MANUELA DE SANTANA PI CHILLIDA

2005 0040

CAPACIDADE PARA O TRABALHO ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DO PERÍODO NOTURNO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de ***Manuela de Santana Pi Chillida***
Profa. Dra. Maria Inês Monteiro Cocco

Orientadora

CAMPINAS

2003

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

MANUELA DE SANTANA PI CHILLIDA

CAPACIDADE PARA O TRABALHO E TRABALHO NOTURNO: UM ESTUDO COM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

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

ORIENTADORA: *PROFª DRª MARIA INÊS MONTEIRO COCCO*

CAMPINAS

2003

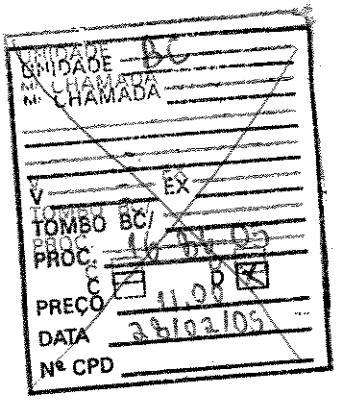
FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

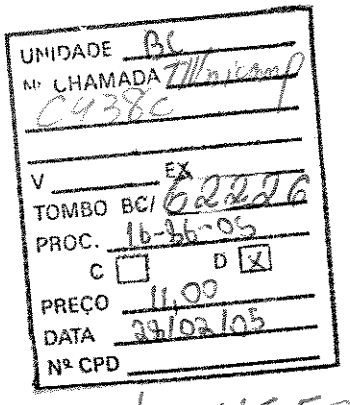
C438c

Chillida, Manuela de Santana Pi
Capacidade para o trabalho e trabalho noturno entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. / Manuela de Santana Pi Chillida. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

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

1. Promoção da saude. 2. Enfermagem. 3. Trabalho noturno. 4. Saúde e trabalho. 5. Saúde publica. I. Maria Inês Monteiro Cocco. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.





Bibid: 341553

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

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

Membros:

1. **Prof ª Drª Maria Inês Monteiro Cocco**
2. **Prof ª 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: 26/05/2003

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença constante, principalmente nos momentos de turbulências e dificuldades.

Aos trabalhadores de enfermagem que trabalham em período noturno, pela espontaneidade na participação deste estudo e por me permitirem olhar para a realidade em que vivem.

A meu pai por ser meu eterno admirador e a minha mãe por sua serenidade, simplicidade e apoio. Obrigada por estarem sempre a meu lado durante minha caminhada.

À minha irmã Kátia marco deste trabalho, pela disponibilidade e ajuda constante, mesmo quando não mais disponibilizava de tempo ou paciência.

Ao Evandro por compartilhar comigo a trajetória desta pesquisa e pela constante colaboração, paciência e carinho.

À orientadora Profª Drª Maria Inês Monteiro Cocco, pelo imenso carinho, sabedoria e ética, sempre compartilhados. Obrigada pela sua participação em minha formação acadêmica.

A toda minha família, fonte de inquietações, angústias e prazeres.

À Profª Drª Milva Maria Figueiredo de Martino pelos conselhos valiosos, por sua generosidade e apoio e pelas pertinentes sugestões no exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho, pela atenção, incentivo, disponibilidade e colaboração.

A Profª Drª Frida Marina Fischer, pela colaboração, disponibilidade e por compartilhar comigo seus conhecimentos.

A todos os docentes do Departamento de Enfermagem da FCM/UNICAMP pela participação em minha formação acadêmica, especialmente à Profª Drª Maria Helena Baena de Moraes Lopes e a Profª Drª Maria Isabel de Freitas Ceribelli por me acolherem de forma tão carinhosa. Nunca me esquecerei.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem pela incansável paciência, disponibilidade e pelo afeto com que sempre nos recebem. Especialmente ao Carlinhos, a Jane e a Elisângela.

Á estatística Andréa Ferreira Semilini.

O poema final ninguém escreverá deste

mundo particular de doze horas.

Em vez de juízo final a mim me preocupa

o sonho final.

João Cabral de Melo Neto

SUMÁRIO

Pág.

RESUMO ..... *xxix*

ABSTRACT ..... *xxxiii*

1 - INTRODUÇÃO 37

1.1 - Aproximação do objeto de estudo 39

1.2 - Transição demográfica 41

1.3 - Envelhecimento e capacidade para o trabalho 45

1.4 - Trabalho de enfermagem 50

1.5 - Saúde e trabalho noturno 53

2 - JUSTIFICATIVA 59

3 - PROBLEMA DE PESQUISA 63

4 - OBJETIVOS 67

4.1 - Objetivo geral 69

4.2 - Objetivos específicos 69

5 - METODOLOGIA 71

5.1 - Tipo do estudo 73

5.2 - Local do estudo 73

5.3 - População 74

5.4 - Instrumentos 74

5.5 - Aspectos éticos da pesquisa 76

5.6 - Coleta de dados 77

5.7 - Análise estatística 77

5.7.1 - Softwares utilizados 77

5.7.2 - Análise Estatística 78

6 - RESULTADOS 81

6.1 - Características da população estudada 83

6.2 - Índice de capacidade para o trabalho 93

6.3 - Relatos a partir do período de observação 112

7 - DISCUSSÃO DOS DADOS 115

8 - CONCLUSÃO 125

9 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA 129

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 135

11 - ANEXOS 141

SAE/UNICAMP	Serviço de Apoio ao Estudante da Universidade Estadual de Campinas
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
DP	Desvio Padrão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
IMC	índice de Massa Corpórea
UTI	Unidade de terapia intensiva
HC/UNICAMP	Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.
CEP/FCM/UNICAMP	Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
OMS	Organização Mundial da Saúde
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Pág.

Tabela 01 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo características sociodemográficas. Campinas, 2002..... 83

Tabela 02 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo escolaridade. Campinas, 2002..... 85

Tabela 03 - Características dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP em relação a características relacionadas ao trabalho. Campinas, 2002..... 86

Tabela 04 - Percepção dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC UNICAMP acerca da interferência do trabalho noturno em relação a sua saúde. Campinas, 2002..... 88

Tabela 05 - Intenção dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC UNICAMP em permanecer neste horário de trabalho. Campinas, 2002..... 88

Tabela 06 - Justificativas apresentadas pelos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC UNICAMP para permanência neste horário de trabalho. Campinas, 2002..... 89

Tabela 07 - Justificativas apresentadas pelos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC UNICAMP para deixar este horário de trabalho. Campinas, 2002..... 89

Tabela 08 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo as atividades de lazer realizadas. Campinas, 2002..... 90

Tabela 09 - Realização de atividades físicas por sexo e faixa etária entre os trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC UNICAMP. Campinas, 2002..... 91

Tabela 10 - Uso de álcool e cigarro por sexo entre trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC UNICAMP. Campinas, 2002..... 92

Tabela 11 - Distribuição do índice de massa corpórea entre os trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC UNICAMP. Campinas, 2002..... 92

Tabela 12 - Distribuição do tempo de trabalho em período noturno entre enfermeiros e não enfermeiros do HC UNICAMP. Campinas, 2002... 93

Tabela 13 - Distribuição do ICT entre os trabalhadores de enfermagem do período noturno de um hospital universitário. Campinas, 2002..... 93

Tabela 14 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo o valor atribuído para a capacidade para o trabalho atual. Campinas, 2002..... 94

Tabela 15 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a capacidade atual para o trabalho relacionado às exigências físicas do trabalho. Campinas, 2002..... 95

Tabela 16 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo capacidade atual para o trabalho relacionado às exigências mentais do trabalho. Campinas, 2002..... 95

Tabela 17 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo o impedimento provocado pela lesão ou doença no trabalho. Campinas, 2002..... 96

Tabela 18 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a capacidade de realização do trabalho daqui a dois anos. Campinas, 2002..... 97

Tabela 19 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo o sentimento referente às atividades diárias. Campinas, 2002..... 97

Tabela 20 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a observação de se sentir ativo e alerta. Campinas, 2002..... 98

Tabela 21 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo o sentimento de esperança para o futuro. Campinas, 2002..... 98

Tabela 22 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a relação sexo e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002..... 99

Tabela 23 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a relação faixa etária e o índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002..... 100

Tabela 24 - Distribuição do ICT pela variável idade entre os trabalhadores do período noturno do HC – UNICAMP. Campinas, 2002..... 100

Tabela 25 - Distribuição do ICT segundo características de trabalho entre trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP Campinas, 2002..... 101

Tabela 26 - Distribuição do ICT em relação a variável tempo de trabalho noturno entre os trabalhadores do período noturno do HC – UNICAMP. Campinas, 2002..... 102

Tabela 27 - Distribuição do ICT em relação a variável tempo de trabalho no hospital entre os trabalhadores do período noturno do HC – UNICAMP. Campinas, 2002..... 102

Tabela 28 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a escolaridade e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002..... 103

Tabela 29 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a relação da função e do índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002..... 103

Tabela 30 - Distribuição do Índice de Capacidade para o Trabalho entre enfermeiros e não enfermeiros do HC – UNICAMP. Campinas, 2002..... 104

Tabela 31 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a relação uso de bebidas alcoólicas e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002..... 104

Tabela 32 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a relação tabagismo e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002..... 105

Tabela 33 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a relação entre o índice de massa corpórea e o índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002.... 105

Tabela 34 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP em relação às patologias com diagnóstico médico mais freqüentes junto a esta população. Campinas, 2002..... 106

Tabela 35 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo o grupo de doenças com diagnóstico médico com maior prevalência. Campinas, 2002..... 106

Tabela 36 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo o grupo de doenças auto-referidas. Campinas, 2002..... 108

Tabela 37 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP em relação às patologias auto- referidas com maior freqüência junto a esta população. Campinas, 2002..... 109

Tabela 38 - Regressão logística univariada para a variável (ICT) dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP. Campinas,2002..... 110

Tabela 39 - Regressão Logística para a variável ICT dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP. Campinas,2002..... 111

RESUMO

Às vésperas de discussões do sistema previdenciário de nosso país, que apontam para o aumento do tempo de trabalho necessário à aposentadoria e concomitante ao envelhecimento da população brasileira faz-se extremamente oportuno discutirmos a necessidade de medidas que visem a avaliação, manutenção, restauração e promoção da capacidade para o trabalho destes trabalhadores.

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem do período noturno de um hospital universitário, bem como descrever a prevalência de doenças auto-referidas e com diagnóstico médico.

Foram utilizados para este estudo o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), instrumento desenvolvido por pesquisadores da Finlândia, questionário semi-estruturado desenvolvido por COCCO (1996) e um roteiro para observação.

A população estudada era composta por 425 trabalhadores de enfermagem do período noturno de um hospital universitário do interior de São Paulo, foram entrevistados 312 trabalhadores, totalizando a amostra.

A idade da população variou entre 24 e 59 anos, sendo composta em sua maioria por mulheres, 82,6% tinha escolaridade igual ou superior a 11 anos.

Os resultados mostraram um número considerável de trabalhadores com necessidade de melhora ou restauração da capacidade para o trabalho, uma vez que 28,2% da população apresentava ICT moderado ou baixo.

Observando-se a análise univariada pode-se observar associação entre as variáveis: idade, sexo, escolaridade, idade em que começou a trabalhar, tempo de trabalho noturno, tempo de trabalho no hospital, índice de massa corpórea, todos os grupos de doenças e o índice de capacidade para o trabalho.

Palavras chave: capacidade para o trabalho, envelhecimento e trabalho, saúde e trabalho, trabalho noturno.

ABSTRACT

On the eve of discussions of the system pension of our country, that appear for the increase of the time of necessary work to the retirement and concomitant to the ageing of the Brazilian population it is done extremely opportune we discuss the need of measures that you/they seek the evaluation, maintenance, restoration and promotion of the capacity for these workers' work.

This research aimed to evaluate work ability of nursing of health care nurses the night period of an university hospital work, a to describe the prevalence of solemnity-referred diseases and with medical diagnosis.

They were used for this study the Work Ability Index (ICT), instrument developed by researchers of Finland, semi-structured questionnaire developed by COCCO (1996) and of observation itinerary.

The studied population was composed by 425 workers of nursing of the night period of an university hospital of the interior of São Paulo, 312 workers were interviewed, totaling 73,4% of the population.

The age of the population varied between 24 and 59 years, being this composed population in his/her majority for women, 82,6% of the population have education same or superior to 11 years.

The results showed a considerable number of workers with improvement need or restoration of the work ability once 28,2% of the population presented moderate ICT or low.

Being observed the analysis univariada association can be observed among the variables: age, sex, education, age in that he/she began to work, time of night work, time of work in the hospital, index of corporal mass, all of the groups of diseases and the work Ability index.

Words key: work ability, aging and work, health and work, night work.

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - APROXIMAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Durante a graduação tive a oportunidade de receber três bolsas de iniciação científica, sendo duas delas financiadas pelo CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Estas pesquisas me aproximaram de bibliografias pertinentes às questões metodológicas e do objeto de estudo, ampliaram meu "olhar" em relação às constantes mudanças no "mundo do trabalho" e à saúde dos trabalhadores de enfermagem que trabalham no período noturno, permitindo observar o trabalho como atividade essencial de mediação entre o homem e a natureza e entre os próprios homens.

De um lado, o trabalho permite acesso à socialização e a uma certa dimensão emancipadora, por outro lado, se situa na lógica econômica.

Ressalta-se, nesse sentido, a importância das relações sociais ocorridas no interior do processo de trabalho, pois elas permitem a produção de estruturas de percepção da realidade; Linhart (1997) descreve o trabalho como meio para socialização, capaz de permitir maior autonomia e liberdade ao cidadão ou levar a uma total alienação do processo de trabalho.

O trabalho está no centro do processo de construção, destruição e reconstrução das identidades, porque é no e pelo trabalho que os indivíduos adquirem o reconhecimento financeiro e simbólico de sua atividade. É também a partir do seu trabalho, que os indivíduos constroem sua autonomia e cidadania. Desse modo, podemos observar que a maneira como os seres humanos se relacionam com a esfera do trabalho para produzir ou reproduzir seu cotidiano tem influência direta sobre a saúde. Sob esta ótica, o estudo do processo saúde-doença desses trabalhadores é um tema contemporâneo, capaz de suscitar reflexão sobre as relações teóricas e o cotidiano destes trabalhadores, que diariamente convivem com as mudanças no mundo do trabalho.

A constante renovação tecnológica, política social, econômica e cultural levou a grandes mudanças no setor de serviços, refletindo em diversas transformações na organização do trabalho; o trabalho já não ocupa mais o mesmo lugar na sociedade graças aos processos tecnológicos que permitem redução da mão-de-obra e é a origem de um desemprego crescente.

> A partir do final dos anos 70, e particularmente na década de 80, presenciou-se, nos países de capitalismo avançado, profundas transformações no mundo do trabalho, nas suas formas de inserção na estrutura produtiva, nas formas de representação sindical e política. Sob o forte impacto de uma crise estrutural, novas respostas foram buscadas, como alternativas do capital para a sua crise. Foram tão intensas as modificações que se sucederam no processo de trabalho e de produção capitalistas, que se pode mesmo afirmar que a classe-que-vive-do-trabalho presenciou a mais aguda crise deste século, que atingiu não só a sua materialidade, mas teve profundas repercussões na sua subjetividade e, no íntimo inter- relacionamento destes níveis, afetou sua forma de ser (ANTUNES, 1997, p.71).

A reestruturação produtiva redefiniu estratégias do capital no que diz respeito às relações de trabalho, uma vez que tem compatibilizado mudanças institucionais e organizacionais nas relações de produção e de trabalho, bem como redefinições de papéis dos Estados nacionais e das instituições financeiras.

> A concorrência desregulada e a globalização financeira trazem efeitos significativos para as sociedades contemporâneas. Se, por um lado, reduz-se a capacidade de os Estados nacionais conduzirem políticas macroeconômicas voltadas ao pleno emprego e políticas sociais capazes de favorecer a distribuição da renda, por outro lado, recaem sobre os Estados nacionais os efeitos sociais perversos dessa concorrência desregulada (MATTOSO, 1998, p.61).

