

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL
E SAÚDE DO TRABALHADOR**

PATRÍCIA DE CÁSSIA ARAÚJO SOARES

**RISCOS ERGONÔMICOS E ADOECIMENTO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM
EM FOCO: HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFU-MG**

**UBERLÂNDIA
2017**

PATRÍCIA DE CÁSSIA ARAÚJO SOARES

**RISCOS ERGONÔMICOS E ADOECIMENTO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM
EM FOCO: HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFU-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT/UFU), como requisito obrigatório para a obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientador: Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar

UBERLÂNDIA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S676r
2017 Soares, Patrícia de Cássia Araújo, 1977
 Riscos ergonômicos e adoecimento no trabalho de enfermagem em
 foco: Hospital de Clínicas/UFU-MG / Patrícia de Cássia Araújo Soares. -
 2017.
 91 p. : il.

 Orientador: Winston Kleiber de Almeida Bacelar.
 Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de
 Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde
 do Trabalhador.
 Inclui bibliografia.

 1. Geografia médica - Teses. 2. Enfermagem - Teses. 3. Ergonomia -
 Teses. 4. Saúde e trabalho - Teses. I. Bacelar, Winston Kleiber de
 Almeida, 1966. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de
 Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.

CDU: 911.3: 61

PATRÍCIA DE CÁSSIA ARAÚJO SOARES

**RISCOS ERGONÔMICOS E ADOECIMENTO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM
EM FOCO: HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFU-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT/UFU), com banca examinadora formada por:

Uberlândia, 28 de março de 2017.

Resultado _____

Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar, UFU-MG (Orientador)

Prof.^a Dra. Isabel Ap Porcatti de Walsh, UFTM-MG

Prof.^a Dra. Marcelle Aparecida Barros Junqueira, UFU-MG

Dedico este trabalho ao meu maior tesouro, que são a minha família e os meus amigos. Em especial, a minha mãe, Maria Olinda Soares, a meu pai, Ademar Divino Soares, e a meus irmãos, Michelle, Renata e Ademar Júnior, pelo apoio, amizade, companheirismo e união.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a minha família, a meus amigos e a todos que me incentivaram e participaram direta e indiretamente do desfecho da dissertação.

Agradeço aos professores do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima, Paulo César Mendes, Marcelle Junqueira, Rosimár Alves Querino. Em especial, agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar, pela paciência, apoio, incentivo e estímulo a sempre buscar o aperfeiçoamento na construção do conhecimento, sem o seu entusiasmo e parceria, essa dissertação não teria a mesma riqueza e brilho.

Aos meus colegas do mestrado, meu muito obrigada pela amizade, companheirismo, aprendizado construído junto e pelas parcerias que continuarão ao longo dessa incrível jornada intitulada VIDA.

Aos meus amigos e colegas do HC/UFU, que conheci mais de perto, consolidando os laços de amizade, a minha eterna gratidão, ao Rafael, à Marilda, à Mayrines, à Sueli, ao Durval e ao Vitor, que nossa parceria seja duradoura e a amizade seja eterna.

Agradeço também aos profissionais de enfermagem da enfermaria de clínica médica pela disposição, apoio e incentivo, em especial à Maria Marta, Iolanda, Roberta, Adriane, Anna Paula, Vanessa, Davi, Túlio, Beatriz, Maria Neves e Roseli, a vocês, minha eterna gratidão.

