

**GIOVANA PIMENTEL GURGUEIRA**

**CONTRIBUIÇÕES AO ESTUDO DE QUALIDADE DE VIDA  
E DE RESTRIÇÕES DE TRABALHO EM UMA  
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

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 **GIOVANA PIMENTEL GURGUEIRA**

  
PROFA. DRA. NEUSA MARIA COSTA ALEXANDRE  
Orientadora

**CAMPINAS**

**2005**

*i*

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

**GIOVANA PIMENTEL GURGUEIRA**

**CONTRIBUIÇÕES AO ESTUDO DE QUALIDADE DE VIDA  
E DE RESTRIÇÕES DE TRABALHO EM UMA  
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

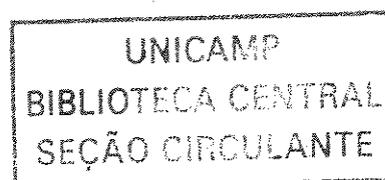
*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem,  
área de concentração em Enfermagem e Trabalho.*

**ORIENTADORA:** Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre

**CAMPINAS**

**2005**

*ii*



UNIDADE BC  
Nº CHAMADA T/UNICAMP  
G962C  
V \_\_\_\_\_ EX \_\_\_\_\_  
TOMBO BC/ 64789  
PROC 6.00086.05  
C \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_  
PREÇO 11,00  
DATA 20/07/05  
Nº CPD \_\_\_\_\_

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

Bib. id. 358497

G962c Gurgueira, Giovana Pimentel  
Contribuições ao estudo de qualidade de vida e de restrições de  
trabalho em uma instituição hospitalar / Giovana Pimentel  
Gurgueira. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Neusa Maria Costa Alexandre  
Dissertação ( Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde e trabalho. 2. Enfermagem. 3. Ergonomia. I. Neusa  
Maria Costa Alexandre. II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Data da defesa: 16/02/2005

---

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

---

---

Orientadora: Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre

---

---

Membros:

---

1. Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre
2. Profa. Dra. Maria Cecília Cardoso Benatti
3. Profa. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

---

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

**DEDICATÓRIA**

*Ao MARCELO, pelo carinho, compreensão e apoio durante  
meu aprimoramento pessoal.*

*Aos meus pais, ELIANA e LUIZ, pelo amor e incentivo em  
todos os dias de minha vida.*

## *AGRADECIMENTOS*

---

Agradeço a todos que colaboraram para que a concretização deste trabalho fosse possível.

À Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre, pelo meu despertar e incentivo à pesquisa, pela valiosa orientação e estimada amizade.

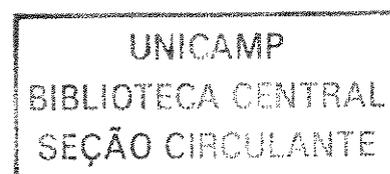
Às Profas. Dras. Maria Cecília Cardoso Benatti, Maria Cecília Bueno Jaime Gallani, Maria Filomena Ceolim e Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi, pelas sugestões e apoio recebidos.

À socióloga Maria José Duarte Osis, à supervisora de desenvolvimento de pessoal Loide de Souza Mafra e à analista de recursos humanos Rosângela F.T. Gontijo, pelo valioso auxílio prestado.

Ao estatístico Helymar C. Machado, pela disponibilidade e colaboração na apresentação dos resultados.

Aos docentes e colegas do curso de Mestrado, pelo convívio e pela amizade.

À Direção e funcionários do Hospital de Clínicas da UNICAMP, por favorecerem a realização deste trabalho.



---

	<i>Pág.</i>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xii</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xv</i>
<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2- OBJETIVOS</b> .....	25
<b>2.1- Objetivo geral</b> .....	26
<b>2.2- Objetivos específicos</b> .....	26
<b>3- METODOLOGIA</b> .....	27
<b>3.1- Tipo de Estudo</b> .....	28
<b>3.2- Local de Estudo</b> .....	28
<b>3.3- População</b> .....	29
<b>3.4- Instrumentos de Coleta de Dados</b> .....	29
3.4.1- Ficha para caracterização dos laudos e das restrições de trabalho.....	29
3.4.2- Ficha para caracterização dos trabalhadores com laudos contendo restrições de trabalho.....	30
3.4.3- Questionário de qualidade de vida.....	32
<b>3.5- Coleta de Dados</b> .....	33
<b>3.6- Análise dos Dados</b> .....	34
<b>3.7- Aspectos Éticos</b> .....	34

<b>4- RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1- Caracterização dos laudos e das restrições de trabalho.....</b>	<b>37</b>
<b>4.2- Caracterização dos trabalhadores que receberam laudos contendo restrições de trabalho.....</b>	<b>44</b>
4.2.1- Dados gerais, ocupacionais e de saúde.....	45
4.2.2- Qualidade de vida.....	55
<b>5- DISCUSSÃO.....</b>	<b>57</b>
<b>5.1- Laudos e restrições de trabalho.....</b>	<b>58</b>
<b>5.2- Trabalhadores com laudos contendo restrições de trabalho.....</b>	<b>63</b>
5.2.1- Dados gerais, ocupacionais e de saúde.....	63
5.2.2- Qualidade de vida.....	69
<b>6- CONCLUSÃO.....</b>	<b>73</b>
<b>7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>77</b>
<b>8- ANEXOS.....</b>	<b>86</b>
<b>9- APÊNDICES.....</b>	<b>94</b>

## *LISTA DE ABREVIATURAS*

---

<b>ADP</b>	Ambulatório de doenças profissionais
<b>ASO</b>	Atestado de saúde ocupacional
<b>AT</b>	Acidente do trabalho
<b>CAT</b>	Comunicação de acidentes do trabalho
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de enfermagem
<b>DORT</b>	Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
<b>D.P.</b>	Desvio padrão
<b>EPI</b>	Equipamento de proteção individual
<b>FAPESP</b>	Fundação de amparo à pesquisa do Estado de São Paulo
<b>INSS</b>	Instituto Nacional da seguridade social
<b>LER</b>	Lesões por esforços repetitivos
<b>MPP</b>	Medidas de proteção padrão
<b>NR-7</b>	Norma regulamentadora n. 7
<b>OMS</b>	Organização mundial de saúde
<b>PCMSO</b>	Programa de controle médico de saúde ocupacional
<b>SF-36</b>	The medical outcomes study 36-item short-form health survey
<b>UFMG</b>	Universidade Federal de Minas Gerais
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>UTI</b>	Unidade de terapia intensiva

	<i>Pág.</i>
<b>Tabela 1</b> Distribuição dos trabalhadores com laudos contendo restrições de trabalho segundo a categoria ocupacional em um período de três anos.....	38
<b>Tabela 2</b> Freqüência dos laudos contendo restrições de trabalho dentro da equipe de enfermagem em um período de três anos.....	39
<b>Tabela 3</b> Período de vigência dos laudos médicos e atestados de saúde ocupacional contendo restrições de trabalho em meses.....	41
<b>Tabela 4</b> Classificação dos tipos de restrições de trabalho prescritas a trabalhadores de um hospital universitário.....	43
<b>Tabela 5</b> Faixa etária dos trabalhadores quando receberam os laudos contendo restrições de trabalho nos últimos 12 meses.....	45
<b>Tabela 6</b> Distribuição dos trabalhadores com laudos de restrições de trabalho nos últimos 12 meses segundo a categoria ocupacional.....	46
<b>Tabela 7</b> Freqüência das restrições de trabalho dentro da equipe de enfermagem nos últimos 12 meses .....	47
<b>Tabela 8</b> Unidades de trabalho dos sujeitos quando receberam os laudos contendo restrições de trabalho.....	49
<b>Tabela 9</b> Unidades de trabalho para onde os trabalhadores foram transferidos após terem recebido os laudos contendo restrições.....	50

<b>Tabela 10</b>	Total de horas trabalhadas na semana pelos sujeitos quando receberam os laudos contendo restrições de trabalho.....	53
<b>Tabela 11</b>	Principais queixas de saúde atuais referidas.....	54
<b>Tabela 12</b>	Principais motivos que levaram os trabalhadores ao não cumprimento das restrições .....	55
<b>Tabela 13</b>	Resultados das dimensões do SF-36 dos trabalhadores com laudos contendo restrições de trabalho nos últimos 12 meses.....	55
<b>Tabela 14</b>	Resultados médios das dimensões do SF-36 em trabalhadores com laudos contendo restrições de trabalho nos últimos 12 meses e na população geral.....	56

	<i>Pág.</i>
<b>Figura 1</b> Sugestões apresentadas pelos juízes na avaliação do instrumento para caracterização dos laudos e das restrições de trabalho quanto à validade do conteúdo.....	30
<b>Figura 2</b> Sugestões apresentadas pelos juízes na avaliação do instrumento para caracterização dos trabalhadores com laudos contendo restrições de trabalho quanto à validade do conteúdo.....	32
<b>Figura 3</b> Distribuição dos laudos contendo restrições de trabalho de acordo com a categoria ocupacional de enfermagem nos últimos 3 anos.....	40
<b>Figura 4</b> Tempo de restrição de trabalho.....	41
<b>Figura 5</b> Número de restrições de trabalho por laudo médico e atestado de saúde ocupacional.....	42
<b>Figura 6</b> Número de restrições ergonômicas por laudo médico ou atestado de saúde ocupacional .....	44
<b>Figura 7</b> Distribuição dos laudos contendo restrições de trabalho nos últimos 12 meses de acordo com a categoria ocupacional de enfermagem.....	48
<b>Figura 8</b> Distribuição dos turnos de trabalho quando os trabalhadores receberam os laudos contendo restrições.....	50
<b>Figura 9</b> Distribuição dos turnos de trabalho dos trabalhadores após terem recebido os laudos contendo restrições.....	51
<b>Figura 10</b> Tempo de trabalho dos sujeitos quando receberam os laudos contendo restrições.....	52
<b>Figura 11</b> Periodicidade de uso dos equipamentos de proteção individual.....	53

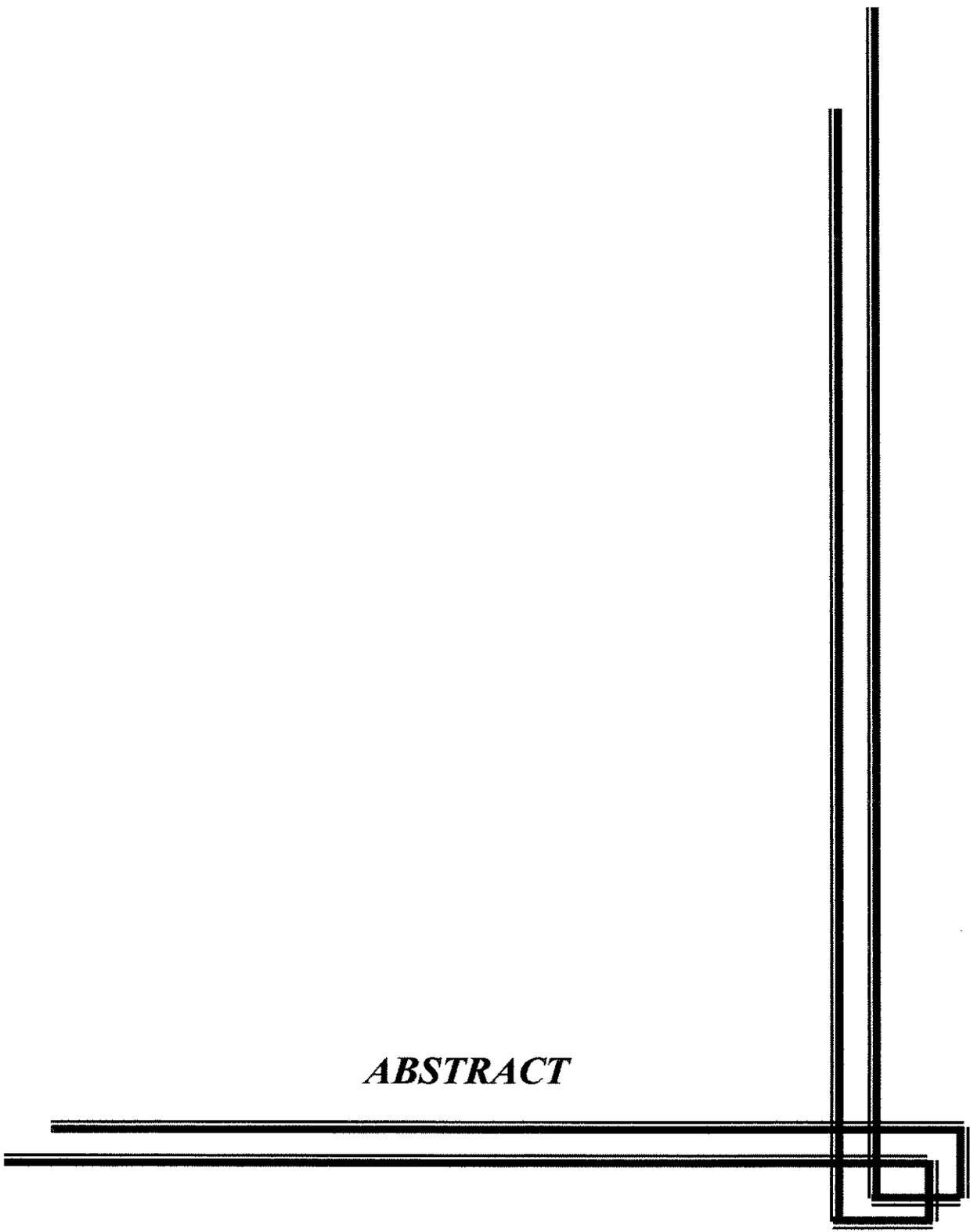
*RESUMO*

Trata-se de um estudo descritivo não-experimental, de corte-transversal, que teve por objetivos avaliar a qualidade de vida e as restrições de trabalho prescritas a trabalhadores de um hospital universitário. Foram utilizados para a coleta de dados: uma ficha para caracterização dos laudos e das restrições de trabalho; uma ficha para caracterização dos trabalhadores; o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. Inicialmente, obteve-se 176 laudos contendo um total de 337 restrições de trabalho nos últimos três anos. As categorias ocupacionais mais atingidas foram distribuidor de materiais e recreacionista e, dentro da equipe de enfermagem, os auxiliares foram os mais acometidos (66,2%). Houve uma média de duas restrições por laudo médico. Cerca de 14% dos sujeitos possuíam laudos anteriores contendo restrições. O período médio de vigência dos laudos contendo restrições foi de 13 meses e 79,5% eram definitivos. Os resultados demonstraram que é elevada a ocorrência de restrições de trabalho dentro da instituição estudada, sendo a restrição ergonômica a principal (78,6%). Posteriormente, mediante entrevista de 80 trabalhadores com restrições de trabalho nos últimos 12 meses, verificou-se que 90% eram do sexo feminino e possuíam uma média de 43 anos. Metade dos entrevistados possuía companheiro, com número médio de filhos igual a dois e composição familiar de cerca de três pessoas. Em relação à escolaridade, 31,2% dos sujeitos possuíam ensino fundamental completo, 23,8% ensino médio completo e 12,4% ensino superior completo. As categorias ocupacionais mais atingidas foram os técnicos em mecânica e em necropsia e, dentro da equipe de enfermagem, os auxiliares foram os mais acometidos (61,8%). As unidades de internação concentraram o maior número destes indivíduos (34%) e 25% dos participantes foram transferidos de setor após terem recebido a restrição. Houve uma mudança significativa de turno de trabalho dos indivíduos do período noturno para o administrativo. A média de tempo de trabalho na unidade e na ocupação foi de 12,4 e 12,8 anos, respectivamente. Em relação ao tempo de vida que trabalhava, a média foi de 18 anos. Cerca de 19% cumpria uma jornada de 40 horas semanais de trabalho ou mais. Apenas 56,3% dos sujeitos afirmaram utilizar sempre os equipamentos de proteção individual. Além disso, 80% referiram alguma queixa atual de saúde, sendo a dor nas costas a mais frequente (39,1%). Cerca de 14% dos sujeitos afirmaram que não estava sendo possível acatar as restrições, sendo o motivo principal a elevada demanda de trabalho da unidade. Em relação à qualidade de vida, as dimensões mais comprometidas foram

vitalidade (média=60,6) e dor corporal (média=62,8). A detecção precoce dos agravos à saúde deve-se constituir no objetivo permanente dos profissionais, dos serviços e das instituições responsáveis pela vigilância da saúde do trabalhador.

**Descritores:** Restrição de trabalho. Qualidade de vida. Hospital. Ergonomia. Saúde do Trabalhador. Enfermagem.

*ABSTRACT*



This was a descriptive non-experimental transversal study which aimed to evaluate quality of life and work restrictions prescribed to workers from a university hospital. Data were collected with: a questionnaire for medical reports and work restrictions categorization; a questionnaire for workers description; the SF-36 generic questionnaire of quality of life. Initially, it was obtained 176 medical reports containing a total of 337 work restrictions in the last three years. Occupational categories most affected were materials distributing men and recreation worker. Inside the nursing team, assistants were the most affected (66.2%). There was a mean of two restrictions per medical report. About 14.0% of the subjects had previous medical reports containing work restrictions. The mean period of duration of medical reports containing work restrictions was of 13 months and 79.5% were definitive. Results showed that work restrictions occurrence is elevated inside the institution of study, and ergonomic is the most important (78.6%). Later, through interviews with 80 employers who received work restrictions in the last 12 months, it was found that 90.0% were from feminine gender and had a mean of 43 years. Half of the subjects were married, with a mean of two children and a familiar composition around three people. 31.2% of subjects concluded primary school, 23.8% concluded secondary school and 12.4% concluded high school. Occupational categories most affected were mechanical and necropsy technicians. Inside the nursing team, assistants were the most affected (61.8%). The internment unities concentrated the major number of these individuals (34.0%) and 25.0% of the participants were transferred from sector after they received work restriction. There was an expressive change of working shift from nocturne period to administrative period. The mean time of working in the unity and on the occupation was about 12.4 and 12.8 years, respectively. There was a mean of 18 years of life work. By 19.0% did a 40 hours journey of work or more weekly. Only 56.3% of subjects affirmed that they always use individual protection equipments. Thus, 80.0% referred some kind of actual health complaint, and the most frequent was back pain (39.1%). Almost 14% of the subject affirmed that it was not possible to follow work restrictions, and the major reason was the elevated working demand among the unity. Quality of life dimensions most affected were vitality (mean=60.6) and corporal pain (mean=62.8). Early detection of Health injuries must be established as the permanent objective of the professionals, services and institutions responsible for workers health vigilance.