Esse conjunto de alterações afeta as relações no interior do processo produtivo, as exigências de qualificação da mão-de-obra, o próprio conteúdo do trabalho, a divisão do trabalho e o universo da classe trabalhadora. Estudos realizados por diferentes pesquisadores, entre eles, Neves (2000), Mattoso (1998), Antunes (1997) demonstram que essas mudanças ocorrem de forma heterogênea quando se trata de países desenvolvidos e em desenvolvimento, de diferentes categorias de trabalhadores, de trabalhadores masculinos e femininos, de jovens e velhos e de brancos e negros.

Conforme aborda Sennett (1999) os trabalhadores acima dos 40 anos são os primeiros a serem acrescentados nas listas de cortes na "reengenharia" do ambiente inquieto das fábricas. Essa modernidade, em várias de suas facetas, associa a flexibilidade à

juventude do mesmo modo em que equivale a rigidez à idade. A experiência passada, ou simplesmente o passado de aprendizado e dedicação, é visto como obstáculo à mudança. Mas, do ponto de vista do trabalhador, é um guia para o presente. Sua desvalorização gradual desmonta a autoconfiança e o sentido de existência construído durante uma vida.

A introdução de novas tecnologias representa um incremento significativo de produtividade no trabalho, com suposta eliminação de tarefas penosas levando a uma nova relação homem/ máquina. Esta nova relação faz surgir novos riscos para a saúde do trabalhador, aqui entendida em seu conceito mais amplo, envolvendo seus aspectos físicos, mental e social. Dessa forma, estes riscos mais sutis para a saúde não podem ser compreendidos, tão somente pela relação direta com acidentes e doenças profissionais; mas, numa perspectiva ampliada, como sendo produto das condições de vida e de trabalho, bem como do estilo de vida adotado por este trabalhador.

1.2 - TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

As transformações no mundo do trabalho demandam dos trabalhadores em geral, maior qualificação profissional, acirram a competitividade, porém nem sempre melhoram as condições de trabalho. Além disso, o tempo de permanência deste trabalhador no mercado de trabalho tem sido maior devido ao envelhecimento da população em idade economicamente ativa.

A taxa de fecundidade brasileira está caindo progressivamente, de modo semelhante ao que ocorreu nos países desenvolvidos no início do século XX.

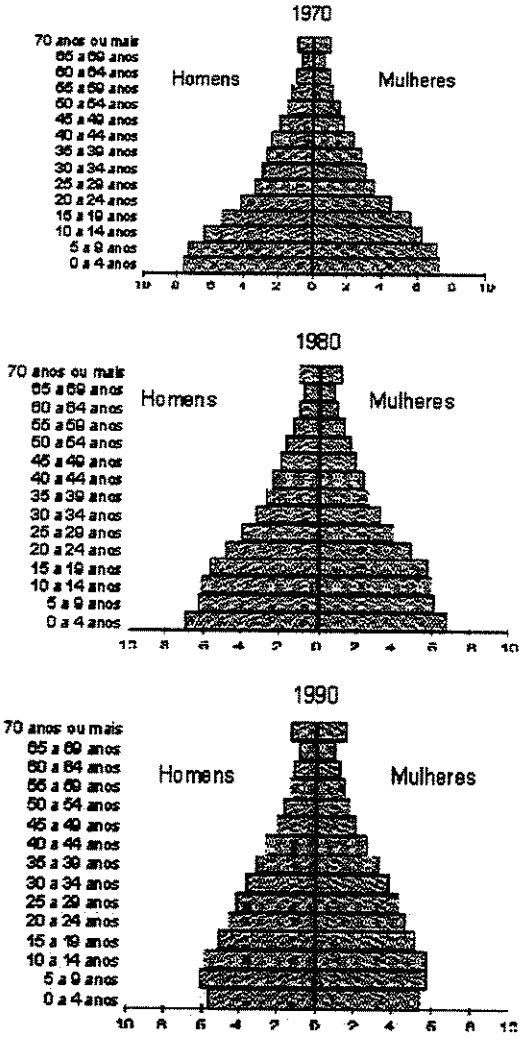
"O relatório do IBGE mostra que o número de filhos por mulher passou de 2,7, em 1992, para 2,3 em 2000. A expectativa é que esse índice chegue a 2,15 em 2005" (IBGE, 2002).

"No Brasil, a redução da taxa de fecundidade não está restrita às regiões mais ricas do País. No Nordeste, ela caiu de 3,2 para 2,6 durante a década de 90. O mesmo aconteceu na região Norte (3,8 para 3,1)" (IBGE, 2002).

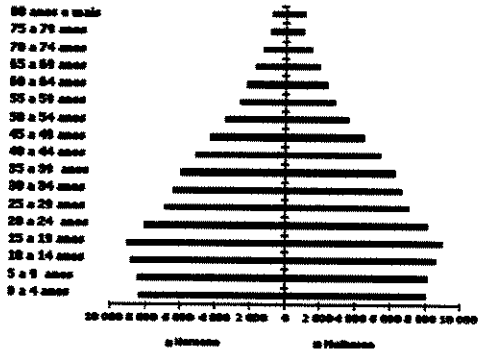
O declínio das taxas de fecundidade no Brasil tem importante implicação na tendência demográfica etária (VERAS, 1994).

O envelhecimento da população brasileira, conseqüência da diminuição tanto da taxa de fecundidade quanto na taxa de mortalidade, é um fenômeno que vem sendo detectado em vários levantamentos recentes.

Desde a década de 90 (século XX) observa-se uma alteração na estrutura etária brasileira. Analisando as pirâmides etárias das décadas de 70, 80, 90 e 2000 verifica-se na década de 90 e 2000 um estreitamento da base e um concomitante alargamento do ápice, ilustrado nas figuras abaixo.



Fonte: IBGE, 2002



Fonte: IBGE,2002

Figura 1 - Pirâmides etárias Brasileiras (1970, 1980, 1990, 2002).

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

> Em 1991, havia 14 idosos para cada grupo de 100 crianças. Esta proporção aumentou para 20 por 100 no ano passado. A diminuição do número de crianças tem sido muito rápida. Em 1991, as crianças de 0 a 15 anos representavam 57,4% da população em 2000, passaram para 45,8%. O Nordeste teve a maior redução do contingente de crianças. Outro fenômeno, conseqüência da diminuição de crianças, foi o crescimento da chamada população potencialmente ativa – aquela que tem entre 15 e 64 anos e que, portanto, pode estar no mercado de trabalho, sustentando a população inativa, formada por crianças e idosos (MARTINS & LEAL, 2001, p.A10).

Segundo Levy e Pagliaro (1997) o crescimento da população com idade acima de 65 anos é maior que o crescimento da população total desde 1970, gerando o envelhecimento da população em idade de trabalho e, conseqüentemente, da força de trabalho.

"Em 1950, a relação de idosos (pessoas com mais de 65 anos) com a de crianças (de menos de 15 anos) era de 6,2%. Segundo dados do censo, chegou a 19,6% em 2000" (KNAPP, 2002, p. A10).

O envelhecimento da população acarreta ao país a necessidade de alterações no sistema previdenciário, uma vez que a população de contribuintes diminui e, proporcionalmente, a população de beneficiários aumenta. Levando em consideração as alterações demográficas e suas conseqüentes mudanças no sistema previdenciário têm-se uma maior permanência do trabalhador no mercado de trabalho.

O envelhecimento da população em geral justifica nossa preocupação com o envelhecimento da classe trabalhadora, uma vez que esta parcela da população sofre desgaste decorrente do envelhecimento cronológico e do envelhecimento provocado pelas condições e exigências de trabalho.

1.3 - ENVELHECIMENTO E CAPACIDADE PARA O TRABALHO

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

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

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

A capacidade para o trabalho é definida por Ilmarinen (1991a; 1991b) como sendo recursos humanos relacionados às demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, comunidade de trabalho e administração; cultura organizacional e ambiente de trabalho.

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

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

Estes foram desenvolvidos na Finlândia com trabalhadores em envelhecimento em ocupações municipais, em 1981 e 1992, com o objetivo de buscar, entre os trabalhadores que se aproximavam da idade da aposentadoria o significado da manutenção de sua saúde e sua capacidade para o trabalho. As informações foram baseadas no modelo

de tensão de estresse derivado da teoria de estresse do trabalho e no estilo de vida, na saúde e no envelhecimento sob o ponto de vista da Organização Mundial da Saúde (TUOMI et al, 1997b).

A atenção foi focalizada nas mudanças no trabalho, no estilo de vida, na saúde, nos sintomas de stress, na capacidade para trabalho e nas causas destas mudanças. As mudanças foram examinadas por idade, gênero, satisfação no trabalho e perfil de trabalho. A promoção da saúde e a capacidade para o trabalho foram estudadas examinando fatores associados com o bem-estar e com a melhoria da saúde e capacidade para o trabalho (TUOMI et al, 1997b).

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

A melhora da capacidade para o trabalho estava fortemente associada com a melhoria nas relações com o superior, especialmente no trabalho com demanda física, e declinava quando associada ao reconhecimento e a estima, especialmente na demanda mista. A importância do reconhecimento, da estima e da atitude positiva dos supervisores demonstrou, nesse estudo, ser a chave para a melhoria das relações humanas. O estudo demonstrou, também, a necessidade de estímulos à qualidade de vida laboral e individual já na meia-idade (TUOMI et al,1997b).

As mudanças positivas relatadas no envelhecimento, principalmente o incremento da percepção de saúde e aumento do interesse por atividades físicas, estavam correlacionadas entre si. Hobbies estavam associados à boa saúde e capacidade para o trabalho. A atividade física trouxe um efeito positivo para a saúde mental. As mudanças

positivas na atitude dos sujeitos com atividades físicas e cuidados com sua saúde ocupacional, promovendo a capacidade para o trabalho durante a pesquisa, pode ter aumentado a prática de atividade física (TUOMI et al,1997b).

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

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

Corroboro com as idéias apresentadas por Bellusci (1998), Monteiro (1999) e Fischer & Bellusci (2000), Cocco (2002) acerca da importância do estudo sobre envelhecimento e capacidade para o trabalho junto a trabalhadores brasileiros, uma vez que a alteração etária na população do Brasil e sua expectativa de vida, aliada ao cenário socioeconômico e político, com acentuadas desigualdades sociais, influenciam o envelhecimento, face às precárias condições de trabalho e a deficitária qualidade de vida.

> A idade média da população ainda é baixa no Brasil, porém as condições de vida e de trabalho deixam muito a desejar, o que possivelmente está afetando a população trabalhadora numa idade mais precoce; outro aspecto importante são as mudanças nas regras de aposentadoria que estão sendo implementadas, as quais prolongam a vida no trabalho para homens e mulheres por uma questão econômica, a crise na Previdência Pública Brasileira, sem as desejáveis medidas para preservação da capacidade para o trabalho, que deveriam acompanhar estas transformações (MONTEIRO, 1999, p.4).

Além do interesse econômico em se manter os trabalhadores produtivos por mais tempo no mercado de trabalho, a manutenção de sua capacidade laboral faz-se necessária, uma vez que permite a este trabalhador aproveitar de forma saudável seu período de aposentadoria, devido à diminuição do risco de restrições e invalidez.

Entretanto como já pôde ser constatado em estudos realizados por Bellusci; Fischer (1999), Cantero et al. (2001), Andrade (2002), Duran (2002), as más condições de trabalho, bem como os estilos de vida não saudáveis podem acarretar envelhecimento funcional precoce em relação ao envelhecimento cronológico.

Segundo Ilmarinen et al (1991a), Ilmarinen (1997) o conflito entre exigências decorrentes do trabalho e capacidade funcional do trabalhador ocorre uma vez que as exigências do trabalho não diminuem com a idade, pelo contrário podem até aumentar, ao passo que a capacidade funcional tende a diminuir. A solução para este conflito requer inicialmente a prevenção da perda precoce da capacidade para o trabalho e uma ação posterior incluiria a diminuição ou ajuste às exigências do trabalho.

A manutenção da capacidade para o trabalho está relacionada a boas condições de trabalho e de saúde, que podem ser mantidas através de condições de trabalho adequadas e estilo de vida saudável. Ilmarinen (1991a,1991b) discute o conceito de envelhecimento como sendo uma previsível deterioração de vários sistemas fisiológicos, no entanto ele defende que esse processo não é um fator limitador para o trabalho. Nesta perspectiva Ilmarinen (1997), Tuomi et al (1997a) valorizam a capacidade de trabalho em relação à idade funcional e não em relação à idade cronológica.

> O problema crucial não é tanto o enfraquecimento da capacidade de trabalho com o progredir da idade (neste sentido é um processo biológico natural), mas o fato de que as exigências de trabalho (*job demands*) não consideram as naturais mudanças de caráter biológico do organismo humano, pela qual a sobrecarga relativa de trabalho pode resultar mais elevada nos indivíduos idosos (COSTA, 2001, p.49).

A acelerada dinâmica de nossa realidade produz mudanças rápidas e simultâneas no ambiente social, econômico, nas estruturas familiares, demográficas e mutações no mundo do trabalho.

No entanto, a permanência deste trabalhador no mercado de trabalho de maneira eficiente depende da manutenção de sua capacidade para o labor. Para isso há necessidade de elaboração e aplicação de programas específicos que visem a manutenção, prevenção e ou restabelecimento da capacidade para o trabalho entre os trabalhadores como propõem Ilmarinen & Rantanen (1999), Tuomi et al (2001).

Aliado a isto, tem-se a realidade dos países em desenvolvimento que preconizam um modelo capitalista de acumulação e produção, que utilizam políticas previdenciárias fidedignas ao sistema, porém descompassadas com a realidade do

trabalhador. Assim, a vida laboral do trabalhador estende-se, advindo o envelhecimento prematuro no e pelo trabalho, necessitando de atuação preventiva e de promoção eficazes e eficientes iniciadas precocemente.

A Organização Mundial da Saúde realizou uma reunião, em 1991, com um grupo de estudiosos, de diferentes países, para analisar o envelhecimento e a capacidade para o trabalho. Objetivou-se a análise da relação capacidade para o trabalho e envelhecimento; a fisiopatologia do envelhecimento relacionada ao trabalho e o levantamento de ações e assistência referentes à melhoria das condições de saúde dos trabalhadores, aliadas à atividade laboral, situação que conduz a um decréscimo na capacidade para o trabalho (OMS, 1993).

Definiu-se que em países desenvolvidos a promoção a saúde deve iniciar-se junto a trabalhadores com mais de 45 anos de idade, pois estes estão mais sujeitos a diminuição de algumas capacidades funcionais. (OMS, 1993).

A opção por estudar a capacidade para o trabalho junto aos trabalhadores de enfermagem deve-se ao fato de que estes profissionais apresentam chance de perda da capacidade para o trabalho aumentada em relação aos demais profissionais da área de saúde, como demonstrou pesquisa desenvolvida por Bellusci et al (1999), que objetivava avaliar a Capacidade para o Trabalho dos trabalhadores do ambiente hospitalar.

Estudo realizado por Metzner & Fischer (2001) junto a trabalhadores de uma indústria têxtil que executavam suas atividades em turnos fixos de 12 horas e semana reduzida de trabalho (quatro dias de trabalho com três de folga) constatou que os trabalhadores do turno noturno apresentavam melhor ICT e menor percepção da fadiga. Este dado justifica-se pelo "efeito do trabalhador sadio", ou seja, os trabalhadores do período noturno que participaram do estudo desenvolveram estratégias de enfrentamento (coping) eficazes, e os trabalhadores que não se adaptaram ao trabalho noturno em jornada de 12 horas já não faziam parte do grupo. Resultados similares foram encontrados por Fischer & Bellusci (2000) ao estudarem a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de um hospital filantrópico de São Paulo.

Neste estudo o trabalho noturno apareceu como fator protetor para doenças neurológicas e desordens mentais. Tais considerações foram creditadas ao fato de que os trabalhadores com maior dificuldade para adaptar-se ao período noturno provavelmente já haviam sido transferidos para o período diurno.

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

Essa situação traz a tona à necessidade de atuação preventiva e de promoção da capacidade para o trabalho, justificando estudos em relação a avaliação e manutenção da Capacidade para o Trabalho.

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

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

1.4 - TRABALHO DE ENFERMAGEM

A questão das hierarquias na saúde, seja de gênero ou saber, configura-se pelo fazer feminino, da enfermeira (o) e pelo fazer masculino, do médico (a), criando um cenário de poder de relações, visão androcêntrica, na qual o saber qualificado é especifico do ser masculino.