RESUMO

A atividade da equipe de enfermagem no âmbito hospitalar é desenvolvida por 24 horas ininterruptamente e, por estar sempre presente e disponível no local de trabalho, o profissional de enfermagem tem maior sobrecarga física e/ou psíquica. Essa situação, de forma contínua e prolongada, contribui para o desenvolvimento de doenças, adoecimentos e afastamentos que invariavelmente impactam no trabalho e na qualidade de vida desse trabalhador. Assim, faz-se necessário a reflexão sobre sua saúde, buscando compreender a relação entre o trabalho na área da saúde e os impactos na qualidade de vida do trabalhador da equipe de enfermagem. O interesse sobre o tema se manifestou a partir da indagação acerca dos motivos dos afastamentos dos trabalhadores da equipe de enfermagem da Clínica Médica do HC/UFU e da hipótese dos riscos ergonômicos presentes no ambiente de trabalho dos mesmos colaborarem para estes absenteísmos. O objetivo deste estudo foi identificar, analisar e observar a percepção e conhecimento da equipe de enfermagem sobre os riscos ergonômicos e avaliar as causas de adoecimento e afastamento na unidade de internação de Clínica Médica do HC/UFU. A metodologia utilizada foi a quali/quantitativa. Os resultados obtidos não confirmaram totalmente a hipótese inicial, porém o número elevado de adoecimentos e afastamentos por problemas osteomusculares e psíquico/emocionais mostraram ser o caminho metodológico correto. O conhecimento da ergonomia e dos riscos ergonômicos pela análise ergonômica do trabalho pode contribuir para redução e minimização dos adoecimentos da equipe de enfermagem aliadas à prevenção, promoção da saúde e melhorias nas condições de trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem. Ergonomia. Riscos ergonômicos. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The activity of the nursing team in the hospital environment is developed in the 24 hours without interruption and because it is always present and available in the workplace, the nursing professional has greater physical and / or psychic overload. This situation, in a continuous and prolonged way, contributes to the development of illnesses, illnesses and withdrawals that invariably impact the work and quality of life of this worker. Thus, it is necessary to reflect on their health, seeking to understand the relationship between work in the health area and the impacts on the quality of life of the nursing staff worker. The interest in the subject was manifested by the question about the reasons for the removals of the workers of the nursing team of the Medical Clinic of HC / UFU and if the ergonomic risks present in their work environment collaborate for these absenteeisms. The objective of this study was to identify, analyze, evaluate the perception and knowledge of the nursing team about the ergonomic risks and to evaluate the causes of illness and remoteness in the hospitalization unit of HC / UFU Clinic and the methodology used was the qualitative / quantitative . The results obtained did not fully confirm the initial hypothesis, but the high number of illnesses and departures due to musculoskeletal and psychic / emotional problems proved to be the correct methodological path. The knowledge of ergonomics and ergonomic risks by the ergonomic analysis of the work can contribute in the reduction and minimization of the nursing staff 's illnesses together with prevention, health promotion and improvements in working conditions.

Key words: Nursing. Ergonomics. Ergonomic risks. Worker health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação dos principais riscos ocupacionais em grupos de acordo com sua natureza e dividido em cores	29
Tabela 2. Equipe de enfermagem a nível nacional, estadual e local: Hospital de Clínicas UFU, 2016	47
Tabela 3. Variáveis pessoais e socioeconômicas da equipe de enfermagem do HC/UFU	48
Tabela 4. Descrição das variáveis quantitativas: idade, horas trabalhadas por semana e tempo de atuação na área da saúde	49
Tabela 5. Importância no treinamento ou capacitação sobre a NR 17 e aplicação no trabalho	52
Tabela 6. Conhecimento da postura ideal na atividade laboral	53
Tabela 7. Ambiente de trabalho quanto à adequação do desenvolvimento de suas atividades	54
Tabela 8. Quanto à adequação do mobiliário do ambiente de trabalho	55
Tabela 9. Questão de gênero - Atividades de enfermagem com energia/força	55
Tabela 10. Dificuldades na movimentação de paciente ou deslocamento espacial do leito/cadeira/maca	56
Tabela 11. Problema de saúde	57
Tabela 12. Acidente de trabalho - Tipo	58
Tabela 13. Presença de doença/agravo	59
Tabela 14. Licença médica (atestado) - Motivo	61
Tabela 15. Número de afastamentos no período de 01/01/2011-31/07/2016.	62
Tabela 16. Caracterização do ambiente de trabalho	64
Tabela 17. Adequação da escala de trabalho	65
Tabela 18. Melhorar ambiente de trabalho	66
Tabela 19. Atividades mais frequentes nos momentos de folga/férias	67
Tabela 20. Vida sexual	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fachada e portaria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, 2017	15
Figura 2. Sala de espera e corredor da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU, 2017	34
Figura 3. Cama hospitalar da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU, 2017	40
Figura 4. Armário e bancada do posto de medicação da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU, 2017	41
Figura 5. Maca de transporte do HC/UFU, 2017	43
Figura 6. Equipamentos utilizados na enfermaria de Clínica Médica (monitor, cilindro de oxigênio, aparelho de Raio-X) do HC/UFU, 2017	45
Figura 7. Equipamentos (cardioversor, cadeira comum e de acompanhante) da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU, 2017	46
Figura 8. Problemas mais frequentes nos trabalhadores, 2014	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Classificação Internacional de Doenças (CID10) ocorridas no Ano de 2011 no setor de Clínica Médica do HC/UFU, 2011	70
Gráfico 2. Classificação Internacional de Doenças (CID10) ocorridas no Ano de 2012 no setor de Clínica Médica do HC/UFU, 2012	71
Gráfico 3. Classificação Internacional de Doenças (CID 10) ocorridas no Ano de 2013 no setor de Clínica Médica do HC/UFU, 2013	72
Gráfico 4. Classificação Internacional de Doenças (CID 10) ocorridas no Ano de 2014 no setor de Clínica Médica do HC/UFU, 2014	74
Gráfico 5. Classificação Internacional de Doenças (CID 10) ocorridas no Ano de 2015 no setor de Clínica Médica do HC/UFU, 2015	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABERGO	Associação Brasileira de Ergonomia
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APH	Adicional de Plantão Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPEPE	Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem
CID10	Classificação Internacional de Doenças Versão 10
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DIRQS	Diretoria de Qualidade de Saúde do Servidor
DISAO	Divisão de Saúde Ocupacional
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
FAEPU	Fundação de Assistência, Ensino e Pesquisa de Uberlândia
HC	Hospital de Clínicas
IEA	Associação Internacional de Ergonomia
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MS	Ministério da Saúde
NRs	Normas Regulamentadoras
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RJU	Regime Jurídico Único
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. O MUNDO DO TRABALHO E O ADOECIMENTO DO TRABALHADOR.....	18
2.1. Saúde do trabalhador	21
2.1.1. Saúde do trabalhador na área da saúde.....	23
2.1.2. Saúde do trabalhador no âmbito da enfermagem.....	26
2.2. Ergonomia e a NR17	30
2.3. Metodologia	34
3. RISCOS ERGONÔMICOS E ADOECIMENTO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA MÉDICA	38
3.1. Variáveis socioeconômicas e ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem da Clínica Médica do HC/UFU	46
3.2. Percepções e conhecimento dos trabalhadores de enfermagem da clínica médica do HC/UFU sobre os riscos ergonômicos	50
3.3. Causas de adoecimento dos trabalhadores da equipe de enfermagem do HC/UFU	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE A.....	87
ANEXO A.....	88
ANEXO B.....	90

