusão,
Em que corre o sangue,
Em que o arbitrário tem força de lei,
Em que a humanidade se desumaniza...
Não digam nunca: isso é natural!
A fim de que nada passe por imutável.*

Bertolt Brecht

Sumário

Lista de abreviaturas.....	xvii
Lista de tabelas.....	xxi
Lista de figuras.....	xxxiii
Resumo	xxxv
Abstract.....	xxxvii
1. Considerações preliminares	43
2. Introdução.....	46
2.1. Transformações no mundo do trabalho	48
2.2. O Trabalho em enfermagem.....	53
2.3. Violência no trabalho em enfermagem.....	58
2.3.1. Principais tipos de violência contra trabalhadores de enfermagem..	59
2.3.2. Prevalência da violência no ambiente de trabalho	62
2.3.3. Fatores associados ao risco.....	66
2.3.4. Conseqüências da violência.....	69
2.3.5. Prevenção da violência no ambiente de trabalho.....	71
2.4. Envelhecimento e capacidade para o trabalho.....	75
3. Objetivos.....	84
4. Material e métodos	85
4.1. Tipo de estudo.....	85
4.2. População de estudo.....	86
4.3. Instrumentos utilizados	89
4.4. Estudo piloto.....	93
4.5. Coleta de dados	94
4.6. Aspectos éticos	96
4.7. Análise dos resultados.....	97
5. Resultados.....	99

5.1.	Dados relativos à observação participante e análise ergonômica do trabalho	100
5.1.1.	Hospital	100
5.1.2.	Centros de Saúde.....	111
5.2.	Dados sociodemográficos e de estilo de vida.....	125
5.3.	Dados referentes ao Índice de Capacidade para o Trabalho	129
5.4.	Dados referentes à violência no ambiente de trabalho.....	145
5.5.	Dados referentes a associação entre as variáveis violência e ICT.....	156
5.6.	Análises de Regressão Linear e Logística.....	161
5.6.1.	Análise de regressão linear	161
5.6.2.	Análise de regressão logística.....	167
6.	Discussão dos resultados	171
7.	Conclusões	186
8.	Referências Bibliográficas	190
ANEXO 1	207
ANEXO 2	212
ANEXO 3	215
ANEXO 4	218

LISTA DE ABREVIATURAS

BO - Boletim de Ocorrência

CAL/OSHA – The California Occupational Safety and Health Program in the California Department of Industrial Relations

CAPES – Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Ensino Superior

CAT - Comunicação de Acidentes do Trabalho

CC – Enfermaria Clínica Cirúrgica

CM – Enfermaria Clínica Médica

CNPq/PIBIC – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica.

CS – Centro de Saúde

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

ICN – International Council of Nurses

ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho

ILO – International Labour Office

IMC – Índice de Massa Corpórea

NIOSH - National Institute for Occupational Safety and Health

OIT - Organizacion Internacional del Trabajo

PS – Pronto Socorro

PSI – Public Services International

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UST – Unidade de Saúde do Trabalhador

WHO – World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Salário inicial e adicional por produtividade para os trabalhadores de enfermagem. Campinas, 2003.....	101
Tabela 2. Freqüência de algumas variáveis demográficas dos trabalhadores de enfermagem de cinco Centros de Saúde e de um hospital geral do município de Campinas, Campinas, 2003.....	127
Tabela 3. Freqüência das atividades de lazer desenvolvidas pelos trabalhadores de enfermagem de cinco Centros de Saúde e de um hospital geral no município de Campinas, Campinas, 2003.	128
Tabela 4. Distribuição da população de estudo segundo a nota atribuída a capacidade de trabalho atual. Campinas,2003.....	129
Tabela 5. Distribuição da população de estudo segundo a nota atribuída à capacidade de trabalho de acordo com as exigências físicas do trabalho. Campinas, 2003.....	130
Tabela 6. Distribuição da população de estudo segundo a nota atribuída a capacidade de trabalho de acordo com as exigências mentais do trabalho. Campinas, 2003.....	130
Tabela 7. Distribuição das lesões por acidentes e dos grupos de doenças com diagnóstico médico atual dos trabalhadores de enfermagem dos cinco Centros de saúde e de um hospital geral. Campinas, 2003.	131

Tabela 8. Distribuição das lesões por acidentes e doenças auto-referidas atuais dos trabalhadores de enfermagem dos cinco Centros de saúde e de um hospital geral. Campinas, 2003.	133
Tabela 9. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem com relação à questão sua lesão ou doença é impedimento para o seu trabalho atual. Campinas, 2003.....	134
Tabela 10. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ausência no trabalho devido a problemas de saúde no último ano. Campinas, 2003.	134
Tabela 11. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a capacidade de apreciar as atividades diárias. Campinas, 2003.	135
Tabela 12. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a capacidade de sentir-se ativo e alerta. Campinas, 2003.....	136
Tabela 13. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a capacidade de sentir-se ativo e alerta. Campinas, 2003.....	136
Tabela 14. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação local de trabalho e ICT. Campinas, 2003.....	137
Tabela 15. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação idade e ICT. Campinas, 2003.	137
Tabela 16. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação sexo e ICT. Campinas, 2003.....	138
Tabela 17. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação atividade física e ICT. Campinas, 2003.	139

Tabela 18. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação sexo e ICT numérico. Campinas, 2003.	139
Tabela 19. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação idade e ICT numérico. Campinas, 2003.	140
Tabela 20. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação ter ou não filhos e ICT numérico. Campinas, 2003.	140
Tabela 21. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem (atendente, auxiliar e técnico de enfermagem) segundo a relação local de trabalho e ICT numérico. Campinas, 2003.	141
Tabela 22. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem (somente enfermeiros) segundo a relação local de trabalho e ICT numérico. Campinas, 2003.	142
Tabela 23. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação ter ficado desempregado e ICT numérico. Campinas, 2003.	142
Tabela 24. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo IMC feminino e ICT numérico. Campinas, 2003.	143
Tabela 25. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação atividade física e ICT numérico. Campinas, 2003.	143
Tabela 26. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação local de trabalho e as exigências mentais do trabalho (questão 24 do ICT). Campinas, 2003.	144

Tabela 27. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação local de trabalho e impedimento para o trabalho atual (questão 26 do ICT). Campinas, 2003.....	144
Tabela 28. Distribuição da frequência dos tipos de violência sofrida pelos trabalhadores de enfermagem de cinco Centros de Saúde e de um hospital geral. Campinas, 2003.....	146
Tabela 29. Frequência das conseqüências da violência para a saúde dos trabalhadores de enfermagem dos cinco Centros de Saúde e de um hospital geral. Campinas, 2003.....	149
Tabela 30. Distribuição da frequência dos principais agressores contra trabalhadores de enfermagem. Campinas, 2003.....	150
Tabela 31. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e sexo. Campinas, 2003.	151
Tabela 32. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e local de trabalho. Campinas, 2003.....	152
Tabela 33. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo tipo de violência (agressão verbal) e local de trabalho. Campinas, 2003.....	153
Tabela 34. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo tipo de violência (agressão física) e local de trabalho. Campinas, 2003.	153
Tabela 35. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do hospital segundo sexo e ter sido vítima de violência. Campinas, 2003.	154

Tabela 36. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos Centros de Saúde segundo faixa etária e ter sido vítima de violência. Campinas, 2003.	155
Tabela 37. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e nota atribuída a capacidade de trabalho atual. Campinas, 2003.	156
Tabela 38. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e ICT numérico. Campinas, 2003.	157
Tabela 39. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência no Centro de Saúde e ICT numérico. Campinas, 2003.	157
Tabela 40. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência no Hospital e ICT numérico. Campinas, 2003.	158
Tabela 41. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o número de vezes que foi vítima de violência e ICT numérico. Campinas, 2003.....	158
Tabela 42. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o fato de ter perdido a satisfação com o trabalho devido ter sido vítima de violência e ICT numérico. Campinas, 2003.....	159
Tabela 43. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e média de doenças com diagnóstico médico. Campinas, 2003.	159
Tabela 44. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e possuir distúrbio emocional leve. Campinas, 2003.....	160

Tabela 45. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e impedimento para o trabalho (Q 26 do ICT). Campinas, 2003.	160
Tabela 46. Análise de Regressão Linear univariada para ICT numérico, Trabalhadores de enfermagem do Hospital. Campinas, 2003.....	162
Tabela 47. Análise de Regressão Linear multivariada para ICT numérico, trabalhadores de enfermagem do Hospital. Campinas, 2003.....	163
Tabela 48. Análise de Regressão Linear univariada para ICT numérico, trabalhadores de enfermagem dos CSs. Campinas, 2003.	164
Tabela 49. Análise de Regressão Linear multivariada para ICT numérico, trabalhadores de enfermagem dos CSs. Campinas, 2003.	166
Tabela 50. Análise de Regressão Logística univariada para ICT ≤ 36 , trabalhadores de enfermagem do Hospital. Campinas, 2003.....	167
Tabela 51. Análise de Regressão Logística univariada para ICT ≤ 36 , trabalhadores de enfermagem dos CSs. Campinas, 2003.	169

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Mapa geográfico dos Distritos de Saúde do município de Campinas. Campinas, 2003.....87
- Figura 2. Descrição dos itens mais freqüentes ou significativos na análise ergonômica do posto de trabalho do auxiliar de enfermagem e enfermeiro do Hospital. Campinas, 2003..... 107
- Figura 3. Descrição dos itens mais freqüentes ou significativos na análise ergonômica do posto de trabalho do auxiliar de enfermagem e enfermeiro do Centro de Saúde. Campinas, 2003..... 119

RESUMO

A violência no ambiente de trabalho vem sendo considerada por vários autores como um novo risco ocupacional. Este estudo teve como objetivo conhecer a prevalência da violência no ambiente de trabalho (agressão verbal, agressão física, ameaças, assédio moral e sexual), a avaliação da capacidade para o trabalho e a possível associação entre estas variáveis. Foi realizado um estudo transversal com trabalhadores de enfermagem de cinco Centros de Saúde e de um Hospital geral no município de Campinas. Questionários utilizados: Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT); instrumento para a análise ergonômica do trabalho, questionário com dados demográficos e estilo de vida e outro sobre experiência de violência no local de trabalho. Participaram da pesquisa 269 trabalhadores de enfermagem – enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo a taxa de resposta de 77,3% nos Centros de Saúde e de 79,1% no hospital. Os participantes em sua maioria eram do sexo feminino (82,9%) e com idade média de 38,5 anos (DP 8,7). Com relação à capacidade para o trabalho, 1,8% dos participantes apresentaram baixa capacidade para o trabalho, 26,4% moderada, 51,7% boa e 20,1% ótima. Quanto à violência, 171 (63,6%) sofreram algum tipo de violência no local de trabalho, sendo a natureza mais freqüente a agressão verbal (87,7%); seguido de ameaças (42,7%); agressão física (20,2%); assédio moral (17,8%); assédio sexual (11,7%) e outros (4,7%). Foi encontrada associação estatística significativa entre as variáveis violência e capacidade para o trabalho, no qual as pessoas que sofreram violência apresentaram ICT em média menor em relação aos que não sofreram violência.

Estes resultados sugerem a necessidade de ações que visem a promoção à saúde voltada para restauração e manutenção da capacidade para o trabalho bem como medidas de prevenção da violência no ambiente de trabalho.

ABSTRACT

Violence in the work environment has been considered by several authors as a new occupational risk. The objective of this study was the assessment (prevalence) of workplace violence (verbal abuse, physical violence, threats, moral and sexual harassment) and the work ability evaluation as well as the possible association of these variables. A cross-sectional study was conducted among nursing personnel in five Primary Care units and a General Hospital in Campinas. Questionnaires used were: The Work Ability Index (WAI), ergonomic job analysis, a comprehensive demographic and lifestyle questions and working conditions emphasizing workplace violence experience. Two hundred sixty nine registered nurses, nursing aides and nurses technicians - took part in this study. Response rate was 77,3% in the Primary Care units and 79,1% in the Hospital: The majority of the participants were women (82.9%), mean age of 38.5 (SD 8.7). Results: Work ability: 1.8% scored low, 26.4% moderate, 51.7% good and 20.1% excellent. Regarding violence: 171(63.6%) referred some kind of violence in the workplace; the most common was verbal abuse (87.7%), followed by threats (42.7%), physical violence (20.2%), moral harassment (17.8%); sexual harassment (11.7%) and others (4.7%). Significant statistical association was found between the variables "violence" and "work ability". People that referred violence at work showed lower WAI, compared to those who did not report violence at work. These results suggest several measures are needed to be taken. A preventive program against violence

at the work environment and improving of working conditions to maintain health at work.

1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Os motivos que me levaram a estudar a questão da violência e a capacidade para o trabalho de trabalhadores de enfermagem advém da época em que era aluna de graduação em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos. Durante a minha formação tive a oportunidade de cursar a disciplina “enfermagem na saúde do trabalhador”, que despertou meu interesse e a necessidade de me aprofundar nesta área. Tive o primeiro contato com a questão da violência e da capacidade para o trabalho no início do terceiro ano de curso, quando realizei uma iniciação científica financiada pelo CNPq/PIBIC sobre “Riscos à saúde no trabalho em enfermagem” (CONTRERA e MONTEIRO, 2001).

Realizando esta revisão da literatura sobre os riscos no trabalho em enfermagem encontrei vários artigos que abordavam a questão da violência no ambiente de trabalho, me interessei pelo assunto e resolvi aprofundar minha revisão especificamente em relação ao risco de sofrer violência no ambiente de trabalho e fiquei surpresa quando não encontrei nenhum artigo nacional sobre o assunto, nas bases de dados pesquisadas, o que despertou ainda mais o interesse em estudar o tema.

Concomitante a isso foi no terceiro ano de graduação que iniciei as atividades de estágio em enfermagem nos hospitais, no qual fui vítima de violência física e verbal de um paciente em uma enfermaria. Este fato fez com que perdesse a “imagem cor de rosa” da profissão e mais do que isto, me desmotivou a ponto de perder a satisfação com o trabalho. Não consegui apoio de ninguém quando fui agredida, pois, segundo meus próprios colegas de trabalho isto era

“normal e fazia parte do trabalho em enfermagem” e que se eu quisesse continuar na profissão eu teria que me “acostumar a sofrer as agressões”.

Além da iniciação científica, realizei meu trabalho de conclusão de curso voltado para o trabalho em saúde e conseqüentemente, em enfermagem. Neste estudo foram analisadas as Comunicações de Acidentes de Trabalho dos serviços de saúde no município de São Carlos no ano de 2000 e, dentre os trabalhadores de saúde, os de enfermagem foram os que mais comunicaram acidentes de trabalho naquele ano. Entrei novamente em contato com a questão da violência, pois 3,9% dos acidentes registrados, foram agressões físicas provocadas por pacientes.

Pela necessidade de se investigar melhor o assunto ao término do curso, realizei seleção no programa de Mestrado, no qual apresentei um projeto intitulado “Violência no trabalho em enfermagem”, tendo ingressado na linha de pesquisa Saúde, Trabalho e Educação. Após o ingresso no programa resolvemos incorporar ao trabalho, o estudo da capacidade para o trabalho, tendo em vista as graves conseqüências que a violência causa para a saúde e para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem.

Este estudo integra o projeto de pesquisa “Capacidade para o Trabalho entre trabalhadores de diferentes ramos produtivos”, coordenado pela Profa. Dra. Maria Inês Monteiro Cocco, desenvolvido junto ao grupo de Estudos e Pesquisas em Trabalho e Saúde, do Departamento de Enfermagem, FCM-UNICAMP. Até o momento foram defendidas quatro dissertações de Mestrado na linha de pesquisa sobre capacidade para o trabalho: (ANDRADE, 2002) – estudo com trabalhadores

do serviço de Limpeza de um hospital universitário, Duran (2002) – estudo com trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro de um hospital universitário; Chillida & Cocco (2003) – estudo com trabalhadores de enfermagem do período noturno); Fernandes (2003) Inserção no trabalho e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de um condomínio empresarial de alta tecnologia, e uma tese de Livre Docência sobre Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de uma empresa do setor de tecnologia da informação (COCCO, 2002); além de uma pesquisa com jovens trabalhadores (COCCO e FERNANDES, 2002). Um projeto de pós-doutorado foi desenvolvido no período de 18.11.2002 a 14.11.2003, junto ao Finnish Institute of Occupational Health, em Helsique – Finlândia (COCCO, 2003a).

No momento estão sendo realizadas duas dissertações de Mestrado - Violência e Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem, com financiamento da CAPES; Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de uma empresa metalúrgica, um projeto de iniciação científica com financiamento do PIBIC - CNPq e outro projeto de pesquisa em indústria farmacêutica com bolsa produtividade do CNPq (COCCO, 2003b).

2. INTRODUÇÃO

A necessidade de se estudar a questão da exposição à violência no trabalho em enfermagem resulta de diversos estudos que apontam que a prevalência da violência no trabalho em enfermagem está aumentando, com graves conseqüências à saúde do trabalhador (ARNETZ e ARNETZ, 2001; NOLAN et al., 2001), bem como o fato da escassez de estudos nacionais sobre o tema, justificando a necessidade de se identificar as formas de violência a que estes trabalhadores estão expostos, a fim de contribuir para a literatura nacional e para a elaboração e o desenvolvimento de programas de prevenção destes eventos.

Já o estudo da capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem justifica-se pelas próprias características da profissão, predominantemente feminina, exposta a uma grande variedade de riscos à saúde e com grande carga de trabalho física (principalmente para auxiliares e técnicos de enfermagem, na movimentação e transporte de pacientes), pois há uma perda da capacidade física com o envelhecimento. Além disso, alguns estudos têm apontado que as mulheres têm tido uma redução precoce da capacidade para o trabalho (BELLUSCI e FISCHER, 1999; MONTEIRO, 1999; COCCO, 2002). Outro fator importante são as mudanças ocorridas nas regras da aposentadoria no Brasil na última década e no ano de 2003, sendo fundamental preservar a capacidade para o trabalho destes trabalhadores para que possam desfrutar de sua aposentadoria com saúde.

Este trabalho está estruturado da seguinte maneira: primeiramente será realizada uma reflexão sobre as transformações ocorridas no trabalho nos últimos anos e sua relação com a questão da violência, após serão enfatizadas algumas características do trabalho em enfermagem e os principais riscos a que estão expostos estes trabalhadores. Segue-se uma revisão da literatura sobre a questão da violência no trabalho em enfermagem e do envelhecimento e da capacidade para o trabalho.

Nos capítulos três, quatro, cinco, seis e sete serão apresentados respectivamente os objetivos, a metodologia, os resultados do estudo, a discussão dos resultados, a conclusão, seguindo-se as referências bibliográficas e os anexos.

2.1. TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO

Várias mudanças vêm ocorrendo nestes últimos trinta anos, logo após a crise do fordismo, sendo a reestruturação produtiva responsável por grande parte destas modificações. Dentro deste contexto destaca-se o que Harvey (1994, p.140) denominou de “acumulação flexível”, que segundo ele “é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo”, uma vez que se tornaram flexíveis os processos de trabalho, os mercados de trabalho, os produtos e padrões de consumo. Segundo Harvey, a acumulação flexível

caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças nos padrões de desenvolvimento desigual, tanto entre setores como em regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no chamado “setor de serviços”, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas... (HARVEY,1994, p.140).

Este processo também envolveu um outro movimento que Harvey denominou de “compressão do espaço-tempo no mundo capitalista”, uma vez que se estreitaram os horizontes temporais de tomadas de decisão, bem como a comunicação via satélite e a diminuição nos custos de transporte possibilitaram uma difusão imediata destas informações.

São observadas várias mudanças neste contexto, com graves conseqüências para o mundo do trabalho como o desemprego estrutural

decorrente das modificações na forma de organização do trabalho; a introdução do trabalho polivalente; fortes pressões no ambiente de trabalho e a precarização do trabalho, com o surgimento de subempregos ou trabalhos temporários, trabalho em tempo parcial, a fragmentação do trabalho pesado, insalubre levando a terceirização do trabalho, o retorno do trabalho no ambiente doméstico e um número crescente de trabalhadores informais, sem registros em carteira e, conseqüentemente, sem proteção social (HARVEY, 1994).

Seligmann-Silva (1997, p. 96) menciona que “a inter-relação trabalho/saúde acompanha estas mudanças, transformando-se também [...]”, sendo que estas repercussões no mundo do trabalho têm atingido principalmente a saúde mental dos trabalhadores.

As transformações no mundo do trabalho afetam a estrutura da sociedade pois a cada dia intensificam-se o desemprego e as desigualdades sociais, que de certa forma contribuem para a elevada taxa de violência não só nas ruas, mas nos ambientes de trabalho.

Alguns estudiosos têm destacado a questão do desemprego como um fator gerador de violências. Castel (1998) referindo-se aos desempregados que ocupam uma posição de “supranumerários” e de “inúteis para o mundo” (Arendt), que não encontram uma integração com a sociedade, deixa isto transparecer:

Quando falta a base sobre a qual havia sido edificada sua identidade social, é difícil falar em seu próprio nome, mesmo para dizer não. A luta supõe a existência de um coletivo e de um projeto para o futuro. Os inúteis para o mundo podem escolher entre a resignação e a violência

esporádica, a “raiva” (Dubet) que, na maioria das vezes se autodestrói. (CASTEL, 1998, p. 531).

Mello (2001) também cita o desemprego e, conseqüentemente, a violência como um dos dilemas inerentes ao capitalismo global, o qual gera desigualdades sociais cada vez maiores, em que se tem a cada dia novidades tecnológicas das mais diversas de um lado e desemprego crescente do outro, sem proteção social para “os expurgados do sistema”:

A cada dia ouve-se falar e lê-se sobre novidades tecnológicas (as mais inusitadas depois da automação), acompanhadas de ondas impiedosas de desemprego em todos os ramos e setores produtivos; e – o que é mais preocupante – sem garantias de direitos trabalhistas para os expurgados do sistema, particularmente no contexto atual de desmantelamento do Welfare State e da desregulamentação do mundo – trabalho (eliminação da legislação protetora). Profetiza-se até o advento de uma “era das trevas”, do caos, do crime, da violência desinibida e disseminada, da decadência das estruturas sociais, onde – dado o desemprego estrutural – os homens colocar-se-ão em guerra não por melhores salários, mas pelo simples direito de serem explorados” (MELLO, 2001, p.262).

Hirata (2001) destaca que o contexto atual do trabalho está marcado por um paradoxo: de um lado a estabilidade exigida pelos novos modos de produção que demanda uma intensificação do trabalho e um maior comprometimento do trabalhador e, do outro, a insegurança, dado o aumento do desemprego e da flexibilização do trabalho.

Este maior comprometimento do trabalhador somado a insegurança crescente acaba levando a uma individualização, fazendo com que haja um

desaparecimento das equipes e da coletividade, “a partir de agora é cada um por si”, esta é uma situação que facilita o assédio moral ou violência psicológica no ambiente de trabalho.

Marie-France Hirigoyen, uma psiquiatra francesa que estuda o assédio moral no trabalho ao analisar as origens do assédio deixa claro que devemos analisá-lo sobre diversos ângulos, como por exemplo, a história de vida dos protagonistas, a história da empresa em que se trabalha, da sociedade e da economia a que se pertence. Hirigoyen (2002) afirma que não devemos colocar a culpa única e somente na globalização, mas deixa claro que muitos contextos ligados às transformações ocorridas no trabalho devido à ela favorecem que se tenha atos de violência. Hirigoyen relaciona o medo do desemprego e o aumento das pressões psicológicas relacionadas aos novos modelos de gestão como desencadeantes de assédio moral no local de trabalho:

O medo é um motor indispensável ao assédio moral, pois, de uma maneira geral, é por medo que alguém se torna violento: ataca-se antes de ser atacado. Agredimos o outro para nos autoprotegermos de um perigo. Com o fantasma do desemprego, que persiste apesar da retomada do crescimento econômico, e o aumento das pressões psicológicas relacionadas aos novos métodos de gestão, o medo se tornou um componente determinante do trabalho. Fica escondido no fundo da mente de um sem-número de empregados, mesmo que não osem tocar nesse assunto. É o medo de não estar à altura, desagradar o chefe, não ser apreciado pelos colegas, da mudança, medo também da crítica ou de cometer um erro profissional que possa causar a demissão (HIRIGOYEN, 2002, p.43).

Segundo ela o “fantasma do desemprego” assombra os ambientes de trabalho e as pessoas se defendem violentando umas as outras: “como em uma situação de legítima defesa, procuramos nos livrar dos outros para nos salvar” (HIRIGOYEN, 2002, p. 45).

Hirigoyen (2002) também ataca a globalização referindo que o fenômeno visa formatar os indivíduos, o que gera atitudes de discriminação entre colegas, quando surge alguém com idéias ou ideais diferentes aos dos outros membros da equipe:

As atitudes de assédio visam antes de tudo a “queimar” ou se livrar dos indivíduos que estão fora do sistema. Na hora da globalização, procura-se fabricar o idêntico, clones, robôs interculturais e intercambiáveis. Para que o grupo seja homogêneo, esmaga-se aquele que não está no ponto, aniquila-se qualquer especificidade, seja de caráter, comportamento, sexo, raça... Formatar os indivíduos é uma maneira de controlá-los. Eles devem se submeter para melhorar os desempenhos e a rentabilidade... Eles têm de aceitar, por bem ou por mal, as regras do jogo. O assédio moral é um dos meios de impor as lógicas do grupo (HIRIGOYEN, 2002, p. 39).

Observa-se que todas estas transformações ocorridas no mundo do trabalho nos últimos anos têm contribuído para que haja violência nos ambientes de trabalho, não que a violência no trabalho antes não existisse, ela sempre existiu, porém atualmente ela está cada vez mais intensa e tendo uma maior visibilidade e percepção pelos próprios trabalhadores.

2.2. O TRABALHO EM ENFERMAGEM

O trabalho em enfermagem foi por muito tempo um trabalho dito caritativo, muito semelhante ao trabalho doméstico, sendo relegado à posição de desprestígio, pois não exigia nenhum conhecimento ou treino (SILVA, 1986).

Segundo Lopes (1988, p. 216) “a realidade mostra um ramo de trabalho explorado, gerador de tensões, com carga excessiva de trabalho, mal remunerado e com pouquíssimo poder de barganha frente à classe dominante”.

Além de ser um trabalho insalubre, o trabalho em enfermagem por ser predominantemente feminino, exige duplas ou até triplas jornadas de trabalho, pois as profissionais têm de se dividir entre o trabalho, os afazeres do lar, o cuidado com os filhos e até mesmo com outro emprego.

O trabalho em saúde e particularmente em enfermagem oferece vários riscos à saúde do trabalhador como os riscos biológicos, químicos, físicos, de acidentes, psicossociais e ergonômicos.

Segundo a legislação brasileira os agentes biológicos a que estão expostos os trabalhadores são as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus entre outros (BRASIL, 2001). No trabalho em enfermagem o risco de contrair doenças infecto-contagiosas como Aids e Hepatite B e C por meio de acidentes perfurocortantes têm causado muita preocupação e chamado a atenção dos pesquisadores (SOUZA e VIANNA, 1993; GIR, COSTA e SILVA, 1998; BRANDI, BENATTI e ALEXANDRE, 1998; MARZIALE e RODRIGUES, 2002).

Com relação aos riscos químicos, Xelegati e Robazzi (2003) mencionam que os trabalhadores de enfermagem estão expostos a drogas citostáticas; gases anestésicos; vapores de formaldeído / glutaraldeído; gases esterilizantes; manipulação de medicamentos como antibióticos, analgésicos, antiprotozoários e antivirais; exposição a vapores de cimento de osso; manipulação de mercúrio, reações alérgicas a luvas protetoras, entre outros. Segundo a OIT (1985) alguns destes agentes químicos podem ser altamente reativos biologicamente e causar uma diversidade de efeitos irritantes, tóxicos e inclusive cancerígenos.

Em estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário as cargas físicas mais citados pelos trabalhadores foram: ruído (de bips; instrumentos de trabalho como monitores respiradores; trânsito de pessoas; de pacientes com estado emocional alterado); iluminação artificial tanto deficiente como excessiva; mudanças bruscas de temperatura; eletricidade (choques, risco de incêndio e explosões) e radiações ionizantes (SILVA KURCGANT e QUEIROZ,1998). A exposição aos raios-X pode causar graves danos às células vivas, sendo que alguns efeitos (genéticos e somáticos) podem ter origem de exposições de intensidade relativamente baixas à radiação (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 1985).

A literatura com base nas comunicações de acidentes de trabalho (CATs) tem apontado que os acidentes de trabalho que mais atingem a equipe de enfermagem são os perfurocortantes e as lesões musculoesqueléticas. Contrera, Esposito e Monteiro (2002) em estudo epidemiológico das CATs registradas junto a previdência social no município de São Carlos encontraram que nos serviços de

saúde deste município no ano de 2000, as causas de acidentes de trabalho mais freqüentes foram os “instrumentos médicos-hospitalares – agulhas e outros” com 53,9% dos acidentes, sendo a segunda causa “os choques, quedas e perda de equilíbrios” (28,8%), que resultam muitas vezes em lesões músculo-esqueléticas.

Já os riscos psicossociais e ergonômicos no trabalho em enfermagem mais comuns encontrados na literatura são o estresse; os procedimentos de levantar e movimentar pacientes, que leva a dores nas costas e o trabalho em turnos alternantes e turno noturno (CONTRERA-MORENO e MONTEIRO, 2003).