"Percebe-se aqui que a assimetria se instala entre os sexos, entre as profissões e entre os saberes, onde sempre terá maior poder aquele que representa o saber masculino, independente do sexo dos profissionais em questão" (PEREIRA & BELLATO, 1997, p.26).

Segundo Dejours (1992) o sofrimento no trabalho, bem como o cansaço, estão impossibilitados de serem manifestados. Entretanto a doença e sua medicalização, através de consulta médica, é reconhecida, forja e desqualifica o sofrimento mental.

Nesta concepção Lunardi & Lunardi Filho (1999) discutem alguns aspectos do trabalho de enfermagem que devido a seu cotidiano, sendo um trabalho contínuo, com dores, perdas, desconforto e morte, impõe muito sofrimento no trabalho, acarretando desgastes físicos e psicológicos aos trabalhadores, que são agravados pela organização do trabalho, pela autoridade, pela utilização constante da criatividade.

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

Silva et al (1998) em sua pesquisa sobre a relação do trabalho da enfermagem e a sua saúde, encontraram que cargas biológicas (pacientes portadores de doenças infecciosas, contato com materiais contaminados e presença de pequenos animais), cargas físicas (ruído, iluminação, mudanças bruscas de temperatura, eletricidade e radiação ionizante), cargas químicas (substâncias químicas de modo geral, sustâncias de uso medicamentoso, poeiras, fumaças e materiais de borracha), cargas mecânicas (manipulação de perfuro-cortante, quedas, agressões e prensão de dedos e mãos), cargas fisiológicas (manipulação de peso excessivo, trabalho em pé, posições inadequadas e incômodas, trabalho noturno e rodízios de turno) e cargas psíquicas (atenção constante, supervisão estrita, ritmo acelerado, trabalho parcelado, monótono e repetitivo, comunicação dificultada, trabalho feminino, desarticulação de defesas coletivas, agressão psíquica, fadiga, tensão, estresse, insatisfação e situações que levam ao consumo de álcool e drogas) geram processos de desgaste dificilmente evidenciados pela complexidade e conseqüente dificuldade de captar as manifestações.

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

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

Considerando o ambiente de trabalho, observa-se que as atividades laborais dos profissionais de enfermagem desenvolvem-se em cenários que, em sua grande maioria, apresentam condições de trabalho insalubres, sendo, portanto, impróprias.

Aquino e colaboradores (1993) realizaram um estudo transversal de caráter exploratório que buscou conhecer as condições de trabalho e de saúde de profissionais de enfermagem de um hospital público de Salvador, Bahia, incorporando o trabalho doméstico. A população feminina dos profissionais de enfermagem, totalizando 497 sujeitos, dos quais 94 (19%) eram enfermeiras e 397 (81%) eram auxiliares de enfermagem foram entrevistados, sendo utilizado um questionário com questões fechadas, além da mensuração da pressão arterial sanguínea, peso e altura. O questionário compreendia características sociodemográficas, trabalho doméstico e profissional e dados em relação à saúde. As médias de idade foram de 35,1 a 38,3 anos, sendo que 55,3% das enfermeiras e 41,4% das auxiliares de enfermagem apresentavam de 30 a 39 anos. Verificou-se que a carga horária média de trabalho profissional excedia 44 horas semanais, por causa das duplas ou triplas jornadas remuneradas, sendo que a carga contratual era de 30 horas por semana. Uma vez considerada a jornada doméstica, a média laboral semanal se elevava, totalizando 60,5 horas para enfermeiras e 70,6 horas para auxiliares de enfermagem. Outro fator considerado foi à distribuição nos diferentes turnos que caracterizava a organização do trabalho, através da qual as enfermeiras exerciam tarefas predominantemente administrativas, concentradas no turno da manhã. Quanto às atividades físicas consideradas pesadas, sejam domésticas ou laborais, as auxiliares de enfermagem manifestaram maior desgaste. Em relação à sobrecarga doméstica, as auxiliares de enfermagem exibem jornada maior e distribuída uniformemente (cuidado com crianças, limpeza, cozinha, lavar e

passar), o que não ocorre com as enfermeiras que ocupam o seu tempo doméstico nos cuidados com os filhos.

Quanto à saúde, os sujeitos caracterizam-se por altas prevalências de problemas agudos e crônicos (dor na coluna, varizes, hipertensão arterial sistêmica, problemas digestivos e alérgicos, respiratórios e de pele). A prevalência de hipertensão foi elevada em toda a população estudada (AQUINO et al, 1993).

A obesidade foi característica freqüente entre as auxiliares de enfermagem, sendo condizente com a maior prevalência de hipertensão arterial. Outra característica observada na população estudada foi o sedentarismo que se encontra em igual proporção nas duas categorias (AQUINO et al, 1993).

1.5 - SAÚDE E TRABALHO NOTURNO

O trabalho em turnos existe desde o início da vida social dos homens e, atualmente, além de razões tecnológicas e econômicas, os turnos estão sendo introduzidos, de forma crescente, em função do atendimento à população.

Segundo Rutenfranz; Fischer; Knauth (1989) e Costa (2000) o trabalho em turnos tem sido amplamente introduzido em nossa sociedade, uma vez que o estilo de vida atual depende em grande medida do setor de serviços.

Na última década tem-se observado cada vez com mais freqüência, a implantação de jornadas flexíveis, irregulares, ou mais prolongadas que as usuais oito horas diárias, especialmente no setor de serviços. Estas tendências modificam os contratos de trabalho e não trazem melhorias das condições de trabalho (FISCHER,1990).

O trabalho em hospitais exige profissionais de enfermagem em turnos contínuos, sendo que "o trabalho em turnos contínuos, também chamado de trabalho em turnos ininterruptos de revezamento, caracteriza-se pela não-interrupção da produção ou da prestação dos serviços, durante 24 horas diárias e nos sete dias da semana" (RUTENFRANZ; FISCHER & KNAUTH, 1989, p.19).

No entanto, apesar da necessidade do trabalho em turnos, diversos estudos demonstraram sua interferência na saúde dos trabalhadores. Segundo Rutenfranz; Fischer & Knauth (1989) e Fischer; Liezer & Brown (1995) o trabalho em período noturno muda a periodicidade das funções fisiológicas (alimentação e sono) levando a um conflito em relação à necessidade de novos hábitos e a periodicidade diária das funções fisiológicas.

> Os desgastes dos trabalhadores em turnos explicam-se, portanto, pela incompatibilidade existente entre os hábitos forçados pela jornada de trabalho e a periodicidade dos ritmos biológicos. Todos os fenômenos da vida, que se dão de modo normal somente dentro da mais perfeita harmonia entre a periodicidade diária de determinadas funções fisiológicas e os hábitos das pessoas, são por isso especialmente sensíveis aos distúrbios entre trabalho noturno e periodicidade dos ritmos biológicos. Os trabalhadores em turnos se queixam principalmente de perturbações em relação à sua boa disposição, sono e alimentação (RUTENFRANZ; FISCHER; KNAUTH, 1989, p. 51-52).

Segundo Fischer (1996) as refeições com a família, os estabelecimentos comerciais e o nível de ruídos seguem os horários "normais" da sociedade, contribuindo para prejudicar o sono diurno. Nesse sentido, o trabalho à noite está associado a um cotidiano essencialmente diferente do adotado pela comunidade em geral, no que concerne aos ritmos sociais e biológicos, por isso trazem sérias conseqüências que incluem a insônia, irritabilidade, sonolência de dia, sensação de "ressaca" e mau funcionamento do aparelho digestivo, que levam em longo prazo a doenças relacionadas ao sistema gastrintestinal e nervoso. São ainda observados efeitos à segurança do trabalho e à qualidade de vida dos(as) trabalhadores(as) e suas famílias.

Em estudo realizado por Gonçalves & Fischer (2000) realizado entre auxiliares de enfermagem trabalhando em turnos fixos de 12 horas diurno e noturno pode-se verificar que

> Durante o turno diurno havia maiores solicitações de esforços físicos do que no período noturno, para atendimento dos pacientes. Esse fato levava os auxiliares a dotarem com maior freqüência posturas inadequadas e esforços musculares elevados durante o turno diurno. Entretanto, como o número de profissionais era muito reduzido durante a noite, estes problemas não se atenuavam no período noturno, pois poucos profissionais deveriam atender a muitos leitos (GONÇALVES & FISCHER, 2000 apud FISCHER, 2003, p.68).

O estudo realizado por Costa; Morita; Martinez (2000) junto à equipe de enfermagem de um Hospital Universitário de São Paulo sobre a percepção de como o trabalho em turnos afeta a saúde, cita conclusões já mencionadas em trabalhos anteriores por Rutenfranz; Fischer; Knauth (1989), Fischer (1990), Fischer; Lieber; Brown (1995) que apontam os distúrbios neuropsíquicos, cardiovasculares e gastrintestinais, como os mais freqüentes e discute a interferência do trabalho noturno sobre o relacionamento social dos trabalhadores.

Segundo Costa (2003) os relatos quanto ao impacto do trabalho em turnos sobre a saúde do trabalhador aumentaram nas últimas décadas e demonstraram um quadro evolutivo com o passar dos anos.

> Até meados da de 1970, a maioria dos estudos apontava para a ocorrência de transtornos da saúde, principalmente relacionados ao sono, a problemas digestivos e mentais. Nos últimos anos a maioria dos estudos refere-se a perturbações dos ritmos circadianos, bem-estar psicológico e social, eficiência de desempenho e aumento dos níveis de estresse (COSTA, 2003, p.88).

Em estudo realizado por Borges (2002) junto à equipe de enfermagem do Complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo submetidos a turnos fixos noturnos de 12 horas de trabalho seguidas por 36 horas de descanso foi possível observar que quanto menor o Índice de Capacidade para o Trabalho maior a projeção da fadiga sobre o corpo e também maior o escore geral da fadiga, além disso, o turno noturno de trabalho influenciou na percepção da qualidade do sono dos trabalhadores particularmente após a noite de trabalho e a duração do turno de trabalho gerou uma queda significante na percepção de alerta ao longo das horas de trabalho noturno.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

Além da dificuldade de adaptação do ritmo circadiano este trabalhador sofre também alterações de hábitos, forçadas pelo sistema de turnos e desgastes sociais devido à estrutura de horários de seu meio social.

> Através dos turnos, é prejudicado não apenas o estreito contato social da família, mas são afetadas todas as demais relações sociais. Como é difícil para os trabalhadores em turnos organizar qualquer atividade regular fora da família, fica muito limitada sua participação em associações, órgãos comunais de autogestão, organizações religiosas, partidos, sindicato etc (RUTENFRANZ; FISCHER & KNAUTH, 1989, p. 66).

Assim, o trabalhador em turnos não pode participar regularmente das atividades do grupo.

"A interferência no relacionamento pessoal/familiar foi o efeito mais citado do trabalho em turnos, seguido por restrições de atividades sociais e dificuldade de planejamento da vida" (COSTA, MORITA; MARTINEZ 2000, p.555).

A adaptação ao trabalho noturno depende dos hábitos sociais, fatores psicológicos e biológicos individuais de cada trabalhador.

> Algumas pessoas mostravam uma parcial adaptação ao trabalho noturno ou o realizado em horários irregulares (iniciado ou terminado durante a madrugada), mas outros não apresentavam qualquer adaptação ao trabalho, senão um sofrimento constante causado pelo desconforto que sentiam em trabalhar nestes horários (RUTENFRANZ; FISCHER; KNAUTH, 1989, p. 49).

A relação saúde-trabalho, sob a ótica de gênero tem sido pouco explorada (Brito, 1999) e ganha novos contornos quando se trata do trabalho noturno, já que ele permite às mulheres lidar com as demandas duais dos trabalhos profissional e doméstico.

"Para elas, a escolha do turno está associada à conciliação do trabalho à noite com o cuidado dos filhos de dia, como mostram dados populacionais e estudos de caso" (ROTENBERG et al, 2001, p.640).

E é a partir deste trabalho que as diferenças de gênero se manifestam de forma mais vívida, seja em relação ao que as pessoas sentem como dificuldade no trabalho noturno, ao que fazem para lidar com elas ou a como interpretam a maior ou menor capacidade de se adaptar ao trabalho. Em resumo, embora haja uma carga partilhada por homens e mulheres, o envolvimento delas com as atribuições domésticas dá uma qualidade diferente ao cotidiano fora da fábrica, já que implica menor disponibilidade de tempo para outras atividades, incluindo o dormir (ROTENBERG et al, 2001, p.646).

2 - JUSTIFICATIVA

Os tema envelhecimento e capacidade para o trabalho tornam-se importantes na medida em que se observa a alteração demográfica e epidemiológica aliadas às condições de vida e de trabalho, conduzindo o trabalhador a permanecer por mais tempo no mercado de trabalho.

As alterações demográficas e epidemiológicas ocorridas no país nos últimos anos conduziram a uma mudança na estrutura etária, suscitando a tomada de decisões no âmbito social, político e econômico e na elaboração e aplicação de programas específicos de atuação preventiva e de promoção eficazes e eficientes. Assim, insere-se, no presente estudo, a avaliação da Capacidade para o Trabalho, bem como sua manutenção.

Levando-se em consideração os efeitos danosos do trabalho noturno para a saúde do trabalhador e sua conseqüente interferência no relacionamento pessoal/familiar, faz-se necessário estudar em que medida e de que maneira o trabalho noturno interfere na capacidade para o trabalho deste trabalhador.

A realização de estudos que abordem a saúde de trabalhadores que trabalham em período noturno, é fundamental na medida em que permite discussões acerca de estratégias que visem a saúde do trabalhador tanto no âmbito individual, gerando mudança de estilo de vida, quanto no âmbito coletivo, através da promoção à saúde do trabalhador e conseqüente manutenção da sua capacidade para o trabalho.

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

Este projeto encontra-se inserido na Linha de Pesquisa Trabalho, Educação e Saúde da Pós-graduação, nível Mestrado do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho, sublinha Envelhecimento e Capacidade para o Trabalho integrando o Projeto de Pesquisa "Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de diferentes ramos produtivos", que tem, até o momento, duas Dissertações de Mestrado defendidas (Andrade, 2002; Duran, 2002), uma Livre Docência (Cocco, 2002), além de quatro Dissertações de Mestrado e duas iniciações científicas em andamento.

3 - PROBLEMA DE PESQUISA

A capacidade para o trabalho é influenciada por características individuais, estilo de vida, condições de vida e de trabalho. O trabalho noturno pode então, interferir diretamente sobre a capacidade para o trabalho por gerar alterações sociais no cotidiano dos trabalhadores, além de mudanças nas funções fisiológicas.

4 - OBJETIVOS

4.1 - OBJETIVO GERAL

Avaliar a capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem que trabalham em período noturno, em um Hospital Universitário.

4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a capacidade para o trabalho, através do Índice de Capacidade para o Trabalho- ICT - dos trabalhadores de enfermagem que trabalham em período noturno.

- Caracterizar o perfil dos trabalhadores de enfermagem que trabalham em período noturno em um hospital universitário (sexo, faixa etária, tempo de serviço, estado conjugal, estilo de vida).

- Descrever a prevalência de doenças auto-referidas e com diagnóstico médico relatadas no grupo estudado.

5 - METODOLOGIA

5.1 - TIPO DE ESTUDO

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

5.2 - LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP que atende a pacientes provenientes de cidades na região de Campinas, como de outras regiões adjacentes e mesmo de outros Estados.

Está integrado à rede de saúde da região como hospital de referência terciária para o SUS Campinas, funcionando também como uma unidade prestadora de serviços às demais unidades do Sistema de Saúde da UNICAMP, executando todo o atendimento multidisciplinar para as outras unidades do Sistema, como Caism, Hemocentro, Gastrocentro e Cipoi.

O Hospital conta com 403 leitos ativos (30 de UTI), 38 enfermarias, 17 departamentos médicos, 44 especialidades médicas, 22 unidades de procedimentos especializados, 15 salas cirúrgicas, 8 salas cirúrgicas ambulatoriais, 8 serviços de laboratório e 5 serviços de diagnóstico, que são responsáveis por:

- 2000 atendimentos ambulatoriais e de emergências/dia
- 40 internações/dia
- 2500 exames laboratoriais/dia
- 250 exames especializados/dia
- 100 cirurgias/dia

O hospital conta com 3080 funcionários, sendo que 1220 são trabalhadores da área de enfermagem, ou seja, 40% do total de trabalhadores.