APRESENTAÇÃO

A enfermagem é uma profissão jovem, que foi regulamentada em 1986 pela Lei 7498. Assim, há 31 anos e desde então, essa profissão vem se aperfeiçoando com o conhecimento técnico-científico, como cuidar com eficiência, qualidade e de forma humanizada. Isso porque, “o cuidado” continua sendo o norteador dessa linda profissão, o cuidar de outra vida com profissionalismo, qualidade, eficiência, zelo, carinho e amor, sem causar danos ao cliente/paciente ou ao cuidador em si.

O interesse pelo tema decorre da minha experiência, como profissional de enfermagem, ao observar na prática cotidiana profissionais se afastando do seu local de trabalho por problemas relacionados a doenças osteomusculares e problemas psíquico/emocionais. Tal situação, por sua vez, impacta no trabalho, pois leva à sobrecarga os demais trabalhadores que são impelidos a trabalharem mais, o que aumenta os riscos de acidentes, de adoecimento e perda da qualidade de vida, tanto dos que continuam trabalhando quanto dos que estão afastados de sua atividade laboral.

Na busca por identificar o que levava a equipe de enfermagem a adoecer e os riscos a que estão expostos na sua atividade laboral, surgiu o interesse em pesquisar os riscos ergonômicos. Este ocorreu devido à grande maioria dos afastamentos estarem relacionados a problemas osteomusculares e psíquico/emocionais que estão intimamente ligados à ergonomia.

A nossa intenção nunca foi fazer uma extensa revisão bibliográfica sobre o tema ergonomia e condições de postura, mas relacionar tais temas com o meu lugar/local de trabalho. Para isso, partimos da premissa básica de um mestrado profissional que se propõe, pretensiosamente, a ser um instrumento para entender melhor esse ambiente e melhorar as condições de trabalho.

Assim, este estudo pretende contribuir na discussão e debate sobre a Saúde Ocupacional, buscando melhores condições de trabalho para os profissionais da saúde em geral e, em especial, para os profissionais de enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho permite uma revisão de temas importantes e relacionados com a prática profissional da área da enfermagem, que é uma profissão que deve ser valorizada pela dedicação, comprometimento, desvelo e sacrifícios. Afinal, os profissionais de enfermagem não medem esforços no cuidado com o outro, buscando desenvolver o seu trabalho com eficiência e qualidade, de forma humanizada.