**Descriptors:** Work restriction. Quality of life. Hospital. Ergonomics. Occupational Health.  
Nursing.

## *1- INTRODUÇÃO*

A articulação entre trabalho, saúde e doença dos trabalhadores tem sido objeto de observação e reflexão dos estudiosos (DIAS, 1993; MIRANDA, 1998). No Brasil, a preocupação com a questão da saúde dos trabalhadores hospitalares iniciou-se na década de 70 (ROCHA e NUNES, 1993; BENATTI, 1997), quando o governo brasileiro regulamentou a obrigatoriedade dos serviços de segurança e medicina do trabalho nas empresas (ROCHA e NUNES, 1993).

Os hospitais são empresas que estão associadas à prestação de serviços à saúde, visando à assistência, ao tratamento e à cura daqueles acometidos pela doença. No entanto, também são responsáveis pela ocorrência de uma série de riscos à saúde dos que ali trabalham. A maioria dos hospitais possui uma estrutura de alto nível de complexidade e diversidade de serviços e, conseqüentemente, variados riscos ocupacionais (BARBOSA, 1995; MULATINHO, 2001).

Consideram-se riscos ocupacionais todas as situações de trabalho que podem romper o equilíbrio físico, mental e social das pessoas e não somente as situações que originem acidentes e enfermidades (FUNDEN, 1996). Os riscos ocupacionais podem trazer conseqüências em curto, médio e longo prazos, isto é, provocar vários tipos de seqüelas, desde as imediatas, denominadas agudas, até as tardias, denominadas crônicas (BRASIL, 2001).

Pesquisadores e organizações têm identificado uma vasta gama de riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e de acidentes no ambiente de trabalho hospitalar (WAKAMATSU et al., 1986; ALEXANDRE, 1993; BENATTI, 1997; CARDO et al., 1997; ALEXANDRE e BENATTI, 1998; BENATTI e NISHIDE, 2000; GOLDMAN et al., 2000; NISHIDE, 2002). Uma classe de risco mais recente, intitulada “não-física” ou psicossocial, parece ser a principal causa de estresse ocupacional (GERSHON et al., 2000) e doenças psicossomáticas (PITTA, 1990).

O trabalhador da área da saúde, direta ou indiretamente ligado à assistência, demonstra preocupação significativa com o cuidado ao paciente e pouco com os riscos aos quais está exposto ao realizar esta ação. Embora este profissional promova o cuidado ao indivíduo doente, pouco sabe a respeito da sua própria saúde; o seu conhecimento é

genérico, fruto da prática cotidiana e não procedente da existência de um serviço de saúde ocupacional na instituição. Além disso, esse conhecimento não se transforma numa ação segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, revelando a necessidade de uma atuação para modificar desta circunstância (ROBAZZI e MARZIALE, 1999; SILVA, 2000; OLIVEIRA e MUROFUSE, 2001; NISHIDE, 2002).

Ao se estudar o impacto do trabalho ou dos processos de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, os danos podem ser classificados em dois grupos de ocorrências: os que se manifestam de forma aguda – os acidentes do trabalho (AT) e as intoxicações agudas; e os que se manifestam de modo insidioso – as doenças profissionais típicas e as doenças do trabalho ou doenças relacionadas ao trabalho (DIAS, 1993; MENDES, 2003).

O AT, de acordo com a Lei n. 8.213 de 24/7/91 da Previdência Social, pode ser definido como “aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, provocando lesão corporal, ou perturbação funcional que cause a morte, ou a perda, ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho” (SEGRE, 1985; DIAS, 1993). Entretanto, mesmo ocorrências que não resultem em lesões ou danos materiais devem ser consideradas como acidentes, necessitando de uma investigação do pessoal técnico para evitar a repetição do fato (BRASIL, 1995).

A percepção dos trabalhadores sobre a sua segurança ocupacional influencia na adoção de práticas seguras de trabalho, as quais podem se estender ao uso de equipamentos de proteção individual, ao manuseio adequado de materiais perfurocortantes, à aderência ao esquema de vacinação, entre outros (GERSHON et al., 2000). Desta forma, faz-se necessário o reconhecimento dos riscos no ambiente de trabalho, além do treinamento e conscientização de práticas seguras e fornecimento de forma contínua e uniforme dos dispositivos de segurança a todos os trabalhadores da área da saúde (BENATTI e NISHIDE, 2000; NISHIDE, 2002).

Há um conceito genérico de doença do trabalho, englobando-a como uma entidade previsível, geralmente de evolução crônica, que reduz as resistências orgânicas paulatinamente pelo acúmulo de agente patogênico, para se manifestar de forma integral. Assim, pode-se afirmar que as principais causas da doença profissional estão relacionadas ao ambiente de trabalho insalubre (ANDRADE, 1992). Apesar de ainda pouco definida no

âmbito da medicina, é uma categoria que surge por pressão do movimento dos trabalhadores, interessados em vê-la reconhecida, indenizada e modificadas as condições geradoras (DIAS, 1993).

A lei acidentária, na sua finalidade social, tem como objetivo prevenir, atenuar e indenizar o dano ou perda, por intermédio da concessão de prestações de benefícios e serviços. Após a constatação do acidente ou doença ocupacional, compete ao Estado reparar o dano sofrido pelo trabalhador, aplicando a legislação vigente. Tecnicamente, cabe à Perícia Médica do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) conferir ou afastar o nexo de causa e efeito entre a doença e o trabalho exercido pelo segurado. Posteriormente, também, cabe ao setor médico-pericial submeter o segurado à avaliação da capacidade laborativa, objetivando a concessão dos benefícios (auxílio-doença, auxílio-acidente, aposentadoria por invalidez) e proceder ao encaminhamento para a reabilitação profissional (ANDRADE, 1992).

Em conformidade com a Norma Regulamentadora n. 7 (NR-7), aprovada pela Portaria n. 3.214/78 do Ministério do Trabalho, sendo constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico, mesmo sem sintomatologia, caberá ao médico responsável: solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); indicar, quando necessário, o afastamento do trabalhador da exposição ao risco ou do trabalho; encaminhar o trabalhador à Previdência Social para estabelecimento do nexo causal, avaliação de incapacidade e definição de conduta previdenciária em relação ao trabalho; orientar o empregador quanto à necessidade da adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho. Convém observar que o trabalhador segurado que sofreu doença profissional ou de trabalho tem garantidos os mesmos direitos previdenciários e trabalhistas assegurados ao acidentado no trabalho (MIRANDA, 1998).

O laudo médico é o relato escrito e minucioso de todos os fatos específicos e de caráter permanente referentes a uma perícia médica, requisitada por autoridade competente a peritos oficiais ou, na inexistência destes, a peritos não oficiais, mas que tenham um compromisso moral de esclarecer a justiça (CROCE e CROCE JR., 1995; FRANCA, 1998). Seu emprego dá-se para exprimir a sentença, a decisão dos árbitros e pareceres ou relatórios de peritos (CROCE e CROCE JR., 1995).

O atestado de saúde ocupacional (ASO) é um documento emitido pelo médico para cada exame médico ocupacional realizado, em duas vias, sendo a primeira arquivada no local de trabalho, à disposição da fiscalização trabalhista, enquanto que a segunda será obrigatoriamente entregue ao trabalhador, mediante recibo da primeira via. Os dados obtidos nos exames médicos, incluindo avaliação clínica e exames complementares, as conclusões e as medidas aplicadas, deverão ser registrados em prontuário clínico individual, que ficará sob responsabilidade do médico coordenador do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional/PCMSO (ou seu substituto), e os registros deverão ser mantidos por período mínimo de 20 anos após o desligamento do trabalhador (MIRANDA, 1998).

As doenças profissionais e os AT constituem, no Brasil, um dos mais graves problemas de saúde pública. Contudo, o dimensionamento real da extensão deste problema e de seu custo social tem sido dificultado pelos mais diversos fatores, especialmente pelas políticas governamentais adotadas nas últimas décadas (VIEIRA, 1995; MIRANDA, 1998).

Um outro problema que tem preocupado a área hospitalar é a questão das limitações impostas aos trabalhadores que atuam neste setor. Essas restrições de trabalho são solicitadas com o objetivo de afastar o trabalhador da exposição aos riscos ocupacionais, ou devido à impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfológicas, psicológicas e ou fisiológicas provocadas por doença ou AT. Elas podem ser temporárias ou permanentes. Em geral, este fato pode levar a uma séria de situações organizacionais e psicossociais ao ambiente de trabalho, principalmente se houver uma redução significativa de recursos humanos.

Apesar da sua importância, pouco tem sido publicado no Brasil a respeito deste assunto. Além disso, por meio de levantamento informal realizado pela Coordenadoria de Recursos Humanos de um hospital universitário, local do estudo, constatou-se que a grande maioria das restrições impostas aos seus trabalhadores deve-se a sintomas musculoesqueléticos e questões ergonômicas.

Os desequilíbrios entre as exigências das tarefas e as margens deixadas pela organização do trabalho para que o trabalhador, durante o seu labor, mobilize as suas aptidões dentro das suas possibilidades, estão na origem das lesões por esforços repetitivos

(LER). Na década de 1990, as afecções denominadas pela Previdência Social de “distúrbios osteoarticulares (ou musculares) relacionados ao trabalho” (DORT), tornaram-se as afecções ocupacionais mais importantes no Brasil (ASSUNÇÃO e ALMEIDA, 2003).

Mundialmente, a ocorrência dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) vem crescendo nas últimas décadas. Apesar da reconhecida subnotificação das doenças do trabalho, os DORT representam as afecções mais registradas junto à Previdência Social. Na prática, o seu reconhecimento representa a incorporação de uma concepção multifatorial da doença do trabalho e o fato de o quadro clínico poder refletir uma síndrome nem sempre decorrente apenas do trabalho (FERREIRA JR, 2000). Devido ao peso dos fatores psicossociais, a sua avaliação no entendimento da dor musculoesquelética é tão importante quanto a avaliação dos fatores biomecânicos (ASSUNÇÃO e ALMEIDA, 2003).

O que está claro na designação dos DORT é a explícita ligação com o trabalho, sendo fundamental compreender esta associação não apenas às condições ambientais, mas ao posto e organização do trabalho e aos fatores psicossociais envolvidos (FERREIRA JR, 2000). Estudos apontam uma extensa lista de danos a todos os sistemas orgânicos em trabalhadores da área hospitalar, entre eles os problemas musculoesqueléticos, que são muito frequentes na equipe de enfermagem (BARBOSA, 1995; OWEN, 2000; GURGUEIRA et al., 2003).

A razão significativa para a escolha deste tema foi a de prosseguir a investigação sobre fatores que podem estar influenciando negativamente aspectos da qualidade de vida, alguns já identificados por GURGUEIRA e ALEXANDRE (2003), dando seguimento à linha de pesquisa sobre Saúde do Trabalhador e Ergonomia. As autoras encontraram uma ocorrência elevada de sintomas osteomusculares em múltiplas regiões corporais de trabalhadores de enfermagem, atingindo principalmente a região lombar, ombros, joelhos e região cervical. Os procedimentos relacionados com a movimentação e transporte de pacientes foram considerados os principais causadores de dor lombar, indicando que as atividades de cuidado direto aos pacientes poderia ser um fator de risco para a equipe de enfermagem. Outro aspecto relevante foi a constatação de que vários aspectos da qualidade de vida destes trabalhadores estavam comprometidos negativamente,

particularmente as dimensões dor, vitalidade, aspectos sociais, estado geral de saúde e saúde mental.

Destaca-se que não existem pesquisas nacionais que abordem a questão das restrições em trabalhadores da área da saúde, comprovando mais uma vez a necessidade de se realizar o presente estudo. Dentro desse contexto, a avaliação da qualidade de vida e das restrições impostas aos trabalhadores de uma instituição hospitalar, tema do estudo proposto, justifica-se pela atualidade e pela contribuição ao entendimento do processo saúde-doença dos trabalhadores de saúde hospitalar, no sentido de auxiliar em programas de prevenção e de reabilitação e em remanejamento de pessoal.

## ***2- OBJETIVOS***

## **2.1- Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade de vida e as restrições de trabalho prescritas aos trabalhadores de um hospital universitário.

## **2.2- Objetivos Específicos**

- Analisar determinados aspectos epidemiológicos (número, tipo, ocorrência, duração) das restrições prescritas aos trabalhadores em laudos médicos ou atestados de saúde ocupacional.
- Avaliar determinadas características (demográficas, ocupacionais, de saúde) dos trabalhadores que receberam laudos contendo restrições de trabalho.
- Verificar a qualidade de vida dos trabalhadores que receberam laudos contendo restrições de trabalho.

### ***3- METODOLOGIA***

### **3.1- Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo não-experimental, de corte-transversal (ROUQUAYROL, 1994; MEDRONHO, 2002), com informações retrospectivas obtidas em duas etapas:

- a) levantamento das restrições de trabalho em um período de três anos, contidas em laudos médicos e atestados de saúde ocupacional;
- b) entrevista de trabalhadores pertencentes ao quadro contratual de um hospital universitário que receberam laudos contendo restrições de trabalho nos últimos 12 meses.

### **3.2- Local de estudo**

A instituição estudada para a realização deste trabalho foi um hospital universitário, estadual, localizado na cidade de Campinas, no Estado de São Paulo, a 92 km da cidade de São Paulo. A escolha deste hospital como campo desta pesquisa deu-se por ser geral, governamental e de referência para outros hospitais dentro e fora do Estado de São Paulo.

Atualmente, este hospital possui capacidade física para 450 leitos e área construída de 65 mil metros quadrados, distribuídos em seis blocos interligados: bloco A (ambulatórios), bloco B (pronto-socorro, radiologia, centro cirúrgico ambulatorial, procedimentos especializados), bloco C (unidades de internação), bloco D (caixa d'água e elevadores, interligação entre os blocos A e C), bloco E (áreas de apoio técnico e administrativo, unidades de internação, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva e central de material), bloco F (laboratórios). Fazem parte do quadro contratual três mil trabalhadores, incluindo-se os contratados pela universidade e os terceirizados.

Os objetivos de ensino integrados aos de assistência e pesquisa estimulam a investigação necessária para a procura de novas formas de diagnósticos, tratamento e prevenção de doenças, além do bem-estar do paciente e dos próprios trabalhadores desta instituição.

### **3.3- População**

Foram incluídas as restrições de trabalho contidas em laudos médicos e atestados de saúde ocupacional, prescritas em três anos.

Também foram incluídos os trabalhadores que faziam parte do quadro contratual do Hospital em estudo com laudo médico ou atestado de saúde ocupacional contendo restrições de trabalho durante o ano de 2004.

Foram excluídos os trabalhadores que estavam em licença-saúde ou outro tipo de afastamento prolongado durante o período de coleta de dados e aqueles que não consentiram em participar da pesquisa.

### **3.4- Instrumentos de coleta de dados**

Os questionários são os instrumentos de tomada de informações mais comuns utilizados nos estudos transversais (MEDRONHO, 2002). Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados:

#### **3.4.1- Ficha para caracterização dos laudos e das restrições de trabalho**

Este instrumento foi desenvolvido para o levantamento das restrições impostas aos trabalhadores contidas em laudos médicos e em atestados de saúde ocupacional, tendo como suporte teórico outras investigações (BENATTI, 1997; NISHIDE, 2002). Para a sua formulação, também foi realizado um levantamento preliminar das características das restrições contidas em laudos médicos e em atestados de saúde ocupacional na Coordenadoria de Recursos Humanos da Instituição.

A ficha para caracterização dos laudos e das restrições de trabalho era composta de: dados gerais e ocupacionais (nome do trabalhador e categoria ocupacional) e considerações sobre as restrições (número de laudos anteriores contendo restrições, período de vigência, tempo e tipo de restrição).

Para a avaliação da validade do conteúdo, a ficha foi submetida à apreciação de seis especialistas, com experiência na área. O instrumento foi apresentado pessoalmente pela pesquisadora a cada um dos juizes, os quais foram devidamente instruídos. Três juizes

eram docentes da Faculdade de Ciências Médicas e três eram profissionais da área de Saúde do Trabalhador, todos pertencentes ao quadro funcional da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Após a exposição dos objetivos da pesquisa, foi solicitado que os especialistas analisassem e elaborassem sugestões quanto à objetividade, adequação, conteúdo, clareza, compreensão e forma de apresentação do instrumento. As críticas e sugestões feitas podem ser observadas na Fig. 1.

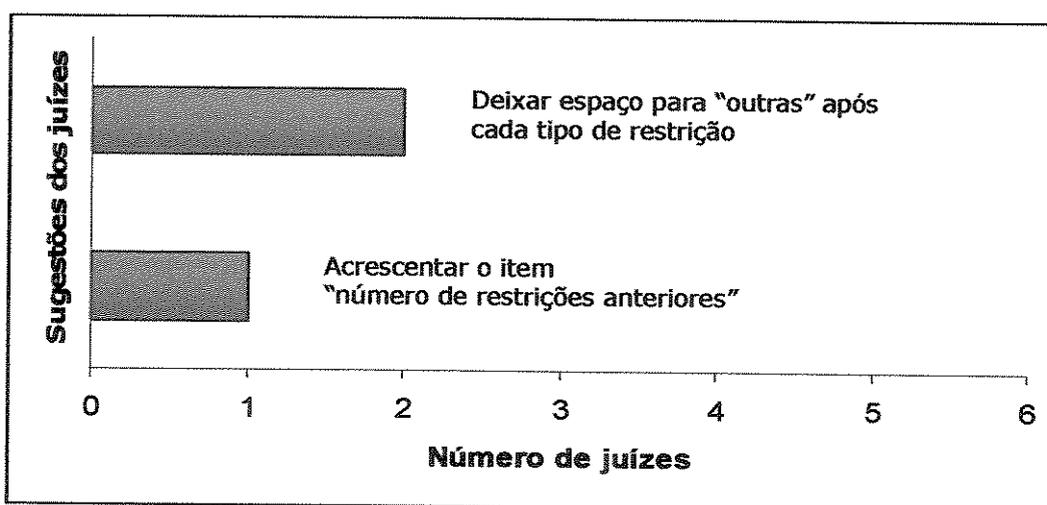


Figura 1- Sugestões apresentadas pelos juízes na avaliação do instrumento para caracterização dos laudos e das restrições de trabalho quanto à validade do conteúdo.

O instrumento foi adaptado e corrigido, obtendo-se a sua versão final (Apêndice 1).