Além do estresse, Silva, Kurcgant e Queiroz (1998) mencionam outras cargas psíquicas no trabalho em enfermagem como: a atenção constante no trabalho; a supervisão estrita; o ritmo acelerado de trabalho; trabalho parcelado, monótono e repetitivo; comunicação dificultada; trabalho feminino (dupla ou tripla jornada de trabalho); desarticulação de defesas coletivas; agressões psíquicas (verbal, vindas de pacientes, docentes e médicos); fadiga, tensão; insatisfação devido aos baixos salários, dobras de plantão e o não reconhecimento do trabalho e situações que levam ao consumo de álcool e drogas.

De acordo com Estryng Behar (1996, p.253) “a profissão Enfermagem, especialmente quando há confronto da doença grave ou da morte, pode ser uma fonte significativa de estresse emocional e pode levar à depressão”. Segundo a autora, as estratégias de como lidar com o estresse irão depender da qualidade de vida do profissional e de sua rede de apoio.

As lombalgias são umas das principais queixas dos trabalhadores de enfermagem (ALEXANDRE, MORAES e MAHAYRI, 1991), sendo que as

condições que provocam estes sintomas de acordo com Alexandre e Moraes (1998) são: o levantamento e manuseio de pesos excessivos e repetitivos; o levantamento e manuseio incorreto de cargas; solicitações extraordinárias e posturas inadequadas; manutenção de uma postura por tempo prolongado e outras condições como tensão emocional e trauma direto (segurar um paciente que está caindo). Além destas condições, o ambiente de trabalho e os equipamentos hospitalares são responsáveis, em muitos casos, pela má postura do trabalhador.

O trabalho em turno alternante e noturno também tem causado danos à saúde do trabalhador:

O esquema de turnos alternantes influencia negativamente os horários reservados à alimentação, sono e repouso, o relacionamento com a família e amigos, a realização de atividades sociais de lazer, além de ser considerado como fator interferente ao aparecimento de fadiga e motivo de insatisfação para a maioria das enfermeiras (MARZIALE e ROZESTRATEN, 1995, p.75).

O sono é a principal queixa dos trabalhadores noturnos, sendo que as perturbações com o sono podem levar a transtornos severos e persistentes do próprio sono, fadiga crônica e síndromes psiconeuróticas como a depressão crônica e a ansiedade (COSTA, 2003).

De Martino (2002) realizou estudo comparativo de padrões do sono com 59 enfermeiros que trabalhavam nos turnos diurnos e noturnos de um hospital universitário. Foi encontrado que os trabalhadores apresentaram os seguintes sintomas: distúrbios de apetite, náusea, má digestão, azia, distensão abdominal, ganho de peso corporal, perda de peso corporal, dores de cabeça, edema,

dificuldade de raciocínio, insônia, pressão arterial alta, tonturas e irritabilidade. Destes sintomas, esteve presente em maior proporção nos trabalhadores noturnos a náusea e, além disso, os trabalhadores do turno noturno apresentaram sono fracionado.

Fischer (2003) ainda aponta alguns exemplos de situações desfavoráveis que afetam o trabalhador em turnos como: o ruído nas casas dos trabalhadores, (que prejudica o repouso); o longo tempo de transporte; a questão do aumento da violência (que faz com que os trabalhadores tenham medo de sair de casa ou chegar em casa muito tarde) e a terceirização dos serviços, que acaba com os benefícios sociais conquistados pelos trabalhadores.

Além destes riscos à saúde no trabalho citados, a questão da exposição à violência no trabalho em enfermagem tem chamado a atenção de muitos pesquisadores e vários estudos vêm sendo desenvolvidos. Estes estudos mencionam que a violência no trabalho em enfermagem está aumentando e que este seria um novo risco ocupacional.

2.3. VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM ENFERMAGEM

A violência no local de trabalho vem sendo definida como *“incidentes no qual os trabalhadores são insultados, ameaçados, agredidos ou sujeitos a outros comportamentos ofensivos nas circunstâncias relativas ao seu trabalho”*(DI MARTINO, 2003, p.1).

A violência que acontece no ambiente de trabalho de acordo com a CAL/OSHA (2003) se caracteriza de três formas: violência externa, violência provocada pelo cliente e violência interna.

A violência externa é provocada por alguém que não pertence a organização, ou seja, este tipo de violência é reflexo da violência que se tem nas ruas e é provocado por alguém desconhecido. Neste caso, os trabalhadores de saúde têm um risco maior de serem afetados, dependendo da localização geográfica da instituição de trabalho, como periferias e locais com elevado consumo de drogas.

Já na violência provocada pelo cliente, os trabalhadores de saúde são uns dos mais afetados por lidar com uma clientela muito diversificada composta muitas vezes por pacientes psiquiátricos, delinqüentes, usuários de drogas, etilistas e por ter que lidar com os familiares destes pacientes que se tornam agressivos com estes trabalhadores, principalmente em caso de morte. Esta característica do trabalho em saúde sem dúvida expõe o trabalhador ao risco de sofrer violência no ambiente de trabalho.

A violência interna é aquela que ocorre entre trabalhadores de uma mesma instituição, podendo vir tanto da hierarquia como de outros colegas de trabalho. Um exemplo deste tipo de violência é o assédio moral (MAYHEW e CHAPPELL, 2001).

Um estudo de base populacional realizado na Finlândia por Salminen (1997) revelou que os enfermeiros de saúde mental e os médicos são umas das profissões mais violentadas no trabalho, perdendo apenas para guarda de prisão e policial. Para o autor isto é causa de preocupação, uma vez que os trabalhadores de saúde não estão preparados para lidar com a violência que, muitas vezes, vem dos pacientes.

De acordo com Arnetz, Arnetz e Söderman (1998) os trabalhadores de hospitais têm um grande risco de sofrer violência no ambiente de trabalho no curso de suas carreiras, sendo que o risco é maior para os trabalhadores de enfermagem que trabalham na assistência.

2.3.1. PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

De acordo com o National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH, 2002a) os trabalhadores de serviços de saúde têm um risco muito baixo de sofrer homicídio no trabalho, entretanto possuem um risco consideravelmente alto de sofrer agressões não fatais como as agressões verbais, as ameaças, as agressões físicas, o assédio moral e o sexual.

As agressões físicas mais relatadas na literatura contra trabalhadores de enfermagem são: arranhar, beliscar, dar pontapés, esmurrar, dar tapas, empurrar, apertar contra a parede, morder, agredir com o uso de objetos ou arma, entre outras (ARNETZ, 1998).

As agressões verbais são aquela que resultam muitas vezes em humilhação e indicam falta de respeito com a dignidade do indivíduo. Geralmente ocorre em forma de insultos, ofensas, usar um tom de voz alto e agressivo.

Ameaça é definida como promoção do uso da força física ou de poder resultando em medo de violência física, sexual, psicológica ou outras conseqüências negativas (ILO/ ICN/ WHO/ PSI, 2002). Podem ser tanto verbais como com uso de objetos ou armas. Geralmente as ameaças são de agredir fisicamente, de prejudicar o emprego e até de morte.

Já o assédio moral ou violência psicológica é definido de várias maneiras por diferentes autores, sendo chamado também de *mobbing* e *bullying*.

A definição de assédio moral adotada neste trabalho é a seguinte:

qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atende por sua repetição ou sistematização contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho (HIRIGOYEN, 2002, p.17).

De acordo com Hirigoyen (2002), o assédio moral diferente das outras formas de violência, caracteriza-se pela sua **repetição** e **persistência** (grifo nosso). Segundo a autora uma agressão pontual, mesmo que tenha provocado conseqüências especialmente graves para a vítima, não pode ser considerada como assédio moral.

Dentre as ações que caracterizam o assédio moral tem-se: isolar o trabalhador, desqualificar, desacreditar, induzir ao erro, dar tarefas vexatórias, recusar a comunicação direta, o abuso de poder por parte dos superiores hierárquicos e as manobras perversas conduzidas por uma ou mais pessoas do grupo de trabalho.

O assédio moral:

Caracteriza-se pela **degradação deliberada das condições de trabalho** em que prevalecem atitudes e condutas negativas dos chefes em relação a seus subordinados, constituindo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização. A vítima escolhida é isolada do grupo sem explicações, passando a ser hostilizada, ridicularizada, inferiorizada, culpabilizada e desacreditada diante dos pares. Estes, por medo do desemprego e a vergonha de serem também humilhados associado ao estímulo constante à competitividade, rompem os laços afetivos com a vítima e, freqüentemente, reproduzem e reatualizam ações e atos do agressor no ambiente de trabalho, instaurando o **'pacto da tolerância e do silêncio'** no coletivo, enquanto a vítima vai gradativamente se desestabilizando e fragilizando, 'perdendo' sua auto-estima (SITE ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO, 2003, grifo do autor)

Alguns estudos não consideram o assédio sexual como um tipo de violência ocupacional, porém, neste trabalho o tema será abordado, uma vez que o assédio sexual é uma dimensão do assédio moral.

De acordo com o Projeto de Lei Federal Nº 61 de 1999, artigo 216-A é considerado crime de assédio sexual:

Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes a exercício de emprego, cargo ou função [...] incorre na mesma pena quem cometer o crime:

I-Prevalecendo-se de relações domésticas, de coabitação e hospitalidade; II- Com o abuso ou violação de dever inerentes à ofício ou ministério (SITE ASSEDIO MORAL NO TRABALHO, 2002)

Segundo Libbus e Bowman (1994) os trabalhadores de enfermagem vêm sendo alvo deste tipo de assédio, que segundo as autoras afetam seriamente o trabalho em enfermagem.

2.3.2. PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO

De acordo com Arnetz (1998) mensurar a extensão da violência no ambiente de trabalho é algo muito complexo, uma vez que há uma série de impedimentos. A falta de uma definição consistente de violência seria um destes impedimentos, já que a literatura traz inúmeros conceitos de violência, abrangendo desde agressão física até agressão verbal. Além disso, segundo Arnetz (1998), a definição de violência por parte das vítimas também varia, o que dificulta ainda mais um diagnóstico da realidade.

Outro impedimento referido pelo autor são os métodos empregados para mensurar a prevalência da violência no ambiente de trabalho, uma vez que estes não abrangem a totalidade dos casos de violência.

No Brasil não existe um instrumento próprio para a notificação de todas as formas de violência no ambiente de trabalho. Os instrumentos que poderiam servir de base para uma pesquisa neste sentido seriam as Comunicações de acidente do trabalho (CATs), os Boletins de Ocorrência Policial (BO) e as anotações de

enfermagem em prontuário de pacientes ou em livro de ocorrências. Porém, estas fontes não mostram a magnitude do problema, uma vez que pelas CATs só seriam registradas as agressões físicas e os BOs e anotações nem sempre são realizadas, uma vez que muitos não relatam a experiência sofrida pois acreditam que sofrer violência é normal, ou melhor, “faz parte do trabalho”.

Estudos de diversos países como os Estados Unidos, Canadá, Finlândia, Suécia, Inglaterra vêm sendo publicados em relação à violência no trabalho em saúde e, especificamente, em enfermagem. Estudos relacionados a temática no Brasil ainda são escassos.

O Sindicato dos Médicos de São Paulo (SIMESP), no ano de 2000, conduziu uma pesquisa com médicos da grande São Paulo. Dentre os 650 médicos entrevistados, 41% já sofreram algum tipo de violência no ambiente de trabalho, física ou verbal, sendo, em média, 3,82 violências por vítima. A pesquisa revelou também que mais de 65,0% dos episódios de violência ocorreram em Pronto Socorro, 80,5% em hospitais públicos e “mais de 39% das vítimas de violência tiveram seqüelas, principalmente mentais /psicológicas (25,85%), sendo mais freqüentes a ansiedade, depressão, transtorno de pânico, insônia e crise hipertensiva”. Precisaram de atenção médica 20,5% das vítimas e “quase 24% dos médicos mudaram ou procuraram mudar de emprego em função de violências sofridas” (SIMESP,2002, p.7).

Os estudos referentes a análise de CATs apontam que os trabalhadores de enfermagem brasileiros são vítimas de agressões, como no estudo de Contrera, Esposito e Monteiro (2002) que analisaram as CATs dos serviços que

desenvolvem ações de saúde no município de São Carlos-SP, no ano de 2000 registrados junto a previdência social e encontraram que 3,9% dos acidentes de trabalho ocorridos nestes serviços foram agressões físicas provocadas por pacientes. Outro estudo foi o de Fyonke (2001) que em análise das CATs registradas na Previdência social do município de Marília-SP, encontrou que alguns dos acidentes de trabalho registrados pelos serviços de saúde do município foram agressões físicas vindas tanto de pacientes como de desconhecidos.

Diversos estudos internacionais indicam que os trabalhadores de enfermagem têm um considerável risco de sofrer violência no local de trabalho.

Yassi (1994) pesquisou a violência no trabalho em um hospital de ensino no Canadá utilizando registros do departamento de medicina ocupacional do hospital, durante o período de dois anos. Foram encontrados 242 registros de agressões físicas e 646 registros de agressões verbais. Os trabalhadores de enfermagem foram os que mais registraram agressões (80,2%), seguido do pessoal de segurança com 12,8% e apenas 1,0% por médicos. O autor acredita que haja subnotificação por parte dos médicos. Com relação ao tipo de agressão física notificada, 126 foram machucados e hematomas; 47, cortes e lacerações e 23, mordidas humanas e exposição a fluidos do corpo. Estas agressões evidenciam ainda um outro risco: o de contaminação por doenças infectocontagiosas como a Aids, a Hepatite B e C.

Em estudo realizado por Arnetz, Arnetz e Petterson (1996), na Suécia, com 2690 trabalhadores de enfermagem, de diversas instituições de saúde, foi

encontrado que 29,0% dos entrevistados sofreram violência no ambiente de trabalho; 35,0% foram ameaçados; 30,0% foram testemunhas de violência contra colegas de trabalho e 27,0% consideravam a violência um risco ocupacional.

Nolan et al. (2001) realizaram um estudo comparando as experiências de violência dos trabalhadores de enfermagem de saúde mental da Suécia e da Inglaterra, no qual foi encontrado que 71,0% dos profissionais ingleses e 59,0% dos suecos sofreram violência no ambiente de trabalho, sendo o tipo de agressão mais freqüente a verbal e ameaças. Os autores destacam que as agressões com uso de objeto e armas foram em maior proporção em trabalhadores de enfermagem da Inglaterra, o que para os autores está diretamente ligado com o tipo de trabalho realizado, uma vez que na Inglaterra, a grande parte dos profissionais entrevistados trabalhava com a comunidade, ou seja, a chance de ter um cliente com armas ou objetos é muito maior do que de um cliente que está internado.

Merchant e Lundell (2001) mencionam que em algumas unidades psiquiátricas, o índice de violência contra trabalhadores é mais de 100 casos por 100 trabalhadores por ano.

Em estudo realizado com 5876 enfermeiros no Kuwait Adib et al. (2002) pesquisaram a extensão da violência contra estes trabalhadores, sendo que 48,0% referiram ter sofrido agressões verbais; 7,0% agressões físicas e 36,0% testemunharam as agressões contra colegas de trabalho nos últimos seis meses. De acordo com os autores 51,0% das agressões físicas foram provocadas por pacientes; 44,0% das agressões verbais por familiares e amigos de pacientes e de

4,0 a 7,0 % das agressões físicas e verbais foram provocadas por colegas de trabalho e supervisores.

Com relação ao assédio moral Hirigoyen (2002) realizou uma pesquisa na França no qual foram enviados 350 questionários por correio para pessoas que haviam escrito cartas para a autora referindo que tinham sido vítimas de assédio moral. Destes, 193 sujeitos responderam o questionário, sendo encontrado que o assédio moral predominou no setor terciário, como, na área de saúde e de ensino com 9,0% cada; a idade média das pessoas assediadas era de 48 anos, indicando uma prevalência nas pessoas com mais idade e que em 58,0% dos casos o assédio foi praticado pela hierarquia, 29% por diversas pessoas (chefia e colegas), 12,0% por colegas e somente em 1% dos casos por um subordinado.

O assédio sexual também tem sido alvo de estudo. Libbus e Bowman (1994) realizaram uma pesquisa nos Estados Unidos exclusivamente com enfermeiras e encontraram que 71,8% das entrevistadas sofreram assédio sexual no trabalho. Os pacientes foram responsáveis por 53,4% das agressões e os médicos por 25,0%, demonstrando que o assédio não vem só da hierarquia. Os comportamentos mais comuns de assédio foram propostas e intimidações, insinuações e toques, como, por exemplo, segurar com força, agredir com tapas, entre outros.

2.3.3. FATORES ASSOCIADOS AO RISCO

A literatura tem demonstrado que vários são os fatores associados ao risco de sofrer violência no trabalho em enfermagem. Segundo a NIOSH (2002a) o

contato face a face entre profissional de saúde e cliente já é um fator de risco para o trabalhador sofrer violência.

Levin et al. (1998) mencionam que fatores pessoais como, por exemplo, a atitude do profissional de saúde, que nem sempre é adequada, pode favorecer que se tenha atos de violência contra estes. A localização geográfica dos serviços de saúde em regiões nas quais se tem elevados índices de violência externa como periferias e locais em que há tráfico de drogas propicia também para que haja a violência no ambiente de trabalho.

Um outro fator indicado por Levin et al. (1998) é o tipo de cliente atendido, como pacientes psiquiátricos, com demência, usuários de drogas e pessoas envolvidas em gangues, pois geralmente possuem armas. Pacientes idosos também são fontes de violência de acordo com NewHouse (1997) que relata que na maioria das vezes estes clientes atacam tanto verbal como fisicamente sem que o trabalhador tenha provocado a agressão.

Em estudo realizado por Carter et al.(1997) em unidade de atendimento primário a saúde verificou-se que os maiores índices de violência vinham de clientes que faziam uso de álcool e drogas. Outros fatores mencionados como geradores de violência foram a frustração com o serviço devido a espera pelo atendimento médico e o estresse dos pacientes que estão com muita dor, com distúrbios psiquiátricos ou emocionais.

Em uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro, no ano de 2000, em dois serviços de emergência, foi identificado que as violências ocorriam devido a demora no atendimento, o fato dos familiares exigirem que o paciente tivesse

atendimento imediato e tratamento especial, a percepção por parte dos agressores de negligência dos profissionais durante o atendimento ao paciente, nas situações de eminência de morte do paciente e invasão de gangues armadas no espaço físico das áreas de emergência (DESLANDES², 2000)

Wilkinson (2001) descreveu as situações mais comuns em que ocorre violência contra o profissional de saúde: geralmente quando o paciente está agitado ou é reprimido, quando recebe más notícias ou quando lhe é solicitado a fazer algo que ele não deseja. Familiares e amigos ansiosos e angustiados também são fonte de violência contra trabalhadores de saúde principalmente em unidades de emergência aglomeradas.

Rosen (2001) acredita que o número reduzido de trabalhadores em hospitais também contribui para a violência no local de trabalho, pois dificulta o atendimento individualizado a cada paciente.

Em um estudo conduzido em São Paulo com trabalhadores de 97 empresas, Barreto (2003) entrevistou 761 mulheres e 1.311 homens, os quais 42% relataram situações de humilhação no trabalho. Neste estudo, pessoas que estavam doentes ou acidentados no trabalho eram freqüentemente as vítimas de humilhação “a partir do momento em que não conseguiam produzir o exigido ou quando questionavam as longas jornadas e a sobrecarga de trabalho” (BARRETO, 2003, p.28).

² DESLANDES, 2000 APUD DI MARTINO, V. **Workplace violence in the health sector** – Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and additional Australian study: synthesis report. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on workplace violence in the health sector, 2002, 42p.

Alguns estudiosos destacam que mulheres têm maior risco de sofrer violência (HATCH - MAILEITE e SCALORA, 2002; NOLAN et al., 2001). Hirigoyen (2002) em sua pesquisa sobre assédio moral, na França encontrou que 70% das entrevistadas que sofreram assédio moral eram mulheres. Barreto (2003) também encontrou maior proporção de mulheres que sofriam as humilhações no trabalho, no Brasil.

Entretanto estudo realizado por Arnetz, Arnetz e Petterson (1996) na Suécia demonstrou que os homens sofreram mais violência no trabalho em enfermagem do que as mulheres. Desta forma mais estudos precisam ser realizados para avaliar se existe algum tipo de violência específica ligada ao gênero.

2.3.4. CONSEQÜÊNCIAS DA VIOLÊNCIA

De acordo com Arnetz e Arnetz (2001) tanto as agressões físicas como as verbais trazem efeitos negativos a saúde dos trabalhadores como tristeza, raiva, desapontamento, medo e perda da satisfação com o trabalho.

Em geral os trabalhadores que sofreram violência relatam conseqüências físicas, emocionais, pessoais e profissionais, podendo variar desde fraturas e tensão muscular (LEVIN, HEWITT e MISNER, 1998) a sentimento de baixa auto-estima (NOLAN et al., 2001), depressão, ansiedade, falta de motivação, fadiga, irritabilidade, distúrbios de sono e alimentação (PATERSON, LEADBETTER e BOWIE, 1999).

Em se tratando do assédio moral as conseqüências específicas a saúde do trabalhador também são gravíssimas. Hirigoyen (2002) cita os seguintes sintomas: estresse, ansiedade, depressão (que, na maioria dos casos é severa e pode levar a suicídio ou tentativa de suicídio), distúrbios psicossomáticos (aumento de peso, emagrecimento intenso, distúrbios endócrinos, distúrbios digestivos, crises de hipertensão entre outros).

Em um estudo de coorte realizado com trabalhadores de hospitais finlandeses Kiviäki et al.(2003) encontraram que sofrer assédio moral no trabalho aumenta o risco de ter depressão e doença cardiovascular, sendo esta última, em parte, atribuída também à obesidade.

O assédio moral por ser intenso e de forma repetitiva pode levar ao estresse pós-traumático, no qual a pessoa assediada vive relembrando as cenas de humilhação e violência tanto em formas de "*flashbacks* dolorosos" como em forma de pesadelos (HIRIGOYEN, 2002).

Segundo Hirigoyen (2002, p.167) "este tipo de agressão deixa sempre marcas de longo prazo", provocando um medo das pessoas voltarem a serem vítimas deste tipo de agressão e até mesmo constituindo um impedimento para a procura de um novo emprego.

De acordo com Flannery (1996) os sintomas do estresse pós-traumático podem se desenvolver não somente de atos diretos de violência, mas também indiretamente como o simples fato de testemunhar algum ato violento.

Já as conseqüências relatadas no estudo de Libbus e Bowman (1994) em relação ao assédio sexual são: raiva, desgosto, constrangimento, nervosismo,

humilhação, vergonha, demonstrando que o assédio sexual é prejudicial e afeta o desempenho destas trabalhadoras.

A violência também causa prejuízo para a instituição empregadora, pois sofrer violência aumenta a indisposição e o absenteísmo no trabalho (PATERSON LEADBETTER e BOWIE, 1999) os trabalhadores que sofreram agressão evitam o contato com o paciente, o que prejudica a qualidade da assistência, alguns mudam de emprego (rotatividade), além da perda de produtividade dos trabalhadores que gera também custos financeiros para a instituição (NEWHOUSE, 1997).

2.3.5. PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO

Considerando a gravidade destes episódios de violência que estão atingindo uma grande parcela de trabalhadores, resta-nos pensar em um meio de se aliviar estas conseqüências, no sentido de promover a saúde no trabalho destas pessoas e em uma forma de prevenção destes episódios. Poucos são os artigos que abordam estratégias de prevenção destes eventos, talvez por ser a violência um fenômeno muito complexo.

Organismos internacionais têm-se unido para o combate a violência no trabalho em saúde. No ano de 2000 a ILO (International Labour Office) o ICN (International Council of Nurses) a WHO (World Health Organisation) e o PSI (Public Services International) lançaram em conjunto um programa para que se

desenvolvesse uma política de segurança e uma aproximação prática da prevenção para a eliminação da violência no setor saúde (DI MARTINO, 2003).

O NIOSH (2002b) também preocupado com a questão da violência no trabalho em saúde elaborou estratégias de prevenção. Porém eles deixam claro que *“não existem estratégias universais para a prevenção da violência. Os fatores de risco variam de hospital para hospital e de unidade para unidade”*.(NIOSH, 2002b, p. 9). Então para que o plano de prevenção seja realmente eficaz, deve-se em primeiro lugar, levantar os fatores de risco de cada local de trabalho.

De acordo com o NIOSH (2002b) as estratégias de prevenção devem abranger os seguintes planos: controle ambiental, controle administrativo e modificação comportamental.

Com relação aos recursos ambientais o NIOSH (2002b) recomenda:

- Desenvolvimento de sinalização de emergência, alarmes e sistemas de monitoramento;
- Instalação de dispositivos de segurança como detectores de metal para prevenir a entrada de pessoas armadas no interior do serviço;
- Instalação de outros aparelhos como câmeras e boa iluminação nos corredores, entradas e saídas;
- Providenciar escolta de segurança para acompanhamento dos trabalhadores até o estacionamento, principalmente à noite;
- Criar áreas para acomodar e assistir visitantes e pacientes quando há atraso no serviço;
- Modificar algumas áreas para se minimizar o risco de agressão

como: providenciar saída de emergência; isolar o posto de enfermagem; utilização de um balcão seguro, a prova de balas e com vidro a prova de balas envolta do balcão em áreas de recepção e organizar móveis e outros objetos para que estes não sejam usados como armas.

Com relação ao controle administrativo tem-se:

- Organizar o serviço para prevenir que o pessoal trabalhe sozinho e minimizar o tempo de espera do paciente;
- Restringir o movimento do público nos hospitais com cartões de controle de acesso;
- Desenvolver um sistema para alertar o pessoal de segurança, quando há a ocorrência de violência.

As modificações de comportamento envolvem: treinamento aos trabalhadores para reconhecer e para administrar as agressões, resolver conflitos e manter a consciência que o risco de violência existe. (NIOSH, 2002b, p 5-6).

Baseado nos riscos identificados pelo serviço de segurança, em 1999 em Washington foi criada uma legislação para proteger os trabalhadores de saúde contra a violência no local de trabalho. Este plano abrange os registros de atos de violência no trabalho de qualquer natureza, para assim identificar os fatores de risco que levam a esta; educação e treinamentos aos trabalhadores para lidar com as situações de violência; pessoal de segurança nos serviços de saúde; atendimento as vítimas de violência, proporcionando apoio psicológico e

condições físicas adequadas no local de trabalho para proteger os trabalhadores (BARISH, 2001).

Com relação ao assédio moral, já existem projetos de leis e leis aprovadas no âmbito federal, estadual e municipal.

No município de Campinas já há lei aprovada que pune o assédio moral, desde 4 de novembro de 2002 (lei 11.409). Esta lei veda o assédio moral no âmbito da administração pública municipal direta, indireta, nas autarquias e fundações públicas (anexo 1).

O assédio moral praticado pelo agente, servidor, empregado ou qualquer pessoa que exerça função de autoridade nos termos desta lei, é infração grave e sujeitará o infrator às seguintes penalidades:

I - advertência; II - suspensão; III – demissão (SITE ASSEDIO MORAL NO TRABALHO, 2003).

Embora existam leis, é necessário que todos os trabalhadores tenham consciência das formas de violência e abusos que estão sendo expostos, para assim reivindicarem melhores condições de trabalho.

2.4. ENVELHECIMENTO E CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Com o rápido declínio das taxas de fecundidade no Brasil no final da década de 60 é que se tem o início do processo de envelhecimento da população brasileira. Carvalho e Garcia (2003) mencionam que em 1970 a taxa de filhos por mulher era de 5,8 passando para 2,3 filhos no ano de 2000, que segundo os autores está bem próximo da taxa que produz crescimento nulo da população a longo prazo. Segundo estes autores, a queda do número de nascimentos fez com que houvesse um estreitamento da base da pirâmide etária.

Segundo Kalache et al. (1987) o aumento do número de pessoas com mais idade em países em desenvolvimento se deve ao número elevado de nascimentos durante as primeiras décadas do século passado associado a um decréscimo nas taxas de mortalidade, sendo o envelhecimento da população um processo dinâmico. Kalache et al. (1987) explicam que, primeiro é necessário que haja altas taxas de natalidade e que estas pessoas sobrevivam até ficarem idosas e que, concomitante a isso, diminua as taxas de fecundidade, pois assim há um declínio no número de pessoas jovens e a quantidade de pessoas que sobreviverem até idades mais avançadas passa a aumentar.

A questão do envelhecimento tem chamado a atenção de muitos pesquisadores, pois com o envelhecimento da população haverá um aumento do número de pessoas com mais idade trabalhando, principalmente devido o aumento da idade de aposentadoria e um maior número de pessoas necessitarão

de melhores condições de saúde e de trabalho. Além disso, outra preocupação é como manter estas pessoas com mais idade ativas, até que chegue a idade de aposentadoria (COSTA, 2001).

A suposição é que a conservação de uma boa capacidade de trabalho esteja relacionada às boas condições de saúde e profissionais, as quais são mantidas pelas satisfatórias condições de trabalho (seja do tipo ambiental, como de relacionamento) e pelos corretos estilo de vida pessoal. Isto se traduz em uma melhor qualidade de vida, uma maior produtividade e num período de aposentadoria ainda mais proveitoso (COSTA, 2001, p.46).

Ilmarinen (2001, p.551) define a capacidade para o trabalho como sendo *“recursos humanos relacionados às exigências física, mental e social do trabalho, comunidade de trabalho e administração; cultura organizacional e ambiente de trabalho”*.

Preocupados com a questão do envelhecimento e da capacidade para o trabalho a WHO realizou, em 1991, um encontro com estudiosos de diversos países e instituições com o objetivo de: analisar as mudanças na capacidade para o trabalho em decorrência do envelhecimento; estudar o envelhecimento do ponto de vista biológico, voltado para as mudanças nas capacidades física e mental e para a adaptação às exigências do trabalho; identificar os problemas de saúde relacionados às mudanças na capacidade para o trabalho à medida que se envelhece; definir áreas de promoção à saúde relacionadas ao envelhecimento da população trabalhadora e identificar lacunas de conhecimento e mais áreas para serem investigadas (WHO, 1993).