A atividade da equipe de enfermagem no âmbito hospitalar é desenvolvida nas 24 horas do dia, ininterruptamente. Por estar sempre disponível no local de trabalho, a equipe de enfermagem tem maior sobrecarga física e/ou psíquica/emocional, e essa situação, de forma contínua e prolongada, contribui para o desenvolvimento de doenças, adoecimentos e afastamentos que, invariavelmente, impactam no trabalho e na qualidade de vida do profissional. Assim, faz-se necessário a reflexão sobre a saúde deste, buscando compreender a relação entre o trabalho na área da saúde e os impactos na qualidade de vida deste trabalhador.

A partir dessas premissas, este trabalho se propõe a identificar e analisar componentes estruturais que podem induzir o desenvolvimento de doenças, adoecimentos e afastamentos na equipe de enfermagem e, para isso, escolhemos, dentre várias outras possíveis causas, os fatores ergonômicos. Assim, nos propusemos a identificar e analisar os riscos ergonômicos existentes na prática cotidiana da equipe de enfermagem do setor de Clínica Médica do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Dessa forma, visamos produzir um estudo que se pretende instrumento para colaborar com redução de alguns riscos ergonômicos capazes de desenvolver doenças nos trabalhadores da enfermagem.

Identificar, analisar, avaliar a percepção e conhecimento da equipe de enfermagem sobre os riscos ergonômicos e avaliar as causas de adoecimento e afastamento na unidade de internação de Clínica Médica do HC/UFU é nosso objetivo maior. Com esse foco, pretendemos contribuir com a discussão/debate sobre questões pertinentes à Saúde Ocupacional e à melhoria nas condições de trabalho para os profissionais da área da saúde, em especial para os profissionais de enfermagem.

O interesse em estudar tal tema se manifestou a partir da prática cotidiana e da observação dos vários afastamentos dos trabalhadores da equipe de enfermagem do setor de internação da Clínica Médica do HC/UFU (Figura 1). Com isso, a motivação para este trabalho também veio da observação do que os levava a adoecer e da hipótese de que os riscos ergonômicos presentes no ambiente de trabalho colaboravam para seus afastamentos.

Figura 1- Fachada e portaria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia



Fonte: Soares, P C A. , 2017.

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia é considerado um hospital de referência regional, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse hospital presta assistência a clientes, manuseio complexo de porte secundário e terciário (atendimento de urgência e emergência, cirurgias de grande porte, como cirurgias cardíacas, neurocirurgias, transplantes de rim, córnea, cirurgias bariátricas, plásticas reconstrutoras, dentre outros procedimentos de grande porte). O HC possui atualmente 520 leitos distribuídos em suas unidades de internação, destes, 52 são destinados à enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU e há proposta de aumentar o número de leitos.

Para dar assistência de enfermagem em todo HC/UFU – segundo dimensionamento realizado pela Diretoria de Enfermagem (2013)¹, pelos gerentes de enfermagem e enfermeiros de diferentes setores do HC/UFU, em conjunto com o

¹ Segundo levantamento realizado por: ANTUNES, Arthur Velloso et al.. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem HC/UFU. Uberlândia, 2013, p.93. (Texto Mimeo.).

Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem (CEPEPE) –, ao todo, seriam necessários 1644 profissionais de enfermagem. O número real, no ano 2013, era de 1.152, e o necessário era, portanto, de mais 492 profissionais, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, para atingir esse total. No ano de 2016, havia 1213 profissionais de enfermagem, ou seja, 61 profissionais a mais do que em 2013, sendo necessários ainda mais 431, conforme o último dimensionamento realizado em 2013. Assim, observando a quantidade de profissionais e de afastamentos, nos propusemos a essa tarefa de analisar se existe a relação entre os adoecimentos, afastamentos e as estruturas ergonômicas envolvidas no processo.