5.3 - POPULAÇÃO

A população estudada foi composta pelos trabalhadores de enfermagem do período noturno HC/UNICAMP, que totalizaram 425 trabalhadores de enfermagem, dos quais 112 enfermeiros, 87 técnicos de enfermagem e 226 auxiliares de enfermagem, sendo que o instrumento foi respondido por 73,4% desta população 312 trabalhadores.

Dentre as pessoas que não participaram do preenchimento estão seis trabalhadores (1,4%) que se recusaram a participar do estudo, 19 trabalhadores em período de férias e /ou licença premio (4,4%), três trabalhadores em horário especial para estudo (trabalhando apenas em finais de semana) (0,7%), duas trabalhadoras em licença gestante (0,5%), nove trabalhadores em afastamento médico (2,1%), um demitiu-se (0,25%) e dois mudaram de horário (0,5%).

Os trabalhadores do Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva não participaram da pesquisa devido à demora na obtenção de autorização junto à suas chefias, totalizando 71 pessoas (16,65%) da população estudada. A taxa de resposta foi de 73,4%.

A faixa etária incluída foi definida a partir dos 18 anos uma vez que esta é a idade mínima para ingresso em hospitais.

Os locais nos quais estes profissionais estavam alocados eram Enfermarias Clínicas e Cirúrgicas para adultos e crianças, Unidade Terapia Intensiva Pediátrica, Central de Material Esterilizado, Pronto Socorro, Procedimentos Especializados (raio X, eletrocardiograma, eletroencefalograma).

5.4 - INSTRUMENTOS

Foi utilizado o instrumento desenvolvido por Cocco (1997), atualizado em 2000 (questões1-20 do ANEXO II) para os dados relacionados à caracterização dos trabalhadores bem como ao seu estilo de vida.

Para avaliar a capacidade para o trabalho utilizou-se o Índice de Capacidade para o Trabalho, desenvolvido por Tuomi et al e cuja tradução para o português foi coordenado por Fischer (1997b) (questões 21-30 do ANEXO II).

O Índice de Capacidade para o Trabalho é um instrumento auto-aplicável que retrata o conceito que o próprio trabalhador tem sobre sua capacidade para o trabalho.

> O Índice de Capacidade para o Trabalho é formado por sete itens, totalizando dez questões, sendo que cada uma delas recebe um valor (escore). Os itens estão assim distribuídos:
>
> 1. Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida, composto de uma questão com escore de zero a dez, o valor assinalado no questionário;
>
> 2. Capacidade para o trabalho em relação à exigência do trabalho predominante, física ou mental.
>
> 3. Número atual de doenças diagnosticadas por médico, composto por uma lista de cinqüenta e uma doenças.
>
> 4. Perda estimada para o trabalho devido às doenças.
>
> 5. Faltas ao trabalho por doenças no último ano (nos últimos doze meses).
>
> 6. Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos.
>
> 7. Recursos mentais (TUOMI et al , 1997a, p. 8).

Esta pontuação é então revertida em uma classificação que norteia as medidas necessárias a serem realizadas junto a este trabalhador (TUOMI et al, 1997b).

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

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

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

Figura 2 - Características do Índice de Capacidade para o Trabalho

A utilização do ICT viabiliza em estágio precoce a identificação de trabalhadores e ambientes de trabalho que precisem de medidas de restauração, melhoria ou promoção da capacidade para o trabalho (TUOMI et al, 1997b).

Além do ICT foram realizadas três questões referentes ao tempo de trabalho em período noturno, opção por continuidade no horário e percepção sobre a interferência do trabalho noturno sobre sua saúde (questões 31-33 do ANEXO II), bem como a observação participante (ANEXO III).

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

5.5 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas em 08/02/2002 e o parecer favorável a sua realização foi homologada em 19 de março de 2002, durante a III Reunião Ordinária do CEP/FCM – UNICAMP. Parecer 082/2002.

Para o desenvolvimento deste trabalho utilizou-se o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo I), sendo garantido aos sujeitos o direito à recusa, assim como o sigilo em relação a sua identidade e informações fornecidas.

Os dados obtidos, considerações finais e conclusões a cerca desta pesquisa serão apresentados à gerencia e aos trabalhadores, sujeitos da pesquisa, em local e data a serem agendadas posteriormente, sendo que todas as contribuições científicas serão compartilhadas.

5.6 - COLETA DE DADOS

A autorização para coleta de dados junto ao Departamento de Enfermagem do Hospital de Clínicas da UNICAMP foi obtida em março de 2002 e a coleta de dados foi realizada entre 1 de abril e 30 de maio deste ano.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, com a entrega e recolhimento dos questionários, bem como observação direta do setor. O preenchimento do instrumento foi realizado pelos trabalhadores em horário de serviço.

A observação foi orientada pelo roteiro (ANEXO III) e foi realizada em dois períodos de doze horas por plantão, totalizando 72 horas.

Posteriormente a coleta foi realizada a montagem do banco de dados no Programa Excel 2000, sendo digitado duas vezes visando sua conferência.

5.7 - ANÁLISE DOS DADOS

5.7.1 - Softwares utilizados

Os dados foram analisados estatisticamente com o uso do Excel 2000 e SAS (Statistical Analysis System) versão 8.02.

5.7.2 - Análise Estatística

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

Para verificar se existe associação (diferença) entre os grupos com relação as variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado. Quando os valores esperados eram menores que 5, utilizou-se o teste exato de Fisher, sendo considerada significativa a associação quando o p-valor ≤ 0.05.

Para comparar as variáveis contínuas entre os grupos, utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney (também conhecido como teste de Wilcoxon), que compara dois grupos em função da soma dos postos das observações, sendo os grupos estatisticamente diferentes quando o p-valor do teste aplicado era $\leq 0,05$.

Foi realizada regressão logística para resposta dicotômica- modelo logito para verificar as variáveis que influenciam na resposta: ICT (bom/ótimo versus moderado/ baixo).

Variável dependente:

- ICT (0→ bom/ ótimo; 1→ moderado/bom)

Variáveis independentes:

- Idade

- Sexo (0 →masculino; 1→ feminino)

- Escolaridade (2 → ginásio; 1→ colegial ; 0 → superior)

- Idade em que começou a trabalhar (2→ <16; 1→ 16-17; 0→ =18)

- Tempo de trabalho noturno

- Outra atividade remunerada (0→ não; 1→ sim)

- Estado civil (2→ casado/vive com companheiro; 1→ divorciado/separado/viúvo; 3→ solteiro)

- Tempo de trabalho no hospital

- Atividade física (0→ não; 1→ sim)

- Etilismo (0→ não; 1→ sim)

- Tabagismo (0→ não; 1→sim)

- IMC (0→<25; 1→25 ⊢30 ; 2→ >=30)

A análise de regressão logística univariada consiste em ajustar um modelo para a variável ICT em função de cada uma das variáveis independentes

Após a análise de regressão logistica univarida, foi utilizado o procedimento Stepwise para selecionar as variáveis que melhor explicavam a variável resposta ICT.

6 - RESULTADOS

6.1 - CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

O Índice de Capacidade para o Trabalho foi respondido por 312 dos 425 trabalhadores de enfermagem do período noturno, totalizando (73,4%) dos trabalhadores deste período.

A maioria da população é do sexo feminino. A idade dos trabalhadores variou entre 24 e 59 anos sendo que a média de idade da população estudada foi de 39 anos e 8 meses, com mediana de 40 anos (desvio padrão de 7,39) e 73% da população tinha mais de 35 anos.

Em relação ao estado conjugal desta população 49% viviam com companheiro (37% eram casados e 12% viviam juntos), 33,4% eram solteiros; 7% separados, 8% divorciados e 2,5%, viúvos.

A tabela 1 demonstra os dados sociodemográficos da população.

Tabela 01 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo características sociodemográficas. Campinas, 2002.

Variáveis	Categorias	Hospital Universitário	
		n	%
Sexo	M	51	16,3
	F	261	83,7
Idade (anos)	<30	29	9,3
	30 ├ 40	125	40,1
	40 ├ e +	158	50,6
Estado Conjugal	Solteiro	104	33,4
	Casado/vive com companheiro	153	49
	Separado/divorciado/viúvo	55	17,6
Tempo de Trabalho no hospital	0 ├ 15	250	80,1
(em anos)	15 ├ 30	62	19,9
Funções	Atendente	10	3,2
	Auxiliar	130	41,7
	Técnico	78	25
	Enfermeiro	94	30,1
Cargo de Chefia	Sim	8	2,6
	Não	304	97,4
	Total	312	100,0

O tempo de trabalho neste hospital variou entre 1 mês e 28 anos, sendo que a média foi de 10 anos e 5 meses, DP 4,51 e a mediana de 9 anos.

O tempo de trabalho no período noturno neste hospital variou entre 8 meses e 27 anos, com média de 9 anos e 3 meses, mediana de 8 anos e desvio padrão de 5,84.

Em relação à função a população era composta por de atendentes de enfermagem 3,2%, auxiliares de enfermagem 41,67%, técnicos em enfermagem 25% e enfermeiros 30,13%, sendo que 2,56% dos trabalhadores exerciam cargo de chefia.

A idade em que estes trabalhadores começaram a trabalhar variou entre 7 e 40 anos, com média de 16 anos, mediana de 17 anos e DP de 5,41, sendo que 19,6% começaram a trabalhar até os 12 anos e 54,5% dos sujeitos exerceram outros cargos antes de trabalhar em sua função atual (comércio, doméstica, indústria, trabalhador rural, outros cargos da equipe de enfermagem).

A tabela 2 apresenta o grau de escolaridade dos trabalhadores de enfermagem do período noturno Pronto Socorro do HC – UNICAMP. Observou-se que 6 sujeitos (1,8%) possuíam o ensino fundamental incompleto, 13 sujeitos (4,2%) o ensino fundamental completo, 24 (7,7%) sujeitos possuíam ensino médio incompleto, 120 (38,5%) o ensino médio completo, 42 (13,5%) o curso superior incompleto, 96 (30,8%) curso superior completo, 11 (3,5%) pós-graduação.

Destacam-se dois pontos neste contexto, a existência de um trabalhador sem capacitação necessária para desempenhar a função de auxiliar de enfermagem (curso primário incompleto) e grande número de trabalhadores com escolaridade superior a exigida para sua função; 23,1% dos técnicos de enfermagem e 29,2% dos auxiliares estavam cursando ou já concluíram o curso universitário e 61,5% dos auxiliares já cursaram ou estão cursando o ensino médio.

A escolaridade da população é alta, visto que 82,6% dos sujeitos entrevistados têm onze anos ou mais de escolaridade.

Tabela 02 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo escolaridade. Campinas, 2002.

Escolaridade	f	%
Primário Incompleto	1	0,3
Primário Completo	3	0,9
Ginásio Incompleto	2	0,6
Ginásio Completo	13	4,2
Colegial Incompleto	24	7,7
Colegial Completo	120	38,5
Curso superior incompleto	42	13,5
Curso superior completo	96	30,8
Pós graduação	11	3,5
Total	312	100,0

Em relação ao predomínio da exigência de trabalho 97,4% estavam expostos a exigências mistas em relação ao trabalho, enquanto que 2,6% estavam expostos a exigência predominantemente mental.

Optamos por classificar enfermeiros como trabalhadores expostos a exigências mistas uma vez que estes realizam atividades de exigências físicas como cuidados diretos (preparação e administração de medicações, curativos, auxílio à higiene), especialmente junto a clientes em estado de saúde grave, participar do transporte de pacientes críticos e exigências mentais como parecer técnico sobre materiais de consumo, treinamento de funcionários recém admitidos, padronização de normas, rotinas e técnicas de enfermagem, receber alunos de enfermagem, medicina e visitantes, orientar e avaliar a prática da assistência de enfermagem pelos auxiliares e técnicos sob sua responsabilidade, gerenciar a assistência de enfermagem delegando os cuidados de simples e média complexidade aos membros da equipe, reservando para si os cuidados aos pacientes graves com risco de vida.

A tabela 3 apresenta os dados segundo as características os trabalhadores em relação ao trabalho.

Tabela 03 - Características dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP em relação à características relacionadas ao trabalho. Campinas, 2002.

Variáveis	Categorias	%
Exigência no trabalho	Exigência mista	97,4
	Predomínio de exigência mental	2,6
Idade em que começou a trabalhar	<16	44,2
Anos	16 ⊢18	12,2
	>=18	43,6
Total		100

Dentre os entrevistados 60,3% nunca estiveram desempregados, o tempo médio de desemprego entre os que responderam de forma positiva a esta questão foi de 11 meses, com mediana de 5 meses, mínimo de 2 dias e máximo de 6 anos. No entanto vale lembrar que este dado é referente a toda vida laboral deste trabalhador não dizendo respeito apenas ao período em que este indivíduo trabalha na área de enfermagem.

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

Dos entrevistados 28,9% exerceram outra atividade profissional remunerada, sendo que destes 11 (3,5%) trabalhavam fora da enfermagem e dois (1%) têm três empregos.

Em relação ao tempo gasto para o transporte até o trabalho (ida e volta) as respostas variaram entre 30 minutos e 8,5 horas, com média de 2 horas e 10 minutos. O número reduzido de viagens apareceu como fator decisivo para opção de permanência no período noturno para as pessoas que moram em outras cidades, já que o hospital trabalha com uma escala de 12 horas de trabalho para 60 de descanso.

O número de horas dispensadas para a realização de trabalho doméstico variou entre 20 minutos e 24 horas com média de 4 horas e 30 minutos, sendo que 89,7% dos trabalhadores realizam atividades domésticas, entre os homens 72,5% referiram realizar atividades domésticas. Entre os trabalhadores 74% responderam disponibilizar parte do tempo para o cuidado com filhos, este tempo variou entre 0,2 e 24 horas, sendo sua média de 2 horas e 50 minutos e mediana de 2 horas.

Vale ressaltar, no entanto, que as pessoas que permaneceram mais de 10 horas realizando atividades domésticas responderam utilizar 0,2 a 5 horas com os filhos, com média de 1,7 horas. As pessoas que responderam gastar mais de 10 horas em cuidados com os filhos realizam as atividades domésticas em tempo que variou de 3 a 5 horas com média de 3,5 horas.

Entre os trabalhadores 72,4% entenderam que trabalhar em período noturno interfere em sua vida, sendo que destes 53,1% sentiram esta interferência de forma negativa. Entre estes as causas tidas como negativas foram: o prejuízo social, a alteração de humor, alteração de hábitos (alimentação, sono).

Para os que responderam que trabalhar à noite interfere de forma positiva em sua vida as justificativas foram: adaptação ao horário devido à sensação de não interferência do trabalho na vida social e hábitos e ter mais tempo livre para si e para os filhos pela facilidade de realização de cursos, exercícios físicos, atividades de lazer, menor número de viagens (menos tempo gasto com transporte).

Tabela 04 - Percepção dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC UNICAMP acerca da interferência do trabalho noturno em relação a sua saúde. Campinas, 2002.

Percepção dos trabalhadores	f	%
Positiva	106	46,9
Tem mais tempo livre para si e para os filhos	55	24,33
Considera-se adaptado ao horário	51	22,56
Negativa	120	53,1
Socialmente	66	29,2
Alteração de humor	50	22,12
Alteração de hábitos (sono, refeições)	44	19,47
Não há interferência	86	27,56
Total	312	100,0

Quando abordados sobre a intenção de permanecer neste horário 25% da população têm intenção de mudar de horário, tendo como justificativa o prejuízo social deste horário de trabalho, pois estão insatisfeitos com o horário de trabalho.

Tabela 05 - Intenção dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC UNICAMP em permanecer neste horário de trabalho. Campinas, 2002.

Intenção	f	%
Permanecer no horário	234	75
Mudar de horário de trabalho	78	25
Total	312	100,0

Entre os que desejavam continuar no período noturno 56,2% fizeram esta opção por considerar-se adaptados ao horário (facilidade para cuidado com filhos, realização de cursos, tempo livre durante o dia para realizar atividades físicas e de lazer), o adicional noturno é a justificativa de permanência neste horário para 24,3% dos trabalhadores.