Vários estudos vêm sendo realizados no intuito de avaliar a capacidade para o trabalho de trabalhadores em envelhecimento, sendo a metodologia utilizada o Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT (TUOMI et al. 1997c). Este instrumento foi desenvolvido por pesquisadores finlandeses do Instituto de Saúde Ocupacional de Helsinki, sendo o ICT validado por estudos realizados no período de 1981 a 1992. Estes estudos foram realizados na Finlândia com o objetivo de identificar doenças e incapacidades de modo a promover a saúde e a capacidade para o trabalho dos trabalhadores em envelhecimento, bem como pela necessidade de se estabelecer critérios para determinar a idade de aposentadoria, uma vez que a proporção de pessoas na faixa etária dos 45 aos 64 anos que estarão ativas deve aumentar de 32.0% para 41.3% entre 1980 e 2025. (ILMARINEN et al., 1991a).

Foram acompanhados 6257 servidores finlandeses de diversas ocupações, com idade entre 44 e 58 anos, durante o período de 1981 a 1992. Destes, somente 14,8% continuaram na mesma ocupação; 41,5% aposentaram-se por idade; 29,6% aposentaram-se por incapacidade para o trabalho e 6,3% morreram (TUOMI et al., 1997a).

Este estudo demonstrou que o envelhecimento vem acompanhado do aparecimento de várias doenças, sendo as doenças músculo-esqueléticas e as cardiovasculares as que mais aumentaram no período de 1982 a 1991. De acordo com Tuomi et al. (1997b) com o uso do ICT foi possível prever a aposentadoria por incapacidade e também a morte, pois dos trabalhadores que possuíam baixa

capacidade para o trabalho em 1981, 62,2% se aposentaram por invalidez, 11,6% morreram e apenas 2,4% continuaram a trabalhar em tempo integral em 1992.

No Brasil, vários estudos foram realizados utilizando a metodologia do ICT.

Bellusci e Fischer (1999) estudaram servidores de uma instituição judiciária federal e encontraram que as mulheres tiveram 2,2 vezes mais chance de ter ICT inadequado em relação aos homens e que quanto maior o tempo de serviço, maior o risco de ter ICT baixo/moderado, sendo que trabalhar de 2 a 4 anos no local aumentava o risco em 1,9 vezes; de 4 a 6 anos, aumentava o risco em 2,8 vezes e, com mais de 6 anos, o risco era de 2,4 vezes. Neste estudo também foi encontrada associação significativa em relação a idade, no qual os trabalhadores com faixa etária entre 40 a 50 anos tiveram maior probabilidade de ter ICT moderado ou baixo.

Monteiro (1999) estudou trabalhadores de uma empresa de telecomunicações e também encontrou melhor ICT nos homens, que também possuíam maior idade média. Neste estudo foi verificado que as mulheres, embora mais jovens, tiveram a maior parte do absenteísmo-doença e também duração mais longa de ausência no trabalho por motivos de doença.

Metzner e Fischer (2001) pesquisaram trabalhadores diurnos e noturnos de uma indústria têxtil sendo encontrado que o tempo de empresa influenciava na diminuição do ICT (cada mês de trabalho na função reduziu ICT em 0,019 pontos) e que as melhorias nas condições de trabalho aumentavam o ICT.

Também foi realizada pesquisa com trabalhadores do serviço de higiene e limpeza de um hospital (ANDRADE, 2002), no qual um número de trabalhadores consideravelmente alto apresentaram capacidade para o trabalho moderada (31,9%) e ruim (14,5%). Este estudo também revelou que os indivíduos na faixa etária dos 50 a 60 anos apresentaram menor capacidade para o trabalho em relação ao grupo de trabalhadores que correspondia a faixa etária dos 30 a 50 anos.

Cocco (2002) avaliou a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de uma empresa de tecnologia da informação. A população estudada era de 173 sujeitos, dos quais 39,9% eram do sexo feminino e 60,1% masculino, com idade entre 21 a 62 anos; 78% eram casados e 15,6% solteiros; 28,3% começaram a trabalhar antes dos 16 anos de idade; 72,8% tinham concluído a faculdade; 78,5% trabalhavam na companhia há mais de dez anos e 13,9% tinham um segundo emprego. A capacidade para o trabalho foi moderada para 9,2% dos entrevistados; boa para 42,2% e ótima, para 48,6%.

Fernandes (2003) estudou 190 trabalhadores e estagiários de um condomínio de empresas de alta tecnologia e encontrou que o grupo dos estagiários não apresentou nenhum ICT inadequado (baixo/moderado), e que a maioria dos estagiários (56,79%) e dos trabalhadores 63,3% apresentaram ICT ótimo; 43,21% dos estagiários e 31,19% dos trabalhadores apresentaram ICT bom e somente 5,5% dos trabalhadores apresentaram ICT moderado.

Os trabalhadores de hospitais e de enfermagem também vem sendo muito investigados. Chillida e Cocco (2003) em estudo com 312 trabalhadores de

enfermagem do turno noturno de um hospital universitário encontraram que 2,6% apresentaram ICT baixo, 25,6% inadequado, 47,4% bom e 24,4% ótimo. As doenças com diagnóstico médico foram referidas por 67,9% da população estudada, sendo as mais freqüentes as lesões por acidente, as doenças músculo-esqueléticas, o distúrbio emocional leve, as doenças gastrintestinais e a obesidade.

Bellusci et al. (1999) estudaram trabalhadores de enfermagem de um hospital filantrópico e encontraram que dentre os funcionários do hospital os trabalhadores de enfermagem e as mulheres apresentaram 1,9 vezes mais chances de perda de capacidade para o trabalho em relação aos outros trabalhadores e concluíram que o ICT é um método eficaz para se analisar as condições de saúde desta população.

Duran (2002, p.81) em estudo realizado junto a trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro de um hospital universitário refere que 13,2% tinham capacidade para o trabalho moderada, com “uma perda precoce para o trabalho mais acentuada nos trabalhadores mais jovens”, na faixa etária dos 30 aos 39 anos.

Em outra pesquisa, Fischer e Bellusci (2000) estudando trabalhadores de enfermagem noturnos e diurnos encontraram ICT inadequado (baixo e moderado) em 11,8% dos trabalhadores noturnos e em 12,9% nos trabalhadores diurnos. O estudo também demonstrou que as mulheres referiram com mais freqüência que os homens, doenças neurológicas e distúrbios emocionais, lesões por acidentes, doenças músculo-esqueléticas, respiratórias e dermatológicas.

Com o objetivo de analisar os fatores de envelhecimento associados com estressores no trabalho, capacidade para o trabalho e as condições de vida de trabalhadores de saúde Fischer et al. (2002) realizaram pesquisa com 176 trabalhadores de enfermagem do setor de emergência de um hospital universitário na cidade de São Paulo. Apresentaram ICT baixo/moderado 19,3% dos trabalhadores e a maioria dos participantes referiram que a sua capacidade de trabalho atual em relação às demandas do trabalho estava “boa” ou “muito boa” sendo que um número significativo de participantes referiram que sua capacidade física, mental e social estava “moderada” ou “ruim”.

As doenças com diagnóstico médico mais relatadas no estudo de Fischer et al. (2002) foram: doenças músculo-esqueléticas (67,6%); respiratórias (18,8%); alergias (12,5%); hipertensão (10,8%) e distúrbio emocional leve (6,8%). Já as doenças auto-referidas mais mencionadas foram: as doenças músculo-esqueléticas (45,5%) e distúrbio emocional leve (21,6%).

Fischer et al. (2002, p.83) mencionam que alguns problemas encontrados neste estudo podem influenciar negativamente a saúde dos trabalhadores bem como *“podem eventualmente contribuir para o envelhecimento prematuro”*. Os principais problemas relatados no trabalho dos auxiliares de enfermagem foram: *“pouco controle do trabalho realizado, alta demanda da percepção visual e auditiva; posturas corporais inadequadas, grande número de conflitos com superiores e colegas de trabalho, turno noturno e longas horas de trabalho”*. Para os enfermeiros os principais problemas relatados foram: *“alta responsabilidade pela segurança dos pacientes e do trabalho, posturas corporais inadequadas,*

horas extras, turno noturno e longas horas de trabalho” (FISCHER et al., 2002, p.83).

Os principais problemas a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem relatados no trabalho foram: ter que viajar diariamente do trabalho para casa e as mudanças na política de emprego e fora do ambiente de trabalho: *“a violência urbana, o aumento do custo de vida associado aos baixos salários, segurança alimentar, qualidade da água e poluição do ar” (FISCHER et al., 2002, p.83).*

Estes fatores bem como estilo de vida inadequado como *“fumar, ingerir álcool, não praticar atividades físicas e trabalhar à noite podem desempenhar papel importante no agravamento das condições de saúde e contribuir para o envelhecimento prematuro” (Fischer et al.,2002, p.83).*

Ilmarinen et al. (1991b) referem que existem alguns fatores de risco no ambiente de trabalho que deterioram a capacidade para o trabalho como demandas físicas de trabalho muito altas (trabalho muscular estático, movimentos repetitivos, posturas inadequadas, uso de esforço muscular); estressores e perigos no ambiente de trabalho (trabalhar em ambiente sujo e molhado, riscos de acidentes de trabalho, locais de trabalho muito quentes ou frios e mudanças de temperatura durante o turno de trabalho) e problemas com a organização de trabalho (conflitos, supervisão do trabalho, medo de fracassar, falta de livre escolha, pressão de tempo, falta de influência sobre o próprio trabalho, falta de desenvolvimento profissional e falta de reconhecimento e apreciação).

Outro grande problema citado por Ilmarinen et al. (1991b) é que as demandas de trabalho não mudam com o passar dos anos, apesar da diminuição da capacidade física com o envelhecimento. Os autores sugerem que as demandas físicas de trabalho diminuam em paralelo com o declínio da capacidade de trabalho física devido ao envelhecimento. Outra recomendação é o desenvolvimento de atividades físicas, pois o exercício é efetivo para os sistemas cardiorrespiratório e muscular em qualquer idade.

O novo conceito de promoção da capacidade do trabalho de trabalhadores em envelhecimento contempla o ajuste do ambiente físico e do ambiente psicossocial, a promoção da saúde e do estilo de vida e o desenvolvimento da competência profissional (TUOMI et al., 2001). Ilmarinen (1997) acrescenta que a idéia não é ajustar o trabalhador ao ambiente de trabalho, mas ajustar o ambiente de trabalho ao trabalhador.

3. OBJETIVOS

Objetivo geral

Este estudo tem como objetivo conhecer a prevalência da violência no local de trabalho (agressão verbal, física, ameaça, assédio moral e assédio sexual) e a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem de Centros de Saúde e Hospital Geral e a possível associação entre estas variáveis.

Objetivos específicos

- Identificar os principais tipos de violência a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem e as principais conseqüências da violência.

-Caracterizar a população estudada, segundo sexo, idade, estado conjugal, ocupação e estilo de vida;

- Avaliar a capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem nas diferentes faixas etárias e os principais estressores no trabalho de enfermeiros e auxiliares de enfermagem;

-Descrever as doenças auto-referidas e com diagnóstico médico na população estudada.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDO

Este trabalho é um estudo epidemiológico transversal, seccional ou estudo de prevalência, que segundo Almeida Filho e Rouquaryol (1994, p.169) é definido como “estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico”.

4.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi composta por todos os trabalhadores de enfermagem nas suas diferentes categorias: enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, de todas as faixas etárias e de ambos os sexos e que aceitassem a participar da pesquisa, sendo estes os critérios de inclusão.

Os critérios de exclusão foram: os trabalhadores que no momento da coleta estavam de férias, licença saúde, licença maternidade, licença prêmio, que tinham menos de três meses de experiência e que não foram localizados durante a coleta devido à faltas e trocas de plantão com outros colegas por mais de quinze dias.

A definição da amostra a ser estudada foi realizada com estatísticos da Universidade Estadual de Campinas, sendo proposto primeiramente que o estudo seria desenvolvido em dez Centros de Saúde e em um Hospital Geral Municipal (Pronto Socorro, Enfermaria clínica e cirúrgica) de Campinas-SP. Contudo, com a dificuldade na negociação com as unidades envolvidas e a demora para coletar os dados nos Centros de Saúde, o número de Centros de Saúde foi reduzido para cinco, sendo um de cada distrito do município.

O município de Campinas é composto por cinco Distritos de Saúde (figura 1), no qual estão quarenta e cinco Centros de Saúde. A amostra foi definida tendo em vista a representatividade por Distrito de Saúde (sorteio aleatório dos Centros de Saúde, um de cada Distrito), porém em reunião com os representantes de cada Distrito de Saúde do município foi definido que os Centros de Saúde deveriam ser grandes em número de trabalhadores (já que a amostra havia sido reduzida de

dez para cinco Centros) e que para evitar a ocorrência de viés a amostra seria de regiões tanto periféricas, onde o índice de violência externa é alto, como de regiões centrais, onde o índice de violência é provavelmente menor.

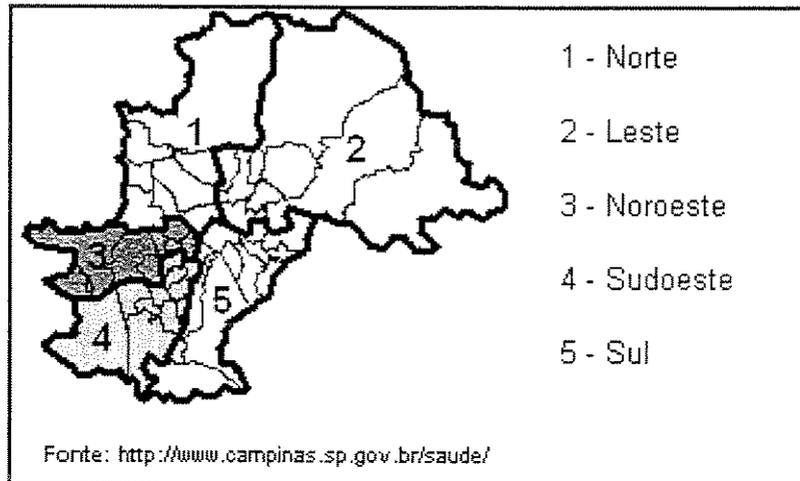


Figura 1. Mapa geográfico dos Distritos de Saúde do município de Campinas. Campinas, 2003.

A opção por estudar os Centros de Saúde na pesquisa, teve como referência a literatura sobre o tema, pois existem estudos que abordam a violência em locais de atendimento primário à saúde (Carter et al., 1997), bem como o fato da pesquisadora já ter presenciado atos de violência em Unidades Básicas de Saúde.

Com relação ao Hospital geral, o estudo foi desenvolvido na unidade do Pronto Socorro, que pela própria característica do serviço pode favorecer atos de violência contra as pessoas que ali trabalham, devido a espera pelo atendimento, e nas enfermarias clínica e cirúrgica do hospital, nos três turnos de trabalho

(manhã, tarde e noite). Foram escolhidas duas enfermarias, pois se trata de locais nos quais, em geral, não se espera que possa ocorrer episódio de violência, mas em estudo conduzido por Yassi (1994) em um hospital geral, 33,1% dos casos de violência ocorreram nestes ambientes de trabalho.

Excluiu-se da pesquisa a unidade de psiquiatria, pois é um local em que já se tem o conhecimento da característica, por vezes agressiva dos pacientes, supondo-se que os funcionários que trabalham nestas unidades estão mais preparados para lidar com a violência. Foi excluída também a unidade de pediatria.

4.3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para a coleta de dados foram utilizados quatro instrumentos:

- Um questionário com dados sociodemográficos e estilo de vida

(anexo 2);

• Um questionário com doze questões sobre experiência de violência no local de trabalho, sendo as formas de violência pesquisadas neste estudo, as agressões por pessoas: agressões físicas, verbais, ameaças, assédio moral e assédio sexual (anexo 3). Neste estudo não foram pesquisadas as violências decorrentes de acidentes de trabalho em geral, tais como: acidentes com perfurocortantes, acidentes com a coluna vertebral, entre outros.

O questionário de violência foi elaborado com base na literatura internacional sobre o tema, sendo as duas primeiras questões retiradas de Arnetz et al. (1996). Foi realizado um estudo piloto em um Centro de Saúde para adaptação do questionário.

• O Índice de Capacidade para o Trabalho (anexo 4), que tem por base a avaliação do próprio trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho e abrange sete itens em dez questões, a cujas respostas são atribuídos pontos. Os itens são:

- Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida,
- Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho,

- Número atual de doenças diagnosticadas pelo médico,
- Perda estimada ao trabalho devido às doenças,
- Faltas ao trabalho por doenças neste último ano,
- Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos,
- Recursos mentais (TUOMI et al, 1997c).

O Índice de Capacidade para o Trabalho é determinado com base nas respostas a uma série de questões [] as quais levam em consideração as demandas físicas e mentais do trabalho, o estado de saúde e capacidades.[] O profissional de Saúde Ocupacional classifica as respostas de acordo com as instruções, sendo o resultado um escore de 7 a 49. Este número retrata o próprio conceito do trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho (TUOMI et al.,1997c, p.6).

A capacidade para o trabalho poderá ser considerada baixa (7-27 pontos), moderada (28-36 pontos), boa (37-43 pontos) e ótima (44-49 pontos) (TUOMI et al., 1997c, p.6).

Com o auxílio do índice, o profissional de Saúde Ocupacional é capaz de, num estágio precoce, identificar trabalhadores e ambientes de trabalho que necessitam de medidas de apoio. Estas medidas ou avaliações adicionais da capacidade para o trabalho são necessárias para aqueles em que o Índice de Capacidade para o Trabalho é baixo (pontuação máxima de 27). Para aqueles em que o Índice de Capacidade para o Trabalho é moderado (pontuação entre 28 e 36) ou bom (37 a 43), são recomendadas medidas para melhorá-la. Trabalhadores com ótimo Índice de Capacidade para o Trabalho (pontuação entre 44 e 49) devem, quando necessário, receber instruções sobre como mantê-lo. Os efeitos das medidas tornadas podem ser acompanhados pelo preenchimento dos questionários novamente pelos trabalhadores, em conjunto com os

exames periódicos de saúde ou outros tipos de procedimentos de acompanhamento (screening) (TUOMI et al., 1997c, p.6).

A capacidade para o trabalho também é avaliada de acordo com as exigências do trabalho, podendo ser exigências predominantemente físicas, mentais ou mistas. (TUOMI et al., 1997c, p.6).

Neste estudo o trabalho em enfermagem foi considerado com exigência de trabalho mista, sendo considerado somente com trabalho de demanda mental àqueles que ocupavam cargos de chefia e supervisão.

- Um instrumento para realizar a análise ergonômica do trabalho (ROHMERT e LANDAU, 1983). Este instrumento parte de um modelo de atividade de trabalho e avalia os aspectos relevantes dos objetos de trabalho, dos recursos de trabalho, ambiente de trabalho, tarefas de trabalho e demandas de trabalho.

Esta análise consiste na técnica de observação/ entrevista dos trabalhadores. Além dos itens observados neste instrumento, também foi realizada observação participante para a complementação dos dados e também para identificar as situações que possivelmente são geradoras de violência no ambiente de trabalho.

Foi realizada análise ergonômica do posto de trabalho do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem em um Centro de Saúde, no qual foi eleito o Centro de Saúde que apresentou maior número de doenças com diagnóstico médico no ICT e de episódios de violência, respectivamente. O posto de trabalho eleito para ser

observado no CS para o auxiliar de enfermagem foi a recepção do serviço, pelo fato de ter sido o local onde mais ocorreu episódios de violência.

No hospital a análise foi realizada no pronto socorro e na enfermaria que teve o maior número de doenças com diagnóstico médico e de episódios de violência (enfermaria cirúrgica). A análise no hospital foi realizada nos três turnos de trabalho.

As ocupações de atendente e técnico de enfermagem não foram analisadas devido ao pequeno número de funcionários e pelo fato das atividades realizadas pelos técnicos serem praticamente as mesmas dos auxiliares de enfermagem.

4.4. ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado em um Centro de Saúde, para verificar a adaptação do questionário de violência.

Este Centro de Saúde contava no momento do estudo com dezoito trabalhadores de enfermagem. No início foram entregues sete questionários com retorno de cinco, nos quais foram percebidos alguns problemas, pois se obteve como resultado um número elevado de episódios de violência, sendo que as perguntas estavam voltadas para um único episódio e não para muitos.

Foi elaborado então um novo questionário e este testado novamente com a participação de sete trabalhadores, que deram suas sugestões. Em reunião com os estatísticos da Universidade Estadual de Campinas, foi definido que o questionário de violência teria suas questões de forma que o sujeito da pesquisa pudesse relatar todos os episódios de violência sofridos no último ano.

4.5. COLETA DE DADOS

Para iniciar a coleta, primeiramente houve uma negociação com a Secretaria Municipal de Saúde, Distritos de Saúde e coordenadores de cada Centro de Saúde selecionado para a pesquisa. No caso do hospital, foi enviado o projeto de pesquisa para o Departamento Pessoal, que após análise do projeto o encaminhou para a Unidade de Saúde do Trabalhador da instituição.

As negociações tiveram início em julho de 2002, sendo que a coleta teve início primeiramente nos Centros de Saúde em outubro de 2002 e se estenderam até o final de janeiro de 2003. Já a análise ergonômica do trabalho foi realizada no segundo semestre de 2003.

Os trabalhadores foram abordados pela pesquisadora, que no momento da coleta, explicou os objetivos da pesquisa e como deveria ser o preenchimento dos questionários. Foi também explicado sobre os dados de violência, quais os tipos de violência abordados e, principalmente, uma explicação sobre o que era o assédio moral, já que é um tema novo em estudo e de pouco conhecimento do público, em geral.

Na maioria dos casos a pesquisadora acompanhou o preenchimento do questionário para esclarecer eventuais dúvidas no preenchimento, alguns trabalhadores solicitaram que a pesquisadora entrevistasse e preenchesse o questionário e outros quiseram levar para casa alegando que durante o expediente de trabalho não seria possível preenchê-lo, devido ao número de

questões. O tempo de preenchimento de cada questionário variou de 15 minutos a duas horas e meia.

A população total nos Centros de Saúde foi de 137 trabalhadores, sendo que aceitaram a participar da pesquisa 110 trabalhadores, dois se recusaram a participar da pesquisa, dois não retornaram os questionários, nove estavam de férias, nove estavam de licença tratamento saúde, oito tinham menos de três meses de experiência no local de trabalho e um estava de licença prêmio. Dos oito que tinham menos de três meses de experiência no serviço, quatro quiseram responder o questionário. No entanto tiveram de ser descartados, perfazendo um total de 106 questionários válidos.

No hospital a população total no momento da coleta era de 206 trabalhadores de enfermagem. Destes, 163 participaram da pesquisa, dois se recusaram a participar da pesquisa, sete não retornaram os questionários, dezoito estavam de férias, seis estavam de licença tratamento saúde, três estavam de licença maternidade, um estava a menos de três meses no serviço, cinco não foram localizados e um estava de licença prêmio.

Portanto a taxa de resposta nos Centros de Saúde foi de 77,3% e, no hospital, 79,1%.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa juntamente com os questionários e o termo de consentimento livre e esclarecido foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, tendo sido aprovado e homologado em 18 de junho de 2002.

Em todo momento foi garantida a privacidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Os resultados obtidos serão devolvidos para os sujeitos participantes da pesquisa bem como para a gerência das unidades envolvidas em datas, locais e horários a serem agendados, sendo todas as informações compartilhadas.

4.7. ANÁLISE DOS RESULTADOS

O banco de dados foi construído utilizando-se o aplicativo Microsoft EXCEL. O programa computacional utilizado para a análise estatística dos resultados foi o SAS System for Windows (Statistical Analysis System, versão 8.02), sendo esta análise realizada em conjunto com os estaticistas da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP.

Para descrever o perfil da amostra, segundo as diversas variáveis em estudo, foram feitas *tabelas de freqüência* das variáveis categóricas e *estatísticas descritivas* (média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo) das variáveis contínuas.

O teste *Qui-Quadrado* foi utilizado para verificar a associação entre duas variáveis categóricas e, quando necessário (valores esperados menores que 5), foi utilizado o teste *exato de Fisher*.

Para comparação das variáveis contínuas entre as classes de uma variável categórica foram utilizados o teste de *Mann-Whitney* (para 2 categorias) e teste de *Kruskal-Wallis* (para 3 ou mais categorias).

O *coeficiente de correlação de Spearman* foi utilizado para analisar a associação entre duas variáveis contínuas.

Para estudar a influência dos vários fatores de interesse no escore numérico do ICT foi utilizada a Análise de Regressão Linear, pelos modelos simples e múltiplo (com critério de seleção de variáveis *Stepwise*).

Também foi feita a Análise de Regressão Logística univariada para estimar as Odds Ratios de um ICT menor ($ICT \leq 36$) em função das variáveis de interesse.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

5. RESULTADOS

Primeiramente serão apresentados os resultados da observação participante e análise ergonômica do trabalho, em seguida os dados gerais da população estudada, os resultados do ICT, as doenças com diagnóstico médico e auto-referidas, os resultados relativos a violência no ambiente de trabalho, os testes estatísticos no qual foi observada a associação entre as variáveis ICT e Violência e as análises de regressão linear e logística.

5.1. DADOS RELATIVOS À OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO

5.1.1. HOSPITAL

O Hospital estudado é um serviço público municipal de atendimento de saúde secundário, tendo como destaque o serviço de urgência e emergência, que foi o primeiro a ser inaugurado no hospital, em 1973.

As modalidades assistenciais que este hospital oferece são: Pronto Socorro adulto e infantil; enfermaria pediátrica; enfermaria de Clínica Médica e Moléstias Infecciosas; Enfermaria Cirúrgica e Centro Cirúrgico; UTI adulto, UTI pediátrica, Ortopedia e Neurologia (Clínica e cirúrgica) e ambulatório de especialidades.

Este é um hospital com 210 leitos, 31 leitos de retaguarda no pronto socorro e 7 salas cirúrgicas (eletivas e emergenciais), abrangendo um total de 17.000m² de área construída, contando com os prédios anexos (laboratório, manutenção, Unidade de Saúde do Trabalhador (UST) e complexo administrativo).

Possui um total de 1550 funcionários, sendo 565 trabalhadores de enfermagem (64 enfermeiros, 30 técnicos e 471 auxiliares de enfermagem). A equipe mínima é de um médico para dez pacientes; um enfermeiro para cada vinte pacientes e um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada cinco pacientes.

Há três turnos de trabalho no hospital: manhã, tarde (6 horas) e noite (12x36 horas). O turno noturno possui duas equipes, uma que trabalha em dias

pares e outra em dias ímpares. O número de folgas varia de acordo com o número de dias do mês: nos meses que possuem 31 dias, os trabalhadores do turno noturno têm quatro folgas, enquanto que nos meses de 30 dias, três folgas. Já os trabalhadores diurnos possuem 7 folgas ao mês.

Com relação ao Plano de Salários e Benefícios, a tabela 1 apresenta os salários iniciais e o adicional por produtividade para os trabalhadores de enfermagem, informados pelo serviço de recursos humanos do hospital, no momento da coleta de dados.

Tabela 1. Salário inicial e adicional por produtividade para os trabalhadores de enfermagem. Campinas, 2003.

Cargo	Salários (R\$)	Adicional por produtividade (R\$)
Enfermeiro	1.959,00	45,00
Técnico de enfermagem	1.169,00	30,00
Auxiliar de enfermagem	891,00	23,00

Além deste salário, todos recebem R\$ 240,00 como auxílio alimentação, que pode vir tanto no holerite como em vale compras (o funcionário é que opta); o vale transporte é optativo e é subsidiado pela prefeitura (3,0% do salário bruto é custeado pelo servidor). Com relação aos convênios médico e odontológico, os servidores municipais possuem um desconto na mensalidade e parcelamento no tratamento, sendo estes descontados da folha de pagamento.

O valor da insalubridade paga aos trabalhadores de enfermagem é de R\$ 45,00 e máximo de R\$ 90,00. Só recebem adicional de periculosidade os

trabalhadores do serviço de radiologia (30,0% sobre o salário bruto). O valor da hora para um trabalhador noturno é adicionado de 34,0% do valor da hora normal.

Por serem também servidores municipais, os trabalhadores de enfermagem dos Centros de Saúde recebem os mesmos salários e benefícios, porém os trabalhadores dos CSs que trabalham no Programa de Saúde de Família recebem um adicional de 30,0% no salário.

Este hospital possui uma Unidade de Saúde do Trabalhador que realiza atendimento à saúde do trabalhador, contando com dois médicos do trabalho; realiza atendimento de enfermagem, com auxiliares de enfermagem do trabalho; visitas aos locais de trabalho para prevenção de acidentes e levantamento de riscos, atendimento aos acidentes de trabalho, digitação de dados, entrega e orientação de EPIs e convocam os servidores para exames periódicos. Além disso, realizam campanhas de vacinação, semana da CIPA e grupo de reabilitação em saúde do trabalhador com apoio psicossocial e emocional a funcionários que retornam após um longo período de afastamento.

De acordo com o Relatório anual de atendimento à saúde do trabalhador da UST, os transtornos mentais foram à segunda causa de afastamento no ano de 2002, perdendo apenas para as doenças do sistema osteomuscular.

O Pronto Socorro

Realiza atendimento de urgência e emergência. O PS é dividido em quatro áreas de risco (vermelha, amarela, verde e azul) e após a triagem que é realizada

pelo enfermeiro ou por trabalhadores da recepção, o cliente é encaminhado para atendimento, de acordo com o risco.