Para realizar essa pesquisa optamos pela metodologia quali/quantitativa, por ser esta mais abrangente, pois, além de fazer medições e contagens, pode se chegar à causa e à raiz do problema em questão, por meio de observação, discussão e análise (VIEIRA; HOSSNE, 2015). A escolha dessa metodologia coaduna com Minayo (2010), segundo o qual, a abordagem qualitativa possui como foco a compreensão da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas, ao passo que os estudos quantitativos se dedicam a conhecer e a explicar a magnitude dos fenômenos. Assim, a opção pela vertente metodológica quali/quantitativa nos parece mais adequada ao propósito de nosso estudo, pois a mescla desses instrumentos de pesquisa se faz necessária devido ao caráter da proposta de pesquisa que aqui se apresenta, já que se pretende quantificar, mensurar e analisar fatores, tanto numérico/estatísticos como dados subjetivos das amostras selecionadas. A abordagem quali/quantitativa como método nos proporciona fazer medições, estabelecer frequências, observar e discutir os riscos ergonômicos presentes no ambiente de trabalho por meio de um instrumento de coleta de dados formulado pelos pesquisadores de forma clara, coesa, abrangente e de simples entendimento.

A presente dissertação está subdividida em apresentação, introdução, dois capítulos e considerações finais. No primeiro capítulo, apresentamos e discutimos os referenciais teóricos escolhidos e que nortearam e subsidiaram o trabalho. Além do debate metodológico nesse capítulo, para maior acuidade, realizamos a descrição e a análise dos dados do estudo. No segundo capítulo, analisamos os dados coletados na pesquisa de campo. Tal tarefa foi realizada em três etapas: a primeira consistiu na realização da análise ergonômica referente ao mobiliário e

equipamentos de trabalho da Clínica Médica do HC/UFU. A segunda etapa incidiu na análise e discussão dos resultados obtidos a partir questionário aplicado (ANEXO A) aos trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), aos (estudantes, residentes e docentes de enfermagem) do setor de Clínica Médica do HC/UFU, entre os meses de março a maio de 2016. A terceira etapa se tratou de levantamento e análise documental de dados secundários do Banco de Dados da DISAO (Divisão de Saúde Ocupacional) e prontuários, dos CID10 (Classificação Internacional de Doenças, Versão 10), de afastamento de todos os trabalhadores da equipe de enfermagem do setor de internação de Clínica Médica do HC/UFU. O período de coleta desta etapa foi de 01 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2015. A coleta foi feita entre os meses de junho a julho de 2016.

Na última parte de nosso trabalho, realizamos as Considerações Finais, em que discutimos as análises produzidas nos dois capítulos precedentes. Assim, este estudo foi realizado com o intuito maior de ser uma ferramenta ou um instrumento a mais que contribuirá com o debate das condições de trabalho dos profissionais da área da saúde, em especial para os trabalhadores/equipe de enfermagem.

Contudo, ressaltamos a necessidade de aprofundar as análises e debates sobre o tema, pois é de extrema relevância o cuidar de maneira ampla e integral de quem cuida tão bem da vida de todos que dele necessita.

2. O MUNDO DO TRABALHO E O ADOECIMENTO DO TRABALHADOR

O trabalho, enquanto atividade, existe desde o surgimento do homem social. Desde a passagem do *Homo habilis* para o que se denomina de humanidade, o *homo sapiens sapiens* desenvolve ferramentas, instrumento ou tecnologia para a sua sobrevivência material/fisiológica. A caça, a pesca e, posteriormente, a agricultura são produtos de satisfação de suas necessidades prementes e básicas. Assim, o trabalho executado era, então, para subsistência, sem que houvesse uma moeda de troca. O pagamento a partir de um *salário* surgiu séculos depois. O homem trabalhava em troca de algo/alguma coisa, sem nenhuma outra pretensão, de acumular ou mesmo de ter “sobra”, a não ser realizar sua própria sobrevivência.

O pagamento do labor alheio ou o trabalho para um outro ser humano também é muito antigo. Contudo, foram os romanos que introduziram no linguajar ocidental a palavra/expressão “salário”. Os funcionários públicos (administração da República e do Império e os homens do exército romano) e alguns trabalhadores eram pagos com sal (vital para a sobrevivência humana), produzindo a expressão *salário*.

As relações entre o homem e o mundo do trabalho se complexificam a partir da ruína do modo de produção feudal. A passagem da humanidade para o mundo da produção capitalista e suas engrenagens, a partir das transições do capitalismo mercantil/comercial ao capitalismo industrial, fazem do trabalho uma moeda de troca cada vez mais complexa.