Tabela 06 - Justificativas apresentadas pelos trabalhadores de enfermagem do período noturno HC UNICAMP para permanência neste horário de trabalho. Campinas, 2002.

Justificativas	f	%
Considera-se adaptado ao horário	132	56,2
Adicional noturno	57	24,3
Tem outro emprego	23	9,8
Horário mais tranqüilo para trabalhar	12	5,1
Falta pouco tempo para aposentar	11	4,6
Total	235	100,0

A principal justificativa apresentada pelos trabalhadores que têm interesse em deixar de trabalhar no período noturno é o prejuízo social (74%), seguida pelo sono no transcorrer do dia (13%).

Tabela 07 - Justificativas apresentadas pelos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC UNICAMP para deixar este horário de trabalho. Campinas, 2002.

Justificativas	f	%
Prejuízo social	57	74
Sono	10	13
Diminuição de rendimento no trabalho	5	6,5
Mudança de área de atuação	5	6,5
Total	77	100,0

Os trabalhadores foram questionados sobre a realização de atividades de lazer. Verificou-se que 99% (n=309) desenvolvem atividades de lazer. A tabela 07 apresenta quais são estas atividades, ressaltando que cada trabalhador poderia escolher mais de uma resposta.

As atividades mais realizadas foram ouvir música (13,0%), assistir tv (11,7%), leitura de jornal ou revista (11,7%), visitar a família (11,2%) e passear (11,2%).

Tabela 08 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo as atividades de lazer realizadas. Campinas, 2002.

Atividade	f	%
Ouvir música	254	13,0
Assistir tv	228	11,7
Leitura Jornal/Revista	223	11,4
Visitar família	219	11,2
Passear	199	10,2
Freqüentar igreja	199	10,2
Almoçar/jantar fora de casa	176	9,0
Reunião com amigos	140	7,2
Leitura de livros	126	6,5
Ir ao cinema	114	5,8
Freqüentar associação	56	2,9
Outros	17	0,9
Total	1951	100

*Mais que uma atividade por trabalhador respondente

A realização de atividades físicas foi relatada por 46,8% dos trabalhadores, sendo que a atividade mais realizada foi a caminhada (36,22%), seguida de ginástica realizada na academia (11,54%) e ginástica em casa (7,37%). Os homens realizavam mais

atividade física que as mulheres 61% dos homens contra 44,1% das mulheres e os trabalhadores com mais idade realizam menos atividades física. A tabela 9 demonstra a realização de atividades físicas por sexo e faixa etária.

Tabela 09 - Realização de atividades físicas por sexo e faixa etária entre os trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC UNICAMP. Campinas, 2002.

Variável	Categoria	Realiza exercício físico				Total
		Sim		não		
		N	%	N	%	%
Sexo	Masculino	31	60,7	20	39,3	16,35
	Feminino	115	44,1	146	55,9	83,64
Idade (anos)	≤29	15	52	14	48	9,3
	30 ├ 40	64	51,2	61	48,8	40,1
	40 ├ 50	56	42,7	75	57,6	41,8
	50 ├ 58	11	40,7	16	59,3	8,7
Total		146		166		100

No entanto, levando-se em consideração a importância da regularidade na realização de exercícios físicos quando computamos a freqüência e o tempo de realização da atividade física por semana apenas 38,14% da população realizam atividade física de 120 minutos semanais, ou mais.

Dentre a população 34,94% faziam uso de bebidas alcoólicas, sendo que o consumo foi maior entre os homens, 43%; contra 33% das mulheres. O mesmo ocorreu em relação ao tabagismo que apresentou maior uso pelos homens, 29,4%; enquanto que apenas 19,1% das mulheres fumavam, sendo que 20,8% (n=65) dos trabalhadores eram tabagistas. Os trabalhadores tabagistas que faziam uso de álcool totalizaram 10% (n=32) da população, sendo que 15,7% dos homens faziam uso de álcool e cigarro contra 8,8% das mulheres.

Tabela 10 - Uso de álcool e cigarro por sexo entre trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC UNICAMP. Campinas, 2002.

Variável	Categoria	Sexo				Total
		Masculino		Feminino		
		N	%	N	%	%
Fuma	Sim	22	43	87	33	34,94
	Não	29	57	174	77	65,05
Etilismo	Sim	15	29,4	50	19,1	20,8
	Não	36	70,6	211	80,9	79,2
Etilismo e tabagismo	Sim	8	15,7	23	8,8	10
	Não	43	84,3	238	91,2	90
Total		51		261		100

O índice de massa corpórea variou entre 17,43 e 64,92 com média de 26,34, DP 5,73 e mediana de 25,37.

A distribuição dos trabalhadores em relação ao índice de massa corpórea está demonstrada na tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição do índice de massa corpórea entre os trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC UNICAMP. Campinas, 2002.

IMC	f	%
<19	8	2,56
19 ⊢25	137	43,91
25 ⊢30	107	34,29
≥30	60	19,23
Total	312	100

Em relação ao tempo de trabalho em período noturno houve diferença significativa observando-se a categoria de trabalho quando realizado o teste de Mann-Whitney, sendo que os enfermeiros têm tempo maior de permanência no período noturno. Consideramos apenas duas categorias: enfermeiro e não-enfermeiros (auxiliares, técnicos e atendentes de enfermagem).

A tabela 12 apresenta a distribuição dos grupos por tempo de trabalho no período noturno.

Tabela 12 - Distribuição do tempo de trabalho em período noturno entre enfermeiros e não enfermeiros do HC UNICAMP. Campinas, 2002.

Variável	Categorias	D.P.	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Total	valor de p*
Função de trabalho	Enfermeiros	4,99	10,73	0,50	12	23	94	0,0001
	Não-enfermeiro	6,04	8,31	0,08	6,75	27	218	

Teste de Mann-Whitney

6.2 - ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Numericamente o ICT desta população variou entre 16 e 49. Categorizando o ICT nas variáveis, pode-se observar que 24,36% da população apresentava ICT ótimo; 47,44% ICT bom, 25,64% moderado e 2,56% apresentavam ICT baixo conforme demonstra a tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição do ICT entre os trabalhadores de enfermagem do período noturno de um hospital universitário. Campinas, 2002.

Variáveis	Categorias	f	%
Índice de Capacidade para o trabalho	Ótimo	76	24,36
	Bom	148	47,44
	Moderado	80	25,64
	Baixo	8	2,56
Total		312	100

Quando indagados sobre o valor de sua capacidade para o trabalho atual, 18,9% (n=59) atribuíram-se 10; 22,4% (n=70) 9 ; 38,5% (n=120) 8; 0,3% (n=1) atribuiu-se 8,5; 19,9,% da população (n=25) assinalou valores entre 1 e 7 e nenhum dos trabalhadores assinalou o valor 0 (tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo o valor atribuído para a capacidade para o trabalho atual. Campinas, 2002.

Capacidade para o trabalho atual	F	%
1	1	0,3
3	1	0,3
4	1	0,3
5	8	2,6
6	14	4,5
7	37	11,9
8	120	38,5
8,5	1	0,3
9	70	22,4
10	59	18,9
Total	312	100

A tabela 15 apresenta a classificação realizada pelos trabalhadores sobre sua capacidade atual para o trabalho relacionado às exigências físicas. Constata-se que 26,31% (n=82) dos trabalhadores consideram sua capacidade atual para o trabalho relacionado às exigências físicas muito boa, 42% a consideram boa, 26% a consideram moderada, 4,8% a consideram baixa e 0,9% a consideram muito baixa. É considerável o número de pessoas que apresentavam capacidade muito baixa, baixa e moderada em relação às demandas físicas.

Tabela 15 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a capacidade atual para o trabalho relacionado às exigências físicas do trabalho. Campinas, 2002.

Exigências físicas	F	%
Muito Boa	82	26,3
Boa	131	42
Moderada	81	26
Baixa	15	4,8
Muito Baixa	3	0,9
Total	312	100,0

A tabela 16 apresenta a classificação realizada pelos trabalhadores sobre sua capacidade atual para o trabalho relacionada às exigências mentais como, por exemplo, interpretação de fatos, resolução de problemas e decisão. Observou-se que 84% (n=262) consideram-na muito boa / boa.

Tabela 16 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo capacidade atual para o trabalho relacionado às exigências mentais do trabalho. Campinas, 2002.

Exigências mentais	F	%
Muito Boa	90	28,9
Boa	172	55,1
Moderada	49	15,7
Baixa	0	0
Muito Baixa	1	0,3
Total	312	100,0

A tabela 17 apresenta as respostas dos trabalhadores de enfermagem quando questionados sobre o grau de impedimento que a lesão ou doença provocava em seu trabalho atual. Verificou-se que 40,4% (n=126), responderam que não havia impedimento ou que não tinham doença; 33,7% (n=105) referiram que eram capazes de desempenharem suas tarefas, entretanto a doença provocava alguns sintomas; para 22,1% (n=69), algumas vezes era necessário diminuir o ritmo ou mudar as formas de trabalho; 2,9% (n=9) freqüentemente precisavam diminuir o ritmo ou mudar as formas de trabalho; 0,6% (n=2) disse que por causa da doença sentem-se capaz de trabalhar apenas em tempo parcial e 0,3% (n=1) respondeu que se sente totalmente incapacitado para trabalhar, 25,9% da população sentiam-se capazes para a realização de seu trabalho, mas referiram que este lhes trazia sintomas.

Tabela 17 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo o impedimento provocado pela lesão ou doença no trabalho. Campinas, 2002.

Impedimento	**f**	**%**
Não há impedimento/eu não tenho doenças	126	40,4
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	105	33,7
Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	69	22,1
Freqüentemente eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	9	2,9
Por causa da minha doença eu me sinto capaz de trabalhar apenas em tempo parcial	2	0,6
Em minha opinião, eu estou totalmente incapacitado para trabalhar	1	0,3
Total	312	100,0

Os trabalhadores foram questionados sobre o número de dias inteiros fora do trabalho devido a problemas de saúde, consulta médica ou realização de exame nos últimos doze meses. Verificou-se que 48,8% (n=150) não referiram nenhum dia de ausência, 35,9% (n=112) ausentaram-se até 9 dias, 8,65% (n=27) de 10 a 24 dias, 5,45% (n=17) de 25 a 99 dias e, 1,9% (n=6) de 100 a 365 dias.

Na tabela 18 encontra-se a distribuição dos trabalhadores de enfermagem no que se refere à capacidade de realização do trabalho daqui a dois anos do ponto de vista da saúde. Observou-se que 71% (n=220) responderam que terão capacidade para desempenhar suas tarefas, baseando-se em sua saúde e uma porcentagem elevada (29,4%) não estão certos se daqui a dois anos realizarão seu trabalho.

Tabela 18 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a capacidade de realização do trabalho daqui a dois anos. Campinas, 2002.

Ponto de vista	F	%
É improvável	17	5,4
Não estou muito certo	75	24
Bastante provável	220	71
Total	312	100,0

A tabela 19 mostra o sentimento dos trabalhadores de enfermagem no que se refere à apreciação de suas atividades diárias. Observa-se que 73,7% da população são capazes de apreciar suas atividades diárias sempre ou quase sempre.

Tabela 19 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo o sentimento referente às atividades diárias. Campinas, 2002.

Atividades Diárias	F	%
Sempre	122	39,1
Quase sempre	108	34,6
Ás vezes	64	20,5
Raramente	17	5,5
Nunca	1	0,3
Total	312	100,0

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

A tabela 20 apresenta a observação dos trabalhadores quanto ao se sentir ativo e alerta. Verificou-se que 45,5% (n=142) sempre se encontram ativo e alerta, seguido por 39,7% (n=124) que referiu estar quase sempre. Verifica-se que 85,2% da população encontram-se ativos e alertas sempre ou quase sempre.

Tabela 20 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a observação de se sentir ativo e alerta. Campinas, 2002.

Ativo e alerta	F	%
Sempre	142	45,5
Quase sempre	124	39,7
Às vezes	34	11
Raramente	12	3,8
Total	312	100,0

Os trabalhadores ainda foram questionados sobre o sentimento de esperança para o futuro. Observou-se que 43,4% (n=135) referiram estar continuamente com esperança para o futuro, 75% (n=75) responderam estar muitas vezes com este sentimento, 19,2% (n=60) quase sempre e 11,2% (n=35) raramente e 2,2% (n=7) referiram não apresentar sentimento de esperança em relação ao futuro (tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo o sentimento de esperança para o futuro. Campinas, 2002.

Esperança	F	%
Continuamente	135	43,4
Quase sempre	75	24
Às vezes	60	19,2
Raramente	35	11,2
Nunca	7	2,2
Total	312	100,0

O relacionamento das variáveis estudadas com o ICT é apresentado nas tabelas seguintes. A tabela 22 mostra a distribuição dos trabalhadores de enfermagem por sexo relacionada ao ICT.

Entre a população feminina 31% tinham índice de capacidade para o trabalho baixo ou moderado contra 13,7% da população masculina.

Aplicando-se o teste de Qui-quadrado a associação foi considerada significativa para o variável sexo, sendo que as mulheres apresentam ICT pior que os homens.

Tabela 22 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a relação sexo e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002.

	INDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO						
	Baixo/Moderado		Bom/Ótimo		Total		
Sexo	f	%	f	%	f	%	valor de p*
Feminino	81	31	180	69	261	83,6	0,0120
Masculino	7	13,7	44	82,3	51	16,3	
Total	88	28,2	224	71,7	312	100,0	

Teste de Qui-quadrado

A tabela 23 mostra a distribuição dos trabalhadores de enfermagem por faixa etária relacionada ao do ICT. A categoria moderada do ICT foi mais freqüente na faixa etária de 40 a 50 anos com 48,9% (n=43), seguida das de 30 a 40 anos com 34,1% (n=30). Com o aumento da faixa etária houve diminuição do ICT, a faixa etária de 20 a 30 anos apresentou 6,8% (n=2) de sua população com ICT moderado ou baixo, de 30 a 40 anos 24% (n=30), de 40 a 50 anos 32,8% (n=32,8) e entre as pessoas com mais de 50 anos verificou-se de 41,1% apresentavam ICT baixo ou moderado.

Aplicando-se o teste de Qui-quadrado a associação foi considerada significativa para a variável idade, sendo que as pessoas com faixa etária entre 41 e 58 anos apresentam pior ICT.

Tabela 23 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a relação faixa etária e o índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002.

	INDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO						
	Baixo/Moderado		Bom/Ótimo		Total		
Faixa Etária	f	%	F	%	f	%	valor de p*
20 ├ 30	5	5,7	34	15,2	39	9,3	0,0123
30 ├ 40	30	34,1	101	45	131	40,1	
40 ├ 50	41	46,54	79	35,2	120	42	
50 ├ 60	12	13,7	10	4,46	22	8,6	
Total	88	100,0	224	100,0	312	100,0	

Teste de Qui-quadrado

Aplicando-se o teste de Mann-Whitney também houve associação entre o aumento da idade e a piora do ICT, conforme demonstra a tabela 24.

Tabela 24 - Distribuição do ICT em relação a variável idade entre os trabalhadores do período noturno do HC - UNICAMP. Campinas, 2002.

Variável	Categorias	D.P.	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Total	valor de p*
ICT	Boa/Ótima	7.07	38.67	24.00	39.00	54.00	224	0,00048
	Moderada/Baixa	7.61	42.30	27.00	42.50	59.00		8

Teste de Mann Whitney

Analisando-se o ICT segundo a idade de início de vida laboral foi possível observar que 14,4% das pessoas que começaram a trabalhar com menos de 15 anos tinham ICT baixo/moderado, enquanto que 1,92% da população com início entre 16 e 17 anos e 11,86% com início aos 18 anos ou mais tinham ICT baixo/moderado. Pode-se observar também que com o aumento do tempo de trabalho em período noturno há maior porcentagem de ICT inadequado, sendo que 35,7% das pessoas que trabalhavam de 16 a 25 anos neste horário tinham ICT baixo/moderado, entre pessoas que trabalhavam de 11 a 15 anos a porcentagem foi de 35,5%, entre os que trabalhavam de 6 a 10 anos 30,3% têm ICT baixo/moderado entre os que trabalham há menos de cinco anos 18,09% tem ICT baixo/moderado. Entre as pessoas com outra atividade remunerada 24,4% tinham ICT baixo/moderado enquanto que 29,7% das pessoas que trabalhavam apenas neste hospital têm ICT baixo/moderado.