A área vermelha atende pacientes com risco de vida, sendo realizado atendimento médico imediato e atendimento de enfermagem. Esta área tem capacidade para atender até três paradas cardio-respiratórias de uma só vez e acomoda em torno de dez pacientes em macas, separadas por boxes. A porta de emergência da área vermelha tem acesso direto à uma avenida e não há presença de seguranças nesta porta de entrada, que é a principal do serviço de emergência.

A área amarela atende pacientes sem risco de vida, porém o que se observa é que ela funciona como uma UTI semi-intensiva, dado a gravidade dos pacientes que ali se encontram. Durante a coleta de dados foi observado a presença de pacientes psiquiátricos e com abstinência alcoólica. Esta área possui no total 12 leitos, separados também por boxes. Ali os pacientes podem ficar vários dias internados, o que faz com que se tenha banho de leito. Os banhos são divididos por turno de trabalho, sendo que cada plantão é responsável por quatro banhos, de modo a não sobrecarregar somente um plantão.

A área verde atende pacientes em condições não-agudas que necessitam tanto de atendimento médico, como de enfermagem. Neste local os pacientes que chegam ao PS ficam em observação, por períodos breves ou até mesmo dias, sendo que alguns acabam indo para a cirurgia, por muitas vezes não ter leitos suficientes na enfermaria Clínica cirúrgica. Há pacientes com todos os tipos de doenças como doenças respiratórias, do aparelho digestivo e Aids. A área verde é

a mais fria de todo o hospital, pois o ar-condicionado é muito frio, o que faz com que em época de calor, os trabalhadores fiquem agasalhados o tempo todo e muitos se queixam de doenças respiratórias devido a isto. Este local apresenta somente iluminação e ventilação artificial não possuindo nenhum tipo de janela ou abertura para área externa.

A área verde conta com 19 leitos, sendo um leito de isolamento, que fica em uma sala à parte. Neste setor do PS também são realizados banhos de leito e todos os outros procedimentos de enfermagem como curativos, medicações, anotações e orientações.

A área azul atende os pacientes em ordem de chegada, sendo encaminhados dependendo da gravidade do paciente ou para a consulta de enfermagem e após ao consultório médico ou na maioria dos casos diretamente aos consultórios médicos (seis consultórios) e após para a sala de medicação, na qual estes serão medicados e observados pela equipe de enfermagem. Na sala de medicação são administrados todos os tipos de medicações, sendo que ali também se colhe exames de sangue, são feitos encaminhamentos para outros exames como o de raio-x e também para a ortopedia, que também está situada na área azul.

O PS atende em média, nestas quatro áreas, de 500 a 700 pacientes por dia, sendo que cada plantão possui em média 20 trabalhadores de enfermagem. No momento da coleta de dados, o PS contava com 91 trabalhadores de enfermagem nos três turnos de trabalho, sendo que 71 participaram da pesquisa.

Enfermaria clínica cirúrgica

A enfermaria clínica cirúrgica é dividida em duas partes, sendo que possui também dois postos de enfermagem, um para cirurgias eletivas e outro para cirurgias de urgência. São 25 leitos na ala de cirurgias eletivas e 24 leitos na ala de cirurgias de urgência. As cirurgias eletivas realizadas compreendem as seguintes especialidades: buco-maxilo, plástica, urologia e vascular. As cirurgias de urgência mais comuns observadas durante o período de coleta de dados foram: herniorrafia inguinal e colecistectomia.

Nesta enfermaria todos os trabalhadores fazem todos os cuidados integrais ao paciente e a divisão de tarefas é feita pelos próprios auxiliares (divide-se o número de leitos ocupados pelo número de trabalhadores). Os cuidados integrais incluem: realizar banho de leito se necessário, medicação, curativos, coleta de sangue para exames, encaminhamentos para exames, cirurgias, movimentação e transporte de pacientes.

Esta enfermaria contava no momento da coleta de dados com 67 trabalhadores de enfermagem divididos nos três turnos de trabalho sendo que participaram da pesquisa 51 trabalhadores.

Enfermaria clínica médica e moléstias infecciosas

Esta enfermaria em termos de área física é praticamente igual a enfermaria clínica cirúrgica, diferindo em relação ao tipo de paciente atendido. Esta enfermaria possui 37 leitos, sendo que os pacientes internados nesta ala são

portadores de doenças como Aids, tuberculose, hepatite B e C, pacientes com seqüelas de acidente vascular cerebral, hipertensos, diabéticos entre outros.

Como na clínica cirúrgica, nesta enfermaria todos os trabalhadores realizam cuidados integrais aos pacientes, porém foi observado que quem faz a escala de tarefas diárias é o enfermeiro.

Esta enfermaria por apresentar menor número de leitos, possui menor número de funcionários, 48 trabalhadores de enfermagem no momento da pesquisa, distribuídos nos diferentes turnos de trabalho, sendo que 41 participaram da pesquisa.

A seguir, serão apresentados os resultados da análise ergonômica do trabalho no hospital.

O posto de trabalho do auxiliar de enfermagem foi analisado nos três turnos de trabalho na Enfermária Clínica Cirúrgica e no PS (área de emergência). Os principais estressores encontrados no trabalho do auxiliar de enfermagem e do enfermeiro do hospital estão sintetizados na Figura 2.

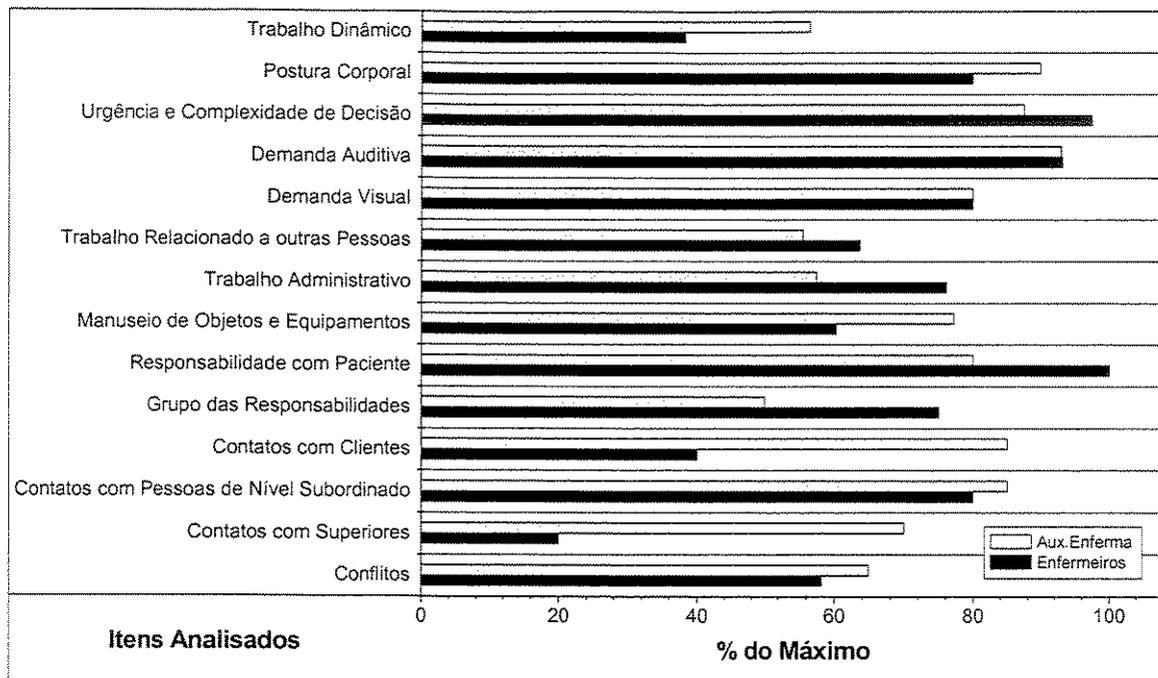


Figura 2. Descrição dos itens mais freqüentes ou significativos na análise ergonômica do posto de trabalho do auxiliar de enfermagem e enfermeiro do Hospital. Campinas, 2003.

No trabalho do auxiliar de enfermagem do hospital os principais estressores observados em relação à importância, duração e freqüência foram:

- No ambiente de trabalho físico: exposição ao ruído devido ao grande número de pessoas circulando e conversando, barulho de equipamentos, ambulâncias, entre outros e a exposição a radiação ionizante (RX), pois alguns exames são realizados dentro da área de emergência e não são adotadas medidas de segurança. Este item é válido somente para o trabalho do auxiliar de enfermagem do PS;

- No ambiente de trabalho social e organizacional: os auxiliares em geral possuem grande responsabilidade com o paciente; fazem muito contato com pessoas não empregadas na organização (clientes, familiares e acompanhantes), com seus colegas de trabalho e seus supervisores, o que acarreta um grande número de conflitos dentro do ambiente de trabalho. Há ainda o trabalho noturno, segundo emprego e realização de horas extras;
- Tarefas: as tarefas de trabalho envolvem em sua maior parte manuseio de diversos objetos e equipamentos havendo uma certa repetitividade, porém foi observado que nos CSs a repetitividade é bem maior que no hospital. Também são realizadas tarefas administrativas (transcrição de dados) e tarefas ligadas a outras pessoas (cuidado e assistência ao paciente);
- Demandas de trabalho: foi observada alta demanda auditiva (conversa com pessoas, uso de campainhas); alta demanda visual (uso da leitura, identificação de medicamentos, estimação de quantidade); urgência na tomada de decisão, posturas corporais (muito tempo em pé, andando e com o corpo curvado) e trabalho dinâmico com uso de força física e pernas.

No trabalho do enfermeiro do hospital foram identificados:

- No ambiente de trabalho físico: exposição ao ruído e a exposição a radiação ionizante (RX), no PS;

- No ambiente de trabalho social e organizacional: Alta responsabilidade no trabalho; alta responsabilidade com o paciente e com o ambiente de trabalho; grande contato com pessoas subordinadas e grande número de conflitos; trabalho noturno e segundo emprego;
- Tarefas: as tarefas de trabalho em sua maior parte são tarefas administrativas (planejamento e organização, principalmente de escalas de funcionários, registro de dados, análise de informações e dados), porém são realizadas com muita freqüência tarefas relacionadas ao manuseio de objetos e equipamentos e tarefas relacionadas a outras pessoas (avaliação do comportamento humano, assistência ao paciente, aconselhamento, negociação, instrução e treinamento);
- Demandas de trabalho: alta demanda auditiva e visual; alta complexidade e urgência na tomada de decisão, exigência de curso superior; treinamento profissional avançado (principalmente em relação a incorporação de novos equipamentos e tecnologias) posturas corporais (muito tempo em pé ou andando).

Com relação a questão da violência no trabalho em enfermagem no hospital, foram observadas as seguintes situações:

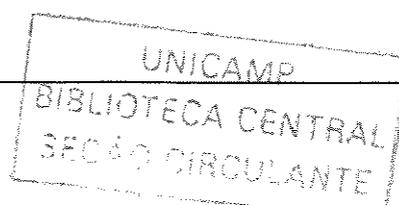
- Tanto os trabalhadores do PS como das enfermarias entram em contato diariamente com etilistas, doentes mentais, presidiários, traficantes, entre outros pacientes agressivos. Este fato expõe o trabalhador ao risco de violência no local de trabalho;

- Acompanhantes e familiares de pacientes também acabam sendo fontes de agressão, principalmente quando estão ansiosos ou por não entenderem determinados procedimentos de enfermagem, acabam partindo para a agressão, pois acreditam que o profissional está agredindo o paciente;
- Falta de segurança: no PS a porta de entrada da emergência não possui nenhum tipo de segurança, há duas câmeras, sendo que uma foi quebrada recentemente e com isto não é possível identificar quem está chegando para ser atendido, os trabalhadores abrem a porta sem saber quem é, e se o mesmo está armado. A falta de segurança está presente em relação a todo hospital, pois mesmo tendo um segurança na entrada dos funcionários, o acesso é fácil, principalmente se a pessoa estiver vestido de branco. No momento da coleta dos dados da pesquisa, ocorreu um caso em que um traficante estava internado neste hospital e ligaram para avisar que iriam invadir o hospital para matar este paciente. Tal fato criou um clima de medo e tensão dentro do hospital, no qual foi preciso chamar policiais para fazer escolta no local;
- O contato com policiais no hospital como um todo também é freqüente e faz com que se tenham atritos entre a equipe de enfermagem e estes profissionais;
- Furtos: não há armários com chave para os trabalhadores guardarem seus pertences pessoais e houve um caso de furto de bolsa com dinheiro e documentos de uma funcionária;

- A falta de diálogo entre os trabalhadores de enfermagem e paciente: Muitas vezes o profissional é o causador das agressões, pois não dá a atenção que o cliente está esperando, não fornece as instruções sobre os procedimentos que está realizando ou executa os procedimentos rapidamente;
- Com relação ao assédio sexual: foi observada uma certa banalização deste tipo de assédio, no qual em muitos casos ele é visto como algo normal e parte do trabalho e casos em que ele ajuda a aumentar a auto-estima das profissionais;
- A violência interna ocorre diariamente entre trabalhadores de enfermagem e médicos /residentes de medicina, entre enfermeiros, entre auxiliares de enfermagem e entre enfermeiro e auxiliar / técnico de enfermagem. Geralmente as agressões são devido a problemas de relacionamento (simplesmente um não gosta do outro), problemas na organização do trabalho (observam-se alguns funcionários sobrecarregados, enquanto outros estão com tempo de sobra e com pausas prolongadas durante o expediente de trabalho), falta de respeito e colaboração; disputa de poder dentro da unidade, entre outras.

5.1.2. CENTROS DE SAÚDE

Os trabalhadores de enfermagem dos Centros de Saúde que participaram da pesquisa eram em sua maioria servidores municipais. Participaram da pesquisa



quatro auxiliares de enfermagem de uma universidade privada do município que possuíam convênio com a prefeitura, para a realização de estágio de alunos. Elas desempenhavam as mesmas funções dos servidores municipais.

Os Centros de Saúde (CSs) estudados diferem entre si na estrutura física, número de trabalhadores, horário de funcionamento e local onde estão situados (periférico ou central), porém o trabalho realizado é semelhante.

Dos cinco CSs pesquisados, todos possuíam prédio próprio, o número de trabalhadores no total variava entre 61 e 114 trabalhadores; sendo compostos pela equipe de enfermagem, um coordenador; médicos (clínico, ginecologista, pediatra e generalista); dentistas; auxiliar de consultório dentário; agentes comunitários de saúde, trabalhadores da limpeza; guardas e auxiliares administrativos. Alguns CSs possuíam atendimento psiquiátrico, psicológico e terapeutas ocupacionais.

Alguns trabalhadores do serviço de limpeza e segurança eram terceirizados e os agentes comunitários de saúde eram trabalhadores com contratos temporários.

O funcionamento dos CSs é de segunda à sexta-feira, sendo que alguns também atendem aos sábados, na parte da manhã e aos sábados manhã e tarde. O horário de atendimento dos CSs no momento da pesquisa era das 7:00 às 19:00 horas, com exceção do CS da região norte que funcionava das 7:00 às 21:00 horas. O CS da região sul também funcionava até às 21:00, porém com o aumento da violência externa, estes trabalhadores começaram a ser assaltados na saída do serviço e, atualmente, tem funcionado até às 19:00 horas, por questão

de segurança. A carga horária semanal dos trabalhadores de enfermagem era de 30h ou 36h dependendo do tipo de contrato de trabalho (opcional), sendo seis horas por dia e um dia de doze horas na semana, totalizando 36 horas ou 7h e 12 minutos de trabalho todos os dias (segunda a sexta-feira). Os quatro trabalhadores contratados por uma instituição particular eram os únicos com jornada de 40 horas semanais (oito horas diárias).

O tipo de trabalho desenvolvido em cada CS é praticamente o mesmo, variando alguns procedimentos que são realizados em um e que não são realizados em outros como, por exemplo, o serviço de raio-x.

Os serviços dentro de cada CS que envolviam atendimento de enfermagem eram: atendimento na recepção; distribuição de medicamentos na farmácia; vacinação; procedimentos de enfermagem em geral como curativos, medicações, verificação de pressão arterial, coleta de exames de sangue e exame ginecológico; esterilização de materiais; visitas domiciliares e o acolhimento.

O atendimento na recepção envolve contato direto com o público, sendo realizado o agendamento das consultas, orientações para exames e encaminhamento a especialistas. Os trabalhadores da recepção estão expostos à uma série de riscos à saúde no trabalho como, por exemplo, risco de agressões, risco físico devido a ventilação inadequada, riscos ergonômicos pois todo o mobiliário é inadequado (cadeiras baixas, sem regulação de altura, sem encosto para a coluna; balcão de atendimento alto para a estatura dos trabalhadores, movimentos repetitivos como o de abaixar e subir os braços acima dos ombros para pegar arquivos de clientes em prateleiras baixas e altas demais, o estresse,

principalmente nos horários de pico, o ruído intenso (crianças chorando, clientes falando, telefone tocando); riscos biológicos devido ao contato direto com pessoas doentes e o risco químico como, por exemplo, a poeira que se acumula nos arquivos.

Este trabalho geralmente é realizado por auxiliares e atendentes de enfermagem.

O trabalho na farmácia é similar ao da recepção em termos de demanda de trabalho e riscos à saúde. Neste local são distribuídos os medicamentos somente com apresentação de receita médica atual (validade de seis meses). Em um dia de grande movimento até 500 entregas podem ser feitas em um CS da região central da cidade. Ao final de cada dia de trabalho todo o medicamento deve ser repostado na farmácia. Este trabalho é desenvolvido pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, porém, em alguns CSs, há também os auxiliares de farmácia.

O trabalho na sala de vacinação geralmente é de natureza individual, sendo o ritmo definido pelo fluxo de clientes ou pelo próprio funcionário, que faz uma pausa durante o atendimento quando está cansado. O atendimento ao público é feito através de senhas, dependendo da unidade. Este trabalho é de inteira responsabilidade dos trabalhadores de enfermagem que além de executarem o procedimento de vacinação, agendam as próximas vacinas, controlam a temperatura do refrigerador no qual as mesmas estão acondicionadas, o estoque dos diferentes tipos de vacinas e o número de vacinações realizadas.

Os riscos a que estes trabalhadores estão expostos são muitos como, por exemplo, o choque térmico por estar o tempo todo abrindo e fechando o refrigerador, os movimentos repetitivos como o preparo das vacinas intramusculares e subcutâneas, risco biológico exposição a sangue e secreções e agentes das vacinas (em todos os CSs foi observado que os trabalhadores não usam luvas, óculos e muitas vezes utilizam sandálias para trabalhar); estresse e irritação devido ao choro das crianças que é contínuo. Este trabalho, durante observação nos CSs, foi desenvolvido por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os procedimentos de enfermagem como medicação e verificação de pressão arterial geralmente são feitos na mesma sala. Tanto a inalação como os curativos são realizados em salas à parte.

Todos os tipos de medicação são administradas dentro dos CSs, desde via oral até intravenosa, evidenciando o risco biológico existente nestes procedimentos.

O procedimento de enfermagem mais freqüente é a verificação da pressão arterial, pois existem pessoas que já estão acostumadas a irem todos os dias ao CS para verificá-la.

Na sala de curativos, são realizados curativos de todos os tipos e tamanhos, retirada de pontos e suturas. As suturas são feitas pelos médicos, sendo os curativos e retiradas de pontos realizados por auxiliares e técnicos de enfermagem. Esta atividade expõe os trabalhadores a uma serie de riscos como os biológicos, químicos, ergonômicos, físicos e até de acidentes de trabalho.

Os exames que são colhidos pelos trabalhadores de enfermagem nos CSs são os de sangue e colpocitológico (ginecológico). Os exames de fezes, urina e escarro são colhidos pelo cliente em casa e entregues aos trabalhadores de enfermagem nos CSs. Em média são colhidos 60 exames de sangue ao dia em um CS de grande porte, sendo este trabalho executado por auxiliares e técnicos de enfermagem e sempre em duas pessoas ou mais. Os riscos biológicos são os mais comuns, porém os ergonômicos também estão presentes, principalmente nos movimentos repetitivos e na postura inadequada adotada pelo trabalhador durante a coleta de sangue do cliente.

O trabalho de esterilização de materiais é na maioria dos CSs um trabalho de natureza individual e sem contato com o público, a não ser com os colegas de trabalho. Um dia de grande movimento pode até ter mais um trabalhador para ajudar. Por não ter contato direto com o público, muitos trabalhadores optam por trabalhar na Central de esterilização. Dos cinco CSs pesquisados, em quatro os trabalhadores que ali estavam referiram que preferia este trabalho pois o contato com o público é estressante, principalmente pelo elevado número de agressões verbais.

A central de esterilização é dividida em duas áreas: o expurgo e a sala de esterilização. No expurgo várias tarefas são realizadas como: lavar e secar material utilizado como bandejas de curativos, espéculos, bandejas de suturas, entre outros. Contar a roupa suja e encaminhá-la à lavanderia, organizar armários, conferir estoque de material e sua validade, realizar pedidos de materiais. Os EPIs

disponíveis para realização desta tarefa são: luvas, avental e óculos, porém o único realmente utilizado são as luvas.

Na sala de esterilização o material que foi lavado é empacotado, identificado e acondicionado na autoclave para esterilização. O ritmo de trabalho é variado, pois depende muito da quantidade de material utilizado. Há dias em que o trabalho pode ser mais intenso por ter que realizar esterilização de materiais de outros CSs vizinhos, que estão com as suas autoclaves quebradas.

Todo este trabalho é desenvolvido por técnicos ou auxiliares de enfermagem, que estão expostos a uma variedade muito grande de riscos à saúde, principalmente por manipular todo o material contaminado esterilizável do centro.

As visitas domiciliares são realizadas diariamente pelos agentes comunitários de saúde, que se notarem a necessidade de um trabalhador de enfermagem, solicitam que estes venham até os domicílios. Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem relataram fazerem visitas principalmente para realização de curativos e orientações em geral. O risco de ser agredido durante e no trajeto da visita é muito grande, muitos têm medo de saírem do CS e quando saem para uma visita, nunca estão sozinhos.

O acolhimento é uma espécie de pronto atendimento. Como os CSs trabalham com agendamento, muitos em uma situação de emergência não conseguiam ser atendidos, gerando atritos e muitas vezes, agressões. O acolhimento foi então implantado nos CSs para que todos os que procuram o serviço sejam atendidos ou acolhidos. O atendimento é feito em um consultório,

sendo realizado tanto por enfermeiros como por auxiliares e técnicos de enfermagem. Muitos problemas são resolvidos durante o acolhimento, dado a autonomia que os enfermeiros vêm recebendo para tratamento de doenças comuns na comunidade. O enfermeiro pode fazer pedidos de exames e com um protocolo médico pode receitar medicamentos em casos de anemia, leucorréias, parasitoses. Segundo muitos trabalhadores as filas nos CSs têm diminuído e as agressões também, depois que se implantou o acolhimento.

O trabalho do enfermeiro nos CSs varia, dependendo principalmente de quem é o coordenador do Centro, pois há CSs que foi observado que o enfermeiro tem mais autonomia, enquanto que em outros, ela é limitada devido ao relacionamento com o coordenador.

Os enfermeiros, em geral, fazem principalmente consulta de enfermagem, acolhimento, consultas de pré-natal, organização e orientação de grupos de diabéticos, hipertensos, desnutridos, gestantes. Participam e organizam campanhas de vacinação, fazem procedimentos de enfermagem, quando necessário, coordenam e supervisionam as equipes do Programa de Saúde da Família, entre outras tarefas relacionados a organização e planejamento do trabalho da equipe de enfermagem.

Os resultados relativos à análise ergonômica do trabalho no Centro de Saúde serão apresentados a seguir.

Foram observadas as condições de trabalho do posto de trabalho do auxiliar de enfermagem que trabalha na recepção do Centro de Saúde e do enfermeiro, sendo os principais resultados apresentados na figura 3.

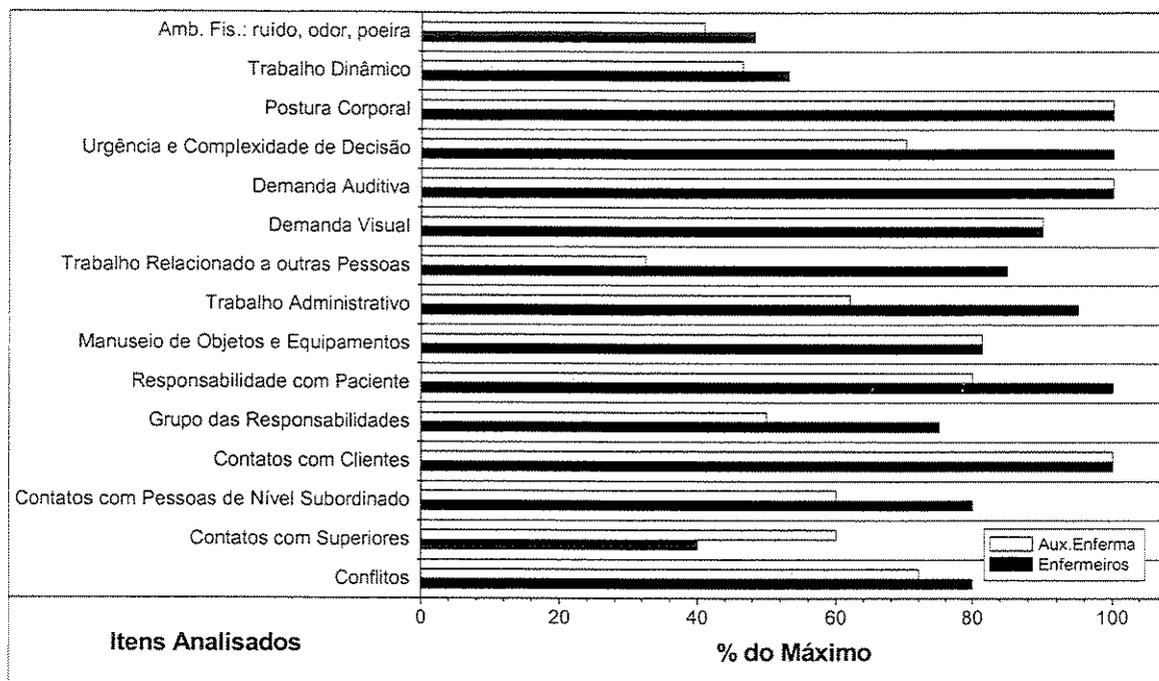


Figura 3. Descrição dos itens mais freqüentes ou significativos na análise ergonômica do posto de trabalho do auxiliar de enfermagem e enfermeiro do Centro de Saúde. Campinas, 2003.

No período em que foi realizada a análise, o CS estava com déficit de funcionários, pois muitos estavam afastados para licença tratamento saúde, e a auxiliar de enfermagem que observei estava cobrindo dois setores do CS (recepção - nas três primeiras horas e na sala de curativos – nas três últimas horas de um plantão de seis horas). Além disso, estava fazendo horas extras todos os dias da semana no mesmo CS no período da tarde (seis horas), totalizando uma jornada de doze horas diárias.

Os principais estressores observados no serviço da auxiliar de enfermagem com relação à importância, duração e freqüência foram:

- No ambiente de trabalho físico: o ruído, devido ao grande movimento de pessoas dentro do CS (que segundo os próprios trabalhadores, causa irritação); poeira decorrente da manipulação dos arquivos dos pacientes; o odor ruim durante todo o tempo de trabalho, devido a uma fábrica de ração animal situada ao lado CS;
- No ambiente de trabalho social e organizacional: o contato contínuo com os clientes (em um período de duas horas pela manhã em um dia considerado de médio movimento para os trabalhadores do CS, a auxiliar de enfermagem observada atendeu 40 pessoas); o contato com colegas de trabalho e supervisores; conflitos originados da posição do empregado na organização, bem como de contato com pessoas não empregadas na organização (clientes); realização de horas extras;
- Com relação às tarefas: predomínio de tarefas ligadas a manuseio de objetos e equipamentos. Tanto na recepção como na sala de curativo foi observado que o trabalho é muito repetitivo;
- Com relação às demandas: o trabalho exige alta demanda visual (uso intenso da leitura, memória visual e interpretação de letras dos médicos e de colegas de trabalho); alta demanda auditiva (contato com o público); exigência de postura em pé, curvada (o balcão de atendimento ao público faz com que o profissional fique a uma distância de 90cm do cliente, dificultando a audição e exigindo que o trabalhador se curve para ouvir o cliente) e agachada (para procurar arquivos nas prateleiras em locais baixos).

Os principais estressores observados no serviço do enfermeiro com relação à importância, duração e frequência foram:

- Ambiente físico: ruído e odor desagradável;
- Ambiente social e organizacional: Contato com um grande número de pessoas diariamente (clientes, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, superiores hierárquicos); grande número de conflitos com subordinados e colegas de trabalho; alta responsabilidade com os pacientes, com a segurança do ambiente de trabalho, com a comunidade atendida pela sua equipe do Programa de Saúde da Família (PSF); trabalho sem pausas e realização de horas extras;
- Com relação às tarefas: desenvolvimento de tarefas ligadas ao manuseio de objetos e equipamentos; predomínio de tarefas administrativas (planejamento e organização, codificação e decodificação da informação, transcrição de informação, análise de informação e de dados); tarefas relacionadas a outras pessoas (avaliação do comportamento humano, assistência, atendimento, aconselhamento, negociação, instrução e treinamento);
- Com relação às demandas: alta demanda auditiva, visual, alta responsabilidade na tomada de decisões complexas e urgentes, exigência de curso superior e de especialização (para realização de consultas de pré-natal); exigência de treinamento profissional avançado; postura corporal (o tempo todo em pé e andando rapidamente, pois o

trabalho exige grandes deslocamentos dentro do CS); trabalho dinâmico (pernas).