O capitalismo industrial e o monopolista realizam o máximo da essência do modo de produção: o lucro se dá a partir da conquista dos meios de produção pela burguesia e ao homem comum caberá a venda de sua força de trabalho. Assim alienado vende sua força de trabalho e o capital extrai a mais-valia, que fundamenta a máxima extração do lucro capitalista, dando-lhe a essência. O trabalho torna-se complexo e desempenha um papel importante na sociedade de consumo, pois o *homo sapiens sapiens* não mais trabalha para sua simples necessidade básica/fisiológica, mas para o mercado, para sustentar uma lógica perversa de um mundo globalizado e consumista.

Assim, o trabalho do homem é moeda de troca e, a partir do capitalismo industrial/monopolista, tem desempenhado o papel que conhecemos atualmente no capitalismo pós-industrial. Com isso, o trabalho passa a ser encarado como uma

atividade central na vida das pessoas, contribuindo na formação da identidade e subjetividade do sujeito, importante para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Sobre isso, cabe ressaltar que

O processo de trabalho, de acordo com Marx, independente da estrutura social em que está inserido, é um processo no qual o homem, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza, apropriando-se dos recursos da natureza e imprimindo-lhe forma útil às necessidades humanas e, nesse processo, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre o qual atua por meio do instrumental de trabalho. (AGUIAR, 2012, p.13).

Portanto, segundo Aguiar (2012), o trabalho materializa-se por meio do processo de trabalho que engloba as condições objetivas (os instrumentos e materiais utilizados) e as condições subjetivas. Estas dizem respeito às aspirações, desejos e possibilidades exercitadas pelo trabalhador, de acordo com o significado e o sentido que o trabalho adquire em sua vida.

O trabalho e o mundo do trabalho, segundo Carvalho (2014) sofreram profundas transformações a partir da Revolução Industrial, marco inicial da moderna industrialização, ocorrida entre 1760 e 1830, inicialmente na Inglaterra, depois na Alemanha, França e demais países europeus, nos quais começaram os problemas de saúde dos trabalhadores. Surge, nesse período, uma nova situação: o trabalho em locais improvisados, mão de obra constituída principalmente por mulheres e crianças, às vezes confinados nas fábricas em locais mal iluminados e pouco ventilados, alterando o perfil de adoecimento dos trabalhadores. Esses trabalhadores passaram a desenvolver doenças infectocontagiosas, a exemplo, o tifo europeu (na época chamado *febre das fábricas*), facilmente disseminado pelas péssimas condições dos locais de trabalho. Assim, o trabalho é, ao mesmo tempo, fonte de prazer/renda e também de adoecimento para alguns trabalhadores. Sobre isso, no caso do Brasil, temos que,

[...] com a abolição da escravidão em 13 de maio de 1888 e a vinda dos imigrantes europeus no início do século XX, deu impulso ao primeiro grande surto Industrial. O modelo de desenvolvimento industrial Brasileiro em nada diferia daquele vivido na Inglaterra, várias décadas antes: fábricas primitivas, sem condições mínimas de higiene, empregando mão de obra barata, mulheres e crianças em péssimas condições de trabalho. (FRIAS; JUNIOR, 1999, p. 37).

Assim, após a I Revolução Industrial, de acordo com Aguiar (2012), o capital vem revolucionando o processo de trabalho e as formas de organização e gestão e, com vistas a maior produção com menores custos, incluindo a redução de trabalhadores, para obtenção de mais vantagens lucrativas no presente e garantia desse *status quo* em tempos futuros. Uma vez apropriado pelo capital, o avanço tecnológico não tem se colocado necessariamente para a melhoria das condições de trabalho e vida dos trabalhadores, mas promove quase sempre maior concentração de riqueza e poder para uma minoria que é detentora dos meios de produção.

No início do século XX, tanto o Taylorismo como o Fordismo, de acordo com Silva (2016), tiveram como meta a maximização da produção e do lucro a qualquer preço. Esses dois sistemas de organização da produção visavam excluir os trabalhadores de qualquer opinião sobre a empresa ou sobre o trabalho: o trabalhador é para produzir e nada mais. Já a partir da década de 1970, o Toyotismo revoluciona o mundo do trabalho ao se originar nas fábricas de automóveis do Japão, tendo como mentor o engenheiro Taiichi Ohno. A ideia principal desse modelo de gerenciamento e produção *Just in Time* (rapidez, fim dos estoques, modelo especializado e multifuncional, trabalhador podendo exercer múltiplas funções) preconiza a flexibilização da produção, sem abrir mão da qualidade do produto. Ao contrário do Taylorismo e do Fordismo, no Toyotismo o trabalhador deve ser mais qualificado, participativo, polivalente e estar apto a laborar em várias funções. Em vista disso,