### 3.4.2- Ficha para caracterização dos trabalhadores com laudos contendo restrições de trabalho

A ficha para caracterização dos trabalhadores com laudos contendo restrições de trabalho era composta de: dados de identificação (iniciais, idade, sexo); dados gerais (estado conjugal, número de filhos, composição familiar, escolaridade); dados ocupacionais

(categoria ocupacional, se mudou de setor de trabalho após receber a restrição, unidade e turno de trabalho quando recebeu a restrição e atual, em relação a quando recebeu o laudo com restrição: tempo de trabalho na unidade e na ocupação, tempo que trabalha, se possui outro emprego, total de horas trabalhadas na semana); dados sobre o processo saúde-doença (se faz uso de equipamento de proteção individual – EPI , se apresenta alguma queixa de saúde e se está sendo possível acatar às restrições).

Este instrumento foi desenvolvido tendo como suporte teórico outras investigações (MCGIBBON, 1997; NISHIDE, 2002; GURGUEIRA e ALEXANDRE, 2003).

Para a avaliação da validade do conteúdo, esta ficha também foi submetida à apreciação de seis especialistas, com experiência na área. O instrumento foi apresentado pessoalmente pela pesquisadora a cada um dos juízes, os quais foram devidamente instruídos. Três juízes eram docentes da Faculdade de Ciências Médicas, e os demais eram profissionais da área de Saúde do Trabalhador, todos pertencentes ao quadro funcional da UNICAMP.

Após a exposição dos objetivos da pesquisa, foi solicitado que os juízes analisassem e elaborassem sugestões quanto à objetividade, adequação, conteúdo, clareza, compreensão e forma de apresentação do instrumento. O instrumento foi adaptado e corrigido segundo as críticas e as sugestões feitas, as quais podem ser observadas na Fig. 2.

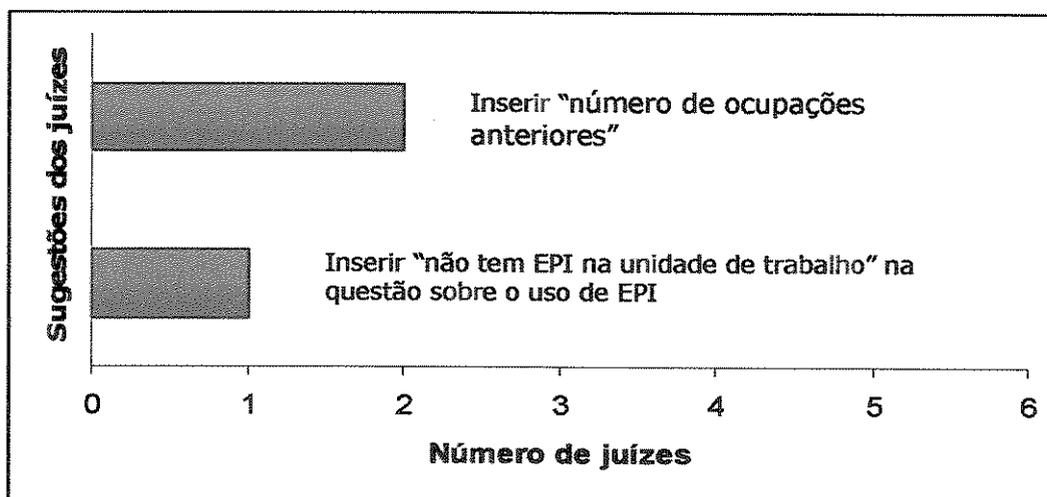


Figura 2- Sugestões apresentadas pelos juizes na avaliação do instrumento para caracterização dos trabalhadores com laudos contendo restrições de trabalho quanto à validade do conteúdo.

Após a aplicação da validade do conteúdo, realizou-se um pré-teste, pois uma vez que o esboço do instrumento esteja pronto, é necessário testá-lo antes de se iniciar o estudo principal. O pré-teste foi aplicado pela pesquisadora por meio da entrevista de 15 trabalhadores não envolvidos no projeto, obtendo-se uma versão final do instrumento (Apêndice 2).

#### 3.4.3- Questionário de qualidade de vida

Para avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores, foi utilizado o questionário SF 36 (The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey) (WARE e SHERBOURNE, 1992), o qual foi aplicado pela pesquisadora por meio da entrevista dos trabalhadores em hora e local de trabalho (Anexo 1).

Esse instrumento foi desenvolvido para ser um indicador genérico da avaliação do estado de saúde, que pode ser utilizado em pesquisas, na prática clínica e em avaliações de programas de saúde. Tem sido usado em estudos da população geral e em pacientes com diabetes, doenças pulmonares, problemas cardíacos, entre outros (PATRICK et al, 1995; HUTCHINSON et al, 1996; MELETICHE et al, 1999).

Seu desenvolvimento teve como suporte teórico a definição multidimensional de saúde estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. Ele aborda conceitos físicos e mentais e inclui escalas para avaliar oito dimensões: capacidade funcional; aspectos físicos; dor; aspectos sociais; saúde mental; aspectos emocionais; vitalidade e aspecto geral de saúde (PATRICK et al, 1995; MCDOWELL e NEWELL, 1996). Cada uma dessas dimensões pode receber um escore de zero a 100, sendo zero o indicador de pior estado de saúde possível e 100 o melhor. Deve-se avaliar cada dimensão em separado.

A escolha desse questionário deve-se ao fato de já ter sido validado na cultura brasileira, e também por ser considerado um instrumento simples e com questões diretas (CICONELLI et al, 1999). Apresenta também propriedades psicométricas confiáveis (MCDOWELL e NEWELL, 1996; CICONELLI et al, 1999).

### **3.5- Coleta de dados**

Inicialmente, foi realizado o levantamento dos laudos médicos e dos atestados de saúde ocupacional para identificação dos trabalhadores que receberam ou estavam com restrições de trabalho no período de janeiro de 2001 a janeiro de 2004; também foram verificadas as restrições impostas aos funcionários. Estes dados foram coletados mediante os processos de vida funcional (prontuários) arquivados na Coordenadoria de Recursos Humanos do hospital em estudo. Foi enviada uma carta de solicitação de consulta aos prontuários dos trabalhadores à coordenadoria do Serviço.

A partir do ano de 2001, o controle dos funcionários que receberam restrições de trabalho passou a ser informatizado, sendo as informações sobre os laudos médicos e atestados de saúde ocupacional inseridas em um banco de dados no programa

“Microsoft Access 2002”. Este fato ocorreu porque o número de trabalhadores no hospital em estudo ultrapassa três mil e anteriormente a 2001 os laudos médicos e atestados de saúde ocupacional eram arquivados apenas nos prontuários funcionais. Com a formação deste banco de dados informatizado foi possível realizar a presente pesquisa.

Após a identificação dos trabalhadores que receberam tais restrições nos últimos 12 meses, foram aplicados a “ficha para caracterização dos trabalhadores” e o SF-36, por meio de entrevista individual, realizada pela pesquisadora. Os participantes foram entrevistados em hora e local de trabalho.

### **3.6- Análise dos dados**

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do Setor de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Os dados obtidos foram organizados e inseridos no programa “Microsoft Excel 2002”. Para análise estatística foi utilizado o programa “The SAS System for Windows” (Statistical Analysis System), versão 6.12 (1996).

Inicialmente foi realizada uma análise estatística descritiva para avaliar determinados aspectos epidemiológicos (tipo, ocorrência, duração) das restrições de trabalho e características dos trabalhadores que receberam restrições de trabalho nos últimos 12 meses e também os escores de qualidade de vida (SF-36).

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

### **3.7- Aspectos éticos**

Os trabalhadores foram convidados a participar do estudo, quando receberam informações sobre os objetivos do mesmo e esclarecimentos de dúvidas. Os funcionários que concordaram em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e

Informado (Apêndice 3). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, processo número 99/2003 (Anexo 2), conforme recomendação da Portaria 196/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

## ***4- RESULTADOS***

A apresentação dos dados foi realizada em duas etapas: inicialmente, foram caracterizados os laudos médicos e atestados de saúde ocupacional contendo restrições de trabalho em um período de três anos. Posteriormente, foram analisados os dados gerais, ocupacionais e qualidade de vida dos trabalhadores com restrições de trabalho nos últimos 12 meses.

#### **4.1- Caracterização dos laudos e das restrições de trabalho**

Foram levantados 176 laudos médicos e atestados de saúde ocupacional contendo restrições de trabalho prescritas em um período de três anos, totalizando 337 restrições. Ressalta-se que para a análise considerou-se um total de 2147 funcionários, obtido pela média de pessoal dos últimos três anos.

A Tab. 1 apresenta a distribuição das categorias ocupacionais que receberam laudos contendo restrições de trabalho.

**Tabela 1-** Distribuição dos trabalhadores com laudos contendo restrições de trabalho segundo a categoria ocupacional em um período de três anos.

Categoria ocupacional	Total de trabalhadores na instituição	Total de trabalhadores com laudos contendo restrições	
	n	n	%
Distribuidor de materiais	1	1	100,0
Recreacionista	1	1	100,0
Técnico em mecânica	4	3	75,0
Auxiliar de lavanderia hospitalar	24	14	58,3
Auxiliar de nutrição	2	1	50,0
Técnico em necropsia	2	1	50,0
Cozinheiro	8	3	37,5
Copeiro	42	13	31,0
Oficial de unidade de internação	19	5	26,3
Eletricista	4	1	25,0
Auxiliar de cozinha	25	6	24,0
Auxiliar de laboratório	27	6	22,2
Auxiliar de enfermagem	229	45	19,7
Motorista	17	3	17,6
Reparador geral	6	1	16,7
Atendente de enfermagem *	33	4	12,1
Recepcionista	51	6	11,8
Farmacêutico	9	1	11,1
Auxiliar administrativo	127	14	11,0
Auxiliar de limpeza	71	7	9,9
Auxiliar de farmacêutico	12	1	8,3
Operador de microcomputador	27	2	7,4
Operador de equip. hospitalares	14	1	7,1
Técnico em radiologia	29	2	6,9
Analista de sistemas	15	1	6,7
Auxiliar técnico hospitalar	15	1	6,7
Segurança	17	1	5,9
Técnico de laboratório	38	2	5,3
Auxiliar de assistente social	20	1	5,0
Biologista	63	3	4,8
Técnico administrativo	140	6	4,3
Técnico de enfermagem	401	11	2,7
Enfermeiro	310	8	2,6
<b>Total</b>	<b>1803</b>	<b>176</b>	

\* Categoria extinta pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)

Observa-se pela amostra que dentre as categorias ocupacionais que receberam restrições de trabalho, as mais acometidas foram distribuidor de materiais e recreacionista, ambas com 100%. Ressalva-se que este resultado foi obtido porque tais categorias possuem apenas um trabalhador para todo o hospital.

A seguir, as categorias mais acometidas por restrições de trabalho foram: técnico em mecânica (75%), auxiliar de lavanderia hospitalar (58,3%), auxiliar de nutrição (50%), técnico em necropsia (50%).

Cerca de 30% dos trabalhadores do Serviço de Nutrição e Dietética (cozinheiros, copeiros, auxiliares de nutrição e auxiliares de cozinha) receberam restrições de trabalho dentro da categoria e 1,1% dentro da instituição, e, no hospital, eles representam apenas 3,6% do quadro contratual.

A área administrativa (auxiliares, auxiliares técnicos e técnicos administrativos) obteve 7,4% de trabalhadores com restrições na categoria e 1% dentro da instituição, sendo o total representativo institucional 13%.

A Tab. 2 exibe a frequência das restrições de trabalho dentro da equipe de enfermagem.

**Tabela 2-** Frequência dos laudos contendo restrições de trabalho dentro da equipe de enfermagem em um período de três anos.

Categoria	Total na instituição (n)	Total com restrições (n)	% na categoria	% na instituição
Enfermeiro	310	8	2,6	0,4
Técnico de enfermagem	401	11	2,7	0,5
Auxiliar de enfermagem	229	45	19,7	2,1
Atendente de enfermagem	33	4	12,1	0,2
<b>Total</b>	<b>973</b>	<b>68</b>	<b>7,0</b>	<b>3,2</b>

A equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem) foi responsável por 7% dos trabalhadores com restrições dentro da categoria e 3,2% dentro da instituição, ao passo que o número de trabalhadores de enfermagem do hospital é de 45,3% em relação ao total. Ressalva-se que, dos 176 trabalhadores com laudos restritivos, 38,6% eram da enfermagem.

A Fig. 3 mostra a distribuição dos laudos contendo restrições de trabalho nos últimos 3 anos de acordo com a categoria ocupacional de enfermagem.

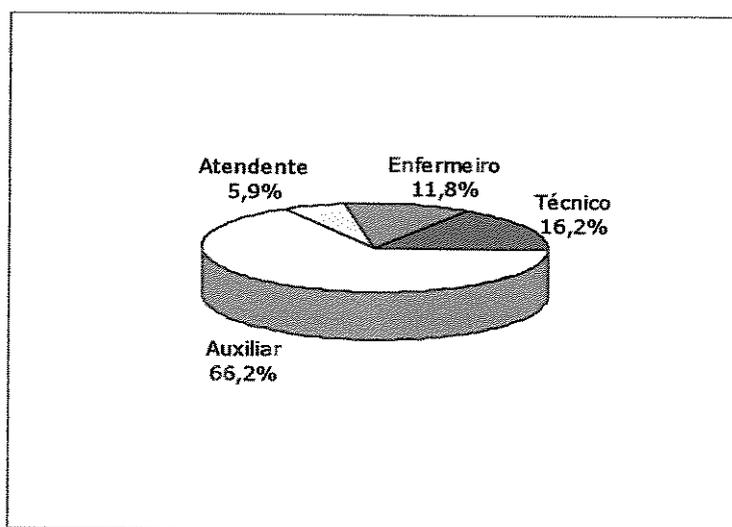


Figura 3- Distribuição dos laudos contendo restrições de trabalho de acordo com a categoria ocupacional de enfermagem nos últimos 3 anos.

Dentre os trabalhadores de enfermagem que receberam laudos contendo restrições, os auxiliares foram os mais acometidos (66,2%), seguidos pelos técnicos (16,2%), enfermeiros (11,8%) e atendentes (5,9%).

Cerca de 14% dos trabalhadores do hospital possuíam laudos anteriores contendo restrições de trabalho (D.P.=0,6, valores entre zero e quatro).

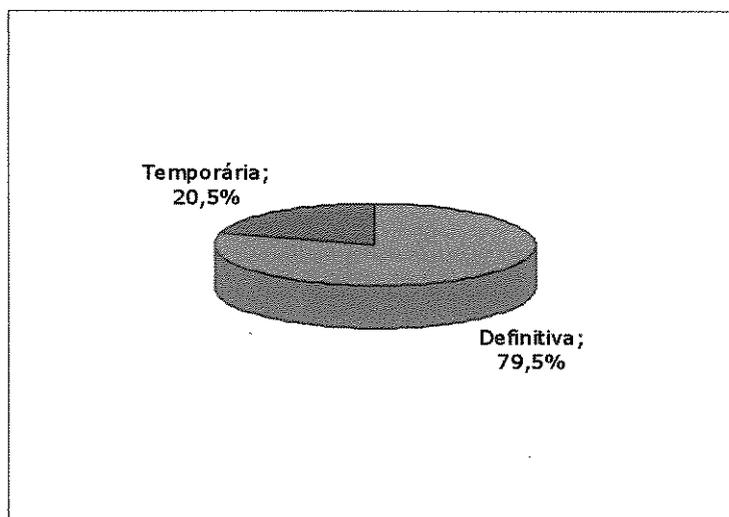
A Tab. 3 mostra o período de vigência dos laudos médicos e atestados de saúde ocupacional contendo restrições de trabalho em meses.

**Tabela 3-** Período de vigência dos laudos médicos e atestados de saúde ocupacional contendo restrições de trabalho em meses.

Período (meses)	Frequência (n)	Percentual (%)
<12	80	45,5
12-23	71	40,3
≥24	25	14,2
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>

Verificou-se que o período médio de vigência dos laudos médicos e atestados de saúde ocupacional contendo restrições foi de 13 meses (D.P.=8,8, variando entre 20 dias e 38 meses).

A Fig. 4 apresenta o tempo de restrição de trabalho, isto é, temporária ou definitiva.



**Figura 4-** Tempo de restrição de trabalho.

Ao categorizar o tempo de restrição como definitiva ou temporária, observou-se que a grande maioria era definitiva (79,5%).

A Fig. 5 exibe o número de restrições de trabalho por laudo médico e atestado de saúde ocupacional.

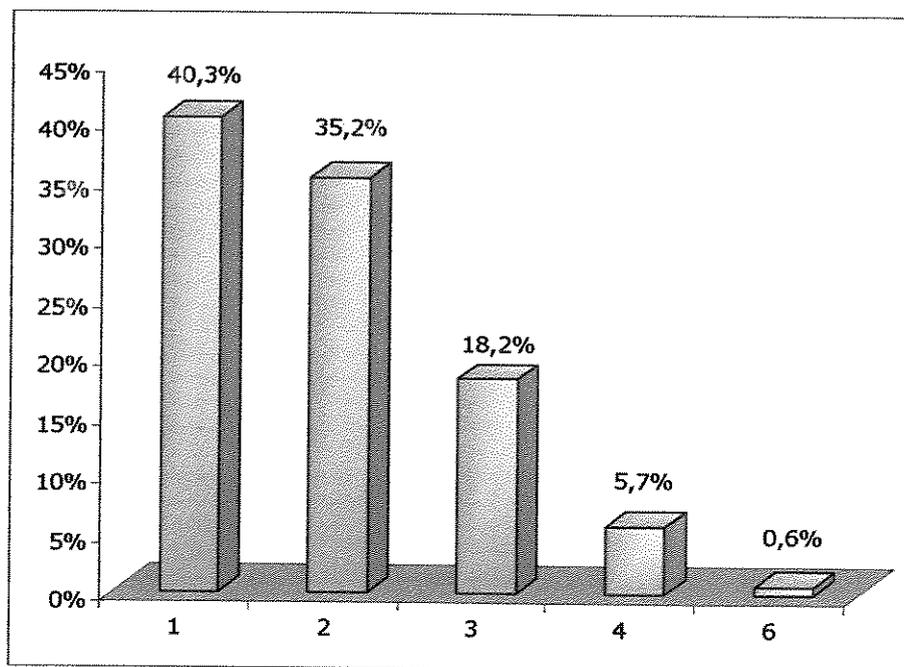


Figura 5- Número de restrições de trabalho por laudo médico e atestado de saúde ocupacional.