A questão da violência no ambiente de trabalho foi observada durante todo o período de coleta de dados em todos os CSs e também durante a análise ergonômica deste CS especificamente, sendo observados que as agressões são diárias dentro de um CS.

Foram levantados alguns fatores de risco para violência como, por exemplo:

- Contato com um público muito grande e diversificado, probabilidade alta de atender todos os dias pacientes agressivos como psiquiátricos, que fazem uso de álcool e drogas;
- Região periférica que atende a uma população carente, no qual possui também grupos perigosos como bandidos, assassinos e traficantes;
- Foi observado em muitos casos que o cliente já chega falando em tom agressivo, exigindo atendimento imediato. Há uma certa intolerância em relação à espera pelo atendimento e com relação às próprias regras do CS, que não entrega medicamentos sem receitas, que atende com consultas agendadas, que faz entrega de resultados de exames somente em um determinado horário do dia, entre outras. Não há, em geral, um respeito ou entendimento com relação às rotinas do CS pela maioria dos usuários;

- A falta de alguns medicamentos também acaba levando a irritação do cliente, no qual é descontado na pessoa que está atendendo;
- A falta de médicos no serviço: médicos com consultas marcadas telefonam no dia das consultas e avisam que não pode vir devido algum imprevisto. Os pacientes que estavam esperando pelas consultas se sentem no direito de exigir atendimento e as agressões sempre sobram para o profissional que informa tal notícia;
- A atitude do profissional durante o atendimento ao cliente: existem alguns profissionais que acabam não fornecendo a atenção e as orientações necessárias para o cliente, o que propicia muitas das agressões verbais ocorridas no CS; em muitos casos o profissional já atende agressivamente o cliente;
- As visitas domiciliares: o fato de o trabalhador ter que sair de dentro do seu local de trabalho e ir até a comunidade e fazer visitas nas residências, expõe o trabalhador a um risco maior, pois muitas vezes não se sabe como este profissional será recebido. Ouvi relato de três trabalhadores, no qual uma foi ameaçada, outro agredido verbalmente e outra assediada sexualmente enquanto realizavam as visitas domiciliares;
- Falta de segurança no local de trabalho: o local só possui segurança de patrimônio, não dos trabalhadores;
- Insegurança e medo de ir até o local de trabalho, pelo fato de já ter sofrido ou de ter presenciado alguma forma de violência. O medo e o

risco de assaltos durante o trajeto do CS até o ponto de ônibus, fez com que se mudasse o horário de atendimento de um CS que trabalhava até as 21:00 horas e agora só trabalha até as 19:00 horas, sendo as outras horas compensadas aos sábados. Em um outro CS uma funcionária relatou que foi ameaçada de morte em um ponto de ônibus por não ter fornecido um medicamento sem receita médica a um cliente; e também houve relato de uma auxiliar de enfermagem que foi assaltada durante o trajeto do CS para sua residência;

- Com relação às agressões internas (entre colegas de trabalho e superiores hierárquicos) foram observadas e relatadas as seguintes situações: Foi presenciado em um CS uma enfermeira agressiva com seus funcionários, no qual ela fazia acusações contra eles; dos cinco CS pesquisados três possuíam problemas de relacionamento dos funcionários com o coordenador do CS, no qual houve relatos de assédio moral vindo dos coordenadores (perseguição, autoritarismo, falta de comunicação direta com os funcionários – não cumprimenta e nem olha para os funcionários e só se dirige aos mesmos por meio de memorandos). Foi observado e relatado agressões vindas de médicos contra trabalhadores de enfermagem. Observação de falta de respeito entre os próprios colegas de trabalho – uma funcionária agredindo a outra verbalmente; objetos de trabalho ou de uso pessoal que desaparecem e uns começam a acusar os outros sem provas gerando um clima desagradável dentro do local de trabalho.

5.2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE ESTILO DE VIDA.

A tabela 2 apresenta os dados sociodemográficos da população estudada.

A idade dos sujeitos da pesquisa variou de 20 a 60 anos de idade sendo a idade média da população estudada de 38,5 anos (DP 8,7). Como pode ser observado na tabela 2, 29,5% dos trabalhadores não possuíam filhos e dos que tinham filhos, 78,8% participavam da educação dos mesmos, sendo a média de filhos por sujeito da pesquisa de 2,3 (DP 1,05) e a média de tempo gasto na educação dos mesmos de 5,6 horas diárias (DP 3,26).

O tempo médio de empresa foi de 6,7 anos (DP 4,86), tendo o início da vida laboral aos 16,4 anos, em média (DP 5,21). A carga horária semanal média dos trabalhadores foi de 36 horas (DP 0,95) e o tempo gasto para ir e voltar ao trabalho foi em média de duas horas (DP 2,62).

Dos 269 trabalhadores, 23,8% possuíam outro emprego, sendo a média de tempo de trabalho por dia no outro emprego de 8,1 horas. Com relação ao turno de trabalho, dos 163 trabalhadores do hospital, 71 (43,5%) trabalhavam no turno noturno (das 19:00 às 7:00 horas).

Já ficaram desempregados durante a vida laboral 56,5% dos trabalhadores entrevistados, sendo o tempo médio de desemprego 2,6 anos (DP 3,65). A maioria dos trabalhadores já teve um ou mais empregos anteriores (94,4% dos sujeitos participantes da pesquisa), sendo de 3,1 a média de empregos anteriores e o tempo total de trabalho nos empregos anteriores em média 10,2 anos.

A maioria dos trabalhadores entrevistados realizava tarefas domésticas (89,5%), sendo o tempo médio gasto com estas atividades de 3,5 horas por dia (DP 2,42).

Tabela 2. Frequência de algumas variáveis demográficas dos trabalhadores de enfermagem de cinco Centros de Saúde e de um hospital geral do município de Campinas, Campinas, 2003.

Variáveis	Categorias	f	%
Local de Trabalho	Centro de Saúde	106	39,4
	Hospital	163	60,6
Sexo	F	223	82,9
	M	46	17,1
Faixa etária (anos)	<30	48	17,9
	30-39	94	35,1
	40-49	100	37,3
	>50	26	9,7
Estado Conjugal	Solteiro	71	26,5
	casado/vive com companheiro	137	51,1
	Separado/divorciado	51	19,0
	Viúvo	9	3,4
Filhos	Sim	189	29,5
	Não	79	70,5
Escolaridade	Educação superior completa/incompleta	94	35,0
	Ensino Médio completo/ incompleto	158	58,7
	Ensino Fundamental completo/Incompleto	17	6,3
Pós-graduação	Sim	10	3,7
	Não	259	96,3
Categoria Profissional	At., Aux., Tec. de enfermagem	236	87,8
	Enfermeiro	33	12,2
Realização de Tarefas Domésticas	Sim	239	89,5
	Não	28	10,5
Outro Emprego Remunerado	Sim	64	23,8
	Não	205	76,2
Cargo de Chefia	Sim	21	7,8
	Não	248	92,2
Total		269	100

Com relação ao estilo de vida, 18,8% dos trabalhadores eram fumantes, sendo a média diária de cigarros consumida de 13,2 cigarros. Já 32,2% ingeriam algum tipo de bebida alcoólica sendo a bebida mais comum a cerveja. Um pouco mais da metade dos participantes, 51,9%, faziam algum tipo de atividade física, sendo o tipo mais freqüente a caminhada, praticada por 33,1% dos participantes da pesquisa.

As atividades de lazer eram praticadas por 95,5% dos sujeitos da pesquisa, sendo que 4,5% não realizavam nenhuma atividade de lazer. A tabela 3 apresenta a freqüência das atividades de lazer dos trabalhadores de enfermagem estudados.

Tabela 3. Freqüência das atividades de lazer desenvolvidas pelos trabalhadores de enfermagem de cinco Centros de Saúde e de um hospital geral no município de Campinas, Campinas, 2003.

Atividades de Lazer*	F	%
Ouvir música	231	85,8
Assistir TV	231	85,8
Leitura de jornal/revista	199	73,9
Visitar família	190	70,6
Passear	183	68,0
Leitura de livros	182	67,6
Almoçar e jantar fora de casa	166	61,7
Freqüentar a igreja	164	60,9
Ir ao cinema	133	49,4
Reunião com amigos	123	45,7
Dançar	83	30,8
Freqüentar associação	74	27,5
Outras	39	14,5

*Mais que uma resposta por trabalhador

5.3. DADOS REFERENTES AO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

A seguir serão apresentados os resultados do ICT.

A média da capacidade atual para o trabalho atribuída pelos trabalhadores em uma escala de 0 a 10 foi de 8,1 (DP 1,3). A nota mínima atribuída a capacidade de trabalho atual foi de 2 e a máxima de 10 pontos (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da população de estudo segundo a nota atribuída a capacidade de trabalho atual. Campinas, 2003.

Nota atribuída da capacidade de trabalho atual	F	%
Dois	1	0,4
Quatro	3	1,1
Cinco	7	2,6
Seis	13	4,8
Sete	44	16,4
Oito	109	40,5
Nove	52	19,3
Dez	40	14,9
Total	269	100

Com relação à capacidade para o trabalho, segundo as exigências físicas do trabalho, 52,0% relataram que sua capacidade física estava “boa” e 24,5% dos trabalhadores relataram que a sua capacidade física estava “moderada”. Dois trabalhadores relataram capacidade de trabalho física “muito ruim” (tabela 5).

Tabela 5. Distribuição da população de estudo segundo a nota atribuída à capacidade de trabalho de acordo com as exigências físicas do trabalho. Campinas, 2003.

Capacidade de trabalho segundo as exigências físicas do trabalho	F	%
Muito ruim	2	0,7
Ruim	9	3,3
Moderada	66	24,5
Boa	140	52,0
Muito boa	52	19,3
Total	269	100

Com relação às exigências mentais, a maioria dos trabalhadores (57,2%) relatou que sua capacidade estava “boa” e 28,2% “muito boa” (tabela 6).

Tabela 6. Distribuição da população de estudo segundo a nota atribuída a capacidade de trabalho de acordo com as exigências mentais do trabalho. Campinas, 2003.

Capacidade de trabalho segundo as exigências Mentais do trabalho	F	%
Muito ruim	0	0,0
Ruim	3	1,1
Moderada	36	13,4
Boa	154	57,2
Muito boa	76	28,5
Total	269	100

Com relação à Capacidade para o trabalho, apresentaram capacidade para o trabalho baixa (1,8%), moderada (26,4%), boa (51,7%) e ótima (20,1%). A

média de pontos da capacidade para o trabalho foi de 39,1 (DP 5,11). O menor valor do ICT foi de 22 pontos e o maior, 49.

Com relação às doenças com diagnóstico médico o grupo das doenças com maior número de diagnósticos foram as doenças músculo-esqueléticas, seguido de lesões por acidente, doença respiratória, doença digestiva, distúrbio emocional e doença cardiovascular. (tabela 7).

Tabela 7. Distribuição das lesões por acidentes e dos grupos de doenças com diagnóstico médico atual dos trabalhadores de enfermagem dos cinco Centros de saúde e de um hospital geral. Campinas, 2003.

Lesões e doenças com Diagnóstico Médico	F	%
Doença Músculo-esquelética	109	40,5
Lesões por acidente	102	37,9
Doença respiratória	84	31,2
Doença digestiva	61	22,7
Distúrbio Mental	57	21,2
Doença cardiovascular	56	20,8
Doença dos órgãos do sentido ou neurológica	51	18,9
Doença endócrina e metabólica	45	16,7
Doença geniturinária	36	13,4
Doença de pele	34	12,6
Doença de sangue	20	7,4
Tumor	5	1,8
Defeito de nascimento	3	1,1
Outra	1	0,4

Dentre as doenças, o distúrbio emocional leve (do grupo do distúrbio mental) foi a doença isolada com mais diagnóstico médico na população estudada (20,4%), seguido de hipertensão arterial (14,1%), lesão por acidente nas costas

(13,7%), doença da parte superior das costas ou do pescoço com dores frequentes (13,0%) e infecções repetidas do trato respiratório (12,3%). A doença digestiva mais diagnosticada foi a gastrite ou irritação duodenal (10,8%) e a doença endócrina com mais diagnósticos foi a obesidade (9,3%).

Dos 269 participantes da pesquisa, 205 (76,2%) possuíam algum tipo de doença com diagnóstico médico, sendo a média de 3,2 doenças por pessoa e o mínimo de doenças apresentadas com diagnóstico médico foi de uma doença e o máximo de 12 doenças.

Já as doenças auto-referidas foram relatadas por 74,7% da população, sendo a média de 3,6 doenças relatadas por pessoa e o número mínimo de doenças auto-referidas foi de um e o máximo, 17.

As doenças auto-referidas com maior frequência foram as músculo-esqueléticas (69,5%), seguido das lesões por acidente (46,1%) e distúrbio mental (27,1%) (tabela 8).

Tabela 8. Distribuição das lesões por acidentes e doenças auto-referidas atuais dos trabalhadores de enfermagem dos cinco Centros de saúde e de um hospital geral. Campinas, 2003.

Lesões e doenças auto-referidas	F	%
Doença Músculo-esquelética	187	69,5
Lesões por acidente	124	46,1
Distúrbio mental	73	27,1
Doença respiratória	64	23,8
Doença Digestiva	56	20,8
Doença dos órgãos dos sentidos ou neurológica	55	20,4
Doença cardiovascular	46	17,1
Doença endócrina e metabólica	43	16,0
Doença de pele	37	13,7
Doença Geniturinária	18	6,7
Doença de sangue	13	4,8
Tumor	3	1,1
Defeito de nascimento	2	0,7
Outra	1	0,4

Quando perguntado aos trabalhadores se sua lesão ou doença é um impedimento para a realização do trabalho atual, 47,6% relataram que não havia impedimentos e 26,7% relataram que às vezes era necessário diminuir o ritmo de trabalho (tabela 9).

Tabela 9. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem com relação à questão sua lesão ou doença é impedimento para o seu trabalho atual. Campinas, 2003.

Lesão é impedimento para o trabalho atual	F	%
Não há impedimentos/não tenho doenças	128	47,6
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele provoca alguns sintomas	56	20,8
Às vezes eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	72	26,7
Freqüentemente eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	9	3,3
Por causa de minha doença, eu me sinto capaz de trabalhar apenas em tempo parcial	4	1,5
Total	269	100

A maioria dos trabalhadores relataram que ficaram afastados do trabalho por motivos de saúde no último ano (51,3%), sendo que 33,1% ficaram afastados até nove dias do trabalho (tabela 10).

Tabela 10. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ausência no trabalho devido a problemas de saúde no último ano. Campinas, 2003.

Dias fora do trabalho	F	%
Nenhum	131	48,7
Até 9 dias	89	33,1
De 10 a 24 dias	23	8,5
De 25 a 99 dias	21	7,8
De 100 a 365 dias	5	1,9
Total	269	100

Quando perguntado se do ponto de vista da saúde do trabalhador ele era capaz de realizar seu trabalho atual daqui a dois anos, 78,4% referiram que provavelmente, 17,1% que não estavam muito certos e 4,5% que era improvável.

A maior parte dos trabalhadores referiram que apreciavam as atividades diárias (46,1%) e 28,2% que quase sempre apreciava as suas atividades (tabela 11).

Tabela 11. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a capacidade de apreciar as atividades diárias. Campinas, 2003.

Apreciação as atividades diárias	F	%
Sempre	124	46,1
Quase sempre	76	28,2
Às vezes	56	20,8
Raramente	11	4,1
Nunca	2	0,8
Total	269	100

A tabela 12 demonstra que mais da metade dos trabalhadores (56,5%) relataram que se sentem ativos e alertas sempre e, uma grande parte, quase sempre (33,8%).

Tabela 12. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a capacidade de sentir-se ativo e alerta. Campinas, 2003.

<i>Se sente ativo e alerta</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Sempre	152	56,5
Quase sempre	91	33,8
Às vezes	22	8,2
Raramente	4	1,5
Nunca	0	0,0
Total	269	100

Quando perguntado se os trabalhadores sentem esperança em relação ao futuro, a maioria referiu que sente esperança continuamente (60,6%). A tabela 13 apresenta os resultados desta questão do ICT.

Tabela 13. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a capacidade de sentir-se ativo e alerta. Campinas, 2003.

<i>Com esperança para o futuro</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Continuamente	163	60,6
Quase sempre	54	20,1
Às vezes	41	15,2
Raramente	8	3,0
Nunca	3	1,1
Total	269	100

O teste do Qui-Quadrado que verifica associação entre ICT e local de trabalho mostrou uma tendência dos trabalhadores dos Centros de Saúde terem

ICT baixo/moderado com maior freqüência que os trabalhadores do hospital (tabela 14).

Tabela 14. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação local de trabalho e ICT. Campinas, 2003.

Local de trabalho / ICT	Baixo/moderado		Bom		Ótimo		Total
	F	%	F	%	F	%	
CS	38	<u>35,8</u>	52	49,1	16	15,1	106
Hospital	38	23,3	87	53,4	38	23,3	163
Total	76		139		54		269

* Teste $\chi^2 = 5,96$

p-valor 0,0506 (tendência)

Já a relação do ICT com idade, mostrou-se significativa (p-valor 0.0002), tendo os ICTs baixo e moderado em maior porcentagem nos indivíduos com 40 anos ou mais (tabela 15).

Tabela 15. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação idade e ICT. Campinas, 2003.

Faixa etária (anos) / ICT	Baixo/moderado		Bom		Ótimo		Total
	F	%	F	%	F	%	
<30	12	25,0	20	41,7	16	33,3	48
30-39	14	14,9	63	67,0	17	18,1	94
40-49	41	<u>41,0</u>	45	45,0	14	14,0	100
>50	9	34,6	10	38,5	7	26,9	26
Total	76		138		54		268

* Teste $\chi^2 = 25,28$

p-valor 0,0002

A relação das variáveis sexo e ICT também foi significativa (p-valor 0.0215), demonstrando que as mulheres apresentaram ICT baixo/moderado em maior proporção que os homens. Apresentaram capacidade para o trabalho baixa/moderada (28,2%) e boa/ótima (71,8%) da população estudada (tabela 16).

Tabela 16. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação sexo e ICT. Campinas, 2003.

Sexo / ICT	Baixo/moderado		Bom		Ótimo		Total
	F	%	F	%	F	%	
Feminino	69	30,9	115	51,7	39	17,5	223
Masculino	7	15,2	24	52,2	15	32,6	46
Total	76		139		54		269

* Teste $\chi^2 = 7,68$

p-valor 0,0215

Os testes estatísticos que verificaram associação entre nível de escolaridade e ICT; etilismo e ICT; tabagismo e ICT, estado conjugal e ICT, trabalho noturno e ICT não foram significativos, demonstrando que para a população estudada estas variáveis não tiveram associação com o ICT.

O teste do Qui-Quadrado que verificou associação entre ICT e realização de atividade física mostrou uma tendência de ter ICT ótimo as pessoas que realizavam alguma atividade física (p-valor 0,0996) (tabela 17). O teste que verificou associação do ICT com realização de atividade física segundo ao tempo em que esta é realizada durante a semana (<120 minutos e >120 minutos) não revelou nenhuma associação sendo o p-valor 0,3461.

Tabela 17. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação atividade física e ICT. Campinas, 2003.

Atividade Física / ICT	Baixo/moderado		Bom		Ótimo		Total
	F	%	F	%	F	%	
Não	40	31,0	70	54,3	19	14,7	129
Sim	36	25,9	68	48,9	35	25,2	139
Total	76		138		54		268

* Teste $\chi^2 = 4,61$

p-valor 0,0996 (tendência)

Os dados que serão apresentados abaixo se referem aos testes estatísticos realizados com o ICT numérico.

Foi verificado pelo teste de *Mann-Whitney* que existe associação entre sexo e o ICT numérico. A tabela 18 demonstra que o ICT numérico é, em média, quase dois pontos menor para o sexo feminino, comparado ao sexo masculino.

Tabela 18. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação sexo e ICT numérico. Campinas, 2003.

Sexo / ICT numérico	F	Média do ICT	DP
Feminino	223	38,83	5,10
Masculino	46	40,59	4,94

* Teste de *Mann-Whitney*: p=0,0186

Para analisar a associação entre ICT numérico e a variável idade, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*, no qual demonstrou que o ICT diminui conforme a idade (até os 49 anos) e tem um acréscimo de quase dois pontos nos indivíduos com 50 anos ou mais em relação aos indivíduos de 40-49 anos (Tabela

19). O *coeficiente de correlação de Spearman* também revelou associação significativa entre ICT e idade sendo o valor de $r = -0,1787$ e $p = 0,0033$.

Tabela 19. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação idade e ICT numérico. Campinas, 2003.

Faixa etária - (anos) / ICT	F	Média do ICT	DP
<30	48	40,00	5,52
30-39	94	39,91	4,21
40-49	100	37,79	5,46
>50	26	39,69	5,20

* Teste *Kruskal-Wallis*

p-valor 0,0136

O teste que verificou associação entre O ICT numérico e o fato dos trabalhadores terem filhos ou não, apresentou valor de p significativo demonstrando que o ICT é , em média, menor nos indivíduos que possuem filhos (Tabela 20).

Tabela 20. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação ter ou não filhos e ICT numérico. Campinas, 2003.

Filhos / ICT	F	Média do ICT	DP
Não	79	40,24	4,80
Sim	189	38,61	5,13

* Teste de *Mann-Whitney*: $p = 0,0186$

O tempo de trabalho na instituição (CS e Hospital) apresentou correlação com o ICT ($r = -0,2577$ e $p < 0,0001$). Quando analisado só em relação ao Centro de

Saúde e ICT, houve correlação entre as variáveis, demonstrando que mais tempo de trabalho no CS, diminui o ICT ($r=-0,4183$ e $p<0,0001$). Já analisando a correlação entre tempo de trabalho no hospital e ICT o teste demonstrou somente uma tendência de que mais tempo de trabalho no hospital diminui o ICT ($r=-0,1406$ e $p=0,0736$).

Com relação as variáveis local de trabalho de atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem e ICT, houve uma associação significativa, no qual, para os trabalhadores do CS o ICT foi, em média, menor em relação ao hospital (tabela 21).

Tabela 21. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem (atendente, auxiliar e técnico de enfermagem) segundo a relação local de trabalho e ICT numérico. Campinas, 2003.

Local/ICT - (at., aux. e tec.)	F	Média do ICT	DP
CS	92	38,21	5,18
Hospital	144	39,69	5,11

* Teste de *Mann-Whitney*: $p=0,0237$

Quando analisada associação entre local de trabalho e ICT somente para a categoria dos enfermeiros, o teste revelou uma tendência dos enfermeiros do CS terem ICT menor em relação aos enfermeiros do hospital. Nota-se na tabela 22, que a diferença das médias do ICT dos enfermeiros do CS para os enfermeiros do Hospital é de três pontos, possivelmente a amostra de enfermeiros é muito pequena para os testes se mostrarem significativos.

Tabela 22. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem (somente enfermeiros) segundo a relação local de trabalho e ICT numérico. Campinas, 2003.

Local/ICT enfermeiros)	F	Média do ICT	DP
CS	14	37,64	4,73
Hospital	19	40,63	4,39

* Teste de *Mann-Whitney*: $p=0,0923$ (tendência)

O fato de já ter ficado desempregado também demonstrou associação significativa com o ICT, no qual os trabalhadores que já ficaram desempregados tiveram em média um ICT menor que dos trabalhadores que nunca ficaram desempregados (tabela 23).

Tabela 23. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação ter ficado desempregado e ICT numérico. Campinas, 2003.

Desemprego/ICT	F	Média do ICT	DP
Não	116	39,83	5,18
Sim	151	38,49	4,94

* Teste de *Mann-Whitney*: $p=0,0230$

Outro teste que revelou associação foi com relação ao índice de Massa Corpórea (IMC) do sexo feminino e ICT. Observa-se na tabela 24 que as mulheres obesas apresentaram em média ICT aproximadamente três pontos abaixo das mulheres com peso normal ou sobrepeso. O *coeficiente de correlação de Spearman* também demonstrou que existe correlação entre IMC feminino e ICT ($r=-0,1898$ e $p=0,0045$).

Tabela 24. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo IMC feminino e ICT numérico. Campinas, 2003.

IMC (feminino)/ ICT	F	Média do ICT	DP
Normal	122	39,26	5,25
Sobrepeso	64	39,34	4,81
Obeso	37	36,51	4,6

* Teste *Kruskal-Wallis*

p-valor 0,0073

O teste de *Mann-Whitney* que verificou a associação entre atividade física e ICT numérico, assim como o do qui-quadrado, também revelou uma tendência das pessoas que praticam atividade física ter um ICT maior do que as que não praticam nenhuma atividade física (tabela 25).

Tabela 25. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação atividade física e ICT numérico. Campinas, 2003.

Atividade Física / ICT	F	Média do ICT	DP
Não	129	38,47	5,33
Sim	139	39,72	4,85

* Teste de *Mann-Whitney*: p=0,0813 (tendência)

Foi observado associação estatística significativa entre as exigências mentais do trabalho e local de trabalho. A tabela 26 demonstra que para os trabalhadores dos CSs a capacidade atual para o trabalho em relação as exigência mentais foi menor se comparado aos trabalhadores do hospital.

Tabela 26. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação local de trabalho e as exigências mentais do trabalho (questão 24 do ICT). Campinas, 2003.

Local/Exigências Mentais (Q 24)	F	Média	DP
CS	106	3,98	0,63
Hospital	163	4,22	0,68

*Teste de *Mann-Whitney*: $p=0,0022$

Outro teste que demonstrou associação significativa foi com relação à questão 26 (se sua lesão ou doença era impedimento para o trabalho atual), no qual para os trabalhadores dos CSs a média de pontos para esta questão foi menor em relação ao hospital, indicando que os trabalhadores do CSs se sentem mais prejudicados com relação a presença de doenças para a realização do trabalho.

Tabela 27. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a relação local de trabalho e impedimento para o trabalho atual (questão 26 do ICT). Campinas, 2003.

Local /Impedimento p/ o trabalho (Q 26)	F	Média	DP
CS	106	4,83	1,1
Hospital	163	5,27	0,9

* Teste de *Mann-Whitney*: $p=0,0011$

5.4. DADOS REFERENTES À VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO

Com relação a experiência de violência no ambiente de trabalho, 171 sujeitos, ou seja, 63,6% da população estudada referiu ter sido vítima de alguma forma de violência no trabalho no último ano, sendo que 26,4% das pessoas que sofreram violência, foram vítimas dez vezes ou mais, no último ano.

Foram testemunhas de atos de violência contra colegas de trabalho 76,7% dos trabalhadores, sendo que 37,6% relataram ter sido testemunhas muitas vezes.

Com relação ao sexo, 24 (52,2%) dos homens entrevistados relataram ter sido vítimas de violência e 147 (65,9%) das mulheres entrevistadas.

Dos 223 auxiliares/ técnicos de enfermagem entrevistados, 146 (61,8%) sofreram violência e com relação aos enfermeiros, dos 33 entrevistados, 25 (75,7%) foram vítimas de violência no local de trabalho no último ano.

A tabela 28 apresenta os tipos de agressões sofridas pelos trabalhadores de enfermagem com suas frequências.

Tabela 28. Distribuição da frequência dos tipos de violência sofrida pelos trabalhadores de enfermagem de cinco Centros de Saúde e de um hospital geral. Campinas, 2003.

Tipos de violência*	F	%
Agressão Verbal	150	87,7
Ameaça	73	42,7
Agressão física	34	20,2
Assédio Moral	30	17,8
Assédio sexual	20	11,8
Outros	8	4,8

*Mais que uma resposta por trabalhador

As agressões verbais mais comuns foram aquelas em forma de ofensas como do tipo “funcionário público é vagabundo” entre outras palavras que ofendem os trabalhadores.

Já as ameaças foram mais graves, pois incluíam ameaças de morte. Três trabalhadores relataram ter sido ameaçados com revólver e dois, com agulha contaminada com sangue.

Com relação as pessoas que sofreram agressões físicas, 76,5% relataram ter sofrido agressão corpo a corpo e em 38,2% dos casos de agressões físicas o agressor agrediu fisicamente fazendo uso de algum objeto. Dentre as agressões físicas destaca-se os pontapés (em diversas partes do corpo, como nas costas, região abdominal e rosto), tapas, socos, arranhões e agressões fazendo uso de objetos como, por exemplo, jogar uma escada, suporte de soro, entre outros objetos em direção ao trabalhador.

Com relação ao assédio moral no trabalho, os tipos de assédio relatados foram: desqualificação do funcionário (tanto por parte de chefia como de colegas de trabalho), intimidações, chantagens e ameaças, abuso de poder por parte dos superiores hierárquicos, pressão para mudanças de horário, falsas acusações, questionamento quanto a atestados médicos, perseguição dos supervisores, desacreditação, depreciação, vexar, entre outras formas de humilhação no trabalho.

As informações a respeito do assédio sexual foram escassas, pois os trabalhadores que sofreram este tipo de agressão se sentiam constrangidos ou com medo de relatar o que de fato ocorreu. Das vinte pessoas que referiram ter sofrido o assédio sexual, três relataram que durante o assédio houve toque do agressor no corpo da vítima.

As outras agressões relatadas pelos trabalhadores foram: furto de carimbo com nome e número do registro do funcionário no Conselho Regional de Enfermagem, furto de bolsa de uma funcionária dentro de uma das enfermarias do hospital, perseguição de paciente psiquiátrico em um Centro de Saúde, assalto a mão armada após ter saído do Centro de Saúde e acidentes de trabalho com material perfurocortante contaminado, sendo estes últimos considerados pelos trabalhadores como uma forma de violência, pois segundo as vítimas, o acidente de trabalho ocorreu por descuido dos colegas de trabalho.