Embora possa parecer que o modelo Toyotista de produção valorize mais o trabalhador do que os modelos anteriores (Fordista e Taylorista), tal impressão é uma ilusão, pois, na realidade da fábrica, o que ocorre é o aumento da concorrência entre os trabalhadores, que disputam melhores índices de produtividade entre si. Tais disputas sacrificam cada vez mais o trabalhador, e tem como consequência, além do aumento da produtividade, o aumento do desemprego. Em suma, a lógica do mercado continua sendo a mesma: aumentar a exploração de mais-valia do trabalhador, ou seja, continua o lema: fazer mais com menos. (SILVA, 2016, p. 30).

E fazer mais com menos significa mais esforço repetitivo, esforço demasiado por tempo prolongado, seja esforço físico ou mental, este aumenta exponencialmente. Uma das promessas do capitalismo industrial era que as ferramentas, as tecnologias e as máquinas desenvolvidas no mundo futurístico do capital monopolista fariam um novo *Homo sapiens sapiens*, um homem com tempo

para o ócio e para a família; um homem com maior tempo disponível para sua individualidade, mais tempo para suas necessidades novas, mais cultura, mais educação, mais satisfação pessoal. Contudo observamos um homem/trabalhador mais adoecido, com menos tempo. As máquinas não reduziram o tempo de trabalho, a mais valia se extrai com maior vigor que nunca. O tempo para o trabalho aumentou com as novas tecnologias, uma parte do trabalho sai do seu local e invade a casa/residência do trabalhador. A dedicação e o empenho flexível do capitalismo pós-industrial exigem maior eficiência, comprometimento e tempo do trabalhador. Logo, tal realidade contribui para o adoecimento deste.

Se o trabalho para Carvalho (2014) é uma necessidade natural e um direito do indivíduo, esse mesmo autor considera a saúde como um bem do trabalhador, uma condição essencial e fundamental para o convívio social e indissociável do trabalho, não é admissível que o indivíduo possa adoecer por trabalhar. Não deveria ser mais possível, no século XXI, que tal situação permanecesse. Contudo, permanece! Da complexificação do trabalho vem a complexificação do adoecimento do trabalhador. Se antes eram patologias e adoecimentos de ordem física/fisiológica, hoje são estas e outras mais complexas e de ordem psicológica/mental.

2.1. Saúde do trabalhador

Nas últimas décadas, o mundo do trabalho passou por várias alterações em sua organização. As condições de trabalho e as legislações trabalhistas sofreram alterações que exerceram e exercem influência na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores no seu cotidiano e no seu entendimento de mundo.

De acordo com Antunes (2015), a década de 1980 presenciou, nos países de capitalismo avançado, profundas transformações na esfera do trabalho, especialmente na dinâmica de inserção do trabalhador na estrutura produtiva e nas formas de representação sindical e política. Foram tão intensas as modificações que afirmarmos que a classe trabalhadora sofreu a mais aguda crise deste século. Esta atingiu não só a sua materialidade (qualidade, característica, etc.), mas teve profundas repercussões na sua subjetividade (é o que se passa no íntimo do indivíduo, é como ele vê, sente, pensa a respeito sobre algo que não segue um padrão, pois sofre influência da cultura, educação, religião e experiências

adquiridas) e no íntimo inter-relacionamento (demonstrar uma relação, conexão entre uma coisa e outra) destes níveis, de modo que assim afetou a sua forma de ser e de se inserir na sociedade.

Segundo Aguiar (2012), as transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, decorrentes do processo de globalização da economia e da aplicação das políticas neoliberais em grande parte dos países, resultam em prejuízos sociais para parcela significativa da população. A redução dos postos de trabalho e o consequente aumento do desemprego, os contratos precários com redução dos benefícios conquistados pela classe trabalhadora são exemplos dessas perdas.

De acordo com Pignati (2013), o trabalho na sociedade moderna tem resultado em adoecimento, desgaste físico e mental do trabalhador, que acabou por se tornar uma mercadoria, uma simples peça de reposição, sendo a manutenção de sua saúde subordinada aos interesses do capital nacional e internacional.