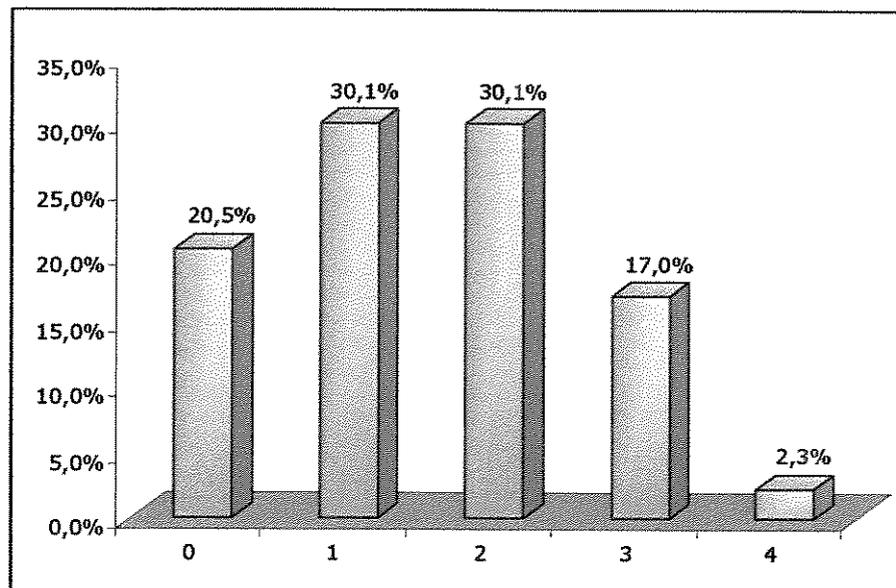
Em relação ao número de restrições por laudo médico e atestado de saúde ocupacional, houve uma variação de um a seis, com uma média de duas restrições por laudo (D.P.=1).

Para facilitar a análise dos dados, utilizando-se como referencial teórico outra investigação (BENATTI, 1997), optou-se por classificar as restrições de trabalho nos seguintes grupos: biológicas, físicas, químicas, ergonômicas, psicossociais e organizacionais. A Tab. 4 especifica os tipos de restrições de trabalho nestes subgrupos.

**Tabela 4-** Classificação dos tipos de restrições de trabalho prescritas a trabalhadores de um hospital universitário.

	Restrição	Frequência (n=337)	Percentual (%)
Biológicas	Evitar: realizar higiene corporal de pacientes, transportar roupas contaminadas ao expurgo, preparo de corpo pós-óbito, troca de fraldas, limpeza concorrente da unidade do paciente, realizar curativos, transporte de pacientes	8	4,5
	Não trabalhar com portadores de doenças infecto-contagiosas	1	0,6
Físicas	Uso obrigatório de protetores auriculares quando exposto ao ruído	3	1,8
	Não manipular produtos gelados	1	0,6
	Não se expor a temperaturas elevadas	1	0,6
Químicas	Não realizar atividades que necessitem o uso de luvas de látex	7	4,0
	Não manipular produtos químicos	5	2,8
	Não permanecer em locais onde haja a manipulação de produtos químicos	1	0,6
Ergonômicas	Não levantar nem transportar peso	106	59,7
	Não executar movimentos repetitivos	39	22,2
	Não empregar força dos membros superiores	34	19,3
	Não executar atividades essencialmente em posição em pé	28	15,9
	Não empregar força física	26	14,8
	Não realizar movimentos bruscos de extensão, flexão e rotação com a coluna vertebral	15	8,5
	Não executar atividades essencialmente em posição sentada	10	5,7
	Não realizar movimentos constantes de deambulação	8	4,5
Psicossociais/ organizacionais	Pausa laboral de 10 minutos a cada 50 minutos de atividades repetitivas	35	19,9
	Não exercer atividades perigosas, como trabalhos com máquinas rotativas e em alturas e dirigir veículos automotores	4	2,4
	Não trabalhar em locais de grande agitação	2	1,2
	Não trabalhar em setores que exijam a abordagem de pacientes graves	2	1,2
	Redução da carga horária com retorno gradual na jornada de trabalho	1	0,6

Das restrições, verificou-se que as mais freqüentes foram ergonômicas (78,6%), e as mais prescritas foram: não levantar nem transportar peso (59,7%) e não executar movimentos repetitivos (22,2%). A Fig. 6 apresenta o número de restrições ergonômicas por laudo médico ou atestado de saúde ocupacional na amostra estudada.



**Figura 6-** Número de restrições ergonômicas por laudo médico ou atestado de saúde ocupacional.

Observou-se que 79,5% dos 176 laudos e atestados de saúde ocupacional continham uma ou mais restrições de trabalho ergonômicas.

#### **4.2- Caracterização dos trabalhadores que receberam laudos contendo restrições de trabalho**

Em um período de 12 meses, foram identificados 80 trabalhadores que receberam um laudo médico ou atestado de saúde ocupacional contendo uma ou mais restrições de trabalho. Entrevistaram-se todos os 80 sujeitos, representando uma taxa de 100% de participação.

#### 4.2.1- Dados gerais, ocupacionais e de saúde

A Tab. 5 exibe a faixa etária da amostra estudada quando receberam os laudos contendo restrições de trabalho.

**Tabela 5-** Faixa etária dos trabalhadores quando receberam os laudos contendo restrições de trabalho nos últimos 12 meses.

Faixa etária	Frequência (n)	Percentual (%)
< 30 anos	8	10,0
30 a 39 anos	19	23,8
40 a 49 anos	39	48,8
≥ 50 anos	14	17,4
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

A idade média dos participantes era de 43 anos (D.P.=7,8 e idades entre 25 e 57 anos). Observou-se que as idades dos trabalhadores estão concentradas na faixa etária de 40 a 49 anos (48,8%).

Em relação ao gênero, a maior parte da amostra estudada (90%) era do sexo feminino.

Cerca de 53% dos entrevistados possuíam companheiro e o número médio de filhos era de dois (D.P.=1,2 e número entre zero e seis filhos). Em relação à composição familiar, a média do número de pessoas que moravam com os trabalhadores era de três pessoas (D.P.= 1,9 e valores entre zero e 12 pessoas).

Ao se verificar o nível de escolaridade, obteve-se que 31,2% dos sujeitos possuíam ensino fundamental completo e 23,8% ensino médio completo. Apenas 12,4% da amostra possuíam ensino superior completo.

A Tab. 6 especifica as categorias ocupacionais dos indivíduos que receberam restrições de trabalho nos últimos 12 meses e a sua comparação com o total de trabalhadores da instituição estudada.

**Tabela 6-** Distribuição dos trabalhadores com laudos de restrições de trabalho nos últimos 12 meses segundo a categoria ocupacional.

Categoria ocupacional	Total de trabalhadores na instituição	Total de trabalhadores com restrição	
	n	n	%
Técnico em mecânica	4	2	50,0
Técnico em necropsia	2	1	50,0
Copeiro	42	8	19,0
Reparador geral	6	1	16,7
Auxiliar de cozinha	25	4	16,0
Oficial de unidade de internação	19	3	15,8
Cozinheiro	8	1	12,5
Farmacêutico	9	1	11,1
Auxiliar de enfermagem	229	21	9,2
Atendente de enfermagem	33	3	9,1
Auxiliar de lavanderia hospitalar	24	2	8,3
Recepcionista	51	4	7,8
Analista de sistemas	15	1	6,7
Auxiliar técnico hospitalar	15	1	6,7
Motorista	17	1	5,9
Auxiliar de limpeza	71	4	5,6
Auxiliar administrativo	127	7	5,5
Operador de microcomputador	27	1	3,7
Técnico em radiologia	29	1	3,4
Biologista	63	2	3,2
Enfermeiro	310	5	1,6
Técnico de enfermagem	401	5	1,2
Técnico administrativo	140	1	0,7
<b>Total</b>	<b>1667</b>	<b>80</b>	

Dentre as categorias profissionais que receberam restrições de trabalho nos últimos 12 meses, os técnicos em mecânica e técnicos em necropsia foram os mais acometidos (ambos com 50%), seguidos por copeiros (19,2%), reparadores gerais (16,7%), auxiliares de cozinha (16%) e oficiais de unidade de internação (15,8%).

Os trabalhadores do Serviço de Nutrição e Dietética (copeiro, auxiliar de cozinha, cozinheiro) obtiveram 16,9% das restrições nos últimos 12 meses dentro da categoria, e 0,6% dentro do hospital.

A área administrativa (auxiliares, auxiliares técnicos e técnicos administrativos) obteve 3,2% de trabalhadores com restrições nos últimos 12 meses dentro da categoria e 0,4% dentro da instituição.

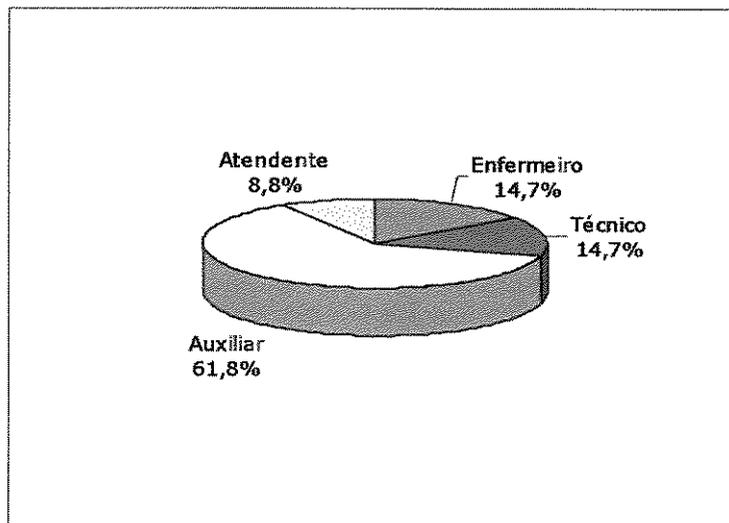
A Tab. 7 exibe a freqüência das restrições de trabalho dentro da equipe de enfermagem.

**Tabela 7-** Freqüência das restrições de trabalho dentro da equipe de enfermagem nos últimos 12 meses.

Categoria	Total na instituição (n)	Total com restrições (n)	% na categoria	% na instituição
Enfermeiro	310	5	1,6	0,2
Técnico de enfermagem	401	5	1,2	0,2
Auxiliar de enfermagem	229	21	9,2	1,0
Atendente de enfermagem	33	3	9,1	0,1
<b>Total</b>	<b>973</b>	<b>34</b>	<b>3,5</b>	<b>1,6</b>

A equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem) foi responsável por 3,5% dos trabalhadores com restrições nos últimos 12 meses dentro da categoria, e 1,6% dentro da instituição. Ressalva-se que 42,5% dos 80 trabalhadores que receberam laudos restritivos eram da enfermagem.

A Fig. 7 mostra a distribuição dos laudos contendo restrições de trabalho nos últimos 12 meses de acordo com a categoria ocupacional de enfermagem.



**Figura 7-** Distribuição dos laudos contendo restrições de trabalho nos últimos 12 meses de acordo com a categoria ocupacional de enfermagem.

Dentre os trabalhadores de enfermagem que receberam laudos contendo restrições nos últimos 12 meses, os auxiliares foram os mais acometidos (61,8%), seguidos pelos técnicos e enfermeiros (ambos com 14,7%) e, por último, os atendentes (8,8%).

A Tab. 8 apresenta as diferentes unidades de trabalho que os participantes estavam lotados quando receberam os laudos contendo restrições de trabalho.

**Tabela 8-** Unidades de trabalho dos sujeitos quando receberam os laudos contendo restrições de trabalho.

Unidade de trabalho	Frequência (n)	Percentual (%)
Unidades de Internação	27	33,7
Serviço de Nutrição e Dietética	14	17,3
Centro Cirúrgico	6	7,3
Pronto-socorro	5	6,2
Ambulatórios	3	3,8
Engenharia	3	3,8
Higiene e Limpeza	3	3,8
Imaginologia	3	3,8
Laboratório de Patologia Clínica	2	2,5
Anatomia Patológica	2	2,5
Lavanderia	2	2,5
Protocolo e Arquivo	2	2,5
Serviço de Agendamento	2	2,5
Central de Material Esterilizado	1	1,3
Diretoria Geral da Administração	1	1,3
Serviço de Arquivo Médico	1	1,3
Farmácia	1	1,3
Portaria e Recepção	1	1,3
Transporte de pacientes	1	1,3
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Observou-se que os setores que concentraram maior número de indivíduos com restrições de trabalho nos últimos 12 meses foram as Unidades de Internação (33,7%), seguidas pelo Serviço de Nutrição e Dietética (17,3%).

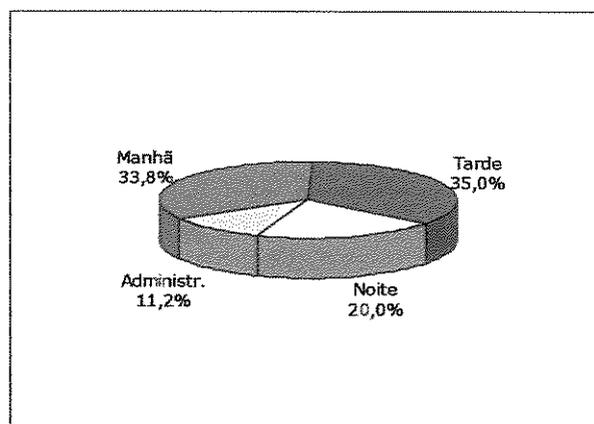
Ao se verificar a permanência ou não no setor após terem recebido as restrições de trabalho, 20 participantes foram transferidos de setor (25%). A Tab. 9 apresenta as unidades de trabalho para onde os indivíduos foram transferidos após terem recebido os laudos contendo restrições.

**Tabela 9-** Unidades de trabalho para onde os trabalhadores foram transferidos após terem recebido os laudos contendo restrições.

Unidade de trabalho	Frequência (n)	Percentual (%)
Ambulatórios	9	45,0
Serviço de escolta	3	15,0
Rouparia	2	10,0
Central de Material Esterilizado	1	5,0
Ascensorista	1	5,0
Serviço de Camareira	1	5,0
Portaria e Recepção	1	5,0
Serviço Social	1	5,0
Telecurso 2000 (Serviço de Ensino Supletivo)	1	5,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

Verificou-se que os serviços que receberam o maior número dos indivíduos que mudaram de setor após terem recebido os laudos contendo restrições foram: ambulatórios (45%) e escolta (15%).

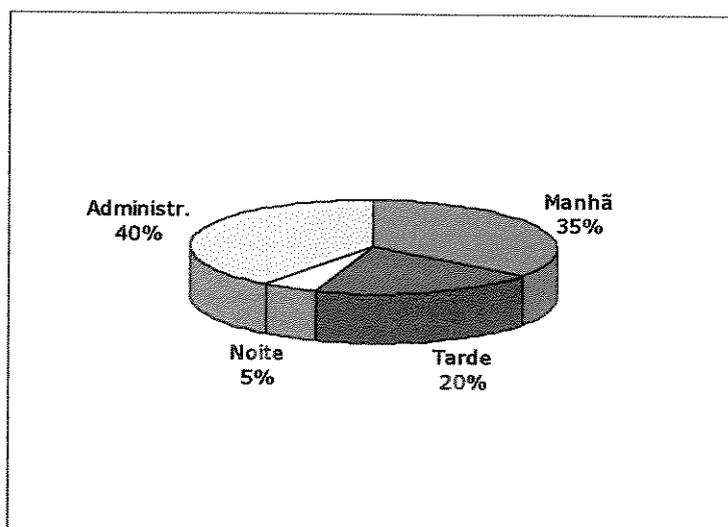
A Fig. 8 mostra a relação dos turnos de trabalho quando os trabalhadores receberam os laudos contendo as restrições.



**Figura 8-** Distribuição dos turnos de trabalho quando os trabalhadores receberam os laudos contendo restrições.

Em relação aos turnos de trabalho quando os sujeitos receberam a restrição, prevaleceram os períodos da tarde (35%) e manhã (33,8%); o turno noturno correspondeu a 20% e, por último, o administrativo, com apenas 11,2%. Ressalva-se que neste hospital o turno administrativo compreende o horário das oito às 17 horas, de segunda a sexta-feira.

A Fig. 9 mostra a relação dos turnos de trabalho após os trabalhadores terem recebido os laudos contendo as restrições.

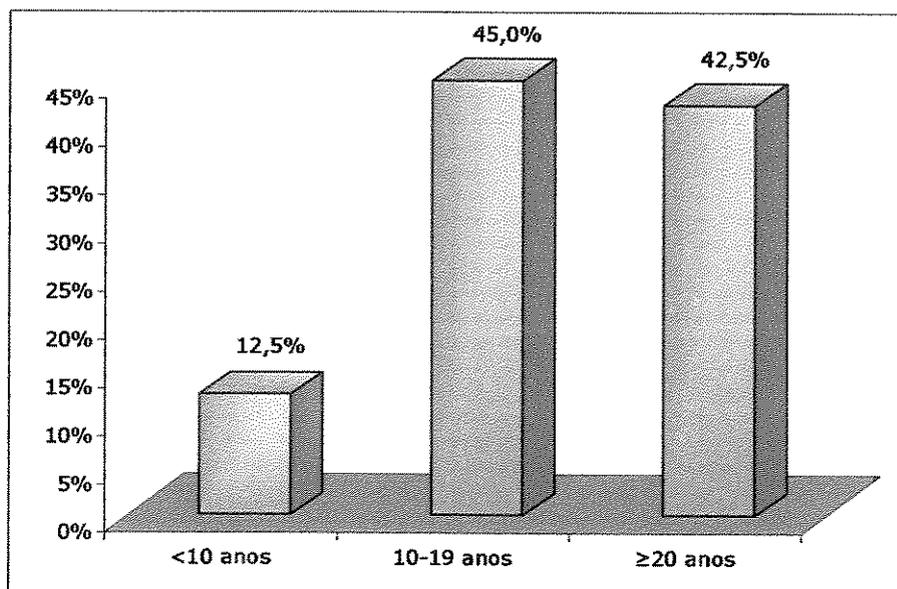


**Figura 9-** Distribuição dos turnos de trabalho dos trabalhadores após terem recebido os laudos contendo restrições.

Quanto aos turnos de trabalho depois que os trabalhadores receberam as restrições, verificou-se que prevaleceram os períodos administrativo (40%) e manhã (35%); o turno da tarde correspondeu a 20% e, por último, o noturno, com apenas 5%.

A média de tempo de trabalho na unidade onde os trabalhadores receberam as restrições foi de 12,4 anos (D.P.=5,3, valores entre dois e 21 anos). A média de tempo de trabalho na ocupação obteve um valor próximo ao da unidade, ou seja, 12,8 anos (D.P.=5,5, valores entre dois e 24 anos).

A Fig. 10 indica o tempo de trabalho em anos.



**Figura 10-** Tempo de trabalho dos sujeitos quando receberam os laudos contendo restrições.

Em relação ao tempo de vida que trabalhava, a média foi de 18 anos (D.P.=7,9, valores entre três e 42 anos).