Dos 106 trabalhadores de enfermagem dos Centros de Saúde, 78, ou seja, 73,6% sofreram algum tipo de violência no local de trabalho e 57,1% dos trabalhadores entrevistados do hospital. Nos Centros de Saúde os locais onde

ocorreram maior número de agressões foram: recepção do serviço, sala de realização de procedimentos de enfermagem e farmácia. No hospital o PS foi o local no qual ocorreu maior número de agressões, 64,7% dos trabalhadores; na enfermaria de clínica médica 51,2% e na clínica cirúrgica 50,9% dos trabalhadores de enfermagem sofreram violência no local de trabalho no último ano.

Quando perguntado aos trabalhadores o porquê dos atos de violência, 38,6% referiram ter sido agredido devido a frustração com o serviço (espera no atendimento, falta de recursos humanos suficientes para atender a alta demanda, falta de medicamentos entre outros); 26,9% referiram que sofreram a agressão devido a localização periférica do serviço de saúde, problemas culturais e socioeconômicos; 18,7% referiram que foram agredidos pelo fato do cliente estar sob efeito de drogas e álcool, por ser paciente psiquiátrico e por estar doentes; 18,7% dos trabalhadores referiram problemas de relacionamento com colegas de trabalho ou superiores; 6,4% referiram que sofreram violência por estarem despreparados para lidar com a situação e 1,7%, por falta de segurança no serviço.

A tabela 29 apresenta as conseqüências da violência para a vida e para a saúde dos trabalhadores.

Tabela 29. Frequência das conseqüências da violência para a saúde dos trabalhadores de enfermagem dos cinco Centros de Saúde e de um hospital geral. Campinas, 2003.

Conseqüências*	F	%
Irritação	93	54,7
Raiva	92	54,1
Humilhação	83	48,8
Estresse	82	48,2
Tristeza	78	45,9
Desapontamento	66	38,8
Evitou contato com o agressor	59	34,7
Ansiedade	53	31,2
Sentimento de baixa auto-estima	48	28,2
Medo do agressor ou de voltar a ser vítima	46	27,1
Perda da satisfação com o trabalho	41	24,1
Vergonha	38	22,3
Incapacidade	28	16,5
Depressão	26	15,3
Outras conseqüências	18	10,6
Lesão física	13	7,6
Faltou do trabalho	11	6,5
Não teve reação ou conseqüência	10	5,9
Sentimento de culpa	8	4,7
Prejuízo financeiro	7	4,1
Mudou de emprego	3	1,7

*Mais que uma resposta por trabalhador

As lesões físicas citadas foram: arranhões, hematomas, escoriações, dor, lesão no pescoço e cortes.

As outras conseqüências relatadas pelos trabalhadores foram: aborrecimento, desprezo pelo agressor, dor de cabeça, insônia, respondeu a altura do agressor, agrediu também, cuspiu no agressor, frustração, retrucou com ameaça ao agressor, três trabalhadores referiram que estavam aguardando a transferência para outro local de trabalho e uma trabalhadora referiu que sua “vida estava comprometida”.

Após ter sofrido os atos de violência 61,5% dos trabalhadores relataram que não tiveram nenhum apoio. Os 38,5% que tiveram suporte de apoio referiram que este veio dos colegas de trabalho, dos superiores hierárquicos e dos próprios pacientes, que muitas vezes controlavam os agressores para que a agressão verbal não se tornasse física.

Com relação ao agressor, os pacientes foram os maiores responsáveis pelas agressões como pode ser observado na tabela 30.

Tabela 30. Distribuição da freqüência dos principais agressores contra trabalhadores de enfermagem. Campinas, 2003.

Agressor*	F	%
Paciente	129	76,3
Familiar do paciente	82	48,5
Colega de trabalho	43	25,6
Alguém superior	41	24,5
Outros	18	10,7

*Mais que uma resposta por trabalhador

Os outros agressores citados pelos trabalhadores de enfermagem foram: policiais, desconhecidos e residentes de medicina.

Com relação ao sexo do agressor, na maioria dos casos (54,5%), os trabalhadores sofreram agressão de ambos os sexos, 19,2% relataram que o agressor era do sexo masculino e 26,3% relataram que o agressor era do sexo feminino, demonstrando que as mulheres foram as principais agressoras.

Dos que sofreram violência, somente 36,5% registraram a agressão, sendo as anotações de enfermagem as mais freqüentes (51,6%), seguido do Boletim de Ocorrência Policial (29,0%), de outros registros, como, por exemplo, livro de ocorrências e memorandos (29,0%) e Comunicação de Acidente do Trabalho (9,7%).

O teste que verificou associação entre ter sido vítima de violência e sexo apresentou uma tendência para o sexo feminino ser mais vítima de violência que o sexo masculino (tabela 31).

Tabela 31. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e sexo. Campinas, 2003.

Violência/Sexo	Feminino		Masculino		Total
	F	%	F	%	
Não	76	34,1	22	47,80	98
Sim	147	65,9	24	52,17	171
Total	223		46		269

* Teste $\chi^2 = 3,11$

p-valor 0,0778 (tendência)

Com relação à associação entre as variáveis violência e local de trabalho, o teste qui-quadrado revelou que existe associação entre estas variáveis, demonstrando que uma proporção maior dos trabalhadores do Centro de Saúde sofreram violência em relação aos do hospital (Tabela 32).

Tabela 32. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e local de trabalho. Campinas, 2003.

Violência/local de trabalho	CS		Hospital		Total
	F	%	F	%	
Não	28	26,4	70	42,9	98
Sim	78	73,6	93	57,1	171
Total	106		163		269

* Teste $\chi^2 = 7,58$

p-valor 0,0059

Verificou-se associação significativa entre o tipo de violência sofrida e o local de trabalho. Os trabalhadores do Centro de Saúde sofreram em maior proporção agressão verbal do que os trabalhadores do hospital (tabela 33), enquanto que os trabalhadores do hospital sofreram mais agressão física em relação aos trabalhadores do Centro de Saúde (tabela 34). As outras formas de violência (ameaça, assédio moral e assédio sexual) não revelaram associação significativa em relação ao local de trabalho.

Tabela 33. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo tipo de violência (agressão verbal) e local de trabalho. Campinas, 2003.

Agressão verbal / local de trabalho	CS		Hospital		Total
	F	%	F	%	
Não	4	5,1	17	18,3	21
Sim	74	94,9	76	81,7	150
Total	78		93		171

* Teste $\chi^2 = 6,81$

p-valor 0,0091

Tabela 34. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo tipo de violência (agressão física) e local de trabalho. Campinas, 2003.

Agressão Física / local de trabalho	CS		Hospital		Total
	F	%	F	%	
Não	74	98,7	60	64,5	134
Sim	1	1,3	33	35,5	34
Total	75		93		168

* Teste $\chi^2 = 30,00$

p-valor < 0,0001

Os testes que verificaram associação entre violência e turno de trabalho no hospital; violência e função; violência e faixa etária; tipos de violência e função; tipos de violência e sexo não revelaram associação significativa.

Foram realizados testes analisando as populações do Hospital e Centro de Saúde separadamente, no qual foi verificado se existia associação entre as variáveis: violência e sexo, violência e faixa etária, violência e função, violência e escolaridade, violência e estado conjugal, violência e IMC, violência e atividade física e violência e lazer.

Com relação ao hospital foi encontrada associação significativa entre as variáveis sexo e violência (p-valor= 0,034). Como pode ser observado na Tabela 35, as mulheres que trabalham no hospital sofreram violência em uma maior proporção (61,6%) em relação aos homens (42,1%).

Tabela 35. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do hospital segundo sexo e ter sido vítima de violência. Campinas, 2003.

Sexo/violência	Não		Sim		Total
	F	%	F	%	
Feminino	48	38,4	77	<u>61,6</u>	125
Masculino	22	57,9	16	42,1	38
Total	70		93		163

* Teste $\chi^2 = 4,52$

p-valor 0,034

Com relação ao Centro de Saúde o único teste que revelou associação significativa foi com relação a faixa etária e violência, demonstrando que as pessoas com menos de 50 anos sofreram violência em maior proporção em relação aos trabalhadores com 50 anos ou mais (Tabela 36).

Tabela 36. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos Centros de Saúde segundo faixa etária e ter sido vítima de violência. Campinas, 2003.

Faixa etária (anos) / Violência	Não		Sim		Total
	F	%	F	%	
<30	4	20,0	16	<u>80,0</u>	20
30-39	7	25,0	21	<u>75,0</u>	28
40-49	9	19,6	37	<u>80,4</u>	46
>50	8	66,7	4	33,3	12
Total	28		78		106

* Teste $\chi^2 = 11,57$

p-valor 0,009

5.5. DADOS REFERENTES A ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS VIOLÊNCIA E ICT

Para verificar se existe associação entre as variáveis violência e ICT foram utilizados os teste de *Mann-Whitney* e de *Kruskal-Wallis*.

As pessoas que relataram ter sido vítimas de violência referiram, em média, capacidade de trabalho atual menor do que as que não foram vítimas de violência, sendo apresentados os valores na tabela 37.

Tabela 37. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e nota atribuída a capacidade de trabalho atual. Campinas, 2003.

Violência/Capacidade de trabalho atual	F	Capacidade de trabalho atual	DP
Não	98	8,31	1,15
Sim	171	7,96	1,36

* Teste de *Mann-Whitney*: $p=0,0317$

O teste que verificou associação entre ter sido vítima de violência e ICT revelou associação entre as variáveis, demonstrando que os trabalhadores que sofreram violência no local de trabalho apresentaram ICT , em média, dois pontos menor do que os que não sofreram violência (tabela 38).

Tabela 38. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e ICT numérico. Campinas, 2003.

Violência/ICT	F	Média do ICT	DP
Não	98	40,57	4,76
Sim	171	38,30	5,13

* Teste de *Mann-Whitney*: $p=0,0003$

Analisando a relação entre ter sido vítima de violência e ICT dos trabalhadores do Centro de Saúde, o teste estatístico também revelou associação entre estas variáveis, demonstrando que os trabalhadores que foram vítimas de violência no CS tiveram, em média, ICT de aproximadamente três pontos menor do que os que não sofreram violência (tabela 39).

Tabela 39. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência no Centro de Saúde e ICT numérico. Campinas, 2003.

Violência/ICT - (CS)	F	Média do ICT	DP
Não	28	40,29	3,89
Sim	78	37,36	5,29

* Teste de *Mann-Whitney*: $p=0,0107$

A tabela 40 apresenta o teste que verificou associação entre ter sido vítima de violência no hospital e ICT. Observa-se que houve associação entre as variáveis, demonstrando que as pessoas vítimas de violência no hospital apresentaram um ICT, em média um pouco menor que as que não sofreram violência.

Tabela 40. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência no Hospital e ICT numérico. Campinas, 2003.

Violência/ICT - (Hospital)	F	Média do ICT	DP
Não	70	40,69	5,09
Sim	93	39,10	4,89

* Teste de *Mann-Whitney*: $p=0,0187$

O número de vezes que o trabalhador foi vítima de violência também apresentou associação significativa com o ICT, demonstrando que quanto mais o trabalhador sofreu violência, menor foi o ICT (tabela 41).

Tabela 41. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o número de vezes que foi vítima de violência e ICT numérico. Campinas, 2003.

N °de vezes(Viol)/ ICT	F	Média do ICT	DP
Nenhuma	97	40,54	4,78
1-4	100	38,67	5,28
> 4	59	37,36	4,96

* Teste de *Kruskal-Wallis* $p=0,0003$

Outro teste que revelou associação significativa foi com relação a ter perdido a satisfação com o trabalho devido aos episódios de violência e ICT. Observa-se na tabela 42 que os trabalhadores que referiram perda da satisfação com o trabalho apresentaram ICT, em média menor (diferença de mais que 3 pontos) que os trabalhadores que não perderam a satisfação com o trabalho.

Tabela 42. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o fato de ter perdido a satisfação com o trabalho devido ter sido vítima de violência e ICT numérico. Campinas, 2003.

Perda da satisfação com o trabalho/ICT	F	Média do ICT	DP
Não	129	39,10	4,97
Sim	41	35,78	4,94

*Teste de *Mann-Whitney*: $p=0,0005$

Observa-se na tabela 43 que as pessoas que sofreram violência possuíam, em média, mais doenças com diagnóstico médico (2,78) em relação aos que não sofreram violência (1,91).

Tabela 43. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e média de doenças com diagnóstico médico. Campinas, 2003.

Violência/doenças com diagnóstico médico	F	Média de doenças	DP
Não	98	1,91	2,52
Sim	171	2,78	1,88

*Teste de *Mann-Whitney*: $p=0,0049$

O teste que verificou a associação entre ter sido vítima de violência e possuir distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia) foi significativo, revelando que uma grande proporção de pessoas que possuíam a doença com diagnóstico médico (72,7%) e na própria opinião (80,0%) foram vítimas de violência no local de trabalho no último ano (tabela 44).

Tabela 44. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e possuir distúrbio emocional leve. Campinas, 2003.

Violência/distúrbio emocional leve (D24)	Não		Sim		Opinião		Total
	F	%	F	%	F	%	
Não	76	42,5	15	27,3	7	20,0	98
Sim	103	57,5	40	72,7	28	80,0	171
Total	179		55		35		269

* Teste $\chi^2 = 8,89$

p-valor = 0,0118

Com relação a ter sido vítima de violência e a questão 26 do ICT, observa-se na tabela 45 que as pessoas que foram vítimas de violência apresentaram, em média, mais impedimentos para a realização do trabalho devido a doenças, em relação as que não sofreram violência.

Tabela 45. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo ter sido vítima de violência e impedimento para o trabalho (Q 26 do ICT). Campinas, 2003.

Violência/ impedimento para o trabalho (Q 26 do ICT)	F	Média de pontos na questão	DP
Não	98	5,38	0,88
Sim	171	4,94	1,04

* Teste de *Mann-Whitney*: $p=0,0005$

5.6. ANÁLISES DE REGRESSÃO LINEAR E LOGÍSTICA

Para estudar a influência dos vários fatores de interesse no escore numérico do ICT foi utilizada a Análise de Regressão Linear, pelos modelos simples e múltiplo (com critério de seleção de variáveis *Stepwise*).

Também foi feita a Análise de Regressão Logística univariada para estimar as Odds Ratios de um ICT inadequado ($ICT \leq 36$) em função das variáveis de interesse.

5.6.1. ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR

As análises foram feitas considerando-se os ambientes de trabalho hospital e Centros de Saúde separadamente.

Os resultados considerando apenas os $n=163$ profissionais do Hospital estão nas tabelas 46 e 47, a seguir:

Tabela 46. Análise de Regressão Linear univariada para ICT numérico, Trabalhadores de enfermagem do Hospital. Campinas, 2003.

Variáveis	Níveis de Comparação*	Parâmetro Estimado	R ² (%)	p-valor
Sexo	Feminino / Masculino	-1.009	0.72	0.2800
Idade	a cada ano	-0.078	1.76	0.0925
Tempo de Empresa	a cada ano	-0.217	3.90	0.0115
Já Ficou Desempregado	Sim / Não	-2.145	4.60	0.0063
Idade Começou a Trabalhar	a cada ano	0.005	0.01	0.9437
Função	Enfermeiro / Aux+Técnico	0.965	0.38	0.4332
Tem Filhos	Sim / Não	-0.946	0.80	0.2589
Carga Horária Outros Empregos	a cada hora	0.042	0.10	0.6836
IMC	a cada kg/m ²	-0.217	4.79	0.0050
Atividade Física	Não / Sim	-1.377	1.85	0.0842
Sofreu Violência	Sim / Não	-1.589	2.46	0.0454
Quantas Vezes Sofreu Violência	1-4 vezes / Nenhuma >4 vezes / Nenhuma	-1.166 -2.686	3.92	0.2071 0.0168
Perdeu Satisfação com Trabalho	Sim / Não	-2.874	2.91	0.0294

* nível de comparação / nível de referência. R² = coeficiente de determinação.

Como pode ser observado, o tempo de empresa apresentou relação com a perda da capacidade para o trabalho demonstrando que a cada ano que o trabalhador passa dentro da empresa (Hospital) o ICT diminui em média 0,22 pontos.

O fato de já ter ficado desempregado também influencia no ICT, a análise de regressão linear demonstra que quem já ficou desempregado tem ICT em média 2,15 pontos menor do que quem nunca ficou desempregado.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) também apresentou relação significativa com o ICT. Os testes apontam que a cada unidade do IMC (Kg/m^2) que aumenta o ICT diminuí, em média, 0,22 ponto.

A questão da violência também tem demonstrado associação significativa. As pessoas que sofreram violência no ambiente de trabalho (Hospital) no último ano têm ICT, em média, 1,58 pontos menor em relação aos que não sofreram violência no último ano. O número de vezes em que se foi vítima de violência também apresentou resultado estatístico significativo, demonstrando que as pessoas que sofreram violência cinco vezes ou mais no último ano apresentaram ICT 2,68 pontos menor em relação aos que não sofreram violência. Os indivíduos que perderam a satisfação com o trabalho devido aos episódios de violência apresentaram ICT 2,87 pontos menor em relação aos que não perderam a satisfação com o trabalho.

Tabela 47. Análise de Regressão Linear multivariada para ICT numérico, trabalhadores de enfermagem do Hospital. Campinas, 2003.

Variáveis/Passos	Níveis de Comparação*	Parâmetro Estimado	R ² Parcial (%)	p-valor
1. Já Ficou Desempregado	Sim / Não	-2.649	5.90	0.0013
2. Tempo de Empresa	a cada ano	-0.310	6.66	0.0003
3. Atividade Física	Não / Sim	-1.676	2.85	0.0325
4. Perdeu Satisfação com Trabalho	Sim / Não	-3.072	2.64	0.0349

* nível de comparação / nível de referência. R² = coeficiente de determinação parcial. (n=146). Critério Stepwise de seleção de variáveis. R² total=18.05%; Intercepto=42.49

Pelos resultados da análise multivariada, verifica-se que o perfil do profissional do Hospital com menor ICT é aquele que já ficou desempregado, com maior tempo na empresa, que não pratica atividade física e que perdeu a satisfação com o trabalho devido aos episódios de violência.

Os resultados da Análise de Regressão Linear univariada considerando apenas os n=106 profissionais dos Centros de Saúde (CS) estão nas tabelas 48 e 49, a seguir:

Tabela 48. Análise de Regressão Linear univariada para ICT numérico, trabalhadores de enfermagem dos CSs. Campinas, 2003.

Variáveis	Níveis de Comparação*	Parâmetro Estimado	R ² (%)	p-valor
Sexo	Feminino / Masculino	-2.832	2.17	0.1321
Idade	a cada ano	-0.102	3.12	0.0702
Tempo de Empresa	a cada ano	-0.382	15.79	0.0001
Já Ficou Desempregado	Sim / Não	0.032	0.01	0.9752
Idade Começou a Trabalhar	a cada ano	-0.252	6.25	0.0097
Função	Enfermeiro / Aux+Técnico	-0.564	0.14	0.7023
Tem Filhos	Sim / Não	-2.475	4.39	0.0311
IMC	a cada kg/m ²	-0.018	0.03	0.8635
Atividade Física	Não / Sim	-0.672	0.43	0.5022
Sofreu Violência	Sim / Não	-2.927	6.45	0.0086
Quantas Vezes Sofreu Violência	1-4 vezes / Nenhuma	-2.536	7.15	0.0341
Perdeu Satisfação com Trabalho	>4 vezes / Nenhuma	-3.552		0.0076
	Sim / Não	-4.256	12.65	0.0002

* nível de comparação / nível de referência. R² = coeficiente de determinação.

Como pode ser observado na Tabela 48, os resultados do CS apresentaram-se diferentes em relação ao do hospital.

O tempo de empresa (CS) também apareceu como fator de diminuição da capacidade para o trabalho: a cada ano de trabalho no Centro de Saúde o ICT diminui em média 0,38 ponto.

A idade que começou a trabalhar apresentou associação significativa com o ICT: a cada ano que se começou a trabalhar mais tarde, o ICT diminui em média 0,25 ponto (pode ter outro fator de confusão associado).

O fato de ter filhos também influencia na perda da capacidade para o trabalho dos trabalhadores dos CSs, demonstrando que quem tem filhos tem ICT 2,47 pontos, em média, menor em relação aos trabalhadores que não possuem filhos.

Os trabalhadores que sofreram violência nos CSs apresentaram 2,93 pontos, em média, a menos no ICT em relação aos que não sofreram violência. Tanto as pessoas que sofreram muitas agressões como aquelas que sofreram poucas agressões nos CSs tiveram ICT em média menor em relação as que não sofreram violência. Os trabalhadores que sofreram de uma a quatro agressões no ambiente de trabalho apresentaram ICT 2,54 pontos em média, menor em relação aos que não sofreram violência. Já as pessoas que sofreram violência cinco vezes ou mais apresentaram 3,55 pontos em média, menor em relação as pessoas que não sofreram nenhuma agressão no último ano.

As pessoas que perderam a satisfação com o trabalho devido a violência nos CSs apresentaram 4,26 pontos em média a menos no ICT em relação as pessoas que sofreram violência, mas não perderam a satisfação com o trabalho.

Tabela 49. Análise de Regressão Linear multivariada para ICT numérico, trabalhadores de enfermagem dos CSs. Campinas, 2003.

Variáveis/Passos	Níveis de Comparação*	Parâmetro Estimado	R ² Parcial (%)	p-valor
1. Tempo de Empresa	a cada ano	-0.338	15.79	0.0001
2. Perdeu Satisfação com Trabalho	Sim / Não	-5.022	15.92	0.0001
3. Tem Filhos	Sim / Não	-2.415	2.77	0.0133
4. Idade Começou a Trabalhar	a cada ano	-0.204	3.73	0.0152

* nível de comparação / nível de referência. R² = coeficiente de determinação parcial. (n=106). critério Stepwise de seleção de variáveis. R² total=38.22%; Intercepto=46.79

Pelos resultados da análise multivariada, verifica-se que o perfil do profissional dos CS com menor ICT é aquele com maior tempo na empresa, que perdeu a satisfação com o trabalho devido a violência, que tem filhos e que começou a trabalhar com maior idade.

5.6.2. ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

Foi realizada a Análise de Regressão Logística univariada para estimar as Odds Ratios de um ICT inadequado ($ICT \leq 36$) em função das variáveis de interesse.

Os resultados considerando apenas os $n=163$ profissionais do Hospital estão na tabela 50, a seguir:

Tabela 50. Análise de Regressão Logística univariada para $ICT \leq 36$, trabalhadores de enfermagem do Hospital. Campinas, 2003.

Variáveis	Níveis de Comparação*	p-valor	OR	IC 95% OR
Sexo	Feminino / Masculino	0.0981	2.37	0.85 – 6.57
Idade	a cada ano	0.0183	1.06	1.01 – 1.10
Tempo de Empresa	a cada ano	0.0381	1.09	1.01 – 1.17
Já Ficou Desempregado	Sim / Não	0.0277	2.42	1.10 – 5.30
Idade Começou a Trabalhar	a cada ano	0.5251	0.98	0.91 – 1.05
Função	Enfermeiro / Aux+Técnico	0.7421	1.20	0.40 – 3.58
Tem Filhos	Sim / Não	0.3382	1.49	0.66 – 3.35
Carga Horária Outros Empregos	a cada hora	0.6893	1.02	0.93 – 1.12
IMC	a cada kg/m^2	0.0012	1.13	1.05 – 1.22
Atividade Física	Não / Sim	0.2131	1.59	0.77 – 3.30
Sofreu Violência	Sim / Não	0.1090	1.88	0.87 – 4.05
Quantas Vezes Sofreu Violência	1-4 vezes / Nenhuma	0.1951	1.78	0.74 – 4.26
	>4 vezes / Nenhuma	0.0635	2.54	0.95 – 6.82
Perdeu Satisfação com Trabalho	Sim / Não	0.0491	2.91	1.01 – 8.44

* nível de comparação / nível de referência.

OR=Odds Ratio ou Razão de Riscos para $ICT \leq 36$ ($n=38$) vs $ICT > 36$ ($n=125$).

IC95%= Intervalo de 95% de Confiança.

De acordo com a tabela 50, a análise de regressão logística (hospital) apresentou associação do ICT com:

- Idade: a cada ano que aumenta na idade, o risco de ICT baixo/moderado é de 6%;

- Tempo de Empresa: a cada ano de trabalho no hospital o risco de ter ICT baixo/moderado é de 9%;

- Ter ficado desempregado: o fato de já ter ficado desempregado aumenta o risco de ICT baixo/moderado em 2,4 vezes;

- IMC: a cada unidade do IMC que aumenta, aumenta o risco de ICT baixo/moderado em 1,1 vezes;

- Perda da satisfação com o trabalho devido a violência: quem perde a satisfação com o trabalho tem 2,9 vezes mais risco de ICT baixo/moderado.

Os resultados considerando apenas os n=106 profissionais dos CS estão na tabela 51, a seguir:

Tabela 51. Análise de Regressão Logística univariada para ICT ≤ 36 , trabalhadores de enfermagem dos CSs. Campinas, 2003.

Variáveis	Níveis de Comparação*	p-valor	OR	IC 95% OR
Sexo	Feminino / Masculino	0.5103	1.74	0.33 – 9.09
Idade	a cada ano	0.0309	1.06	1.01 – 1.11
Tempo de Empresa	a cada ano	0.0002	1.20	1.09 – 1.32
Já Ficou Desempregado	Sim / Não	0.3610	0.69	0.31 – 1.54
Idade Começou a Trabalhar	a cada ano	0.0155	1.11	1.02 – 1.21
Função	Enfermeiro / Aux+Técnico	0.9910	0.99	0.31 – 3.21
Tem Filhos	Sim / Não	0.1235	2.22	0.80 – 6.14
Carga Horária Outros Empregos	a cada hora	0.2449	0.93	0.81 – 1.06
IMC	a cada kg/m ²	0.7855	0.99	0.91 – 1.08
Atividade Física	Não / Sim	0.7472	0.88	0.40 – 1.95
Sofreu Violência	Sim / Não	0.0690	2.55	0.93 – 7.00
Quantas Vezes Sofreu Violência	1-4 vezes/Nenhuma	0.2046	2.01	0.68 – 5.92
	>4 vezes/Nenhuma	0.0271	3.67	1.16 – 11.60
Perdeu Satisfação com Trabalho	Sim / Não	0.0188	3.02	1.20 – 7.60

* nível de comparação / nível de referência.

OR=Odds Ratio ou Razão de Riscos para ICT ≤ 36 (n=38) vs ICT >36 (n=68).

IC95%= Intervalo de 95% de Confiança.

De acordo com a tabela 51, a análise de regressão logística (CS) apresentou associação do ICT com:

- Idade: a cada ano que aumenta na idade, o risco de ICT baixo/moderado é de 6%;

- Tempo de Empresa: a cada ano de trabalho no CS o risco de ter ICT baixo/moderado é de 1,2 vezes;

- Idade que começou a trabalhar: a cada ano que se começa a trabalhar mais tarde aumenta o risco de ICT baixo/moderado em 1,1 vezes (pode haver algum fator de confundimento);

- Ter sofrido violência muitas vezes: ter sofrido violência cinco vezes ou mais aumenta o risco de ICT baixo/moderado em 3,7 vezes;

- Perda da satisfação com o trabalho devido a violência: quem perde a satisfação com o trabalho tem 3,0 vezes mais risco de ICT baixo/moderado;

O fato de ter sofrido violência no CS aumenta o risco de ICT baixo/moderado em 2,6 vezes (tendência).

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste trabalho foram analisados trabalhadores de enfermagem de diferentes categorias e locais de trabalho (Centros de Saúde e hospital geral).

Os resultados demonstram que existem diferenças entre o trabalho realizado nos CSs e no hospital, apresentando resultados estatísticos diferentes em relação a questão do ICT e da violência para os trabalhadores nos dois locais de trabalho.

Vale salientar que este é um estudo transversal e que tem limitações.

Com relação à questão da violência, uma das principais limitações do estudo é a definição do que é violência no ambiente de trabalho. A violência por ser complexa, possui inúmeras definições e é vista de diferentes formas, variando de indivíduo para indivíduo. Neste trabalho, somente as agressões provocadas por pessoas (agressão verbal, física, ameaça, assédio moral e sexual) foram pesquisadas. Sabe-se que a violência no local de trabalho é muito mais abrangente. Temos a violência dos acidentes de trabalho em geral, os baixos salários, as más condições de trabalho, entre outros.

O fato dos trabalhadores sofrerem agressões diariamente faz com que os mesmos sintam que a violência é “*normal*”. Devido a isto, durante a coleta de dados, muitos não se dispuseram a responder o questionário de violência dizendo que a mesma era muito comum e que já não era considerada como violência e sim “*parte do trabalho*”.

Além disso, somente as agressões no último ano foram pesquisadas. Provavelmente se fossem pesquisadas as violências durante toda a vida laboral, a prevalência seria ainda maior.

Tanto no hospital como no Centro de Saúde a prevalência da violência foi alta, porém nos CSs ela é maior e, conforme observado na análise ergonômica, ocorre diariamente. Nolan et al. (2001) em estudo com trabalhadores de enfermagem de saúde mental da Suécia (que trabalhavam em hospitais) e da Inglaterra (que trabalhavam na comunidade e em hospitais) encontraram que os trabalhadores da Inglaterra (71,0%) sofreram mais violência em relação aos da Suécia (59,0%). Para os autores, este fato pode ter ocorrido devido aos trabalhadores da Inglaterra trabalharem em uma considerável proporção com a comunidade, que possivelmente expõe o trabalhador a um risco maior de sofrer violência, o que foi encontrado também no presente estudo.