Aplicando-se o teste de Qui-quadrado a associação não foi considerada significativa para a variável idade de início da vida laboral e outra atividade remunerada, já em relação a variável tempo de trabalho noturno o teste demonstrou tendência de piora do ICT com o aumento do tempo de trabalho em período noturno.

Tabela 25 - Distribuição do ICT segundo características de trabalho entre trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP Campinas, 2002.

Variáveis	Categorias	Índice de Capacidade para o Trabalho				Total	valor de p*
		Baixo / Moderado		Bom /Ótimo			
		N	%	N	%		
Idade em que começou a trabalhar (anos)	≤ 15	45	14,4	93	29,81	138	0,1176
	16 ├ 18	6	1,92	32	10,26	38	
	>=18	37	11,86	99	31,76	136	
Tempo de trabalho noturno (anos)	≤ 5	19	21,59	86	77,31	105	0,0862
	6-10	27	30,68	62	55,89	89	
	11-15	27	30,68	49	42,07	76	
	16-25	15	17,05	27	22,76	42	
Outra atividade remunerada (anos)	sim	22	7,05	68	21,79	90	0,3473
	não	66	21,16	156	50	222	
Total		88	28,2	224	71,8	312	

Teste de Qui-quadrado

Aplicando-se o teste de Mann-Whitney houve associação entre o aumento do tempo de trabalho em período noturno e a piora do ICT, conforme apresentado na tabela 26.

Tabela 26 - Distribuição do ICT em relação a variável tempo de trabalho noturno entre os trabalhadores do período noturno do HC – UNICAMP. Campinas, 2002.

Variável	Categorias	D.P.	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Total	valor de p*
ICT	Boa/Ótima	5.50	8.45	0.08	7.00	23.00	224	0.0084
	Moderada/Baixa	6.42	10.56	0.50	9.50	27.00	88	

Teste de Mann- Whitney

Aplicando-se teste de Mann-Whitney houve associação entre o aumento do tempo de trabalho no hospital e a piora do ICT (tabela 27).

Tabela 27 - Distribuição do ICT em relação a variável tempo de trabalho no hospital entre os trabalhadores do período noturno do HC – UNICAMP. Campinas, 2002.

Variável	Categorias	D.P.	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Total	valor de p*
ICT	Boa/Ótima	4.54	9.56	0.12	8.00	28.00	224	0.0001
	Moderada/Baixa	4.05	11.71	5.00	12.00	25.00	88	

Teste de Mann- Whitney

Observando-se a relação entre atividade física e ICT foi possível observar que 76,7% das pessoas que realizavam atividade física tinham ICT adequado, enquanto que 67,5% das pessoas que não realizavam atividade física tinham ICT adequado.

Aplicando-se o teste de Qui-quadrado não houve associação entre a variável ICT e atividade física.

Observou-se na tabela 28 que 77,5% (n=83) dos trabalhadores com curso superior completo, 71,5% (n=133) dos com escolaridade até o ensino médio (colegial) e que 42% (n=8) dos com ensino fundamental (ginásio) apresentaram ICT bom/ótimo.

Aplicando-se o teste de Qui-quadrado a associação foi considerada significativa para a variável escolaridade, sendo que quanto maior a escolaridade, melhor foi o ICT.

Tabela 28 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a escolaridade e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002.

	INDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO						
	Baixo/Moderado		bom/ótimo		total		
Escolaridade	f	%	f	%	f	%	valor de p*
Até ensino fundamental completo	11	57,9	8	42,1	19	6	0,0253
Ensino médio incompleto e ensino médio completo	53	28,4	133	71,5	186	59,6	
Educação superior completa incompleta	24	22,4	83	77,5	107	34,3	
Total	88	100,0	224	100,0	312	100,0	

Teste de Qui-quadrado

A tabela 29 mostra que 69,7% (n=152) dos auxiliares e técnicos de enfermagem encontram-se com ICT bom/ótimo, 76,7% (n=72) dos enfermeiros classificam-se da mesma forma.

Tabela 29 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a relação da função e do índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002.

	INDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO					
	Baixo/Moderado		bom/ótimo		total	
Função	f	%	f	%	f	%
Auxiliar /Técnico	66	30,3	152	69,7	218	69,8
Enfermeiro	22	23,4	72	76,7	94	30,2
Total	88	28,2	224	71,8	312	100

Não houve diferença significativa do ICT entre enfermeiros e não-enfermeiros quando realizado o teste de Mann-Whitney.

Tabela 30 - Distribuição do Índice de Capacidade para o Trabalho entre enfermeiros e não enfermeiros do HC – UNICAMP. Campinas, 2002.

Variáveis	Categorias	D.P.	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Total	valor de p*
Categoria de trabalho	Enfermeiros	5,20	40,10	23	41	49	94	0,1894
	Não-enfermeiros	5,73	39,15	16	40	49	218	

Teste de Mann-Whitney

Não houve associação entre a variável ICT e o estado civil desta população.

Dentre a população 34,94% faziam uso de bebidas alcoólicas, sendo que o consumo foi maior entre os homens, 60%; contra 28% das mulheres. O mesmo ocorreu em relação ao tabagismo que apresentou maior uso pelos homens, 40%; enquanto 16,5% das mulheres fumavam, totalizando 20,83% dos trabalhadores.

Aplicando-se o teste de Qui-quadrado não houve associação entre a variável ICT e o uso de bebidas alcoólicas, também não houve associação entre a variável ICT e o tabagismo conforme pode ser observado nas tabelas 33 e 34.

Tabela 31 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a relação uso de bebidas alcoólicas e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002.

	INDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO						
	Baixo/Moderado		bom/ótimo		Total		
Usa Bebida alcoólica	f	%	f	%	f	%	valor de p*
Sim	78	25,00	31	9,94	109	34,94	0,9661
Não	146	46,79	57	18,27	203	65,06	
Total	224	71,79	88	28,21	312	100	

Teste de Qui-quadrado

Tabela 32 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a relação tabagismo e índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002.

	INDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO						
	Baixo/Moderado		bom/ótimo		Total		
fuma	f	%	f	%	f	%	valor de p*
Sim	47	15,06	18	5,77	65	20,83	0,9178
Não	177	56,73	70	22,44	247	79,17	
Total	224	71,79	88	28,21	312	100	

Teste de Qui-quadrado

Houve associação entre o Índice de massa corpórea (IMC) e a variável ICT, sendo que 43,3% das pessoas com IMC maior ou igual a 30 apresentam ICT moderado ou baixo conforme demonstrou o teste de Qui-quadrado.

Tabela 33 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo a relação entre o índice de massa corpórea e o índice de capacidade para o trabalho. Campinas, 2002.

	INDICE DE CAPACIDADE DE TRABALHO						
	Baixo/Moderado		bom/ótimo		total		
IMC	f	%	f	%	f	%	valor de p*
<25	31	21,3	114	78,6	145	46,47	0,0253
25 ├30	31	29,0	76	71	107	34,29	
>=30	26	43,3	34	56,7	60	19,23	
Total	88	100,0	224	100,0	312	100,0	

Teste de Qui-quadrado

A tabela 34 demonstra a distribuição das patologias mais freqüentes junto a esta população.

Tabela 34 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP em relação às patologias com diagnóstico médico mais freqüentes junto a esta população. Campinas, 2002.

Patologias	f	%
Lesão nas costas	56	20,0
Hipertensão arterial	43	15,3
Dor nas costas que irradia para a perna (ciática)	40	14,2
Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	38	13,5
Lesão nos braços/mãos	37	13,2
Obesidade	34	12,1
Lesão nas pernas e pés	33	11,7
Total	281	100

* Mais que uma doença por trabalhador

Tabela 35 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP segundo o grupo de doenças com diagnóstico médico com maior prevalência. Campinas, 2002.

Patologias	f	%
Lesões por acidente	97	18,3
Doença músculo esquelética	75	14,2
Doença respiratória	59	11,1
Doença cardiovascular	54	10,2
Doença endócrina ou metabólica	52	9,8
Doença gastrintestinal	45	8,5
Distúrbio mental	41	7,7
Doença geniturinária	36	6,8
Doença dermatológica	31	5,8
Doença neurológica	20	3,8
Doença hematológica	20	3,8
Total	530	100

* Mais que um grupo de doença por trabalhador

As lesões por acidente de trabalho foram o grupo de doenças com diagnóstico médico de maior prevalência nesta população sendo que aparecendo em 31,09% dos sujeitos, seguido pelas doenças músculo-esqueléticas.

As doenças respiratórias mais freqüentes foram: sinusite crônica e infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amidalite, sinusite aguda e bronquite aguda).

A hipertensão arterial foi à doença cardiovascular com maior número de diagnósticos (n=43), representando 80% dos diagnósticos de doença cardiovascular.

A obesidade foi assinalada pelos trabalhadores como a doença metabólica e endócrina mais freqüente (n=34) acometendo 10,9% da população, o bócio ou outra doença da tireóide apareceu entre 5,77% da população.

As doenças gastrintestinais mais freqüentes foram a gastrite ou irritação duodenal presente em 6,41% da população seguida de pedras ou doença da vesícula biliar presente em 4,5% da população.

Os distúrbios mentais (leve ou grave) apareceram em 13,14% da população. A patologia geniturinária mais freqüente foi problemas no aparelho reprodutor, sendo que nesta população 0,64% (n=2) referiram apresentar tumor maligno (câncer uterino).

A doença dermatológica mais freqüente foi à alergia e eczema presente em 7,37%.

Em relação entre a incidência de doença hematológica à patologia mais freqüente foi a anemia, presente em 5,77% desta população.

As doenças auto-referidas apareceram em maior freqüência do que as com diagnóstico médico quando observadas por grupo de doenças, conforme mostra a tabela 36 e quando observadas segundo os agravos mais freqüentes, conforme observado na tabela 37.

Observa-se que os agravos relacionados à saúde mental foram apontados por 25,32% da população, sendo que esta doença apareceu com diagnóstico médico para 12,18%, aparecendo como agravo com maior discrepância entre a freqüência de diagnósticos e auto-referida.

Tabela 36 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC - UNICAMP segundo o grupo de doenças auto-referidas. Campinas, 2002.

Grupo de doença	f	%
Lesão por acidente	118	37,82
Doença músculo esquelética	95	30,45
Distúrbio mental	79	25,32
Doença endócrina ou metabólica	51	16,35
Doença respiratória	39	12,50
Doença cardiovascular	31	9,94
Doença gastrintestinal	29	9,29
Doença dermatológica	30	9,62
Doença neurológica	23	7,37
Doença geniturinária	16	5,13
Doença hematológica	9	2,88
Total	312	100,0

* Mais que um grupo de doença por trabalhador

Comparando-se as patologias com diagnóstico mais freqüentes (tabela 34) com as patologias auto-referidas (tabela 37) pode-se observar que em ambas o agravo mais freqüente é a lesão nas costas presente com diagnóstico em 17,95% dos trabalhadores e é auto-referida em 28,85%.

O distúrbio emocional leve apresentou, entre as doenças auto-referidas, freqüência de 23,72% nesta população e 12,18% da população referiram seu diagnóstico.

A obesidade diagnóstico em 10,9% da população e foi auto-referida por 13,46%, é importante lembrar que com o aumento do índice de massa corpórea foi diminuição do ICT conforme demonstrado na tabela 33.

A hipertensão arterial que apresentou diagnóstico em 13,78% da população foi referida por apenas 6,09% .

Tabela 37 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP em relação às patologias auto-referidas com maior freqüência junto a esta população. Campinas, 2002.

Patologias	f	%
Lesão nas costas	90	24,3
Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	74	20
Doença da parte superior das costas, com dores freqüentes	53	14,3
Obesidade	42	11,4
Lesão nas pernas e pés	39	10,5
Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	37	10
Lesão nos braços/mãos	35	9,5
Total	370	100

* Mais que uma patologia por trabalhador

Para verificar as variáveis que influenciam na resposta ICT (boa/ótima) versus (moderada/baixa) foi utilizada a análise de regressão logística para resposta dicotômica- modelo logito.

Variável dependente

- ICT (0→ Boa/Otima ; 1 → Mod/Baixa)

Variáveis independentes:

- Idade

- Sexo (0 → Masculino ; 1 → Feminino)

- ESC – Escolaridade (2→ ginásio ; 1 → colegial; 0→ superior)

- IDT – Idade que começou a trabalhar (2→ < 16 ; 1 → 16-17; 0→ >= 18)

- TTN – Tempo de trabalho noturno

- RE – Outra atividade remunerada (0 → não ; 1 → sim)

- Estado civil (2→ casado/vive com companheiro; 1 → divorc/separado/viúvo; 3→ solteiro)

- TTNH – Tempo que trabalha no hospital

- ATFIS – Atividade física (0 → não ; 1 → sim)

- Alcool (0 → não ; 1 → sim)

- Fuma (0 → não ; 1 → sim)

- IMC (0 → < 25 ; 1 → 25|-30 ; 2 → >= 30)

A análise de regressão logística univariada consiste em ajustar um modelo para a variável ICT em função de cada uma das variáveis independentes.

A tabela 38 demonstra a regressão logística univariada para a variável ICT.

Tabela 38 - Regressão logística univariada para a variável (ICT) dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP. Campinas,2002.

Variáveis		Parâmetro Estimado	p-valor	Odds	I.C. 95%
Idade		0.0692	0.0001	1.072	1.034; 1.111
Sexo	1 vs 0	0.5199	0.0152	2.828	1.222; 6.549
Escolaridade	2 vs 0	0.8651	0.0130	4.154	1.409; 2.247
	1 vs 0	-0.3062	0.1513	1.287	0.748; 2.216
Idade em que começou a Trabalhar	2 vs 0	0.4021	0.0464	1.295	0.771; 2.175
	1 vs 0	-0.5459	0.0777	0.502	0.194; 1.298
Tempo de trabalho noturno		0.0606	0.0046	1.062	1.019; 1.108
Outra atividade remunerada	1 vs 0	-0.1341	0.3481	0.765	0.437; 1.339
Estado Civil	2 vs 0	0.0225	0.8949	1.467	0.822; 2.618
	1 vs 0	0.3384	0.1091	2.012	0.981; 4.128
Tempo de trabalho neste hospital		0.1062	0.0002	1.112	1.051; 1.176
Atividade Física	0 vs 1	0.1913	0.1507	1.466	0.870; 2.471
Uso de bebida	1 vs 0	0.0089	0.9460	1.018	0.607; 1.707
Tabagismo	1 vs 0	-0.0160	0.9181	0.969	0.526; 1.782
IMC	1 vs 0	-0.0743	0.6791	1.500	0.843; 2.669
	2 vs 0	0.5541	0.0055	2.812	1.473; 5.370

Observando-se a análise univariada pode-se observar associação entre as variáveis: idade, sexo, escolaridade, idade em que começou a trabalhar, tempo de trabalho noturno, tempo de trabalho no hospital, índice de massa corpórea e o índice de capacidade para o trabalho.

Após a análise de regressão logística univariada foi utilizado o procedimento Stepwise para selecionar as variáveis que melhor explicavam a variável ICT. (Tabela 39)

Tabela 39 - Regressão Logística para a variável ICT dos trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC – UNICAMP. Campinas, 2002.

Variável	Parâmetro Estimado	Erro Padrão	Qui-Quadrado	p-valor	Odds	I.C. 95%
Intercept	-3,6423	0,7692	22,4209	0,0001	—	—
Idade	0,0490	0,0207	5,6180	0,0178	1,050	1,009; 1,094
TTNH	0,0683	0,0324	4,4380	0,0351	1,071	1,005; 1,141

O modelo indica que as variáveis Idade e tempo que trabalha no hospital influenciaram na variável resposta ICT, podendo ser interpretado como:

- A cada aumento de um ano na idade, aumenta a chance de ter ICT Moderado/Baixo em 1.050 vezes (5.0%).
- O aumento de 5 anos na idade, aumenta a chance de ter ICT Moderado/Baixo em 1.277 vezes (27,7%).
- A cada aumento de um ano no tempo de trabalho neste hospital, aumenta a chance de ter ICT Moderado/Baixo em 1.071 vezes (7,1%).
- O aumento de 5 anos no tempo de trabalho neste hospital, aumenta a chance de ter ICT Moderado/Baixo em 1.407 vezes (40,7%).