Cerca de 8% dos sujeitos referiram possuir outro emprego quando receberam as restrições. A Tab. 10 apresenta o total de horas semanais trabalhadas pelos sujeitos quando receberam as restrições de trabalho.

Tabela 10- Total de horas trabalhadas na semana pelos trabalhadores quando receberam o laudo de restrição de trabalho.

Total de horas trabalhadas/semana	Frequência (n)	Percentual (%)
30	65	81,2
40	9	11,2
50	2	2,5
60	3	3,8
66	1	1,3
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Observou-se que cerca de 19% cumpria uma jornada de 40 horas semanais de trabalho ou mais quando sofreram a restrição (valores entre 30 e 66 horas). A maioria (81,2%) cumpria uma jornada de 30 horas.

A Fig. 11 apresenta a periodicidade de uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs) referidos pelos trabalhadores.

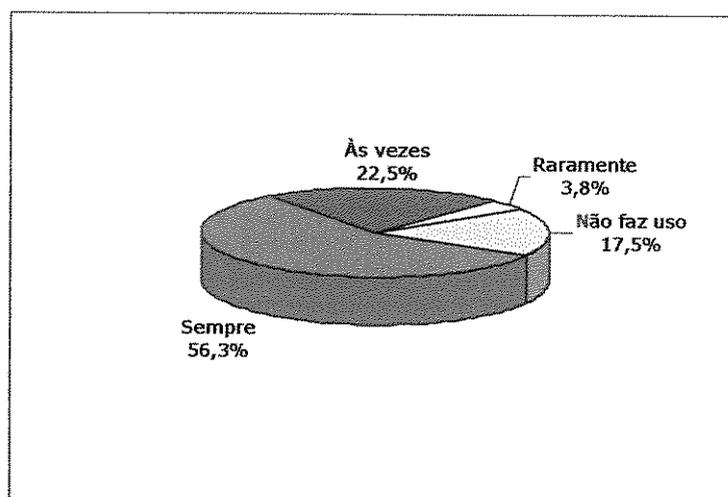


Figura 11- Periodicidade de uso dos equipamentos de proteção individual.

Em relação aos EPIs, apenas 56,3% dos sujeitos afirmaram utilizá-los sempre, 22,5% às vezes, 3,8% raramente, e 17,5% não faziam uso. Destaca-se que a instituição fornece EPIs a todos os trabalhadores.

A Tab. 11 apresenta as principais queixas de saúde atuais referidas pelos entrevistados.

**Tabela 11-** Principais queixas de saúde atuais referidas.

Tipo de queixa de saúde	Frequência (n)	Percentual (%)
Dor nas costas	25	39,1
Dor em membros superiores (mãos, braços, ombros)	20	32,0
Dor em membros superiores e nas costas	9	14,1
Dores musculares	5	7,8
Depressão	2	3,1
Outros	3	4,8
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Dos participantes, 80% referiram alguma queixa atual de saúde, sendo que a dor nas costas foi a mais freqüente (39,1%), seguida de dor em membros superiores (32%) e dor em membros superiores e nas costas (14,1%).

Cerca de 14% dos sujeitos afirmaram que não estava sendo possível acatar as restrições de trabalho. A Tab. 12 mostra os motivos principais que levaram os trabalhadores a não cumprirem as restrições prescritas.

**Tabela 12-** Principais motivos que levaram os trabalhadores ao não cumprimento das restrições.

Motivo	Frequência (n)	Percentual (%)
Alta demanda de trabalho do setor	7	63,6
Número elevado de procedimentos	2	18,2
Número elevado de pacientes dependentes	1	9,1
Número insuficiente de funcionários no setor	1	9,1
<b>Total</b>	11	100,0

O motivo principal do não cumprimento da restrição foi a alta demanda da unidade de trabalho (63,6%). Além deste, também foram citados: número elevado de procedimentos terapêuticos; número elevado de pacientes dependentes; número insuficiente de funcionários no setor.

#### 4.2.2- Qualidade de vida

Para avaliar a qualidade de vida, inicialmente foram caracterizadas as oito dimensões do instrumento SF-36 da amostra estudada. Recorda-se que cada domínio pode receber uma nota de zero a 100, e que zero indica o pior estado de saúde possível e 100 o melhor. A Tab. 13 indica os valores obtidos em cada dimensão do SF-36 separadamente.

**Tabela 13-** Resultados das dimensões do SF-36 dos trabalhadores com laudos contendo restrições de trabalho nos últimos 12 meses.

Dimensão	Média	D.P.	Mínima	Mediana	Máxima
Capacidade funcional	71,4	20,9	20,0	72,5	100,0
Aspectos físicos	72,2	31,8	0,0	75,0	100,0
Dor corporal	62,8	19,3	22,0	62,0	100,0
Estado geral de saúde	73,4	19,8	15,0	82,0	100,0
Vitalidade	60,6	19,3	20,0	60,0	95,0
Aspectos sociais	77,8	23,6	12,5	87,5	100,0
Aspectos emocionais	77,5	30,8	0,0	100,0	100,0
Saúde mental	74,1	16,7	24,0	80,0	100,0

Observou-se que as dimensões mais comprometidas foram vitalidade (média = 60,6) e dor corporal (média = 62,8). Para enriquecer a discussão, procurou-se analisar os resultados do presente estudo com os resultados médios da população geral do município de São Paulo (KIMURA et al, 2002).

**Tabela 14-** Resultados médios das dimensões do SF-36 em trabalhadores com laudos de restrições de trabalho nos últimos 12 meses e na população geral.

Dimensão	Trabalhadores que receberam restrições de trabalho	População normal do município de São Paulo
Capacidade funcional	71,4	87,7
Aspectos físicos	72,2	83,3
Dor corporal	62,8	73,8
Estado geral de saúde	73,4	75,1
Vitalidade	60,6	67,6
Aspectos sociais	77,8	78,5
Aspectos emocionais	77,5	77,1
Saúde mental	74,1	73,4

Comparando-se os grupos, verifica-se que somente os aspectos emocionais e saúde mental igualam-se à população geral. Os outros domínios apresentam valores inferiores.

## *5- DISCUSSÃO*

No presente estudo, procurou-se ampliar os conhecimentos sobre as restrições de trabalho e qualidade de vida da equipe de trabalhadores de um hospital universitário.

### **5.1- Laudos e restrições de trabalho**

Foram levantados 176 laudos médicos e atestados de saúde ocupacional contendo restrições de trabalho prescritas em um período de três anos, totalizando 337 restrições.

Dentre as categorias ocupacionais que receberam restrições de trabalho nos últimos três anos, as mais acometidas foram distribuidor de materiais e recreacionista. O Serviço de Nutrição e Dietética, a área administrativa e a equipe de enfermagem alcançaram índices representativos de indivíduos com restrições de trabalho. Estes dados indicam que as áreas assistencial, administrativa e de nutrição são acometidas por indivíduos com restrições dentro da instituição.

Ao se observar a ocorrência de laudos contendo restrições de trabalho dentro das categorias ocupacionais de enfermagem, os auxiliares foram os mais acometidos (66,2%). Este dado pode ser confirmado ao se verificar as tarefas exercidas pelos auxiliares, ou seja, atividades que demandam índices maiores de esforços físicos. Além disso, os auxiliares possuem tempo de ocupação na instituição e média de idade maiores em relação aos técnicos de enfermagem.

Em relação ao número de restrições por laudo médico e atestado de saúde ocupacional, houve uma média de duas restrições. Cerca de 14% dos sujeitos possuíam laudos contendo restrições de trabalho anteriores à presente pesquisa. Acredita-se que existam três possibilidades para justificar estes dados: as restrições não estão sendo formuladas adequadamente, isto é, não minimizam ou retiram os riscos aos quais os trabalhadores estão expostos; o ambiente de trabalho não está sendo modificado de acordo com as (in)capacidades dos sujeitos, levando-os à uma reexposição aos riscos ocupacionais, após o período de vigor da restrição; as restrições não estão sendo cumpridas.

Um problema observado no processo das restrições de trabalho na instituição foi a prescrição em série de vários laudos contendo restrições temporárias, até, por fim, a restrição definitiva. Este fato mostra a real necessidade de se desenvolver e implementar medidas precoces de prevenção de agravos, utilizando uma equipe multidisciplinar, para evitar este ciclo vicioso, no qual o trabalhador acaba por ser afastado definitivamente das suas atividades laborais. Deve-se implementar estratégias de prevenção e de assistência de saúde na fase aguda e o planejamento do retorno de lesionados ao trabalho.

O período médio de vigência do laudo contendo restrição de trabalho na amostra estudada foi de 13 meses, e ao categorizar o tempo de restrição como definitiva ou temporária, observou-se que a grande maioria era definitiva (79,5%).

Poucos estudos têm avaliado a eficácia das restrições de trabalho em limitar a duração da incapacidade ou a frequência de novos episódios. Autores indicam que as restrições de trabalho temporárias podem proporcionar uma proteção contra a exacerbação do sintoma durante o período de convalescença (HIEBERT et al, 2003).

O retorno seguro e o mais precoce possível ao trabalho exige a identificação dos problemas surgidos e a existência de condições favoráveis de negociação entre a equipe de saúde ocupacional e os setores da empresa envolvidos, garantindo, desta maneira, condições adequadas para os trabalhadores doentes (ASSUNÇÃO e ALMEIDA, 2003).

Várias pesquisas sugerem que uma possibilidade de se alcançar o retorno precoce ao trabalho para pacientes com dor lombar não específica é a prescrição de restrições de trabalho temporárias (WIESEL et al, 1984; SPITZER et al, 1987; LOISEL et al, 1994). Há necessidade de estudos sobre políticas administrativas e de saúde ocupacional, pois somente a prescrição das restrições de trabalho não irá resolver, a longo prazo, a exposição dos trabalhadores aos riscos ocupacionais. Deve-se realizar, em conjunto, um programa institucional de acompanhamento da restrição de trabalho, de educação e treinamento constantes, e de mudança do posto de trabalho e exigir que o trabalhador cumpra a restrição.

HALL et al (1994), em uma investigação sobre dor lombar indenizável, observaram que indivíduos que não receberam restrições de trabalho eram mais prováveis de retornar ao mesmo do que aqueles que haviam recebido uma restrição. Os autores

também constataram que algumas empresas não apresentavam uma política por meio da qual poderiam adaptar as atividades dos trabalhadores que sofriam de lombalgia por meio do uso de restrições de trabalho.

Em outro estudo, as restrições de trabalho foram associadas com o retorno precoce ao mesmo após dias perdidos de trabalho devido aos episódios de dor lombar. A amostra compreendeu funcionários do setor elétrico, contratados por uma empresa que possuía uma política de permissão da prescrição de restrições laborais (SKOVRON et al, 1993).

A duração prolongada das restrições de trabalho pode refletir um esforço informal por parte do ambulatório de saúde do trabalhador em modificar os esforços físicos do trabalho em ocupações de alta demanda. Tal estratégia, no entanto, parece não ser a melhor opção para o trabalhador. Em contraste com o replanejamento do trabalho formal, as restrições trazem consigo o fardo de reavaliações médicas periódicas, o estigma dos sujeitos afetados, o favorecimento da identificação dos próprios trabalhadores como incapazes e a ruptura do processo de trabalho. HIEBERT et al (2003), após estudarem restrições de trabalho ergonômicas, sugeriram que uma abordagem favorável à prevenção secundária poderia envolver a modificação do trabalho para a redução de demandas físicas para todos os sujeitos expostos a cargas elevadas, ou pelo menos para aqueles afastados devido à dor lombar.

Um outro estudo, realizado com bancárias com diagnóstico de lesões por esforço repetitivo (LER) e que estavam afastadas do trabalho, constatou em seus depoimentos: descrédito no adoecimento; insatisfação e revolta por não poder mais fazer coisas importantes para a vida pessoal; dificuldades em mostrar a doença e fazer com que os outros acreditem; falta de reconhecimento pelo trabalho realizado; perda de identidade; ansiedade pelo desconhecido; estado de estresse e esgotamento muito acentuado; limitações impostas pela doença. O autor concluiu, por meio destas declarações, que as participantes poderiam apresentar: interferência da organização do trabalho e das relações de trabalho no adoecimento; o sofrimento físico que antecede e precede o adoecimento; onipresença da dor e as limitações impostas em nível físico e mental que impossibilitam projetos de vida;

dificuldades no diagnóstico e tratamento; comprometimento da vida pessoal e familiar (GRAVINA, 2002).

Após classificar as restrições de trabalho em grupos (biológicas, físicas, químicas, ergonômicas, psicossociais e organizacionais), obteve-se que a mais freqüente foi a ergonômica (78,6%). Dentro deste grupo, as mais prescritas foram: não levantar e transportar peso (59,7%) e não executar movimentos repetitivos (22,2%).

BOFFA et al (2002), após o levantamento de 6.906 benefícios do tipo auxílio-doença comum em exame médico pericial inicial em Porto Alegre no ano de 1998, evidenciaram três principais causas de incapacidade temporária para o trabalho: causas externas, doenças osteomusculares e doenças mentais. Estas condições estão potencialmente relacionadas à piora da qualidade de vida e do trabalho. A grande ocorrência proporcional de doenças osteomusculares – especialmente tenossinovites e lombalgias, condições freqüentemente associadas ao esforço e à repetição de movimentos no trabalho – possivelmente reflete o sub-registro dessas condições como doenças relacionadas ao trabalho.

Em um outro estudo, realizado com 105 auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital público, em que um dos objetivos era avaliar a presença de sintomas musculoesqueléticos nestes trabalhadores, obteve-se que 93% referiram algum tipo de sintoma osteomuscular nos últimos 12 meses e 62% em um período de sete dias. As mais elevadas prevalências destes sintomas, segundo as áreas anatômicas, foram: região lombar (59%), ombros (40%), joelhos (33,3%) e região cervical (28,6%). Verificou-se também que, dos respondentes, 29,5% faltaram ao trabalho e 47,6% consultaram um médico devido aos mesmos sintomas (GURGUEIRA et al, 2003).

Uma pesquisa de caso-controle conduzida com 264 trabalhadores que sofreram acidentes típicos notificados no Instituto Nacional de Seguridade Social em Pelotas-RS constatou que o trabalho em posições incômodas, com esforço físico intenso ou repetitividade aumentou em 50% o risco de acidentes (LIMA et al, 1999).

ALEXANDRE e BENATTI (1998) realizaram um estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário que sofreram algum tipo de acidente do trabalho relacionado com lesões na coluna vertebral. A maioria dos acidentes ocorreu na própria

unidade de trabalho (50%), durante a movimentação e transporte de pacientes e equipamentos e também por quedas devido ao piso escorregadio. As regiões mais atingidas da coluna vertebral foram a lombar (30%) e a cervical (30%).

O processo pelo qual a equipe de saúde ocupacional prescreve as restrições ainda não foi bem descrito na literatura. Estudos devem ser realizados para levantar as informações utilizadas para elaborar a prescrição de uma restrição de trabalho e a sua intenção em prescrevê-la. A investigação deveria examinar: o trajeto das prescrições de restrições de trabalho; se tais restrições reduzem a exposição aos fatores de risco conhecidos ou suspeitos associados com a recuperação prolongada; a extensão na qual as restrições prescritas são implementadas e mantidas no local de trabalho; se as restrições introduzem diferentes fatores de risco para uma nova incapacidade ou para a recuperação prolongada. Evidências indicam que, uma vez que as restrições de trabalho são prescritas, elas são mantidas além do que o período de convalescença requer (HIEBERT et al, 2003).

Na realidade brasileira, tem-se assistido a um grande número de empresas que somente iniciam a busca de programas de manejo e prevenção de DORT depois do aparecimento de verdadeiras epidemias. Nessas condições aumentam as dificuldades da intervenção e suas chances de insucesso (ASSUNÇÃO e ALMEIDA, 2003).

ALEXANDRE et al (2001) avaliaram o efeito de um programa na redução de dores nas costas em auxiliares de enfermagem de um hospital universitário que apresentavam estes sintomas por um período mínimo de seis meses. O programa envolveu parte educativa, com abordagem ergonômica e a realização de exercícios executados durante o horário de trabalho, duas vezes por semana, em um período de quatro meses. As participantes foram divididas aleatoriamente em grupo tratado e grupo-controle. Ocorreu diminuição estatisticamente significativa na frequência e intensidade de dor cervical e na intensidade da dor lombar. O estudo sugere que programa regular de exercícios, acompanhado por abordagem instrucional ergonômica, pode reduzir sintomas musculoesqueléticos nestes trabalhadores.

As empresas brasileiras não se encontram devidamente preparadas para conviver com indivíduos incapacitados para o trabalho e seus principais agentes interessados, que são as empresas, sindicatos, seguradoras e INSS não possuem estrutura

para atender às necessidades destes trabalhadores, seja de recolocação, seja de retorno ao trabalho ou de informações sobre benefícios e direitos legais. A inovação neste sentido é que estão crescendo os processos por responsabilidade civil da empresa e ações regressivas que a Previdência Social pode mover contra elas. Uma das maneiras de solucionar ou pelo menos amenizar o problema seria a criação de mecanismos que possibilitassem a efetiva requalificação do seqüelado com dispositivos rápidos e ágeis de fiscalização e controle, além de orientar os agentes diretamente envolvidos dos prováveis problemas que enfrentarão ao relegar a segundo plano estes trabalhadores (PEREIRA, 1999).

A equipe de saúde do trabalhador deve prescrever a restrição de trabalho quando aparentemente a modificação das atividades irá facilitar o retorno ao trabalho ou limitar a exposição às demandas físicas que possam exacerbar os sintomas ou impedir a recuperação plena. A percepção dessa equipe a respeito do esforço físico dos trabalhadores pode ser aperfeiçoada por meio de discussões com os funcionários, visitas aos locais de trabalho, e trabalho multidisciplinar com os setores de saúde do trabalhador (HIEBERT et al, 2003).

As restrições merecem estudos mais específicos sobre as implicações tanto para as instituições (administrativas, econômicas, sociais), como para os trabalhadores (psicossociais e econômicas).

## **5.2- Trabalhadores com laudos contendo restrições de trabalho**

Foram entrevistados 80 trabalhadores que haviam recebido um laudo médico contendo restrições de trabalho nos últimos 12 meses. Isto é um dado preocupante, pois trata-se de uma instituição pública e com recursos escassos. Medidas urgentes devem ser tomadas em dois sentidos: 1) prevenir para que outros trabalhadores não recebam restrições; 2) reabilitar e modificar as condições de trabalho daqueles que as possuem.