Com relação ao tipo de violência sofrida, a agressão verbal é a mais freqüente em ambos os locais, porém os testes estatísticos evidenciam que as agressões verbais ocorreram em maior proporção nos CSs e as agressões físicas ocorreram em maior proporção no hospital (tabelas 33 e 34). Adib et al. (2002) encontraram resultado semelhante em seu estudo, no qual os trabalhadores de hospitais sofreram agressão física em uma proporção maior do que os trabalhadores de outros locais. Para os autores deste estudo a probabilidade de ocorrer violência é especialmente alta durante as horas de visita, quando o acesso às unidades do hospital é liberado, criando situações de superlotação e aumento das demandas de serviço pelos trabalhadores de enfermagem.

O que pode ser observado durante a análise das condições de trabalho e análise do conteúdo dos questionários é que os trabalhadores do hospital geralmente sofrem as agressões físicas durante o cuidado ao paciente e que, na maior parte dos casos, o trabalhador está sozinho não conseguindo se defender das agressões. Já nos CSs, as agressões físicas não são tão freqüentes, possivelmente, devido ao grande número de pessoas (pacientes e colegas de trabalho) para defenderem os trabalhadores, como pode ser observado nas falas dos trabalhadores dos CSs:

“Só não tem agressão física porque a gente não deixa que isso aconteça” (L. S. C., auxiliar de enfermagem, CS - região norte).

“Várias vezes já teve ameaça de bater, mas tem sempre alguém que segura” (I. S., auxiliar de enfermagem, CS - região noroeste).

Houve associação significativa entre sofrer violência e sexo no hospital, sendo que uma proporção maior de mulheres (61,6%) sofreu violência em relação aos homens (42,1%). Este resultado difere dos encontrados por Arnetz, Arnetz e Petterson (1996), na Suécia e Adib et al. (2002), no Kuwait, nos quais os homens sofreram violência em maior proporção que as mulheres. Entretanto nos estudos de assédio moral conduzido por Hirigoyen (2002), na França e Barreto (2003), no Brasil, as mulheres foram as mais afetadas. Neste estudo não foi encontrado

associação estatística significativa entre violência e sexo nos CSs e entre o tipo de violência e sexo.

Com relação à idade, somente houve associação estatística significativa nos CSs, no qual as pessoas com 49 anos ou menos tendem a sofrer mais agressões em relação às pessoas com 50 anos ou mais (tabela 36). Este achado se assemelha ao de Arnetz, Arnetz e Petterson (1996), no qual as pessoas mais jovens sofreram mais violência em relação às pessoas com mais idade. Para Adib et al. (2002) as pessoas com mais experiência profissional prevêm as situações em que se pode ocorrer violência e desta forma se previnem. Além disso, as pessoas com mais idade por terem sido vítimas de violência muitas vezes, possivelmente podem achar que a violência “faz parte do trabalho” e por isso não considerá-la como tal.

Com relação às causas da violência apontadas pelos trabalhadores, a maior parte referiu que foi agredido devido a frustração do usuário com o serviço; seguido da localização periférica da unidade, problemas culturais e socioeconômicos; o fato do cliente estar sob efeito de drogas e álcool, por ser paciente psiquiátrico e por estar doente; por problemas de relacionamento com colegas de trabalho ou superiores; por estarem despreparados para lidar com a situação e por falta de segurança no serviço. Além disso, durante as observações das condições de trabalho foi observado que a atitude do profissional também pode favorecer que se tenha atos de violência contra o mesmo, ou por este ser agressivo durante o atendimento ou pela própria falta de comunicação com o usuário; outro fato observado foi a falta de entendimento por alguns usuários da

rotina do serviço, principalmente nos CSs e, em alguns casos o cliente já chega agressivo, sem que o profissional tivesse feito ou dito algo, possivelmente isto ocorre devido a frustrações anteriores com o serviço. Analisar o que leva a violência é muito complexo, uma vez que, ela tem múltiplas faces em relação a suas causas e também as suas conseqüências.

O principal agressor neste estudo foi o paciente, que muitas vezes era paciente psiquiátrico, etilista e que fazia uso de drogas. Porém, o trabalhador nem sempre é a vítima, e se sente culpado pela agressão (4,7% dos que sofreram as agressões tiveram sentimento de culpa), pois, em alguns casos eles também são responsáveis pela agressão, principalmente quando falham na qualidade da assistência prestada, não fornecendo a atenção esperada pelo paciente, gerando uma frustração por parte dos mesmos e de seus familiares.

A agressão interna também ocorreu com freqüência entre colegas de trabalho e do superior hierárquico para com o subordinado (respectivamente 25,6% e 24,5%, das pessoas que sofreram violência).

As conseqüências mais relatadas pelos trabalhadores foram: irritação, raiva, estresse, humilhação, tristeza, desapontamento, evitou contato com o agressor, ansiedade, sentimento de baixa auto-estima, medo do agressor ou de voltar a ser vítima e perda da satisfação com o trabalho. Estes resultados reforçam o que foi encontrado por Arnetz (1998) na Suécia, no qual os trabalhadores de saúde relataram com maior freqüência irritação, raiva, medo do agressor, incapacidade e humilhação.

O registro das agressões por parte dos trabalhadores foi praticado apenas por pouco mais que 1/3 do entrevistados (36,5% dos trabalhadores registraram as agressões), sendo em sua maioria na forma de anotações de enfermagem (51,6% dos registros). Isto possivelmente faz com que os episódios de violência não tenham visibilidade, pois ficaria difícil um diagnóstico da realidade consultando-se tão somente prontuários de pacientes. Arnetz (1998) sugere que todos os serviços de saúde deveriam possuir um formulário para registro dos incidentes de violência para complementar dados de registros oficiais e contribuir para elaboração e desenvolvimento de programas de prevenção.

Com relação à capacidade para o trabalho, uma grande parte dos trabalhadores (28,2%) apresentaram ICT inadequado (baixo/moderado). Chillida e Cocco (2003) em pesquisa com trabalhadores de enfermagem do turno noturno de um hospital universitário no município de Campinas também encontraram a mesma porcentagem de ICT baixo/moderado (28,2%), evidenciando que estes trabalhadores estão necessitando de ações de promoção a saúde para restaurar, fortalecer e manter a capacidade para o trabalho.

As doenças com diagnóstico médico foram relatadas por 76,2% dos trabalhadores, sendo que cada trabalhador possuía em média 3,2 doenças. Os grupos de doenças com mais diagnóstico médico foram respectivamente as doenças músculo-esqueléticas, o grupo das lesões por acidente, doença respiratória, doença digestiva, distúrbio emocional e doença cardiovascular. Este resultado se assemelha ao encontrado por Fischer et al. (2002), em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, no qual foi revelado maior

prevalência das lesões por acidentes e doenças músculo-esqueléticas, problemas respiratórios, hipertensão, alergias e distúrbio emocional leve.

A doença endócrina com maior prevalência com diagnóstico médico foi a obesidade (9,3%), sendo este dado reforçado pelo estudo de Duran (2002) que também encontrou maior prevalência de obesidade dentre as doenças endócrinas em trabalhadores de enfermagem de pronto socorro de um hospital universitário.

Quando analisadas as doenças isoladamente, o distúrbio emocional leve aparece como a doença com maior prevalência entre as doenças com diagnóstico médico na população estudada (20,4%). Estryng-Behar (1996) refere que na profissão de enfermagem situações de estresse emocional e afetivo podem levar a depressão. Cocco (2003a) encontrou percentuais elevados de “distúrbio emocional leve” entre trabalhadores de tecnologia da informação e telecomunicações, com exigência predominante mental.

Quando analisado o ICT em relação ao local de trabalho (tabela 14), foi encontrado maior proporção de ICT inadequado nos Centros de Saúde (35,8%) em relação ao hospital (23,3%). Este dado é reforçado quando se analisam as condições de trabalho, no qual os trabalhadores dos Centros de Saúde estão sobrecarregados com falta de funcionários, alta demanda de serviço, realização de trabalhos muito repetitivos, sem pausas ou com pausas muito curtas, entram em contato com um grande número de pessoas diariamente, o que gera uma infinidade de conflitos e de violências. As tabelas 21 e 22 demonstram que a média de pontos no ICT dos trabalhadores de enfermagem dos CSs é menor comparada aos trabalhadores do hospital.

Os testes estatísticos utilizando-se tanto o ICT numérico quanto o categórico, revelaram associação estatística significativa entre sexo e ICT, demonstrando que uma proporção maior de mulheres (30,9%) apresentou ICT baixo/moderado em relação aos homens (15,2%), sendo a média de pontos do ICT das mulheres de 38,83 pontos e dos homens de 40,59 pontos. Este dado reforça o encontrado por Bellusci et al. (1999) em trabalhadores de um hospital filantrópico, no qual as mulheres apresentaram 1,9 vezes mais chance do que os homens de perda da capacidade para o trabalho. Segundo estes autores as causas estariam ligadas a vários fatores como a sobrecarga de trabalho, pois além do trabalho profissional, há o trabalho doméstico, a inserção no mercado de trabalho, no qual atribuem as mulheres funções de baixa qualificação profissional e de significativas exigências físicas para a realização do trabalho.

Foi encontrada também associação estatística significativa em relação ao ICT e faixa etária. As tabelas 15 e 19 demonstram que há uma queda significativa no ICT na faixa etária dos 40 aos 49 anos, tendo um acréscimo no ICT nos indivíduos com 50 anos ou mais. Bellusci et al. (1999) e Duran (2002), não encontraram associação estatística significativa em relação ao ICT e a idade entre trabalhadores de hospitais. Porém, em estudos realizados com outros tipos de trabalhadores foi encontrada relação entre ICT e idade, como o de Bellusci e Fischer (1999) com trabalhadores do judiciário no qual os trabalhadores da faixa etária entre 40 e 50 anos apresentaram maior probabilidade de ICT moderado ou baixo e no estudo de Fernandes (2003) com estagiários e trabalhadores de um condomínio de alta tecnologia, que encontrou "ligeira queda do ICT nos

trabalhadores com 40 anos ou mais” e de Cocco e Luciano (2003) com donas de casa no município de Campinas, cujo ICT diminuiu consideravelmente, à partir dos 50 anos de idade.

Em estudo conduzido na Finlândia, com trabalhadores municipais de diversas ocupações, (TUOMI et al., 1997c) foi encontrado entre trabalhadores de enfermagem (sexo feminino) uma média no ICT de 37 pontos aos 50 anos de idade e de 35 pontos, nos mesmos indivíduos, aos 55 anos, demonstrando um decréscimo no ICT quando se aumenta a idade.

O fato dos trabalhadores com mais de 50 anos apresentarem média de ICT melhor em relação aos trabalhadores da faixa dos 40-49 anos possivelmente está associado ao efeito do trabalhador sadio (CHECKOWAY et al., 1989), no qual permaneceram no trabalho aqueles que conseguiram sobreviver e se adaptar as condições de trabalho, excluindo os trabalhadores que adoecem. Outro fato que pode ser atribuído a esta questão é com relação aos aspectos positivos do envelhecimento no trabalho. Segundo Costa (2000) o envelhecimento comporta crescimento profissional como, por exemplo, a habilidade estratégica, a sagacidade, a sabedoria, a prudência, a reflexão e a experiência, podendo elevar o ICT com o avanço da idade.

O tempo de empresa também apresentou relação estatística significativa com o ICT tanto no hospital como nos CSs nas análises de regressão linear e de regressão logística (tabelas 46, 47, 48, 49, 50 e 51). Para cada ano que o indivíduo trabalha dentro do hospital, o ICT diminui em média 0,22 pontos e para cada ano que o indivíduo trabalha no CS o ICT diminui em média 0,38 pontos.

Esta relação entre tempo de empresa e ICT também foram encontrados nos estudos de Fernandes (2003); Cocco (2002 e 2003a); Metzner e Fischer (2001); Bellusci e Fischer (1999).

As variáveis ICT e atividade física revelaram associação estatística significativa somente para os trabalhadores do hospital (tabela 47), demonstrando que as pessoas que não praticam atividade física possuem um ICT menor em relação aos que praticam. De acordo com Ilmarinen (1997) o exercício físico tem sido a maior ferramenta na promoção à saúde no trabalho, sendo recomendado que os exercícios aeróbicos regulares devam ser introduzidos para prevenir o declínio prematuro das funções do sistema nervoso central.

Outra relação que se mostrou significativa foi entre o IMC e ICT (tabela 24). Quando analisadas as populações separadamente, observou-se que esta relação é mais significativa também com os trabalhadores do hospital (tabelas 46 e 50). A análise de regressão logística univariada revelou que a cada unidade do IMC que aumenta, o risco de ICT baixo/moderado é de 1,1 vezes. Talvez a obesidade possa estar associada à não realização de atividades físicas regulares e vir acompanhada de outras doenças com diagnóstico médico e, conseqüentemente, diminuir o ICT.

O fato de já ter ficado desempregado apresentou-se como um fator negativo em relação ao ICT. A tabela 23 demonstra que as pessoas que já ficaram desempregadas tiveram um ICT em média menor (38,49) em relação àquelas que nunca ficaram desempregadas (39,83). As tabelas 46, 47 e 50 revelam que esta associação é mais significativa para os trabalhadores do hospital, sendo que os

trabalhadores que já vivenciaram o desemprego têm 2,4 vezes mais chance de perda da capacidade para o trabalho em relação aos que não ficaram desempregados. O desemprego nestes últimos tempos tem amedrontado a população em geral, gerando insegurança e até disputas dentro do ambiente de trabalho, conseqüentemente, tem-se um efeito negativo na vida destes trabalhadores. Possivelmente, este efeito negativo atinja de forma mais intensa aquelas pessoas que já passaram por esta situação.

A idade que os trabalhadores começaram a trabalhar também demonstrou associação estatística significativa em relação ao ICT. A análise de regressão logística univariada para a população do CS revelou que o cada ano que se começa a trabalhar mais tarde o risco de ICT baixo/moderado é de 1,1 vezes. Neste caso, possivelmente pode ter ocorrido um fator de confundimento com outra variável, pois espera-se que as pessoas que começam a trabalhar mais cedo tenham maior risco de ter ICT inadequado.

O fato de ter filhos também revelou associação significativa para os trabalhadores dos CSs, sendo que os indivíduos do CS que possuem filhos apresentaram ICT em média de 2,47 pontos menor em relação aos que não possuíam filhos. Talvez pelo fato dos trabalhadores dos CSs estarem mais desgastados, o cuidado com os filhos seja uma sobrecarga a mais de trabalho, pois diminui o tempo de repouso e aumenta a carga de trabalho doméstica.

Com relação a questão da violência e o ICT, os resultados estatísticos mostraram-se significativos para as duas populações.

As pessoas que relataram ter sido vítimas de violência no último ano referiram em média nota de capacidade atual para o trabalho de 7,96 enquanto que as pessoas que não foram vítimas de violência referiram nota de capacidade atual para o trabalho de 8,31 pontos, em média (tabela 37).

Os testes estatísticos entre ter sido vítima de violência e ICT numérico revelaram associação significativa quando realizado em ambas populações (tabelas 38, 39 e 40). Os trabalhadores dos CSs que sofreram violência apresentaram uma pontuação no ICT de 37,36, em média, enquanto que os que não sofreram violência apresentaram valor médio do ICT de 40,29 pontos. Já, para os trabalhadores do hospital a diferença foi menor, mas também significativa. O ICT médio dos trabalhadores do hospital que sofreram violência foi de 39,10, enquanto que os trabalhadores que não sofreram violência tiveram ICT em média de 40,69 pontos.

O número de vezes em que se foi vítima de violência também fez diminuir o ICT (tabela 41), demonstrando que quem sofreu violência mais vezes apresentou um ICT em média menor.

O fato de perder a satisfação com o trabalho devido aos episódios de violência apresentou forte associação significativa em ambas as populações (tabela 42). As análises de regressão linear apontaram que os indivíduos do hospital que perderam a satisfação no trabalho devido aos episódios de violência apresentaram ICT 2,87 pontos menor em relação aos que não perderam a satisfação com o trabalho (tabela 46) e para os trabalhadores dos CSs que

perderam a satisfação com o trabalho o ICT foi 4,26 pontos menor em relação aos que não perderam a satisfação com o trabalho devido a violência (tabela 48).

A perda da satisfação também se apresentou significativa nas análises de regressão logística univariada (tabelas 50 e 51), demonstrando que quem perde a satisfação com o trabalho devido a violência no hospital tem 2,9 vezes mais chance de ICT baixo/moderado, enquanto que quem perde a satisfação com o trabalho no CS apresenta 3,0 vezes mais chance de perda da capacidade para o trabalho em relação aos que não sofreram violência.

A análise de regressão logística para os trabalhadores do CS também revelou associação com o número de vezes em que se foi vítima de violência e ICT, demonstrando que sofrer violência várias vezes aumenta a chance de ICT baixo/moderado em 3,7 vezes.

Estes resultados apontaram que para esta população, ter sido vítima de violência influenciou negativamente a capacidade para o trabalho, principalmente quando o trabalhador é do CS, que sofre violência várias vezes e perde a satisfação com o trabalho. Tuomi et al. (1997b) relatam que fatores relacionados ao ambiente organizacional e social destacam-se como fonte de mudanças na capacidade para o trabalho e que para o trabalhador a importância do reconhecimento, a apreciação e as atitudes positivas do supervisor, demonstram resultados positivos na capacidade para o trabalho. O contrário também é verdadeiro, o não reconhecimento, a falta de apreciação pelo trabalho e mau relacionamento com os supervisores podem influenciar negativamente e diminuir a capacidade para o trabalho.

No trabalho em enfermagem, as atitudes positivas são esperadas também em relação ao paciente, pois, quando se realiza o cuidado, em geral, tem-se o reconhecimento do mesmo e isto traz uma certa satisfação com o trabalho. Entretanto, quando se é vítima de violência por alguns clientes, este reconhecimento não é sentido, fazendo com que muitas vezes se perca a satisfação com o trabalho, que para alguns é momentânea, mas, para outros fica marcada por toda a vida no trabalho.

Olhando para os resultados observa-se que as pessoas que sofreram violência no trabalho perderam pontos no ICT com relação ao número de doenças, sendo que os trabalhadores vítimas de violência tiveram, em média 2,78 doenças, enquanto que os que não foram vítimas apresentaram, em média, 1,91. A tabela 44 demonstra que uma grande proporção de pessoas que possuíam “distúrbio emocional leve com diagnóstico médico” (72,7%) e “na própria opinião” (80,0%) foram vítimas de violência no local de trabalho no último ano.

Outra questão no qual os trabalhadores de enfermagem que sofreram violência perderam pontos no ICT foi com relação a realização do trabalho (questão 26 do ICT), sendo que os trabalhadores de enfermagem que sofreram violência apresentaram, em média, mais impedimentos para a realização do trabalho devido a presença de doenças ou lesões em relação aos que não sofreram violência (tabela 45).

Perante a estes resultados é possível pensar em duas questões: o fato dos trabalhadores sofrerem violência pode ter se traduzido em forma de adoecimento; ou, em alguns casos, as pessoas podem ter sofrido violência por já

estarem adoecidas, como é observado abaixo no relato feito por uma trabalhadora quando perguntado porque ocorreram as agressões:

“Devido a alguns LTS¹, a colega referiu que eu não tinha problemas de saúde e que se eu não tinha condições para o trabalho, para eu me aposentar; quando orientamos um paciente, o colega toma a frente...” (M. B.; auxiliar de enfermagem, CS - região leste).

Este achado reforça o encontrado por Barreto (2003) em seu estudo com trabalhadores brasileiros de 97 empresas dos ramos farmacêutico, químico, plástico e similares em São Paulo, no qual foi encontrado que dentre os trabalhadores que mais sofreram humilhações no trabalho estavam os adoecidos e acidentados do trabalho.

¹ LTS – Licença Tratamento Saúde

7. CONCLUSÕES

A prevalência da violência no local de trabalho foi de 63,6% na população geral, sendo de 73,6% nos Centros de Saúde e de 57,1% no hospital. Com relação à capacidade para o trabalho, 1,8% dos trabalhadores apresentaram baixa capacidade para o trabalho, 26,4% moderada, 51,7% boa e 20,1% ótima.

Foi encontrado associação estatística significativa entre ter sofrido violência e capacidade para o trabalho, sendo que os trabalhadores que sofreram violência apresentaram em média aproximadamente dois pontos a menos no ICT em relação aos que não sofreram violência. O número de vezes em que se foi vítima de violência também apresentou associação estatística significativa com o ICT demonstrando que as pessoas que sofreram violência 5 vezes ou mais tiveram o ICT em média menor (37,36 pontos) em relação as que sofreram poucas vezes (38,67 pontos) ou nenhuma vez (40,54 pontos). As pessoas que perderam a satisfação com o trabalho devido a violência tiveram uma significativa queda no ICT (35,78) em relação as que não perderam a satisfação com o trabalho (39,10 pontos no ICT).

Com relação a natureza da violência, as agressões verbais foram as mais comuns tanto no hospital como no CS. As agressões físicas ocorreram principalmente no hospital. O principal agressor foi o paciente, sendo este de ambos os sexos. As principais conseqüências da violência para os trabalhadores foram: irritação, raiva, estresse, humilhação, tristeza, desapontamento, evitou

contato com o agressor, ansiedade, sentimento de baixa auto-estima, medo do agressor ou de voltar a ser vítima e perda da satisfação com o trabalho.

A maioria dos trabalhadores que participaram da pesquisa pertencia ao hospital (60,6%) e 39,4% aos Centros de Saúde, e tinham idade média de 38,5 anos (DP 8,7), sendo 82,9% do sexo feminino, 87,8% auxiliares/técnicos/atendentes de enfermagem e somente 12,2% enfermeiros. Com relação ao estado conjugal, 51,1% eram casados ou viviam com o companheiro e 23,8% dos participantes da pesquisa possuíam outro emprego. Praticavam atividade física regularmente 51,9% dos participantes da pesquisa, 95,5% realizavam atividades de lazer, 18,8% eram tabagistas e 32,2% etilistas.

Com relação ao ICT e as diferentes faixas etárias foi encontrado que há uma perda da capacidade para o trabalho mais acentuada na faixa dos 40 aos 49 anos, tendo um acréscimo no ICT nos indivíduos com 50 anos ou mais.

As análises de regressão logística para os trabalhadores do hospital também demonstraram que: o risco de ICT baixo/moderado é de 6% a cada ano que aumenta na idade; o risco de ter ICT baixo/moderado é de 9% a cada ano de trabalho no hospital; o fato de já ter ficado desempregado aumenta o risco de ICT baixo/moderado em 2,4 vezes; a cada unidade do IMC que aumenta, aumenta o risco de ICT baixo/moderado em 1,1 vezes e quem perde a satisfação com o trabalho tem 2,9 vezes mais risco de ICT baixo/moderado. Já as análises de regressão logística para os trabalhadores dos CSs demonstraram que: o risco de ICT baixo/moderado é de 6% a cada ano que aumenta na idade; o risco de ter ICT baixo/moderado é de 1,2 vezes a cada ano de trabalho no CS; ter sido vítima de

violência cinco vezes ou mais aumenta o risco de ICT baixo/moderado em 3,7 vezes; quem perde a satisfação com o trabalho tem 3,0 vezes mais risco de ICT baixo/moderado e o fato de ter sofrido violência no CS aumenta o risco de ICT baixo/moderado em 2,6 vezes (tendência).

Na análise ergonômica do trabalho foi observado que os principais estressores com relação a importância, duração e frequência foram:

- No trabalho do auxiliar de enfermagem: postura corporal, alta demanda auditiva e visual, alta responsabilidade com o paciente, tarefas relacionadas ao uso de muitos objetos e equipamentos e muito contato com clientes. Para os auxiliares do hospital houve mais urgência e complexidade de decisão e para os auxiliares do CS mais contato com clientes em relação aos auxiliares do hospital.

- No trabalho do enfermeiro: alta responsabilidade com o paciente, urgência e complexidade na tomada de decisão, alta demanda auditiva e visual, postura corporal, contatos com pessoas de nível subordinado e muitas tarefas administrativas. Para o enfermeiro do CS foi observado mais contato com clientes e mais conflitos em relação aos enfermeiros do hospital.

Os grupos de doenças com diagnóstico médico mais frequentes foram: as doenças músculo-esqueléticas, as lesões por acidentes, as doenças respiratórias, as doenças digestivas e o distúrbio mental. A doença isolada com mais diagnósticos foi o distúrbio emocional leve, sendo referido por 20,4% da população estudada. Com relação às doenças auto-referidas na população, as mais frequentes foram: as doenças músculo-esqueléticas, as lesões por acidente, o distúrbio mental, as doenças respiratórias e as doenças digestivas.

A alta prevalência de violência encontrada, o grande número de doenças com diagnóstico médico e a grande proporção de pessoas com ICT inadequado indicam que se faz necessário adotar medidas de prevenção da violência no ambiente de trabalho, bem como ações que visem a promoção á saúde no trabalho, como investimento na capacitação profissional, melhoria nas condições de trabalho e também do estilo de vida.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADIB, S. M.; AL-SHATTI, A. K.; KAMAL, S.; EL-GERGES, N.; AL-RAQEM, M. Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. **International Journal of Nursing Studies**, v. 39. p.469-478.2002.

ALEXANDRE, N. M. C.; MORAES, M. A. A. Proposta educativa com enfoque ergonômico para auxiliar na prevenção de lesões músculo-esqueléticas na equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n.4, p.629-642, out./dez. 1998.

ALEXANDRE, N. M. C.; MORAES, M. A. A.; MAHAYRI, N. Modelo de um curso de orientação sobre determinados aspectos ergonômicos e posturais no trabalho do pessoal de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 19, n. 74, p.61-65, jul/dez. 1991.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Fundamentos metodológicos da epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Medsi: Rio de Janeiro, 1994. 540p. 4 Ed. p.169.

ANDRADE, C. B. **Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores do Serviço de Higiene e Limpeza de um hospital universitário.** 2002. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

ARNETZ, J. E.; ARNETZ, B. B. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of the patient care. **Social Science and Medicine**, v. 52. p.417-427. 2001.

ARNETZ, J. E. The Violent Incident Form (VIF): a practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. **Work and Stress**, v .12, n. 1. p.17-28.1998.

ARNETZ, J. E.; ARNETZ, B. B.; SÖDERMAN, E. Violence toward health care workers. Prevalence and incidence at a large, regional hospital in Sweden. **AAOHN Journal**, v. 46, n. 3. p. 107-114.1998.

ARNETZ, J. E.; ARNETZ, B. B.; PETTERSON, I. L. Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in swedish nurses. **Work and Stress**,v. 10, n. 2., p. 119-127.1996.

BARISH, R. C. legislation and Regulations addressing workplace violence in the United States and British Columbia. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 20, n.2. p.149-154.2001.

BARRETO, M. M. S. **Violência, Saúde e Trabalho**: uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC, 2003. 233p.

BELLUSCI, S. M.; BARRIOS, S. R. L.; FISCHER, F. M.; BORGES, F. N. S. **Capacidade para o trabalho de funcionários de um hospital filantrópico**. CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE ERGONOMIA, 1999. mimeo. 5p.

BELLUSCI, S. M., FISCHER, F. M. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 6. p. 87 – 93, dez. 1999.

BRANDI, S.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidentes do trabalho por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário da cidade de Campinas, estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.32, n.2, p.124-33, ago.1998.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Normas regulamentadoras de segurança e saúde no trabalho**: NR 9: Programa de prevenção de riscos ambientais.

Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/sit/nrs/nr09/nr09.htm>> Acesso em: 10 jul. 2001.

CAL/OSHA. **Guidelines for workplace security**. Disponível em:

< <http://www.osha.gov> > Acesso em: 29 abr.2003.

CARTER, Y. H.; KENKRE, J. E.; SKELTON, J. R.; HOBBS, F.D.R. The development of a in primary care training pack on the management of aggression and violence. **Safety Science**, v. 25, n. 1/3. p. 223-230.1997.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**. Uma crônica do salário. Vozes: Petrópolis 1998,p. 495-591.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3. p. 725-33, mai/jun. 2003.

CHECKOWAY, H. PEARCE, N; CRAWFORD-BROWN, D. J. **Research methods in occupational epidemiology**, New York, Oxford University Press, 1989.

CHILLIDA, M. S. P.; COCCO, M. I. M. Work ability among nursing personnel of

night shift work at university hospital preliminary results. In: INTERNATIONAL CONGRESS ON OCCUPATIONAL HEALTH, 27., 2003. Foz do Iguaçu. **Abstracts...** Foz do Iguaçu – Br: ICOH, 2003. CD-rom.

COCCO, M. I. M. **Factors that explaining the work ability of Brazilian employees in information company.** Research Project. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2003a.

COCCO, M. I. M. **Avaliação da capacidade para o trabalho e estilo de vida de trabalhadores do ramo farmacêutico.** Projeto de pesquisa para bolsa produtividade – CNPq. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, agosto de 2003b.

COCCO, M. I. M. **Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de uma empresa de tecnologia da informação.** Campinas, 2002. Tese (Livre Docência) – Universidade Estadual de Campinas, 2002.

COCCO, M. I. M.; LUCIANO, G. **O árduo trabalho de donas de casa: perfil, estilo de vida e capacidade para o trabalho.** Projeto de pesquisa. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2003.

CONTRERA, L.; MONTEIRO, M. S. **Riscos à saúde no trabalho em enfermagem**. Relatório Final de iniciação científica, CNPq/PIBIC – UFSCar, 2001.

CONTRERA, L; ESPOSITO S. A; MONTEIRO, M. S. Estudo dos acidentes do trabalho ocorridos entre trabalhadores de instituições que desenvolvem ações de saúde no município de São Carlos no ano de 2000 registrados junto a Previdência Social. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 2., 2002, Águas de Lindóia. **Anais...** Águas de Lindóia – Br: EEUSP, 2002. CD-rom.