6.3 - RELATOS A PARTIR DOS PERÍODOS DE OBSERVAÇÃO

O trabalho noturno neste hospital funciona em regime de escala de doze horas de trabalho e sessenta de descanso, desse modo existem três grupos de trabalho que se revezam constantemente.

A observação foi realizada nos três plantões, em duas oportunidades, totalizando 72 horas, para tanto foi utilizado o roteiro de observação. (Anexo III)

Em relação aos fatores de risco relacionados ao meio ambiente era esperado que todos os leitos apresentassem luminárias em sua cabeceira para viabilizar a realização de procedimentos junto ao paciente, no entanto pode-se observar que nem todos os leitos apresentavam este equipamento, quando estes existiam em algumas situações não funcionavam e nas luminárias que funcionam a luminosidade produzida não era adequada para a realização de procedimentos no leito.

O armazenamento de materiais era feito embaixo do balcão usado pela equipe de enfermagem para realizar as anotações acerca dos procedimentos realizados, o que impedia a aproximação da cadeira e gerava inadequação postural para a realização deste procedimento. As cadeiras não eram ajustáveis à altura do balcão e de quem a usava acentuando ainda mais esta inadequação. A proporção entre o número de pacientes a serem cuidados por cada profissional é maior que na jornada diurna, uma vez que o número de profissionais é menor que nos demais períodos.

Havia uma reorganização do trabalho de modo a poupar os trabalhadores que apresentam dificuldade para realizar atividades de maior exigência física, sendo estes alocados em atividades de menor demanda. Foi verbalizado pela equipe que esta mesma atitude é tomada quando um trabalhador "sofre" com as demandas de afeto e dor/sofrimento manifestadas pelo paciente.

No período noturno, de modo geral, havia um menor número de profissionais do hospital: a equipe médica passa a funcionar em regime de plantão, assim como os serviços de apoio (farmácia, banco de sangue, higiene, laboratório, raio X). Desse modo havia uma maior dificuldade na resolutividade de situações emergenciais, o que era para estes trabalhadores um fator estressante em relação ao seu cotidiano de trabalho.

Em relação às condições de trabalho pode ser observada a existência de poucos sanitários (um por andar), sendo que alguns estavam inutilizáveis, a inexistência de bebedouros de uso exclusivo ao funcionário (para cada duas enfermarias existe um bebedouro, porém este é também para uso dos pacientes). A refeição servida pelo hospital era composta por um lanche (pão de leite com queijo, presunto ou mortadela) e um suco ou uma fruta e um suco.

Não existem locais e mobiliário adequado para pausas e descansos e o horário reservado para alimentação não é cumprido na maioria das vezes devido ao pequeno número de profissionais de cada setor.

O acesso à supervisão é bem menor, uma vez que seu número é reduzido neste período, há também menor acesso a diretoria de enfermagem que não se faz presente neste período.

Há grande queixa por parte dos trabalhadores em relação ao acesso às informações (mudança nas rotinas e oportunidades oferecidas pelo hospital). Não havia manual de normas e rotinas por devido a sua reformulação.

7 - DISCUSSÃO DOS DADOS

A população estudada era composta de 83,64% de trabalhadores do sexo feminino e 16,35% do sexo masculino (Tabela 09), historicamente o hospital tem concentrado trabalho feminino na assistência à saúde. Segundo Lopes (1992) três de cada quatro empregos hospitalares são ocupados por mulheres, e quatro em cada cinco empregos do cuidado em saúde (enfermagem e outros auxiliares) são por elas ocupados.

A idade destes trabalhadores variou entre 24 e 59 anos, com média de 39 anos e 8 meses e mediana de 40 anos (DP 7,39). È necessário considerar a transição demográfica e epidemiológica vivenciada pelo Brasil propiciando ao país, dentro de alguns anos, uma posição mundial de destaque em relação à população idosa.

Definiu-se que em países desenvolvidos, a promoção a saúde deve iniciar-se junto a trabalhadores com mais de 45 anos de idade, pois estes estão mais sujeitos a diminuição de algumas capacidades funcionais (OMS, 1993).

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

Grande parte da população vivia com companheiro (49%), começaram a trabalhar entre os 7 e 40 anos de idade com média de 16 anos (DP 5,41), o grau de escolaridade desta população é elevada, visto que 82,6% dos sujeitos entrevistados têm onze anos ou mais de escolaridade.

Destacam-se dois pontos neste contexto, a existência de um trabalhador sem capacitação necessária para desempenhar a função de auxiliar de enfermagem (curso primário incompleto) e grande número de trabalhadores com escolaridade superior a exigida para a função desempenhada; 23,1% dos técnicos de enfermagem e 29,2% dos auxiliares estavam cursando ou já concluíram o ensino superior e 61,5% dos auxiliares já cursaram ou estão cursando o ensino médio.

As atividades domésticas eram realizadas por 89,7% dos trabalhadores, sendo que 72,5% dos homens referiram realizar atividades domésticas. Entre os trabalhadores 74% responderam disponibilizar parte do tempo para o cuidado com filhos.

Ao analisar as condições de trabalho como fonte de impacto à saúde, deve-se reconhecer o papel das mulheres como responsáveis pelas atribuições domésticas- papel que tem se alterado pouco apesar da crescente participação feminina na força de trabalho. Quando realizados sob condições adversas, ambos os trabalhos (doméstico e profissional) afetam a saúde física e mental das mulheres, enquanto apenas o trabalho profissional tende a afetar a saúde nos trabalhadores do sexo masculino (ROTENBERG et al., 2001).

O reconhecimento das diferenças (e desigualdades) entre homens e mulheres quanto ao dia-a-dia demanda abordagens que analisem a especificidade da situação feminina quanto à saúde (ROTENBERG et al, 2001).

O tempo de trabalho neste hospital variou entre 1 mês e 28 anos, com média de 10 anos e 5 meses, mediana de 9 anos (DP 4,51),

Em relação ao tempo gasto para o transporte até o trabalho (ida e volta) as respostas variaram entre 30 minutos e 8,5 horas, com média de 2 horas e 10 minutos. O número reduzido de viagens apareceu como fator decisivo para opção de permanência no período noturno para as pessoas que moravam em outras cidades, isso pode ser explicado pela jornada de trabalho seguindo uma escala de 12 horas de trabalhadas para 60 horas de descanso.

A maioria dos trabalhadores referiu que o trabalho noturno interferia em sua saúde (72,4%), sendo que destes 53,1% sentiram esta interferência de forma negativa, devido ao prejuízo social, a alteração de humor, alteração de hábitos (alimentação, sono). Para os que responderam que trabalhar à noite interfere de forma positiva em sua vida as justificativas foram: adaptação ao horário devido à sensação de não interferência do trabalho na vida social e hábitos, ter mais tempo livre para si e para os filhos, pela facilidade de realização de cursos, exercícios físicos, atividades de lazer, menor número de viagens (menos tempo gasto com transporte). Esses dados corroboram com os dados já mencionados em pesquisas que abordam a tolerância dos trabalhadores em relação ao trabalho noturno. (Costa 2000, Costa 2003, Fischer 2003, Fischer 1996),

> Essas dificuldades familiares e sociais são queixas mais freqüentes do que as relacionadas aos problemas biológicos e, por vezes, são a principal causa de má adaptação ao turno de trabalho, tendo ainda uma influência no desenvolvimento dos transtornos psicossomáticos.
>
> Por outro lado, o trabalho em turnos pode permitir o uso mais flexível das horas diurnas para atender a necessidades ou preferências em particular (isto é, acesso a serviços públicos, ao estudo, a um segundo emprego, atividades solitárias) ou no caso de pessoas que dão uma maior prioridade à família ou a tarefas domésticas do que ao lazer pessoal (p. ex. mulheres com filhos) (COSTA, 2003, p.86).

Parte destes trabalhadores desejam deixar de trabalhar neste período (25%), devido aos prejuízos decorrentes do trabalho noturno (prejuízo social, alteração nos hábitos e alteração de humor).

Das doenças com diagnóstico médico as que mais se destacaram foram às lesões por acidentes com 31,09%; as doenças músculo-esquelética; com 24,04%; as doenças respiratórias com 18,91%; as doenças cardiovasculares com 17,31% e as doenças endócrinas e metabólicas presentes em 16,67% da população. A predominância de lesões por acidentes e doenças músculo-esquelética provavelmente estavam relacionadas ao tipo de trabalho desenvolvido por esses trabalhadores, devido às exigências físicas no trabalho da equipe de enfermagem.

Esses resultados se assemelham aos estudos de Monteiro (1999), embora a população estudada seja distinta, no qual as lesões por acidentes, às doenças músculo-esquelética e as cardiovasculares foram as mais freqüentes entre os trabalhadores estudados, com elevado grau de escolaridade.

A hipertensão arterial diagnosticada apareceu entre 13,78% da população, sendo uma das doenças de maior prevalência. Esse resultado obtido se assemelha ao de Fischer et al. (2000) com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário na cidade de São Paulo, no qual 10,8% tinham hipertensão arterial.

Além da hipertensão arterial as doenças com diagnóstico médico de maior prevalência foram: lesão por acidente observado em 17,95% da população, dor nas costas que se irradia para a perna (ciática) presente em 12,82% dos entrevistados e distúrbio emocional leve constatada entre 12,18%.

É esperado que com o passar do tempo a dessincronização crônica dos ritmos biológicos dos trabalhadores levem ao desenvolvimento de várias doenças, este fenômeno tende a piorar com o passar da idade e o maior número de anos em trabalho noturno.

É importante ressaltar que conforme "esquema do desgaste do trabalhador em turnos ao longo da vida de trabalho: o envelhecimento funcional precoce (early aging) decorre de doenças (relacionadas ou não ao trabalho) e dos acidentes de trabalho" (FISCHER, 2003, p.70).

Ainda sob esta ótica, segundo esquema de Koller (1993) apud Fischer (2003) a fase de manifestação destas doenças ocorreria com 20 ou mais anos de exposição ao trabalho em turnos. No entanto, nesta pesquisa pudemos constatar a manifestação de doenças decorrentes do trabalho em turnos em trabalhadores com média de 9,04 anos de trabalho em período noturno.

Os trabalhadores que possuem um maior número de doenças tendem a ter a capacidade para o trabalho prejudicada, uma vez que o número de doenças apresentadas pelo trabalhador interfere no valor numérico do ICT.

O aparecimento das doenças na própria opinião aponta para a seguinte reflexão: ou o trabalhador ainda não procurou um serviço de assistência à saúde para avaliação de sua queixa, ou os profissionais da área da saúde não as diagnosticaram.

Ao estudar o tema envelhecimento e capacidade para o trabalho é imprescindível que se considere a realidade brasileira, ou seja, as mudanças demográficas, as transformações na legislação previdenciária e no mundo do trabalho, sendo que essas, em geral, têm trazido repercussões nas condições de trabalho e saúde da população.

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

Tuomi et al (1997c) consideram que a capacidade para o trabalho deverá ser restaurada ou mantida através da atividade física, que proporciona a oxigenação em nível celular, diminui o estresse e melhora a auto-estima. Destaco, entretanto, que as atividades físicas a serem realizadas por esses trabalhadores deverão ser adequadas à idade e, é importante considerar, que esses trabalhadores já realizam atividades predominantemente físicas no trabalho.

Uma outra maneira de manter a capacidade para o trabalho, é através da reorganização do trabalho, remanejando os trabalhadores com capacidade para o trabalho baixa ou moderada, para locais nos quais possam realizar o trabalho, de acordo com as suas possibilidades físicas e mentais, evitando, pois, o comprometimento da capacidade para o trabalho (TUOMI et al., 1997c).

Os dados sobre a capacidade para o trabalho entre os trabalhadores estudados mostraram um número considerável de trabalhadores com necessidade de melhora ou restauração da capacidade para o trabalho, ou seja, 28,2% (Tabela 14).

Esses resultados demonstram a necessidade de medidas de promoção, manutenção e restauração da saúde junto a esta população, tendo em vista a grande porcentagem de trabalhadores com ICT baixo e moderado, o envelhecimento da população como fenômeno atual e as alterações junto ao sistema previdenciário discutidas recentemente.

Ao discutir esse dado é imprescindível, portanto, considerar que a população estudada tem como característica a demanda mista de trabalho em sua atividade, e também o fato de que, a mesma está em processo de envelhecimento.

Comparando-se o ICT de homens e mulheres foi possível observar que maior porcentagem de mulheres tinha ICT baixo/moderado 31%, enquanto que apenas 13,7% dos homens tiveram ICT baixo/moderado.

Aplicando-se o teste de Qui-quadrado a associação foi considerada significativa para a variável sexo, o mesmo aconteceu realizando-se a análise univariada, sendo que as mulheres apresentam ICT pior que os homens, este dado corrobora com, os achados de Bellusci et al (1999), Tuomi (1997a), Cocco (2002) que constataram a chance maior de perda de capacidade precoce para o trabalho entre as mulheres do que em homem, sendo que para Bellusci e Fischer (1999) em estudo realizado com servidores de uma Instituição Judiciária, esta perda da capacidade para o trabalho estava associada as más condições de vida e as tarefas desenvolvidas no trabalho.

A escolaridade mostrou-se significativa em relação ao ICT realizando-se o teste de qui-quadrado e a análise univariada, sendo que quanto menor a escolaridade do trabalhador, menor é o ICT.

O tempo de trabalho em período noturno mostrou-se significativo em relação ao ICT realizando-se o teste de qui-quadrado e a análise univariada, sendo que quanto maior o tempo de trabalho em período noturno, menor é o ICT.

A idade em que começou a trabalhar mostrou-se significativa em relação ao ICT durante a realização da análise univariada, sendo que quanto menor a idade de início do trabalho, menor foi o ICT.

O índice de massa corpórea mostrou-se significativo em relação ao ICT realizando-se o teste de qui-quadrado e a análise univariada, sendo que quanto maior o índice de massa corpórea, menor foi o ICT.

O tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, outra atividade remunerada não foram significativas em relação ao ICT, de modo diverso do resultado obtido por Cocco (2002) em que houve correlação entre outro emprego simultâneo e a piora capacidade para o trabalho.

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

O desenvolvimento de atividade física foi observado em 46,8% dos trabalhadores. Verificou-se que 82,2% dos sujeitos que desempenhavam alguma modalidade de exercício físico apresentaram ICT bom/ótimo e que 67,5% daqueles que não desenvolviam qualquer atividade encontravam-se na mesma classificação (Tabela 29).

Na literatura pesquisada foi encontrado que o desenvolvimento regular de exercício físico incrementa a capacidade para o trabalho (Seitsamo & Ilmarinen,1997; Tuomi et al,1997b; Tuomi et al, 1997c).

Cocco (2002, p.123) em estudo com trabalhadores de uma empresa de tecnologia da informação encontrou que "os trabalhadores que não realizavam atividade física tinham 2,5 vezes mais risco de ter ICT moderado ou baixo do que aqueles que praticavam alguma atividade física".

No entanto, neste estudo não houve associação entre a variável ICT e atividade física aplicando-se o teste de Qui-quadrado e análise univariada.

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

A mediana da idade da população estudada foi 40 anos, com idade variando de 24 a 59 anos. Alguns estudos epidemiológicos, como os de ILMARINEN (1997) e CREMER (1996) verificaram a associação da idade com perda precoce da capacidade para o trabalho

Com o aumento da faixa etária houve diminuição do ICT, a faixa etária de 20 a 30 anos apresentou 6,8% (n=2) de sua população com ICT moderado ou baixo, de 30 a 40 anos 24% (n=30), de 40 a 50 anos 32,8% (n=32,8) e entre as pessoas com mais de 50 anos verificou-se de 41,1% apresentavam ICT baixo ou moderado. A categoria moderada do ICT foi mais freqüente na faixa etária de 40 a 50 anos com 48,9% (n=43) e na faixa etária entre 30 e 40 anos pode ser observada em 34,1% (n=30).

Aplicando-se o teste de Qui-quadrado a associação foi considerada significativa para a variável idade, sendo que as pessoas com faixa etária entre 41 e 58 anos apresentaram pior ICT, o mesmo ocorreu realizando-se análise univariada.