### **5.2.1- Dados gerais, ocupacionais e de saúde**

Ao analisar os resultados obtidos, pôde-se observar que a idade média dos participantes foi de 43 anos. Sabe-se que a faixa etária para o surgimento de sintomas osteomusculares varia entre 35 e 55 anos (MARRAS, 2000). Os resultados obtidos permitem afirmar que a média da população estudada encontra-se dentro da faixa de risco.

A maior parte da amostra era do sexo feminino (90%). O predomínio desse sexo está de acordo com os dados observados na literatura, confirmando-se uma tendência à “feminilização” da força de trabalho em saúde (COSTA et al, 2000).

Cerca de 53% dos entrevistados possuíam companheiro e o número médio de filhos era dois. Em relação à composição familiar, a média do número de pessoas que moravam com os trabalhadores era de três pessoas. A partir destes dados, verifica-se a predominância de um pessoal em plena capacidade produtiva, em sua maioria casado e com filhos, indicando que suas vidas familiar e pessoal também podem sofrer conseqüências em decorrência das próprias incapacidades.

Ao se examinar o nível de escolaridade, obteve-se que 31,2% dos sujeitos tinham ensino fundamental completo e 23,8% ensino médio completo. Apenas 12,4% da amostra tinham ensino superior completo.

Dentre as categorias ocupacionais que receberam restrições de trabalho nos últimos 12 meses, os técnicos em mecânica e em necropsia foram os mais acometidos. Os trabalhadores do Serviço de Nutrição e Dietética (copeiro, auxiliar de cozinha, cozinheiro), a área administrativa (auxiliares, auxiliares técnicos e técnicos administrativos) e a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem) obtiveram índices representativos de trabalhadores com restrições nos últimos 12 meses. Estes dados confirmam que as áreas assistencial, administrativa e de nutrição estão mantendo um número elevado de indivíduos com restrições dentro da instituição.

Ao se observar a ocorrência de laudos contendo restrições de trabalho dentro das categorias ocupacionais de enfermagem, os auxiliares foram os mais acometidos (61,8%). Este dado pode ser explicado ao se verificar as tarefas exercidas pelos auxiliares, ou seja, atividades que demandam altos esforços físicos.

Pesquisas comprovam que o pessoal de enfermagem está sujeito a inúmeros riscos, particularmente os ergonômicos. As atividades de mobilização e transporte de pacientes e equipamentos de maneira excessiva são as principais causas apontadas como desencadeantes de sintomas osteomusculares (NISHIDE, 2002; PARADA et al, 2002;

CÉLIA e ALEXANDRE, 2003; GURGUEIRA et al, 2003). Além disso, esses procedimentos são executados sob condições desfavoráveis, com um número insuficiente de pessoas e com equipamentos inadequados e sem manutenção. A falta de equipamentos e materiais agrava ainda mais o problema (ALEXANDRE e ANGERAMI, 1993).

O foco do processo de trabalho em saúde é o paciente e a produção de saúde. Os cuidados prestados ao doente no trabalho hospitalar são em geral realizados por vários trabalhadores, constituindo um trabalho em equipe. Sinteticamente, o trabalho hospitalar pode ser representado em um esquema em que o centro da atividade é o cuidado com o paciente. Este trabalho apresenta ainda dois grupos de atividades de apoio: um, especificamente relacionado com a saúde do paciente como exames laboratoriais, de imagens e funcionais, nutrição, assistência social e farmácia; outro, de atividades de apoio, como limpeza e manutenção em geral (MACHADO e CORREA, 2002).

Os setores de internação foram os locais que concentraram o maior número de indivíduos com restrições de trabalho nos últimos 12 meses (33,7%). A partir destes dados e considerando que 42,5% dos trabalhadores que receberam laudos restritivos nos últimos 12 meses são da enfermagem, pode-se sugerir que o cuidado direto aos pacientes possui inúmeros riscos aos quais estes trabalhadores estão diariamente expostos, fato já observado em outros estudos (AQUINO et al, 1993; BENATTI, 1997; RETSAS e PINIKAHANA, 2000; NISHIDE, 2002; GURGUEIRA et al, 2003).

Dos participantes, 25% mudaram de setor após terem recebido as restrições de trabalho. Além disso, os serviços que concentraram o maior número dos indivíduos que mudaram de setor após terem recebido as restrições foram os ambulatórios (45%). Percebe-se que houve uma tentativa por parte da instituição, ao retirar o trabalhador do centro da atividade hospitalar, que é o cuidado direto com o paciente, em privá-lo da exposição aos riscos pertinentes neste local de trabalho. Ressalta-se aqui a importância de estudos que analisem as implicações administrativas, organizacionais e psicossociais para os envolvidos nesse processo de mudança. Também é importante prevenir a cronicidade dos agravos, e o processo de mudança e adaptação deve ser realizado em conjunto com uma equipe multidisciplinar e trabalhadores envolvidos.

Em relação aos turnos de trabalho quando os sujeitos receberam a restrição, prevaleceram os períodos da tarde e manhã, seguidos pelo turno noturno e, por último, o administrativo. Ao verificar os turnos de trabalho dos sujeitos após terem recebido as restrições, os períodos administrativo e manhã foram os principais, seguidos pelo turno da tarde e, por último, o noturno. Observa-se que houve uma inversão de valores do turno administrativo ao se comparar os dados obtidos quando os sujeitos receberam a restrição (11,2%) e naqueles que mudaram de setor após terem recebido a restrição (40%), fato também visível em relação ao turno noturno (20% e 5%, respectivamente). Isto pode ser justificado pela mudança de local de trabalho após terem recebido as restrições de trabalho, possivelmente para minimizar os trabalhadores à exposição aos riscos ocupacionais.

A média de tempo de trabalho na unidade e na ocupação nas quais os trabalhadores receberam as restrições obteve valores próximos, ou seja, 12,4 e 12,8 anos, respectivamente. Em relação ao tempo de vida que trabalhava, a média foi de 18 anos. De acordo com a legislação trabalhista vigente no Brasil, os sujeitos com restrições do presente estudo trabalharam apenas metade do tempo necessário para a obtenção da aposentadoria. Além disso, por serem trabalhadores públicos, possuem estabilidade de emprego. Pesquisas devem ser realizadas em hospitais privados para que seja possível analisar as medidas tomadas para a prevenção e reabilitação de trabalhadores com restrições.

Cerca de 8% dos sujeitos referiram possuir outro emprego quando receberam as restrições de trabalho. A maioria dos entrevistados (81,2%) cumpria uma jornada de 30 horas semanais de trabalho. Salienta-se que 7,6% da amostra trabalhava acima de 40 horas semanais, que é o limite máximo permitido pelas leis trabalhistas vigentes no Brasil, indicando uma sobrecarga de trabalho.

Em relação aos equipamentos de proteção individual (EPIs), apenas 56,3% dos sujeitos afirmaram utilizá-los sempre. Um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva (UTI) confirmou a visão ingênua do trabalhador diante do risco ocupacional: foram obtidas a negação, a resistência e a adaptação como comportamentos construídos pelos sujeitos na sua convivência com o risco (SILVA, 2000).

NISHIDE (2002), ao entrevistar trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva verificou que as luvas eram sempre utilizadas durante os procedimentos (96%), e que as máscaras e os aventais também eram utilizados em percentual significativo (ambos com 71%). Entretanto, os óculos de proteção nem sempre eram utilizados (16%). Ao ser analisado o motivo do não uso do equipamento de proteção individual entre estes trabalhadores, obteve-se como respostas a falta de hábito e ou disciplina e o desconforto e ou incômodo.

RODRIGUES (2001), ao entrevistar 203 profissionais do Serviço de Higiene e Limpeza de duas empresas terceirizadas, que atuavam em três hospitais de grande porte no Município de São Paulo, obteve que apenas 8% da amostra conhecia e aplicava as Medidas de Prevenção Padrão (MPP), e mais de 90% destes funcionários referiram ter recebido treinamento sobre as MPP e o uso adequado do EPI. Do total dos acidentes, 72,4% foram devido à exposição percutânea (51% recolhiam as agulhas do chão com as mãos, alguns as reencapavam e jogavam-nas no lixo comum), e 27,6% por respingo com material biológico. Estes resultados mostraram a necessidade de educação contínua dos trabalhadores e a identificação dos fatores que dificultam sua adesão.

Em um levantamento realizado com 14 trabalhadores de enfermagem, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, foram evidenciadas duas categorias de análise dos significados sobre o risco: o visível e o invisível. Evidenciou-se que o risco ocupacional representa "uma arma engatilhada" ou "um campo minado", o que exige uma atenção especial no planejamento de programas de educação e treinamento em serviço valorizando o caráter subjetivo de como o trabalhador percebe os riscos e coloca-se diante deles (AVELAR, 2001).

Para ROBAZZI e MARZIALE (1999), os trabalhadores de enfermagem, mediante uma concepção idealizada da profissão, submetem-se aos riscos ocupacionais, sofrem acidentes de trabalho e adoecem, não atribuindo estes problemas às condições insalubres e aos riscos oriundos do seu trabalho.

COHN et al. (1985), ao pesquisarem o acidente do trabalho na indústria, constataram que a maior qualificação do trabalhador não o isenta dos riscos de se acidentarem gravemente, em vista das condições de periculosidade em que ele trabalha. Neste estudo, o

acidente do trabalho representou 84% para os não qualificados, 83% para os semi-qualificados e 78% para os qualificados.

Na presente pesquisa, 80% dos participantes referiram alguma queixa atual de saúde, sendo a dor nas costas a mais freqüente (39,1%), seguida de dor em membros superiores (32%) e, concomitantemente, em membros superiores e nas costas (14,1%).

Os distúrbios dolorosos da coluna vertebral constituem-se na maior causa isolada de transtornos de saúde e de absenteísmo relacionados ao trabalho. Embora possa ocorrer espontaneamente, a lombalgia é muito mais freqüente em ocupações em que existem esforços físicos muito exigentes e, assim, sua grande incidência está ligada à elevada freqüência com que os seus mecanismos causadores são acionados no cotidiano do trabalho. Embora a maioria dos episódios seja autolimitada, estas afecções devem ser tratadas prontamente e de forma eficaz, a fim de se prevenir a cronificação (COUTO, 2003).

Um estudo realizado no Ambulatório de Doenças Profissionais (ADP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sugeriu que a exposição prolongada e excessiva aos fatores de risco dos DORT e o sofrimento gerado pela perda da saúde e do distúrbio de identidade fundado na ruptura do trabalho são fatores que podem estar associados à evolução desfavorável dos casos (MARTINS e ASSUNÇÃO, 2002).

Visando à reintegração precoce, é importante que se descubram tarefas que possam ser feitas sem maior exigência da coluna, estando ainda o trabalhador sentindo alguma dor. Muitos gerentes e empresas contribuem para o prolongamento desnecessário do afastamento, ao adotarem uma postura inflexível de que o trabalhador está ou totalmente apto ou totalmente inapto. A equipe de Saúde do Trabalhador deve orientar a empresa para aceitar o trabalhador em atividade menos exigente assim que for possível a sua volta ao trabalho (COUTO, 2003).

Cerca de 14% dos sujeitos afirmaram que não estava sendo possível acatar as restrições, sendo o motivo principal a elevada demanda de trabalho da unidade (63,6%).

Além deste, também foram citados: alto número de procedimentos; alto número de pacientes dependentes; número insuficiente de funcionários no setor.

Os administradores de hospitais e os trabalhadores da área de saúde parecem ainda não conseguirem enxergar que a prevenção dos riscos ocupacionais gera vantagens em todos os níveis, já que se constituem em lucro para os hospitais, saúde para seus trabalhadores e publicações notáveis para os pesquisadores (XELEGATI e ROBAZZI, 2003). No entanto, atualmente, esforços em vários setores têm sido empregados, visando à redução de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho e, embora as empresas ainda tenham como objeto central a produtividade e o lucro, algumas começam a direcionar ações na busca de melhores condições de trabalho. Alguns hospitais também já reconhecem a necessidade de oferecer melhores condições de trabalho, com vistas a melhorar a assistência prestada a seus clientes (ROCHA et al, 2004).

#### 5.2.2- Qualidade de vida

A percepção da qualidade de vida de pacientes tem sido considerada um instrumento adequado de avaliação para pesquisas científicas e epidemiológicas. Ao se descrever o comprometimento da qualidade de vida gerada por uma dada situação, pode-se mensurar a sua importância para o indivíduo portador da mesma dentro da sua comunidade (CICONELLI et al, 1999).

No presente estudo também foi avaliada a qualidade de vida dos trabalhadores que receberam restrições de trabalho nos últimos 12 meses a partir da aplicação do instrumento SF-36. Qualidade de vida relacionada com a saúde avalia o paciente subjetivamente, mas está necessariamente ligada ao impacto que o estado de saúde possui sobre a capacidade de vida plena individual (FLECK et al, 1999).

Atualmente, qualidade de vida é um termo utilizado frequentemente, visando à expectativa de vida mais prolongada. Alguns autores (BECK et al, 1999) a conceituam como “um construto multifacetado que envolve capacidades comportamentais e cognitivas do indivíduo, bem-estar emocional e habilidades que requerem o desempenho de papéis

domésticos, vocacionais e sociais". Estes autores também enfatizam que o conceito qualidade de vida possui natureza subjetiva e individualizada. O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (FLECK et al, 1999).

No caso dos participantes, dentre as oito dimensões que compõem o SF-36, a que mais causou impacto na qualidade de vida foi vitalidade, seguida por dor corporal. Recorda-se que a dimensão dor avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas atividades da vida diária. A vitalidade contém tópicos que consideram o nível de energia e de fadiga (MARTINEZ et al, 1999).

Comparando-se os resultados do presente estudo com as médias encontradas na população normal da cidade de São Paulo (KIMURA et al, 2002), encontrou-se que os domínios dor, vitalidade, capacidade funcional e aspectos físicos apresentam-se particularmente inferiores na amostra pesquisada de trabalhadores com restrições de trabalho.

As sociedades industrializadas estão apresentando fatores de deterioração na qualidade de vida e alguns indicadores deste fenômeno são: o aumento do índice de acidentes, a utilização crescente de drogas, o consumismo exacerbado, entre outros. A qualidade de vida engloba também o mundo do trabalho, pois é neste ambiente que as pessoas passam a maior parte de suas vidas. Determinados fatores como satisfação com o trabalho, carga horária, estresse, condições ambientais do posto de trabalho e a possibilidade de realização de lazer, por exemplo, influenciam diretamente na qualidade de vida do trabalhador (RODRIGUES, 1994).

Mesmo com as restrições de trabalho, 80% dos participantes referiram alguma queixa de saúde, sendo a dor nas costas a mais freqüente (39,1%), seguida de dor em membros superiores (32%) e em membros superiores e nas costas (14,1%).

É importante frisar que a maioria dos casos de lombalgia ou dorsalgia regride espontaneamente, apenas com o repouso. A rigor, independente da causa e apesar da tendência a recidivas, 70% dos pacientes ficarão livres de suas dores lombares em três

semanas e 90% em dois meses, com qualquer tratamento. A meia-vida das queixas é de dez dias, qualquer que seja o tratamento instituído (MACDONALD e HASLOCK, 2000).

Em muitos casos, é necessário fazer uma orientação ao trabalhador sobre o modo de usar a coluna para evitar recidivas. Essa orientação deve envolver aspectos de como pegar e manusear cargas, posturas no trabalho e também, quando indicado, como trabalhar sentado e diante de um computador. O retorno precoce do trabalhador à função é fator importante para evitar o agravamento do quadro, principalmente a postura de medo com o trabalho. Assim, o manejo cuidadoso do trabalhador quando de seu retorno ao trabalho é fundamental (COUTO, 2003).

Sabe-se que a qualidade de vida é afetada pelas algias vertebrais, e cada vez mais se procura estudar instrumentos para fazer uma estimacão precisa desse comprometimento (CLAIBORNE et al, 1999). O SF-36 tem sido recomendado particularmente para avaliar a resposta ao tratamento de pacientes com lombociatalgia (LYONS e LITTLEPAGE, 1994; PATRICK et al, 1995).

GARCIA et al (2000) analisaram os dados dos exames periódicos realizados em servidores da Universidade de São Paulo, no Serviço de Medicina do Trabalho, no período de novembro de 1997 a outubro de 1998. Foram consultados 8.356 prontuários médicos e também foram analisadas 362 Comunicações de Acidentes do Trabalho (CAT) emitidas nesse período, das quais 164 correspondiam a doenças profissionais. As afecções osteoarticulares relacionadas ao trabalho foram as mais notificadas.

A qualidade de vida no trabalho de enfermagem, no enfoque da determinacão social, é resultante da inserção específica destes trabalhadores na prestacão de assistência à saúde da sociedade brasileira. Com essa inserção, a qualidade de vida é determinada pelas contradições existentes entre os aspectos saudáveis que o grupo desfruta e os aspectos destrutivos de que padece, tanto no momento produtivo - na situacão de trabalho, como no momento de consumo - na vida social. Considerando o momento produtivo na determinacão da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem, um perfil favorável é confrontado com um perfil destrutivo. Esse perfil destrutivo expressa-se pelos processos de desgaste que comprometem a potencialidade de saúde e vida dos trabalhadores de enfermagem (SILVA e MASSAROLLO, 1998).

Pacientes com diagnóstico de dor lombar inespecífica aguda ou crônica foram acompanhados em um período de seis meses em um estudo realizado por ALEXANDRE et al (2002). Os autores encontraram pouca aderência ao programa de fisioterapia recomendado, e este dado estava associado à presença de outros diagnósticos médicos e à duração prolongada do tratamento. Além disso, algumas barreiras externas também foram citadas, tais como: problemas de transporte, necessidade de cuidar dos filhos e horário de trabalho. Em conclusão, devem-se tomar estas questões em consideração na primeira avaliação de saúde e esforçar-se, em conjunto com o paciente, a encontrar estratégias alternativas para lidar com estas dificuldades antecipadamente.

Na busca de soluções para a melhoria da qualidade de vida no trabalho devem ser abordados elementos relacionados à organização e fatores psicossociais do trabalho, comumente excluídos do leque de ações em Saúde no Trabalho. As intervenções devem ser precedidas por ampla participação dos funcionários. Isto permitirá alcançar o consenso e comprometimento nas ações necessárias à prevenção da perda precoce da capacidade para o trabalho, permitindo a continuidade do trabalho na vida ativa e saudável.

É necessário adotar estratégias que envolvam não só a educação dos trabalhadores, pois, isoladamente, não se tem alcançado sucesso (GOODRIDGE, 1997). Deve-se aliar às medidas educativas, estudos sobre a dinâmica de trabalho das diferentes categorias profissionais, buscando perceber quais são as causas principais do desgaste biomecânico e psicossocial ao qual são submetidos os trabalhadores. De acordo com MULATINHO (2001), a importância de um sistema de gestão de segurança e saúde do trabalho atuante e eficaz condiz para a minimização dos riscos aos trabalhadores e um melhor ambiente laboral nas instituições de saúde.