CONTRERA-MORENO, L.; MONTEIRO, M. S. Resgate da produção científica sobre riscos a saúde no trabalho em enfermagem na década de 90. **Rev Acta Paul Enf** ., São Paulo, v. 16, n. 3. p. 81-87, jul/set. 2003.

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

COSTA, G. Saúde e trabalho em turnos e noturno. In: FISCHER, F. M.; MORENO, C. R. C; ROTENBERG, L. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. Atheneu: São Paulo, 2003, p. 65-76.

DE MARTINO, M. M. F. Estudo comparativo de padrões de sono em trabalhadores de enfermagem dos turnos diurno e noturno. **Rev Panam Salud Publica**, v.12,

n.2, p.95-100. 2002.

DI MARTINO, V. **Relationship between work stress and workplace violence in the health sector**. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on workplace violence in the health sector, 2003, 33p.

DI MARTINO, V. **Workplace violence in the health sector – Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and additional Australian study: synthesis report**. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on workplace violence in the health sector, 2002, 42p.

DURAN, E. C. M. **Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro de um hospital universitário**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

ESTRYN-BEHAR, M. Ergonomia hospitalar. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2. p. 247 – 256, dez. 1996.

FERNANDES, A. C. P. **Inserção no trabalho e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de um condomínio empresarial de alta tecnologia**. 2003.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FISCHER, F. M.; BELLUSCI, S. M. Work Ability Index: survey among Health care shiftworkers of São Paulo, Brasil. In: HORNBERGER, S.; KNAUTH, P. ; COSTA, G.; FOLKARD, S. **Shiftwork in the 21st Century**. Peter Lang, 2000, p.195-200.

FISCHER, F. M.; BELLUSCI, S. M.; TEIXEIRA, L. R.; BORGES, F. N. S.; FERREIRA, R. M.; GONÇALVES, M. B. L. et al. Unveiling factors that contribute to functional aging among health care shiftworkers in São Paulo, Brasil. **Experimental Aging Research**, v.28, n.1. p.73-86, jan. 2002.

FISCHER, F. M. Fatores individuais e condições de trabalho e de vida na tolerância ao trabalho em turnos. In: FISCHER, F. M.; MORENO, C. R. C; ROTENBERG, L. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. Atheneu: São Paulo, 2003, p. 65-76.

FLANNERY, R. B. Jr. Violence in the workplace, 1970-1995: A review of the literature. **Aggression and Violent Behavior**, v.1, n.1. p.57-68. 1996.

FUONKE, A. **Acidentes de Trabalho em Marília – SP**. 2001.156 f. (Dissertação

de Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu.

GIR, E.; COSTA, F. P. P.; SILVA, A. M. A Enfermagem frente aos acidentes de trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 32, n. 3. p. 262 – 272, out. 1998.

HARVEY, D. **A Condição pós-moderna**. Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Edições Loyola: São Paulo, 1994, 349p.

HATCH-MAILLETTE, M. A., SCALORA, M. J. Gender, sexual harassment, workplace violence, and risk assessment: Convergence around psychiatric staff's perceptions of personal safety. **Aggression and Violent Behavior**, v. 7. p. 271-291. 2002.

HIRATA, H. Globalização e divisão sexual do trabalho. **Cadernos pagu**. 2001.

HIRIGOYEN, M. **Mal-estar no trabalho**. Redefinindo o assédio moral. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil. 2002. 350p.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Serviço de assistência médica e social aos servidores. **Normas de**

segurança para os exames radiológicos pacientes e trabalhadores ocupacionais. São Paulo, 1985. 20 p.

ILMARINEN, J.; TUOMI, K.; ESKELINEN, L.; NYGARD, C.; HUUHTANEN, P.; KLOCARS, M. Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. **Scand J Work Environ Health**, Helsinki, v. 17, (suppl. 1), p.7-11. 1991a.

ILMARINEN, J.; TUOMI, K.; ESKELINEN, L.; NYGARD, C.; HUUHTANEN, P.; KLOCARS, M. Summary and recommendations of a project involving cross-sectional and follow-up studies on the aging worker in Finnish municipal occupations (1981-1985). **Scand J Work Environ Health**, Helsinki, v. 17, (suppl. 1), p.135-41. 1991b.

ILMARINEN, J. Aging Workers. **Occup & Environ Med**, v.58, n.8, p.546-552. ago. 2001.

ILMARINEN, J. Aging and Work: coping with strengths and weaknesses. **Scand J Work Environ Health**, Helsinki, v. 23 (suppl. 1), p.3-5. 1997.

ILO/ICN/WHO/PSI. **Framework guidelines for addressing workplace violence**

in the health sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on workplace violence in the health sector, 2002, 31p.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p. 200-10. 1987.

KIVIMÄKI, M.; VIRTANEN, M; VARTIA, M; EOVAINIO, M; VAHTERA, J; KETIKANGAS-JARVINEN, L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. In: VARTIA, M. **Workplace bullying** – A study on the work environment wellbeing and health. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2003. p.12-IV People and Work Research reports 56.

LEVIN, P. F.; HEWITT, J. B.; MISNER, S. T. Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 30, n. 3. p. 249-254. 1998.

LIBBUS, M. K.; BOWMAN, K. G. Sexual harassment of female registered nurses in hospitals. **Journal Nursing Administration**, v. 24, n. 6. p. 26-31, jun. 1994.

LOPES, M. J. M. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino,

doméstico e desvalorizado. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 3/4, p.211-217, jul/dez. 1988.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.4. p 571-7, jul/ago.2002.

MARZIALE, M. H. P.; ROZESTRATEN, R. J. A. Turnos alternantes: fadiga mental de Enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n.1. p 59 – 78, jan.1995.

MAYHEW, C.; CHAPPELL, D. **Occupational violence: types, reporting patterns, and variations between health sectors**. The University of New South Wales. Working paper series. 2001. 19p.

MELLO, A. F. **Marx e a globalização**. Boitempo: São Paulo , 2001. 286 p.

MERCHANT, J. A.; LUNDELL, J. A. Workplace violence intervention research workshop, april 5-7, 2000, Washington, DC. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 20, n.2. p.135- 140.2001.

METZNER, R. J.; FISCHER, F. M. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.6. p.548-53. 2001.

MONTEIRO, M. S. **Envelhecimento e capacidade para o trabalho entre trabalhadores brasileiros**. 1999. 110p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH).

Violence in the workplace. Disponível em:

<<http://www.cdc.gov/niosh/violcont.html> >acesso em: 18.jul.2002a.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. Centers for Disease Control and Prevention. **Violence: occupational hazards in hospitals**. NIOSH, 2002b,10p.

NEWHOUSE, T. Occupational Violence in aged care. **Safety Science**, v. 25, n. 1/3. p. 231-236. 1997.

NOLAN, P.; SOARES, J. DALLENDER, J.; THOMSEN, S.; ARNETZ, B. A comparative study of the experiences of violence of english and swedish mental

- health nurses. **International Journal of Nursing Studies**, v. 38. p. 419-426.2001.
- ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Empleo y condiciones de trabajo en los servicios medicos y de salud**. Ginebra, 1985. 154 p.
- PATERSON, B.; LEADBETTER, D. BOWIE, V. Supporting nursing staff exposed to violence at work. **International Journal of Nursing Studies**, v. 36. p. 479-486.1999.
- ROHMERT, W.; LANDAU, K. **A new technique for job analysis**. London and New York: Taylor & Francis Ltd. 1983. 93p.
- ROSEN, J. A labor perspective of workplace violence prevention. Identifying research needs. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 20, n.2. p.161-168.2001.
- SALMINEN, S. Violence in the workplaces in Finland. **Journal of Safety Research**, v. 28, n. 3. p. 123-131. 1997.
- SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13 (supl.

2). p . 95-109, 1997.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. Cortez: São Paulo, 1986, 143p.

SILVA, V. E. F. da; KURCGANT, P.; QUEIROZ, V. M. De. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n.4, p.603-614, out./dez. 1998.

SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. (In)segurança dos médicos: violência e suas conseqüências em estabelecimentos de saúde de São Paulo. **Jornal do CREMESP** 182, São Paulo, outubro 2002, p.7

SITE ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO. **Projeto de Lei - Assédio Sexual**.

Disponível em:

<<http://www.assediomoral.org/legisla/BR-assediosexual.html>> Acesso em : 23 jul.2002.

SITE ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO. **Legislação**. Disponível em:

<<http://www.assediomoral.org/indexes/02portaria.htm>> Acesso em : .29 ago.2003.

SOUZA, M.; VIANNA, L. A. L. Incidência de acidentes de trabalho relacionada com a não utilização das precauções universais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.46, n. 3 / 4. p 234 – 244, jul. /dez.1993.

TUOMI, K.; HUUHTANEN, P; NYKYRI,E.; ILMARINEN, J. Promotion of work ability, the quality of the work and retirement. **Occup. Med.**, v. 51, n. 5, p 318-24, 2001.

TUOMI, K.; ILMARINEM, J.; KLOCARS, M.; NYGARD, C.; SEITSAMO, J.; HUUHTANEN, P.; et al. Finnish research project on aging workers in 1981 – 1992. **Scand J Work Environ Health**, Helsinki, n.23, suppl. 1, p.7-11, 1997a.

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

TUOMI, K. ILMARINEM, J.; JAHAKOLA, A.; KATAJARINNE, L.; TULKKI, A. **Índice de capacidade para o trabalho**. Trad. de FISCHER, F. M. et al. Helsinque: Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional. 1997c. 25p.

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M. L. C. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão da literatura. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3. p 350-6, maio/jun.2003.

WILKINSON, C. W. Violence prevention at work: A business perspective. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 20, n.2. p.1 55-160.2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Aging and working capacity**. Who Technical Report Series 835. WHO: Geneva, 1993. 39p.

YASSI, A. Assault and abuse of health care workers in a large teaching hospital. **Canada Med. Association Journal**, v.151, n. 9. p. 1273-1279. nov. 1994.

ANEXO 1

LEI -- ASSÉDIO MORAL -- BRASIL

CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPINAS - SP

Lei nº 11.409 de 04 de novembro de 2002

Veda o assédio moral no âmbito da administração pública municipal direta, indireta, nas autarquias e fundações públicas.

A Câmara Municipal aprovou e eu, Prefeita do Município de Campinas, sanciono e promulgo a seguinte lei:

Artigo 1º - Fica vedado o assédio moral no âmbito da administração pública direta, indireta, nas autarquias e fundações públicas, que submeta servidor a procedimentos que impliquem em violação de sua dignidade ou, por qualquer forma que o sujeite a condições de trabalho humilhante ou degradante.

Artigo 2º - Considera-se assédio moral para os fins de que trata a presente lei toda ação, gesto, determinação ou palavra, praticada de forma constante por agente, servidor, empregado, ou qualquer pessoa que, abusando da autoridade que lhe confere suas funções, tenha por objetivo ou efeito atingir a auto-estima ou a autodeterminação do servidor.

§ 1º. Considera para efeito do caput deste artigo:

I - determinar o cumprimento de atribuições estranhas ou de atividades incompatíveis com o cargo que ocupa, ou em condições e prazos inexecutáveis;

II - designar para o exercício de funções triviais o exercente de funções técnicas, especializadas, ou aquelas para as quais, de qualquer forma, exijam treinamento e conhecimentos específicos;

III - apropriar-se do crédito de idéias, propostas, projetos ou de qualquer trabalho de outrem;

§ 2º. Considera-se também assédio moral as ações, gestos e palavras que impliquem:

I - em desprezo, ignorância ou humilhação ao servidor que o isolem de contatos com seus superiores hierárquicos e com outros servidores, sujeitando-o a receber informações, atribuições, tarefas e outras atividades somente através de terceiros;

II - na divulgação de rumores e comentários maliciosos, bem como na prática de críticas reiteradas ou na subestimação de esforços, que atinjam a dignidade do servidor;

III - na exposição do servidor a efeitos físicos ou mentais adversos, em prejuízo de seu desenvolvimento pessoal e profissional;

IV - em restrição ao exercício do direito de livre opinião e manifestação das idéias.

Artigo 3º - O assédio moral praticado pelo agente, servidor, empregado ou qualquer pessoa que exerça função de autoridade nos termos desta lei, é infração grave e sujeitará o infrator às seguintes penalidades:

I - advertência;

II - suspensão;

III - demissão.

§ 1º - Na aplicação das penalidades serão considerados os danos que dela provierem para o servidor e para o serviço prestado ao usuário pelos órgãos da administração direta, indireta e fundacional as circunstâncias agravantes e os antecedentes funcionais.

§ 2º - A advertência será aplicada por escrito nos casos que não justifique imposição de penalidade mais grave. A penalidade de advertência poderá ser convertida em freqüência a programa de aprimoramento e comportamento funcional, ficando o servidor obrigado a dele participar regularmente, permanecendo em serviço.

§ 3º - A suspensão será aplicada em caso de reincidência de faltas punidas com advertência. Quando houver conveniência para o serviço, a penalidade poderá ser convertida em multa, em montante ou percentual calculado por dia à base dos vencimentos ou remuneração, nos termos das normas específicas de cada órgão da administração direta, indireta e fundacional, ficando o servidor obrigado a permanecer em serviço.

§ 4º - A demissão será aplicada em caso de reincidência das faltas punidas com suspensão.

Artigo 4º - Por provocação da parte ofendida, ou de ofício pela autoridade que tiver conhecimento da prática de assédio moral, será promovida sua imediata apuração, mediante sindicância ou processo administrativo.

Parágrafo único - Nenhum servidor poderá sofrer qualquer espécie de constrangimento ou ser sancionado por ter testemunhado atitudes definidas neste artigo ou por tê-las relatado.

Artigo 5º - Fica assegurado ao servidor acusado da prática de assédio moral o direito de ampla defesa das acusações que lhe forem imputadas, nos termos das normas específicas de cada órgão da administração, fundação ou autarquia, sob pena de nulidade.

Artigo 6º - Os órgãos da administração pública municipal direta, indireta, fundações e autarquias, através de seus representantes legais, ficam obrigados a tomar medidas necessárias para prevenir o assédio moral, conforme definido na presente lei.

Parágrafo único - Para os fins que trata este artigo serão adotadas, dentre outras, as seguintes medidas:

I - o planejamento e organização do trabalho: - levará em consideração a autodeterminação de cada servidor e possibilitará o exercício de sua responsabilidade funcional e profissional; - dará a ele possibilidade de variação de atribuições, atividades ou tarefas funcionais; - assegurará ao servidor oportunidade de contatos com os superiores hierárquicos e outros servidores, ligando tarefas individuais de trabalho e oferecendo a ele informações sobre exigências do serviço e resultado.- garantirá a dignidade do servidor.

II - o trabalho pouco diversificado e repetitivo será evitado, protegendo o servidor no caso de variação de ritmo de trabalho;

III - as condições de trabalho garantirão ao servidor oportunidades de desenvolvimento funcional e profissional no serviço.

Artigo 7º - A receita proveniente das multas impostas e arrecadadas nos termos do artigo 3º desta lei, será revertida e aplicada exclusivamente em programas de aprimoramento e formação continuada do servidor.

Artigo 8º - Esta lei deverá ser regulamentada pelo Executivo no prazo de 90 (noventa) dias a contar da data de sua publicação.

Artigo 9º - As despesas decorrentes da execução orçamentária da presente Lei correrão por conta das dotações próprias do orçamento municipal, suplementadas se necessário.

Artigo 10º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Campinas, 04 de outubro de 2002

Izalene Tiene

Prefeita Municipal

autoria: Vereadores Angelo Barreto, Carlos Signorelli, Maria José da Cunha, Paulo Bufalo e Sebastião Arcanjo.

Prot. 10707449/02

Fonte: SITE ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO: www.assediomoral.org

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ESTILO DE VIDA

1. Qual é o seu sexo?

FEMININO () MASCULINO ()

2. QUAL É A SUA IDADE? _____ ANOS

3. QUAL É O SEU ESTADO CONJUGAL?

SOLTEIRO (A) () VIVE COM COMPANHEIRA (O) ()

CASADO (A) () SEPARADO (A) ()

DIVORCIADO (A) () VIÚVO (A) ()

4. VOCÊ TEM FILHOS? NÃO () SIM () QUANTOS? _____ IDADE: _____;
_____;

5. QUANTO TEMPO VOCÊ GASTA NA EDUCAÇÃO DOS FILHOS, DIARIAMENTE (CUIDADO COM OS FILHOS – ALIMENTAÇÃO, HIGIENE, EDUCAÇÃO, ESCOLA? _____ HORAS E _____ MINUTOS.

6. ASSINALE O GRAU MAIS ALTO QUE VOCÊ CURSOU:

PRIMÁRIO INCOMPLETO () PRIMÁRIO COMPLETO ()

GINÁSIO INCOMPLETO () GINÁSIO COMPLETO ()

COLEGIAL INCOMPLETO () COLEGIAL COMPLETO ()

CURSO SUPERIOR INCOMPLETO () CURSO SUPERIOR COMPLETO ()

PÓS-GRADUAÇÃO () _____
QUAL? _____

7. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ TRABALHA NESTA EMPRESA? _____

8. QUAL É A SUA FUNÇÃO? _____ HORÁRIO

9. EXERCE CARGO DE CHEFIA?

NÃO() SIM() QUAL

10. DESCREVA O QUE VOCÊ FAZ NO SEU TRABALHO

11. COM QUE IDADE VOCÊ COMEÇOU A TRABALHAR? _____ ANOS

12. VOCÊ JÁ FICOU DESEMPREGADO? NÃO() SIM()

POR QUANTO TEMPO? _____ ANOS _____ MESES

13. DESCREVA OS SEUS EMPREGOS ANTERIORES COMEÇANDO DO ANTERIOR AO PRIMEIRO:

EMPRESA RAMO DE ATIVIDADE DURAÇÃO (ANOS) FUNÇÃO RISCOS À SAÚDE NO TRABALHO

14. VOCÊ DESENVOLVE OUTRA ATIVIDADE PROFISSIONAL REMUNERADA?

NÃO() SIM() DURANTE QUANTAS HORAS? _____

15. QUANTO TEMPO VOCÊ GASTA POR DIA PARA IR E VOLTAR AO TRABALHO NO TOTAL, INCLUINDO OS DESLOCAMENTOS NO HORÁRIO DE ALMOÇO? _____ HORAS E _____ MINUTOS

16. VOCÊ REALIZA TAREFAS DOMÉSTICAS? NÃO() SIM()

DURANTE QUANTAS HORAS POR DIA? _____ HORAS E _____ MINUTOS

17. QUAL É O SEU PESO: _____ ALTURA: _____

18. VOCÊ FUMA? _____ EM CASO AFIRMATIVO, QUANTOS CIGARROS POR DIA? _____

19. VOCÊ INGERE BEBIDAS ALCOÓLICAS? NÃO() SIM() QUAL? _____ No. DOSES /SEMANA _____

20. Você realiza atividade física: Não() Sim() Qual(is) ?

Atividade Física	Duração (minutos)	Quantas vezes na semana
Caminhada		
Andar de bicicleta		
Nadar		
Ginástica (em casa)		
Ginástica (academia)		
Futebol		
Outra. Qual?		

21. Você realiza atividades de lazer? Não () Sim ()

Anotar a frequência: D (diária), FS (final de semana), S (semanal), M (mensal), outra: anotar qual é.

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| () Ir ao cinema | () Leitura de livros | () Dançar |
| () Leitura de jornal / revista | () Almoçar / jantar fora de casa | |
| () Passear | () Freqüentar associação | () Assistir TV |
| () Freqüentar Igreja | () Reunião com amigos | |
| () Visitar família | () Praticar exercícios físicos | |
| () Ouvir música | () Outras _____ | |

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO SOBRE VIOLÊNCIA

Você tem sido vítima de algum tipo de violência no seu local de trabalho nos últimos 12 meses?

() sim. Quantas vezes?

() De 1 a 4 vezes

() De 5 a 9 vezes

() 10 ou mais vezes

() não

Você tem sido testemunha de atos de violência contra seus colegas de trabalho?

() sim, várias vezes

() sim, poucas vezes

() não

Se a sua resposta foi **sim** para a questão nº 1, responda as questões abaixo assinalando com um **X** a resposta adequada. (Pode ser assinalado mais que uma resposta)

Qual foi o **tipo de violência** que você sofreu?

() agressão verbal

() ameaça

() assédio moral/psicológico: Qual? _____

() agressão física:

() corpo a corpo () com uso de objetos

() assédio sexual:

() verbal () físico

() _____) outros

Qual foi o **local (ou locais)** de seu trabalho em que ocorreu o ato de violência?

Você saberia descrever **de que forma ocorreu** a agressão (ões)?

Por que ocorreu a agressão (ões)?

O que você sentiu e quais foram as conseqüências para a sua vida pessoal e profissional após ter sofrido o ato de violência? (Pode ser assinalado mais que uma resposta)

- () medo do agressor ou de voltar a ser vítima () raiva
- () ansiedade () depressão
- () sentimento de baixa auto-estima () sentimento de culpa
- () tristeza () desapontamento
- () humilhação () vergonha
- () incapacidade () estresse
- () mudou de emprego () irritação
- () evitou contato com o agressor () faltou do trabalho
- () prejuízo financeiro () perdeu a satisfação com o trabalho
- () lesão física: Qual? _____
- () outros: Quais? _____
- () não teve reação ou conseqüências.

8- Você teve algum **suporte** após ter sofrido o ato de violência?

() sim: Qual? _____

() não

9 - **Quem** foi o agressor? (Pode ser assinalado mais que uma resposta)

() paciente

() familiares do paciente

() colega de trabalho

() alguém superior (supervisor, chefe,....)

() outros Quem? _____

10- **Sexo do agressor:** (Pode ser assinalado mais que uma resposta)

() Masculino

() Feminino

11- Você **registrou** a agressão? (Pode ser assinalado mais que uma resposta)

() não

() sim:

() Comunicação de Acidentes do Trabalho

() Boletim de Ocorrência

() Anotações de enfermagem

() Outros: Qual? _____

Se você trabalha em **Centro de Saúde ou Pronto Socorro** e o agressor foi o paciente ou um acompanhante, responda a questão N^o 12.

12- Quantas horas o paciente estava esperando para ser atendido no serviço antes da agressão? (Pode ser assinalado mais que uma resposta)

() menos de 1 hora

() de 1 a 3 horas

() de 3 a 6 horas

() mais de 6 horas: Quantas horas? _____

ANEXO 4

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (TUOMI et al. 1997c)

22. SUPONHA QUE A SUA MELHOR CAPACIDADE PARA O TRABALHO TEM UM VALOR IGUAL A 10 PONTOS.
QUANTOS PONTOS VOCÊ DARIA PARA A SUA CAPACIDADE DE TRABALHO ATUAL?

ESTOU INCAPAZ PARA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ESTOU EM MINHA MELHOR
O TRABALHO CAPACIDADE PARA O TRABALHO

23. COMO VOCÊ CLASSIFICARIA SUA CAPACIDADE ATUAL PARA O TRABALHO EM RELAÇÃO ÀS EXIGÊNCIAS FÍSICAS DO SEU TRABALHO? (POR EXEMPLO, FAZER ESFORÇO FÍSICO COM PARTES DO CORPO)

- () MUITO BOA
() BOA
() MODERADA
() RUIM
() MUITO RUIM

24. COMO VOCÊ CLASSIFICARIA SUA CAPACIDADE ATUAL PARA O TRABALHO EM RELAÇÃO ÀS EXIGÊNCIAS MENTAIS DO SEU TRABALHO (POR EXEMPLO, INTERPRETAR FATOS, RESOLVER PROBLEMAS, DECIDIR A MELHOR FORMA DE FAZER)?

- () MUITO BOA
() BOA
() MODERADA
() RUIM
() MUITO RUIM

25. NA SUA OPINIÃO QUAIS DAS LESÕES POR ACIDENTES OU DOENÇAS CITADAS ABAIXO VOCÊ POSSUI ATUALMENTE? MARQUE TAMBÉM AQUELAS QUE FORAM CONFIRMADAS PELO MÉDICO.

EM MINHA OPINIÃO	DIAGNÓSTICO MÉDICO	LESÃO POR ACIDENTE
()	()	01 Lesão nas costas
()	()	02 Lesão nos braços e/ou mãos
()	()	03 Lesão nas pernas e/ou pés
()	()	04 Lesão em outras partes do corpo. Onde? Que tipo de lesão? _____

Em minha Opinião	Diagnóstico médico	
()	()	DOENÇA MÚSCULO-ESQUELÉTICA
		05 Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes
		06 Doença da parte inferior das costas, com dores frequentes
()	()	07 Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)
()	()	08 Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços, pernas) com dores frequentes
()	()	09 Artrite reumatóide
()	()	10 Outra doença músculo-esquelética, qual? _____
		DOENÇA CARDIOVASCULAR
()	()	11 Hipertensão arterial (pressão alta)
()	()	12 Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)
()	()	13 Infarto do miocárdio, trombose coronariana
()	()	14 Insuficiência cardiovascular, qual? _____
()	()	15 Outra doença cardiovascular, qual? _____
		DOENÇA RESPIRATÓRIA
()	()	16 Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)
()	()	17 Bronquite crônica
()	()	18 Sinusite crônica
()	()	19 Asma
()	()	20 Enfisema
()	()	21 Tuberculose pulmonar
()	()	22 Outra doença respiratória, qual? _____
Em minha Opinião	Diagnóstico médico	DISTÚRBO MENTAL
()	()	23 Distúrbio emocional grave (ex: depressão severa)
()	()	24 Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)
		DOENÇA DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS OU NEUROLÓGICA
()	()	25 Problema ou diminuição da audição
()	()	26 Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos de grau e/ou lentes de contato)
()	()	27 Doença neurológica, por exemplo acidente vascular cerebral ou derrame cerebral, neuralgia, enxaqueca, epilepsia
()	()	28 Outra doença neurológica ou dos órgãos do sentido, qual? _____
		DOENÇA DIGESTIVA
()	()	29 Pedras ou doença de vesícula biliar
()	()	30 Doença do pâncreas ou do fígado
()	()	31 Úlcera gástrica ou duodenal
()	()	32 Gastrite ou irritação duodenal
()	()	33 Colite ou irritação do cólon
()	()	34 Outra doença digestiva, qual? _____

Em minha Opinião	Diagnóstico médico		DOENÇA GENITOURINÁRIA
()	()	35	Infecção das vias urinárias
()	()	36	Doença dos rins
()	()	37	Doença nos genitais e aparelho reprodutor (por exemplo problemas nas trompas ou na próstata)
()	()	38	Outra doença geniturinária, qual? _____
DOENÇA DE PELE			
()	()	39	Alergia, eczema
()	()	40	Outras erupções, qual? _____
()	()	41	Outra doença de pele, qual? _____
()	()	42	Tumor benigno
()	()	43	Tumor maligno (câncer), onde? _____
Em minha Opinião	Diagnóstico médico		DOENÇA ENDÓCRINA E METABÓLICA
()	()	44	Obesidade
()	()	45	Diabetes
()	()	46	Bócio ou outra doença da tireóide
()	()	47	Outra doença endócrina ou metabólica, qual? _____
DOENÇA DO SANGUE			
()	()	48	Anemia
()	()	49	Outra doença do sangue, qual? _____
()	()	50	DEFEITO DE NASCIMENTO, qual? _____
()	()	51	OUTRO PROBLEMA OU DOENÇA, qual? _____

26. SUA LESÃO OU DOENÇA É IMPEDIMENTO PARA SEU TRABALHO ATUAL? VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA NESTA PERGUNTA.

- () NÃO HÁ IMPEDIMENTO/ EU NÃO TENHO DOENÇAS
- () EU SOU CAPAZ DE FAZER MEU TRABALHO, MAS ELE PROVOCA ALGUNS SINTOMAS
- () ALGUMAS VEZES EU PRECISO DIMINUIR MEU RITMO DE TRABALHO OU MUDAR MEUS MÉTODOS DE TRABALHO
- () FREQUENTEMENTE EU PRECISO DIMINUIR MEU RITMO DE TRABALHO OU MUDAR MEUS MÉTODOS DE TRABALHO
- () POR CAUSA DE MINHA DOENÇA, EU ME SINTO CAPAZ DE TRABALHAR APENAS EM TEMPO PARCIAL
- () EM MINHA OPINIÃO, EU ESTOU TOTALMENTE INCAPACITADO PARA TRABALHAR

27. QUANTOS DIAS INTEIROS VOCÊ ESTEVE FORA DO TRABALHO DEVIDO A UM PROBLEMA DE SAÚDE, UMA CONSULTA MÉDICA OU PARA FAZER UM EXAME DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES?

- () NENHUM
- () ATÉ 9 DIAS
- () DE 10 A 24 DIAS
- () DE 25 A 99 DIAS

() DE 100 A 365 DIAS

28. VOCÊ ACREDITA QUE, DO PONTO DE VISTA DE SUA SAÚDE, VOCÊ SERÁ CAPAZ DE, DAQUI A DOIS ANOS, FAZER SEU TRABALHO ATUAL?

- () É IMPROVÁVEL
() NÃO ESTOU MUITO CERTO
() BASTANTE PROVÁVEL

29. ULTIMAMENTE VOCÊ TEM SE SENTIDO CAPAZ DE APRECIAR SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS?

- () SEMPRE
() QUASE SEMPRE
() ÀS VEZES
() RARAMENTE
() NUNCA

30. VOCÊ RECENTEMENTE TEM SE SENTIDO ATIVO E ALERTA?

- () SEMPRE
() QUASE SEMPRE
() ÀS VEZES
() RARAMENTE
() NUNCA

31. RECENTEMENTE VOCÊ TEM SE SENTIDO CHEIO DE ESPERANÇA PARA O FUTURO?

- () CONTINUAMENTE
() QUASE SEMPRE
() ÀS VEZES
() RARAMENTE
() NUNCA