Há de considerar ainda, o fato dos trabalhadores de mais idade estarem no mercado de trabalho há mais tempo que os mais jovens.

O tempo de trabalho neste hospital mostrou-se significante em relação ao ICT sendo que quanto maior foi o tempo de trabalho neste hospital pior foi o ICT, demonstrando a necessidade de medidas que visem a promoção, manutenção e restauração da capacidade para o trabalho.

8 - CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar a capacidade para o trabalho entre os trabalhadores de enfermagem do período noturno do HC/UNICAMP, através da utilização do Índice de Capacidade para o Trabalho, mostrando que um número considerável de trabalhadores apresentou capacidade para o trabalho entre as categorias moderada ou baixa. Portanto, há necessidade do desenvolvimento de ações de saúde e programas de promoção à saúde, tendo em vista a recuperação e manutenção da capacidade para o trabalho.

Observou-se que a idade e o tempo de trabalho no hospital são as variáveis que mais influenciaram o ICT, sendo que com o aumento da idade e tempo de trabalho neste hospital há mais chance de os trabalhadores apresentarem ICT baixo/ moderado. Deste modo os programas de promoção, manutenção e restauração da capacidade para o trabalham deveriam ocorrer de madeira constante, acompanhando este trabalhador durante todo seu tempo de trabalho.

Há necessidade também de se avaliar o processo de trabalho e a condições de trabalho neste serviço visto que estes são os fatores que provavelmente levam a uma piora do ICT conforme o tempo de trabalho neste serviço.

Esta população se caracterizou por ser em sua maioria composta por trabalhadoras, com idade média de idade de 39 anos e 8 meses, de elevada escolaridade, que moram com os companheiros. Começaram a trabalhar em média com 16 anos, sendo que parte desta população tem interesse em deixar de trabalhar no período noturno.

O grupo de doenças com diagnóstico médico mais freqüente foram às lesões por acidentes, às doenças músculo-esquelética, as doenças respiratórias, as doenças cardiovasculares e as doenças endócrinas e metabólicas. As patologias mais freqüentes foram: as lesões nas costas, a hipertensão arterial, a dor nas costas que se irradia para a perna, o distúrbio emocional leve, a lesão nas mãos e a obesidade.

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

9 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

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

ANDRADE, C.B. **Envelhecimento e Capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Serviço de Higiene e Limpeza de um Hospital Universitário.** Campinas, 2002. (Dissertação – Mestrado - Universidade Estadual de Campinas). 100p.

AQUINO, E.M.L.; ARAUJO, M.J.S.; MENEZES, G.M.S.; MARINHO, L.F.B. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. **Rev Bras Enf**, v. 46, n. 3/4, p. 245-257,1993.

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

BELLUSCI, S.M. BARRIOS, S.R.L.; FISCHER, F.M.; BORGES, F.N.S. Capacidade para o trabalho de funcionários de um hospital filantrópico. In: IX CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 1999. Salvador: **ABERGO**, 1999.

BORGES, F.N.S. **Repercussões do trabalho em turnos noturnos de 12 horas no sono e bem estar em auxiliares de enfermagem e enfermeiros.** São Paulo, 2002. (Dissertação – Mestrado - Universidade de São Paulo). 138p.

BRITO, J.C. **Saúde, Trabalho e modos sexuados de viver.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, 179 p.

CANTERO, M.A.R.; FISCHER, F.M.; SOBREIRO, A.R.; GASPAR, C.J.; AHUVIA, A. Determinação de Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) em trabalhadores da área de Recursos Humanos de empresa de papel e celulose, SP. In: CONGRESSO ANAMT 2001. **Anais do Congresso Nacional de Medicina do trabalho.** Belo Horizonte: ANANT, 2001 p.2085-2089.

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

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

DURAN, E.C.M. **Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro de um Hospital Universitário.** Campinas, 2002. (Dissertação – Mestrado - Universidade Estadual de Campinas). 100p.

FISCHER, F.M. **Condições de trabalho e de vida em trabalhadores do setor petroquímico.** São Paulo, 1990. (Tese - Livre Docência - Universidade de São Paulo). 326p.

FISCHER, F.M.; LIEBER, R.R.; BROWN F.M. Trabalho em turnos e as relações com a saúde-doença. In: Mendes R. (coord). **Patologia do trabalho.** São Paulo: Atheneu, p. 545-572, 1995.

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

ILMARINEN, J. TUOMI, K.; ESKELINEN, L.; NYGARD, C-H.,; HUUTHTANEN, P.; KLOCKARS, 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 Jornal Work Environ Health**, v.17, suppl 1, p. 135-41, 1991b.

LEVY, M.S.F.; PAGLIARO, H. The aging of working-age population in Brazil. In: 13TH TRIENAL CONGRESS OF THE INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION, Tempere, **Congress of the International Ergonomics Association,** Finland, 1997.

LINHART, D. El trabajo y el empleo em Francia: algunos alenentos del debate científico. **Sociologia del trabajo**, n.31, p. 15-36, 1997.

LOPES, M.J.M. Pensando mulher, saúde e trabalho no hospital. **Rev Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v.13, n.11, p. 34-36, 1992.

NEVES, M.A., Reestruturação Produtiva, Qualificação e Relações de Gênero. In: ROCHA, M.I.B. **Trabalho e gênero:** mudanças, permanências e desafios. Campinas, ABEP, NEPO/ UNICAMP; CEDEPLAR/ UFMG; São Paulo: Ed 34, 2000. p.171-185.

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

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

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 1999. 204p.

SILVA, V.E.F.; KURGANT, P.; QUEIROZ, V.M. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. **Rev Bras Enferm,** Brasília, v. 51, n.4, p.603-14, 1998.

TUOMI, K.; ILMARINEN, J.; HUUHTANEN, P. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. **Occup Med,** v.51, n.5, p. 318-324, 2001.

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

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. (org.). Neoliberalismo, trabalho e sindicatos. In: ANTUNES, R. (org.). **Reestruturação produtiva na Inglaterra e no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 1997. p. 71-84.

BELLUSCI, S.M. **Envelhecimento e Condições de trabalho em servidores de uma instituição Judiciária- Tribunal Regional Federal da 3ª Região, São Paulo**. São Paulo, 1998. (Dissertação - Mestrado – Universidade de São Paulo). 84p.

COCCO, M.I.M. **Reestruturação Produtiva e o setor de saúde:** trabalhadores de enfermagem em saúde coletiva. São Paulo, 1997. (Tese – Doutorado - Universidade de São Paulo). 264p.

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

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). 168p.

COSTA, E.; MORITA, I.; MARTINEZ, M.A.R. Percepção dos Efeitos do Trabalho em Turnos Sobre a Saúde e a Vida Social em Funcionários da Enfermagem em um Hospital Universitário do Estado de São Paulo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p, 553-555, abr-jun, 2000.

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

COSTA, G. Saúde e trabalho em turno e noturno. In: FISCHER, F.M.; MORENO, C.R.L.; ROTENBERG, L. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas.** Editora Atheneu, 2003, p.79-98.

FISCHER, F.M. Efeitos do trabalho em turnos fixos e de revezamento para a saúde dos trabalhadores. In: CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES, 1996, **Seminário Nacional Sobre Jornada de Trabalho em Turnos de Revezamento, Exposições e Resultados**, São Paulo, p. 5-8, 1996.

FISCHER, F.M., BELLUSCI, S.M. Work ability index: survey among health care shiftworkers of São Paulo. In: HONBERGER, Sônia; KNAUTH, Peter; COSTA Giovanni, FOLKARD Simon (org.) **Shiftwork in the 21th Century.** Frankfurt., p. 195-200, 2000.

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.L.; ROTENBERG, L. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas.** Editora Atheneu, 2003, p.65-76.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, disponível em <http://www.ibge.gov.br/estatistica/populaciona.../censo2000> acessado em 20 jan. 2002.

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

ILMARINEN, J.; RANTANEN J. Promotion of work ability during ageing. **American Journal of Industrial Medicine Supplement,** v.1, p. 21-23, 1999.

KNAPP, L. SBPC: país deve estar pronto para envelhecimento. **O Estado de São Paulo.** São Paulo, 09 jul.2002, p. A10.

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

MARTINS, L. & LEAL, L.N. Uma década de avanços. Mas muito desiguais. **O Estado de São Paulo.** São Paulo. 20 dez 2001, p. A10.

MATTOSO, J.E.L. Transformações econômicas recentes e mudanças no mundo do trabalho. In: **Economia & Trabalho: textos básicos.** Universidade Estadual de Campinas. Campinas, p. 61-77, 1998.

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

MONTEIRO, M.S. **Envelhecimento e capacidade para o trabalho entre trabalhadores brasileiros.** São Paulo, 1999. (Tese – Doutorado - Universidade de São Paulo).

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

ROTENBERG, L.; PORTELA, L.F.; MARCONDES, W.B.; MORENO, C.; NASCIMENTO, C.P. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 639-649, maio-jun, 2001.

RUTENFRANZ, J., FISCHER, F.M.; KNAUTH, P. **Trabalho em turnos e noturno.** Editora Hucitecd, São Paulo, 1989. 135p.

TUOMI, K.; ILMARINEN, J.; SEITSAMO, J.; HUUHTANEN, P.; MARTIKAINEN, R.; NYGARD, C-H.; KLOCKARS, M. Summary of the Finnish research project (1981-1992) to promote the health and work ability of aging workers. **Scand Jornal Work Environ Health**, v.23, supl 1, p. 66-71, 1997a.

TUOMI, K.; ILMARINEN, J.; JAHKOLA, A.; KATAJARINNE, L.; TULKKI, A. **Índice de Capacidade para o trabalho**. Institute of Occupational Health, Helsinki, traduzido por FISCHER, F.M. (cord) et al, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1997b, 19p.

TUOMI, K.; ILMARINEN, J.; MARTIKAINEN, R.; KLOCKARS, M. Aging, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981 - 1992. **Scand Jornal Work Environ Health**, v. 23, suppl 1, p. 58-65, 1997c.

11 - ANEXOS

Consentimento livre e esclarecido

Responsável pela pesquisa: Manuela de Santana Pi Chillida

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Monteiro Cocco

Nome do funcionário: _____

Esta pesquisa tem como objetivos a avaliação da capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem, que trabalham em período noturno de um hospital Universitário, a caracterização do perfil desses trabalhadores (sexo, faixa etária, tempo de serviço, estado conjugal), bem como a identificação e compreensão da maneira como os trabalhadores de enfermagem percebem a influência do trabalho noturno em relação a sua saúde, dimensionando e contextualizando o quanto o trabalho noturno interfere no cotidiano deste trabalhador.

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de diagnóstico da realidade acerca da relação envelhecimento para o trabalho e trabalho noturno em enfermagem, proporcionando questionamentos em relação a necessidade de se desenvolver estudos e estratégias de promoção à saúde do trabalhador.

Será solicitado que você responda um questionário com duração aproximada de trinta minutos, contudo, você tem o direito de se recusar a participar desta pesquisa sem que isso prejudique o andamento da mesma ou o prejudique em seu trabalho. As informações coletadas apresentam caráter confidencial, garantindo sua privacidade, visto que sua identificação não será exposta nas conclusões ou publicações derivadas desta pesquisa. Estará garantindo o direito de esclarecimento de eventuais dúvidas antes, durante e após o desenvolvimento deste trabalho, bem como os benefícios dela advindos.

_____

Assinatura do funcionário

_____

Assinatura da responsável pela pesquisa

Telefone para contato com a responsável pela pesquisa: 32274865

Telefone da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa para recursos ou reclamações: 3788-89365

COCCO (1996)

1. Qual é o seu sexo? Nº____

Feminino ( )
Masculino ( )

3. Qual é a sua idade? _____anos

3. Qual é o seu Peso: _____ Altura: _____

4. Você fuma? Sim ( ) Não ( )

Em caso afirmativo, quantos cigarros por dia? _____

5. Você ingere bebidas alcoólicas? ( ) sim ( )não

6. Qual é o seu estado conjugal?

Solteiro (a)	( )
Casado (a)	( )
Vive com companheira (o)	( )
Separado (a)	( )
Divorciado (a)	( )
Viúvo (a)	( )

7. 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	( )
Outro	( ) Qual?_____

8. Há quanto tempo você trabalha nesta empresa? _____

9. Qual é a sua função?_____

10. Exerce cargo de chefia? Não ( ) Sim ( ) Qual _____

11. Descreva o que você faz no seu trabalho

_____

_____

_____

12. Com que idade você começou a trabalhar? _____ anos

13. Você já ficou desempregado? Não ( ) Sim ( )

Por quanto tempo? _____anos _____ meses

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

Empresa Ramo de atividade Duração (anos) Função Riscos à saúde no trabalho

_____

_____

_____

15. Você desenvolve outra atividade profissional remunerada?

Não ( ) Sim ( ) Qual(is)? _____

Durante quantas horas?_____

16. Você realiza tarefas domésticas?

Não ( ) Sim ( )

Durante quantas horas por dia?_____ horas e _____minutos

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

_____horas e _____minutos

18. Atividades de lazer – anotar a freqüência:

D (diária), FS (final de semana), S (semanal), M (mensal)

( ) Ir ao cinema
( ) Leitura de livros
( ) Leitura de jornal / revista
( ) Passear
( ) Freqüentar Igreja
( ) Visitar família
( ) Ouvir música
( ) Assistir TV
( ) Dançar
( ) Almoçar / jantar fora de casa
( ) Freqüentar associação
( ) Reunião com amigos
( ) Praticar exercícios físicos
( ) Outros_____

19. Atividade física: Não ( ) Sim ( ) Assinale quais:

Atividade Física	Duração (minutos)	Quantas vezes na semana
Caminhada		
Andar de bicicleta		
Nadar		
Ginástica (em casa)		
Ginástica (academia)		
Outra. Qual?		

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

_____ horas e _____ minutos

TUOMI et al (1997b)

21. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual?

Estou incapaz para o trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	**Estou em minha melhor capacidade para o trabalho**

22. 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
( ) Baixa
( ) Muito baixa

23 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
( ) Baixa
( ) Muito Baixa

24. 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 / mãos
( )	( )	03	Lesão nas pernas / pés
( )	( )	04	Lesão em outras partes do corpo. Onde? Que tipo de lesão?_____
			DOENÇA MÚSCULO-ESQUELÉTICA
( )	( )	05	Doença da parte superior das costas, ou região do pescoço, com dores freqüentes
( )	( )	06	Doença da parte inferior das costas, com dores freqüentes
( )	( )	07	Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)
( )	( )	08	Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços, pernas) com dores freqüentes

Em minha opinião	Diagnóstico médico		
( )	( )	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 cardíaca
( )	( )	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?_____
		DISTÚRBIO MENTAL	
( )	( )	23	Distúrbio emocional severo (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?_____
		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	Outra erupção, qual?_____
( )	( )	41	Outra doença de pele, qual?_____
( )	( )	42	Tumor benigno
( )	( )	43	Tumor maligno (câncer), onde?_____

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?_____

25. 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 causa alguns sintomas
( ) Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
( ) Freqüentemente 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
( ) Na minha opinião, estou totalmente incapacitado para trabalhar

26. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a um problema de saúde, consulta médica ou para fazer 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

27. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a dois anos, fazer seu trabalho atual?

( ) é improvável
( ) Não estou muito certo
( ) Bastante provável

28. Recentemente você tem se conseguido apreciar suas atividades diárias?

( ) Sempre
( ) Quase sempre
( ) às vezes
( ) Raramente
( ) Nunca

29. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

( ) Sempre
( ) Quase sempre
( ) às vezes
( ) Raramente
( ) Nunca

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

( ) Continuamente
( ) Quase sempre
( ) Às vezes
( ) Raramente
( ) Nunca

CHILLIDA (2002)

31. Trabalha há quanto tempo no período noturno?_____

32. Trabalhar `a noite interfere de alguma forma em sua vida?

Sim ( ) Não ( ) De que maneira?_____

_____

_____

33. Você tem intenção de deixar de trabalhar neste período? Sim ( ) Não ( )

Porque?_____

_____

_____

Roteiro de observação

1. Fatores de risco relacionados ao ambiente de trabalho
2. Apoio e cooperação por parte dos colegas de trabalho
3. Organização do trabalho
4. Condições de trabalho