Considera-se recomendável a aplicação do instrumento SF-36 no decorrer de um período, a fim de acompanhar a melhora ou piora do quadro nas suas diferentes escalas, tornando-se útil para a elaboração e avaliação de intervenções preventivas. Além disso, novas pesquisas precisam ser realizadas, pois outros fatores também podem estar influenciando negativamente aspectos da qualidade de vida de trabalhadores de instituições hospitalares.

## ***6- CONCLUSÃO***

No presente estudo, registraram-se 176 laudos médicos com um total de 337 restrições de trabalho em um período de três anos. As categorias ocupacionais mais atingidas foram: distribuidor de materiais, recreacionista, técnico em mecânica, auxiliar de lavanderia hospitalar, auxiliar de nutrição e técnico em necropsia, sendo possível sugerir que categorias menos qualificadas estão recebendo maior número de laudos restritivos ao trabalho.

A equipe de enfermagem foi responsável por cerca de metade da amostra de trabalhadores que receberam laudos com restrições de trabalho, sendo os auxiliares os mais atingidos. Pesquisas comprovam que o pessoal de enfermagem está sujeito a inúmeros riscos ocupacionais, particularmente os ergonômicos.

O período médio de vigência do laudo contendo restrição de trabalho na amostra estudada foi de 13 meses, e ao categorizar o tempo de restrição como definitiva ou temporária, observou-se que a grande maioria era definitiva.

Os resultados demonstraram que era elevada a ocorrência de restrições de trabalho dentro da instituição estudada, sendo a restrição ergonômica a principal. O processo pelo qual a equipe de saúde ocupacional prescreve as restrições de trabalho ainda não foi descrito na literatura. Estudos devem ser realizados para levantar as informações utilizadas para elaborar a prescrição de uma restrição de trabalho e a sua intenção em prescrevê-la. Além disso, fatores que promovam ou impeçam tais prescrições precisam ser identificados e caracterizados.

Levantou-se em um período de 12 meses 80 trabalhadores com restrições de trabalho. A maior parte era do sexo feminino, com uma média de 43 anos de idade. Metade possuía companheiro e um número médio de dois filhos. Estes dados indicaram a predominância de um pessoal em plena capacidade produtiva, em sua maioria casado e com filhos, sugerindo que suas vidas familiar e pessoal também podem sofrer conseqüências em decorrência das próprias incapacidades.

Ao se verificar o nível de escolaridade, obteve-se que um terço dos trabalhadores que receberam laudos com restrições possuíam ensino fundamental completo.

Os locais com maior índice de trabalhadores com restrições foram as Unidades de Internação e o Serviço de Nutrição e Dietética. Estas unidades são locais de atividades de levantamento e transporte manual de peso de maneira excessiva, uma das principais causas apontadas como desencadeantes de sintomas osteomusculares.

Outro dado importante encontrado foi a taxa elevada de transferência de setor e a mudança de turno de trabalho dos indivíduos que receberam laudos contendo restrições. Os serviços que concentraram o maior número dos trabalhadores que mudaram de setor após terem recebido as restrições foram os ambulatórios e a maioria dos trabalhadores foi transferida para o turno administrativo. Tais mudanças podem vir a minimizar a exposição aos riscos ocupacionais.

A média de tempo de trabalho na unidade e na ocupação nas quais os trabalhadores receberam as restrições obtiveram valores próximos, ou seja, 12,4 e 12,8 anos, respectivamente. Em relação ao tempo de vida que trabalhava, a média foi de 18 anos. De acordo com a legislação vigente de tempo de serviço no Brasil, os sujeitos com restrições do presente estudo trabalharam apenas metade do tempo necessário para a obtenção da aposentadoria.

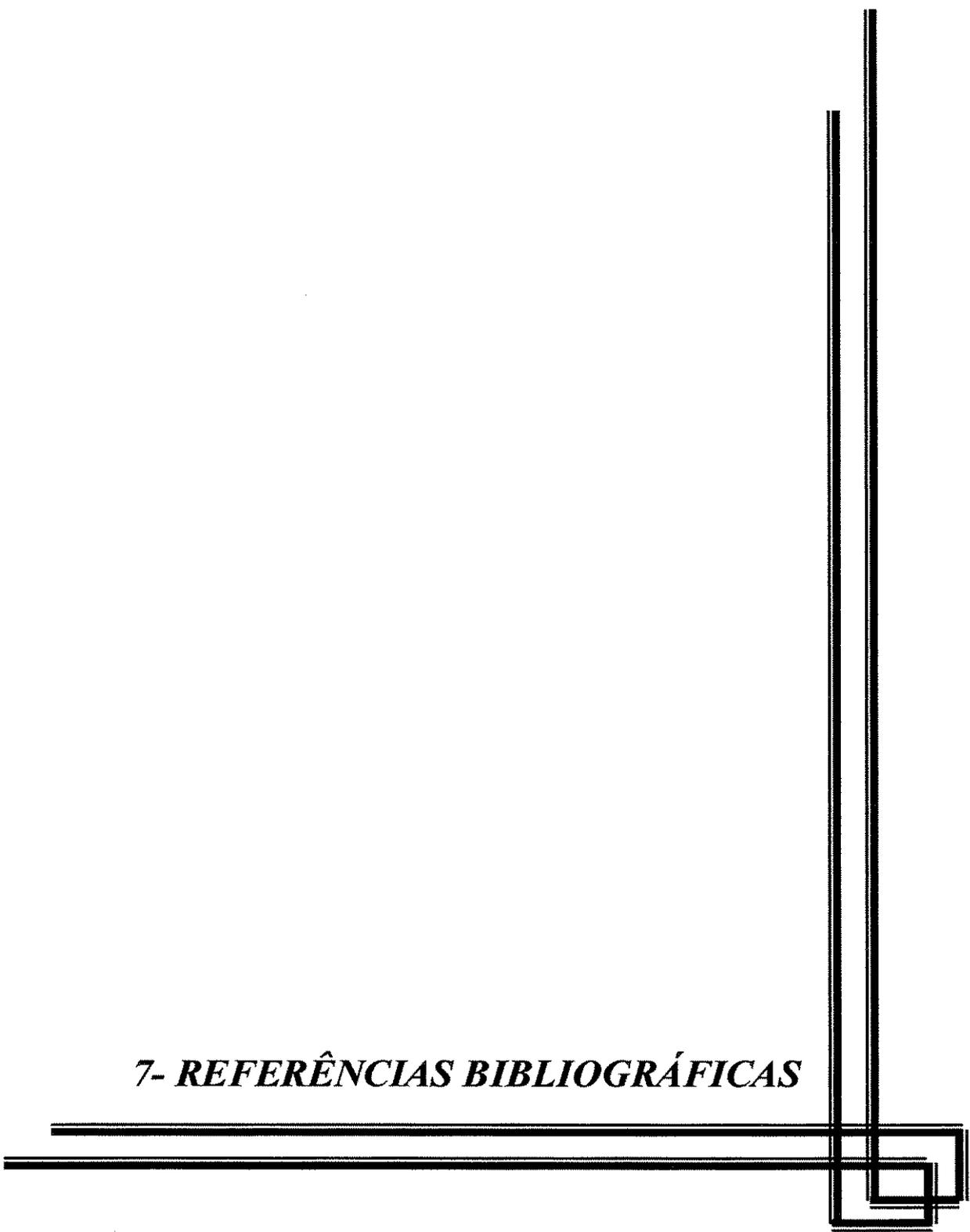
Em relação aos EPIs, apenas metade dos sujeitos afirmaram utilizá-los sempre, apesar da instituição fornecê-los. Isto confirma a visão ingênua do trabalhador diante do risco ocupacional e mostra a necessidade de educação contínua dos trabalhadores e a identificação dos fatores que dificultam sua adesão.

A maioria dos participantes continuava com queixas dolorosas, particularmente devido à alta demanda do setor. Os distúrbios osteomusculares são muito mais frequentes em ocupações em que existem esforços físicos muito exigentes. É importante que se descubram tarefas que possam ser realizadas sem maior exigência da coluna, visando à reintegração precoce do trabalhador.

Parte dos indivíduos entrevistados referiu que não estava sendo possível acatar as restrições. O motivo principal do não cumprimento foi a alta demanda da unidade, indicando a necessidade de uma adequação do ambiente de trabalho, com vistas a melhorar tanto a assistência prestada quanto a saúde dos empregados.

Outro aspecto relevante do presente estudo é a constatação de que vários fatores da qualidade de vida destes trabalhadores estavam comprometidos negativamente, particularmente as dimensões vitalidade e dor corporal. Novas pesquisas precisam ser realizadas, pois outros fatores também podem estar influenciando negativamente aspectos da qualidade de vida de trabalhadores de instituições hospitalares.

## ***7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***



ALEXANDRE, N.M.C. **Contribuição ao estudo das cervicodorsolombalgias em profissionais de enfermagem.** Ribeirão Preto, 1993. (Tese – Doutorado - Universidade de São Paulo).

ALEXANDRE, N.M.C.; ANGERAMI, E.L.S. Avaliação de determinados aspectos ergonômicos no transporte de pacientes. **Rev Bras Saúde Ocup**, 21(77):81-90, 1993.

ALEXANDRE, N.M.C.; BENATTI, M.C.C. Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, 6(2):65-72, 1998.

ALEXANDRE, N.M.C.; MORAES, M.A.A. de; CORRÊA FILHO, H.R.; JORGE, S.A. Evaluation of a program to reduce back pain in nursing personnel. **Rev Saúde Pública**, 35(4):356-61, 2001.

ALEXANDRE, N.M.C.; NORDIN, M.; CAMPELLO, M. Predictors of compliance with short-term treatment among patients with back pain. **Rev Panam Salud Publica**, 12(2):86-95, 2002.

ANDRADE, E. Critérios para avaliação médico-pericial das doenças ocupacionais. **Arq Bras Med**, 66(6):479-81, 1992.

AQUINO, E.M.L. et al. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. **Rev Bras Enfermagem**, 46(3/4):245-57, 1993.

ASSUNÇÃO, A.A.; ALMEIDA, I.M. In: MENDES, R. **Patologias do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 1502-39.

AVELAR, E.S.P. **Riscos ocupacionais sob a ótica de quem cuida:** representações sociais da equipe de enfermagem. Rio de Janeiro, 2001. (Dissertação - Mestrado – Universidade Federal do Rio de Janeiro).

BARBOSA, A. Hospitais: fonte de saúde ou de riscos? **Rev Saúde Dist Fed**, 6(1/2):32-6, 1995.

- BECK, C.L.C.; BUDÓ, M.L.D.; GONZALES, R.M.B. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professoras de enfermagem – elementos para reflexão. **Rev Esc Enf USP**, 33(4):248-54, 1999.
- BENATTI, M.C.C. **Acidente do trabalho em um hospital universitário**: um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de enfermagem. São Paulo, 1997. (Tese – Doutorado - Universidade de São Paulo).
- BENATTI, M.C.C.; NISHIDE, V.M. Elaboração e implantação do mapa de riscos ambientais para prevenção de acidentes do trabalho em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, 8(5):13-20, 2000.
- BOFFA, B.M.; LEITEA, D.F.; AZAMBUJA, M.I.R. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Rev Saúde Pública**, 36(3):337-42, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Segurança no Ambiente Hospitalar**. Série Saúde & Tecnologia. 1995.
- BRASIL. Normas regulamentadoras. In: **Segurança e medicina do trabalho**. 48. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- CARDO, D.M. et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. **New Eng J Med**, 337(21):1485-90, 1997.
- CÉLIA, R.C.R.S.; ALEXANDRE, N.M.C. Distúrbios osteomusculares e qualidade de vida em trabalhadores envolvidos com transporte de pacientes. **Rev Bras Enferm**, 56(5):494-8, 2003.
- CICONELLI, R. M. et al. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”. **Rev Bras Reumatol**, 39(3):143-50, 1999.
- CLAIBORNE, N.; KRAUSE, T.M.; HEILMAN, A.E.; LEUNG, P. Measuring quality of life in back patients: comparison of Health Status Questionnaire 2.0 and Quality of Life Inventory. **Soc Work Health Care**, 28(3):77-94, 1999.

COHN, A. et al. **Acidentes do trabalho**: uma forma de violência. São Paulo: Brazilense, 1985.

COSTA, E.S.; 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**, 16(2):553-5, 2000.

COUTO, H.A. Doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho: coluna e membros inferiores. In: MENDES, R. **Patologias do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 1542-71.

CROCE, D.; CROCE JR, D. **Medicina Legal**. São Paulo: Saraiva, 1995.

DIAS, E.C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p. 138-56.

FERREIRA JR, M. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). **Rev Saúde Pública**, 33(2):198-205, 1999.

FRANCA, G.V. **Medicina Legal**. 5. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 1998.

FUNDEN. **Manual de Salud Laboral**: série enfermería. El riesgo profesional. Madrid, 1996.

GARCIA, M.E. et al. Análise de dados dos exames periódicos efetuados nos trabalhadores da Universidade de São Paulo. **Rev Med Hosp USP**, 10(1):29-33, 2000.

GERSHON, R.R.M. et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. **Am J Infect Control**, 28(3):211-21, 2000.

- GOLDMAN, R.H. et al. Prioritizing back injury risk in hospital employees: application and comparison of different injury rates. **JOEM**, 42(6):645-52, 2000.
- GOODRIDGE, D. Minimizing transfer injuries. **Can Nurses**, 93(7):38-41, 1997.
- GRAVINA, M.E.R. LER - Lesões por Esforços Repetitivos: uma reflexão sobre os aspectos psicossociais. **Saúde Soc**, 11(2):65-87, 2002.
- GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N.M.C. Calidad de vida de trabajadoras de enfermería com dolor lumbar crónico. **TEA**, 53:18-22, 2003.
- GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N.M.C.; CORRÊA-FILHO, H.R. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, 11(5):608-13, 2003.
- HALL, H.; MCINTOSH, G.; MELLES, T. et al. Effect of discharge recommendations on outcome. **Spine**, 19:2033-7, 1994.
- HIEBERT, R.; SKOVRON, M.L.; NORDIN, M.; CRANE, M. Work restrictions and outcome of nonspecific low back pain. **Spine**, 28(7):722-8, 2003.
- HUTCHINSON, A.; BENTZEN, N.; KONIG-ZAHN, C. **Cross cultural health outcome assessment: a user's guide**. The Netherlands: Ergo, 1996.
- KIMURA, M.; de GOUVEIA SANTOS, V.L.C.; AMENDOLA, F.; de GÓES SALVETTI, M.; GONZAGA, S.T.G.; SALLIMBENI, T. Validação do questionário de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) para a população geral da cidade de São Paulo – Brazil. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2; 2002, Águas de Lindóia. **Resumo publicado**. São Paulo, 2002, p. 193.
- LIMA, R.C.; VICTORIA, C.G.; DALL'AGNOL, M.M.; FACCHINI, L.A.; FASSA, A.G. Percepção de exposição a cargas de trabalho e riscos de acidentes em Pelotas, RS (Brasil). **Rev Saúde Pública**, 33(2):137-46, 1999.
- LOISEL, P.; DURAND, P.; ABENHAIM, L.; et al. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model: results of a pilot and feasibility study. **Occup Environ Med**, 51:597-602, 1994.

LYONS, R.A.; LO, S.V.; LITTLEPAGE, B.N. Comparative health status of patients with 11 common illnesses in Wales. **J Epidemiol Community Health**, 48:388-90, 1994.

MACDONALD, R.; HASLOCK, I. Spinal disorders. In: COX, R.A.F. **Fitness for work: the medical aspects**. Oxford: Oxford Medical Pub, 2000. p. 210-34.

MACHADO, J.M.H.; CORREA, M.V. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no hospital. **Informe Epidemiológico do SUS**, 11(3):159-66, 2002.

MARRAS, W.S. Occupational low back disorders causation and control. **Ergonomics**, 43(7):880-902, 2000.

MARTINEZ, J.E.; BARAUNA FILHO, I.S.; KUBOKAWA, K.M.; CEVASCO, G.; PEDREIRA, I.S.; MACHADO, L.A.M. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia através do "Medical Outcome Survey 36 Item Short-form Study". **Rev Bras Reumatol**, 39(6):312-6, 1999.

MARTINS, J.N.; ASSUNÇÃO, A.A. A dor na doença músculo-esquelética associada ao trabalho. **Cad Psicol**, 12(1):61-76, 2002.

MCDOWELL, I.; NEWELL, C. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. New York, NY: Oxford University Press, 1996.

MCGIBBON, G. How to make a questionnaire work. **Nurs Times**, 93(23):46-8, 1997.

MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MELETICHE, D.M.; DOSHI, D.; LOFLAND, J.H. Medical Outcomes Study Short Form 36: a possible source of utilities? **Clin Ther**, 21(11):2016-26, 1999.

MENDES, R. **Patologias do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS – Suplemento 3**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996.

- MIRANDA, C.R. **Introdução à saúde do trabalhador**. São Paulo: Atheneu, 1998.
- MULATINHO, L.M. **Análise do sistema de gestão de segurança e saúde no ambiente de trabalho em uma instituição hospitalar**. Recife, 2001. (Dissertação – Mestrado – Universidade Federal da Paraíba).
- NISHIDE, V.M. **Riscos ocupacionais e acidentes do trabalho: uma realidade em unidade de terapia intensiva**. Campinas, 2002. (Dissertação – Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).
- OLIVEIRA, B.R.G.; MUROFUSE, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Rev Latino-am Enfermagem**, 9(1):109-15, 2001.
- OWEN, B.D. Preventing injuries using an ergonomic approach. **AORN J**, 72(6):1031-6, 2000.
- PARADA, E.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; BENATTI, M.C.C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. **Rev latino-am enfermagem**, 10(1):64-9, 2002.
- PATRICK, D.L.; DEYO, R.A.; ATLAS, S.J.; SINGER, D.E.; CHAPIN, A.; KELLER, R.B. Assessing health-related quality of life in patients with sciatica. **Spine**, 20(17):1899-1909, 1995.
- PEREIRA, C.E. **Um estudo sobre a realidade dos portadores de DORT/LER nas empresas**. São Paulo, 1999. (Dissertação – Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).
- PITTA, A.M.F. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- RETSAS, A.; PINIKAHANA, J. Manual handling activities and injuries among nurses: an Australian hospital study. **Int J Nurs Stud**, 24(4):875-83, 2000.

- ROBAZZI, M.L.C.C.; MARZIALE, M.H.P. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Rev Bras Enferm**, 52(3):331-8, 1999.
- ROCHA, F.L.R.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los. **Rev latino-am enfermagem**, 12(7):511-7, 2004.
- ROCHA, L.E.; NUNES, E.D. O milagre econômico e o ressurgimento do movimento social: 1964-1980. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993. p. 122-37.
- RODRIGUES, M.V.C. **Qualidade de vida no trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- RODRIGUES, N.M.L. **Conhecimento e adesão às medidas de precauções padrão dos funcionários do serviço de higiene e limpeza hospitalar**. São Paulo, 2001. (Dissertação – Mestrado - Universidade Federal de São Paulo).
- ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.
- SEGRE, M. Breve estudo da legislação e da perícia médica em acidentes do trabalho. **Rev Bras Saúde Ocup**, 13(50):55-62, 1985.
- SILVA, L.D. da. **A educação revelando os riscos ocupacionais no trabalho da enfermagem intensivista**. Rio de Janeiro, 2000. (Tese – Doutorado - Universidade Federal do Rio de Janeiro).
- SILVA, V.E.F.; MASSAROLLO, M.C.K.B. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Mundo Saúde**, 22(5):283-6, 1998.
- SKOVRON, M.L.; HIEBERT, R.H.; NORDIN, M.N. et al. Restricted duty and outcomes in industrial low back pain. 20<sup>th</sup> Annual Meeting, International Society for the Study of the Lumbar Spine, Marseilles, France, 1993.
- SPITZER, W.O.; LEBLANC, F.E.; DUPUIS, M. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: a monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. **Spine**, 12:1-59, 1987.

The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 6.12. SAS Institute Inc, Cary, NC, USA, 1996.

VIEIRA, S.I. **Medicina Básica do Trabalho**. São Paulo: Genesis, 1995.

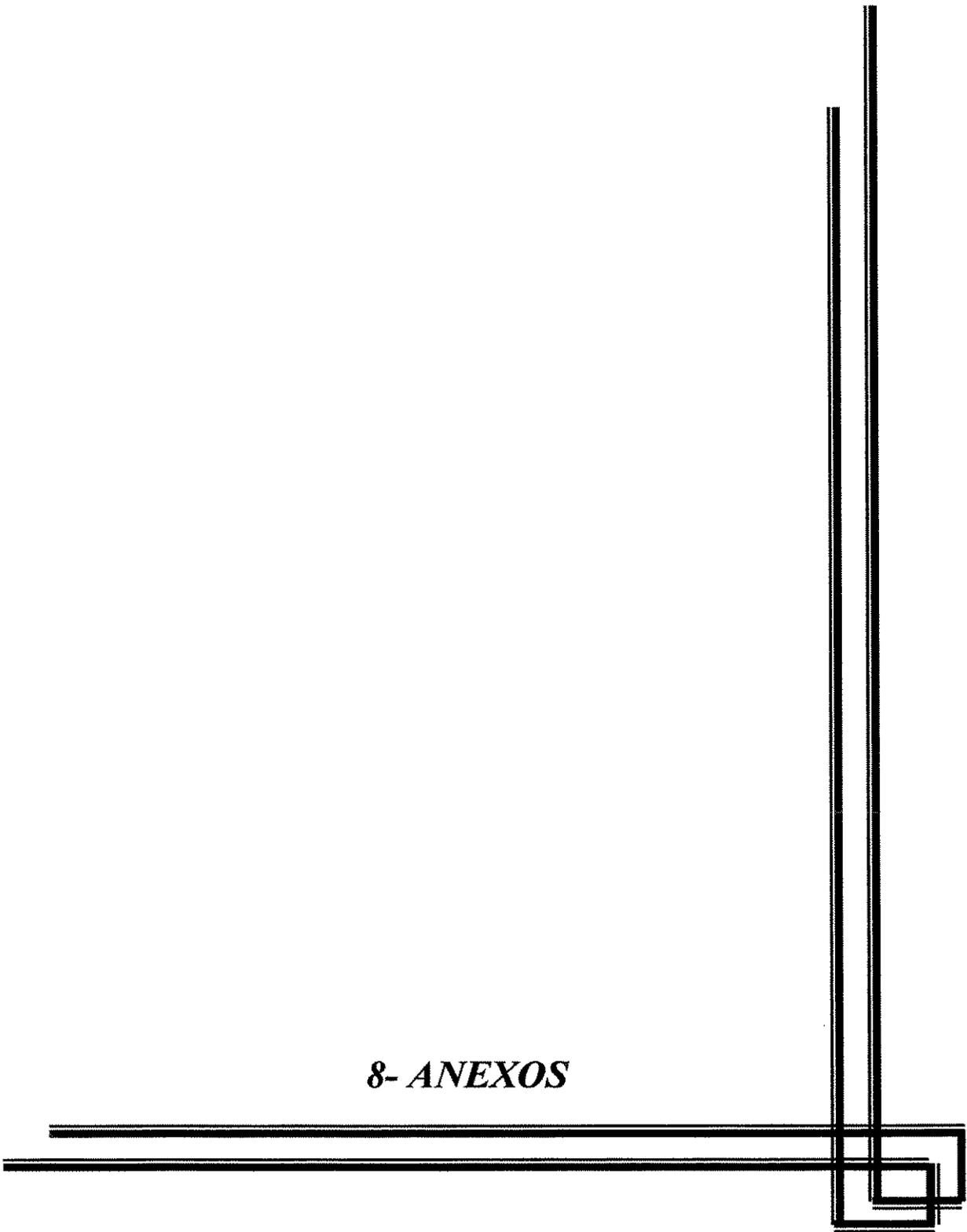
WAKAMATSU, C.T.; SUPINO, E.; BUSCHINELLI, J.T.P.; LEIFERT, R.M.; SOTO, J.M.O.G. Riscos de salubridade para o pessoal de hospital. **Rev Bras Saúde Ocup**, 14(53):52-60, 1986.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF 36). **Med Care**, 30(6):473-83, 1992.

WIESEL, S.W.; FEFFER, H.L.; ROTHMAN, R.H. Industrial low back pain: a prospective evaluation of a standardized diagnostic and treatment protocol. **Spine**, 9:199-203, 1984.

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M.L.C.C. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão da literatura. **Rev latino-am enfermagem**, 11(3):350-6, 2003.

**8- ANEXOS**



## Instrumento de avaliação de qualidade de vida SF-36

**Instruções:** esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1- Em geral, você diria que a sua saúde é:

1 excelente

2 muito boa

3 boa

4 ruim

5 muito ruim

2- Comparada a um ano atrás, como você classifica a sua saúde em geral, agora?

1 muito melhor agora do que a um ano atrás

2 um pouco melhor agora do que a um ano atrás

3 quase a mesma coisa de um ano atrás

4 um pouco pior agora do que a um ano atrás

5 muito pior agora do que a um ano atrás

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Nesse caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se, dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h. Andar vários quarteirões.	1	2	3
i. Andar um quarteirão.	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4- Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência da sua saúde física?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer o seu trabalho ou outras atividades (p.e.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5- Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6- Durante as últimas quatro semanas, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

1 de forma nenhuma

2 ligeiramente

3 moderadamente

4 bastante

5 extremamente

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

1 nenhuma

2 muito leve

3 leve

4 moderada

5 grave

6 muito grave

8- Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)?

1 de maneira alguma

2 um pouco

3 moderadamente

4 bastante

5 extremamente

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

1 todo o tempo

2 a maior parte do tempo

3 alguma parte do tempo

4 uma pequena parte do tempo

5 nenhuma parte do tempo

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

# PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FCM/UNICAMP

2º VTA



FAULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Caixa Postal 6111, 13063-970 Campinas, SP

☎ (0 19) 3788-8936

FAX (0 19) 3788-7187

☎ [www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

✉ [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

CEP, 17/01/05  
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 099/2003

## I - IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO "AMBIENTE DE TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA: CONDIÇÕES SOBRE AS RESTRIÇÕES IMPOSTAS AOS TRABALHADORES DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR"**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Giovana Pimentel Gurguerra

**INSTITUIÇÃO:** Hospital de Clínicas da UNICAMP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 28/03/2003

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 20/05/04

## II - OBJETIVOS

Avaliar a qualidade de vida e as restrições impostas aos trabalhadores de saúde do HC/UNICAMP, de acordo com a categoria profissional, sexo e idade.

## III - SUMÁRIO

Estudo epidemiológico não-experimental, de caso-controle, com informações retrospectivas. A coleta de dados se dará inicialmente por levantamento de Laudos Médicos e Atestados de Saúde Ocupacional, fornecidos a trabalhadores de uma Instituição Hospitalar, contendo restrições de trabalho (casos), através de pesquisa nos processos de vida funcional arquivados na Coordenadoria de Recursos Humanos da instituição. Por análise estatística descritiva pretende-se estudar as características gerais e ocupacionais e as queixas relacionadas aos riscos ocupacionais. Em segundo momento, serão realizadas entrevistas com os trabalhadores que estão com restrições ou as recebam durante período a ser definido (excluídos os que não aceitarem participar da pesquisa) e um grupo de trabalhadores da mesma categoria profissional que não possuem restrições (controle), na proporção de 1 para 1 (um elemento controle para cada caso). A correlação com a qualidade de vida dos trabalhadores (conforme previsto os objetivos da pesquisa) será feita pela aplicação de questionário referido por SF 36, publicado em Ware & Sherbourne, não anexado ao projeto para uma avaliação adequada.

## IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto centra-se, basicamente, em uma descrição de situação a partir de levantamento estatístico e uma correlação com pesquisa, via questionário, da qualidade de

Página 1 de 2

vida dos trabalhadores que receberam restrições ao trabalho na Instituição Hospitalar.

Projeto ainda está em fase final de elaboração, mas não há qualquer situação que exponha o participante da pesquisa a qualquer risco. O Termo Consentimento Livre e Esclarecido está claro e completo.

#### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

#### VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme definida no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.2), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.)

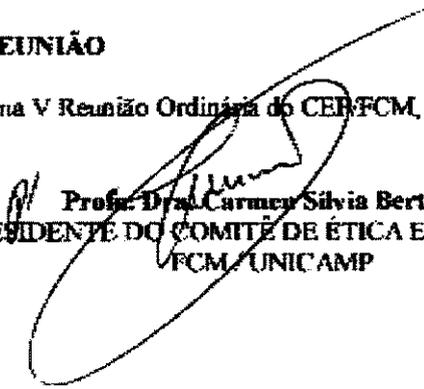
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.c)

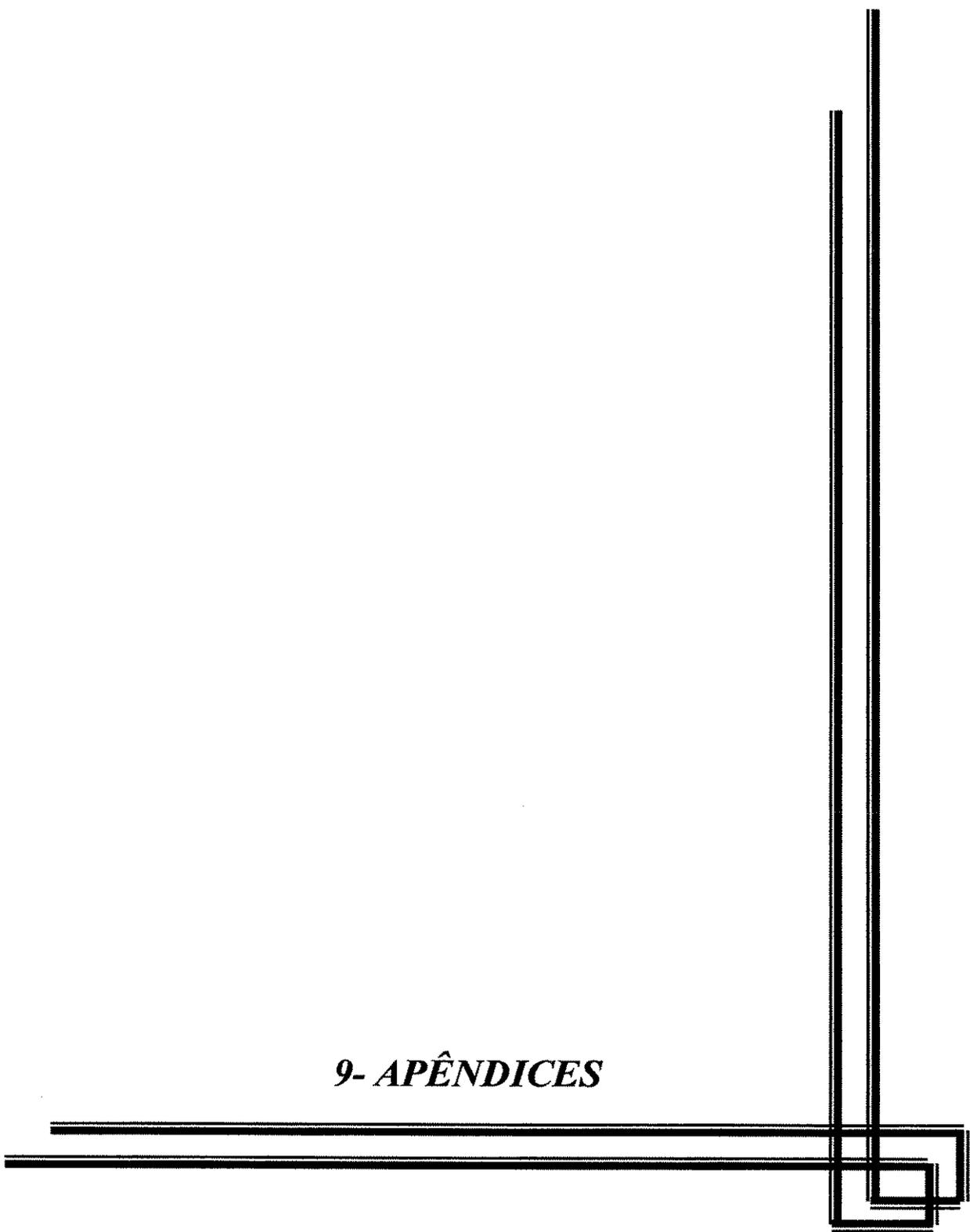
Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidas na Resolução CNS-MS 196/96

#### VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CER/FCM, em 20 de maio de 2003.

  
Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM/UNICAMP

***9- APÊNDICES***



**FICHA PARA CARACTERIZAÇÃO DOS LAUDOS E DAS RESTRIÇÕES DE  
TRABALHO**

Nº da ficha: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2004

***I) Dados gerais e ocupacionais***

Nome do funcionário: \_\_\_\_\_

Categoria ocupacional: \_\_\_\_\_

***II) Considerações sobre os laudos e as restrições de trabalho***

1- Número de laudos anteriores contendo restrições: \_\_\_\_\_

2- Período de vigência da restrição:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

a partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3- Tempo de restrição:  temporária  definitiva

4- Tipo de restrição:

**a- biológica**

não trabalhar com pacientes de diagnóstico não confirmado

não trabalhar com portadores de doenças infecto-contagiosas

outra: \_\_\_\_\_

**b- física**

não trabalhar em câmaras frias

não trabalhar em setores onde há risco de exposição a radiação ionizante

outra: \_\_\_\_\_

c- química

- não manipular produtos químicos
- não trabalhar com gases e vapores anestésicos
- não realizar atividades que necessitem o uso de luvas de látex
- outra: \_\_\_\_\_

d- ergonômica

- não levantar nem transportar peso
- não empregar força física
- não empregar força dos membros superiores
- não executar movimentos repetitivos
- não executar atividades essencialmente em posição em pé
- não executar atividades essencialmente em posição sentada
- não realizar movimentos constantes de deambulação
- não varrer/esfregar o chão
- outra: \_\_\_\_\_

e- psicossocial e organizacional

- não trabalhar em setores que exijam trato com pacientes graves
- pausa laboral de 10 minutos a cada 50 minutos de atividades repetitivas
- não trabalhar no turno noturno
- outra: \_\_\_\_\_

f- outras: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FICHA PARA CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES COM LAUDOS  
CONTENDO RESTRIÇÕES DE TRABALHO**

Nº da entrevista: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2004

**I) Identificação**

Iniciais: \_\_\_\_\_ 1. Idade: \_\_\_\_\_ anos 2. Sexo:  feminino  masculino

**II) Dados gerais**

1- Estado conjugal:  vive só  união estável

2- Número de filhos: \_\_\_\_\_

3- Composição familiar (número de pessoas que moram com o trabalhador): \_\_\_\_\_

4- Escolaridade:

- ensino fundamental incompleto                       ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto                               ensino médio completo
- ensino superior incompleto                               ensino superior completo

**III) Dados ocupacionais**

1- Categoria ocupacional: \_\_\_\_\_

2- Mudou de setor de trabalho após receber a restrição:  não  sim

	Quando recebeu o laudo contendo a restrição	Atual
3- Unidade de trabalho		
4- Turno de trabalho	<input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noite <input type="checkbox"/> administrativo	<input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noite <input type="checkbox"/> administrativo

Dados referentes a quando recebeu o laudo contendo a restrição de trabalho:

5- Tempo de trabalho na unidade: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

6- Tempo de trabalho na ocupação: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

7- Tempo que trabalha: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

8- Possui outro emprego:  sim  não

9- Total de horas trabalhadas na semana: \_\_\_\_\_

***IV) Dados sobre o processo saúde-doença***

1- Faz uso de EPI:  sempre  às vezes  raramente  não faz uso

2- Apresenta alguma queixa de saúde:  não  sim: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3- Está sendo possível acatar as restrições:  sim  não, porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

### UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Campinas, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2004

#### Carta de Consentimento

Eu, \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_,

estou participando espontaneamente de um projeto para avaliar a qualidade de vida e as restrições de trabalhadores de um hospital universitário.

Fui solicitado a responder um questionário que tem por objetivo identificar como está a minha situação atual de saúde e a minha percepção sobre os riscos ocupacionais aos quais estou exposto dentro da instituição.

Declaro estar ciente dos propósitos da pesquisa e que os dados coletados poderão ser divulgados em eventos científicos. Será garantido o sigilo da minha identificação pessoal e profissional. Fui também informado que tenho o direito de sair do estudo a qualquer momento em que desejar, sem que isso afete ou traga conseqüências para mim.

Sei que o presente estudo obteve o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, cujo telefone é (19) 3788 8936.

Foi-me oferecida oportunidade de tomar conhecimento dos resultados da pesquisa, através de solicitação das informações no Departamento de Enfermagem, na Faculdade de Ciências Médicas. Também poderei receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com a pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Giovana Pimentel Gurgueira  
Aluna Pesquisadora

Neusa Maria Costa Alexandre  
Orientadora

Telefone para contato: (19) 3788 8823