Para Silva (2013), a partir dos anos 90, o que se tem visto é a continua perda dos direitos fundamentais dos trabalhadores com a flexibilidade das condições de trabalho, as extensas e extenuantes jornadas de trabalho, a precarização do trabalho e do trabalhador, o aumento do desemprego e aumento significativo dos acidentes e das doenças ocupacionais.

Para Antunes (2015), os direitos e conquistas históricas dos trabalhadores estão sendo substituídos paulatinamente e/ou eliminados do mundo da produção. Com isso, a esfera do trabalho não encontra, em suas tendências dominantes, especialmente nos seus órgãos de representação sindical, disposição de luta com traços anticapitalistas, que são ideias contrárias ao capitalismo, à lógica de mercado, à livre concorrência e à propriedade privada.

Aguiar (2012) ainda observa que atualmente ocorre uma precarização do trabalho que se caracteriza por formas de trabalho não regulamentadas por lei. A exemplo disso temos o trabalho informal, o trabalho sem carteira assinada e o trabalho temporário sem garantia dos direitos trabalhistas. Assim, como em outros tempos do mundo do trabalho, a área da saúde absorve tais alterações e tendências resultando em transformações radicais na saúde do trabalhador da área da enfermagem.

2.1.1. Saúde do trabalhador na área da saúde

Para Mendes e Dias (1991), a construção do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil guarda estreita relação com o movimento de reorganização social e política do país, ocorrido nos anos 1970-1980². Além disso, esse campo tem como principal característica trazer a discussão da contribuição do trabalho enquanto determinante das condições de vida e saúde para o âmbito da Saúde Coletiva. Dessa forma, rompe-se com as práticas tradicionais da Saúde Ocupacional, incorpora-se os trabalhadores como sujeitos e considera-se a responsabilidade da rede pública de serviços de saúde no cuidado dos trabalhadores. Assim, tem-se como intuito prevenir os problemas que impedem ou dificultam o trabalhador de trabalhar, promover a saúde e emponderar os trabalhadores de modo a assegurar melhores condições de trabalho e a integralidade do cuidado da saúde.

A emergência do campo “Saúde do Trabalhador” no Brasil, de acordo com Lacaz (2009), ocorre no final dos anos 1970 e início dos 1980, no contexto da luta pela redemocratização, incorporando um paradigma em que o trabalhador é visto como agente de mudanças, com saberes e vivências acumuladas sobre seu trabalho, vivências estas de caráter coletivo.

Já para Esteves (2014), a saúde do trabalhador no Brasil foi desenvolvida em quatro momentos: o primeiro momento foi de 1978 a 1986, com a implantação dos primeiros Programas sobre Saúde do Trabalhador na rede pública e reuniões que antecederam a VIII Conferência Nacional de Saúde. O segundo momento foi de 1987 a 1990, que foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, com a elaboração e sanção da Lei 8080 de 1990. O terceiro momento se deu com a implantação da atenção à saúde do trabalhador no SUS, marcado pelo movimento da reforma sanitária, com conflitos entre as corporações, sociedade e trabalhadores em geral. Já o quarto momento foi a exigência do cumprimento da legislação, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, no que tange à política de saúde dos trabalhadores de acordo com o SUS. Logo, temos que

² O fato inegável é que os movimentos sociais dos anos 1970/1980, no Brasil, contribuíram decisivamente, via demandas e pressões organizadas, para a conquista de vários direitos sociais, que foram inscritos em leis na nova Constituição Federal de 1988. No fim dos anos 1980 e ao longo dos anos 1990, o cenário sociopolítico transformou-se de maneira radical. Inicialmente, houve declínio das manifestações de rua, que conferiam visibilidade aos movimentos populares nas cidades. Fonte: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v16n47/v16n47a05.pdf>>. Acesso em: set. 2016.

Para o Sistema Único de Saúde (SUS) trabalhador é toda pessoa que exerce uma atividade para sustento próprio ou de sua família, independentemente de ter carteira assinada ou não. São considerados trabalhadores os que recebem salário, trabalham por conta própria, servidores públicos, cooperativados, estagiários, aprendizes, pequenos empregadores, os que estão involuntariamente fora do mercado de trabalho como os desempregados e aposentados, e aqueles que trabalham ajudando outro membro da família, mesmo sem receber salário. Todas essas pessoas podem apresentar problemas de saúde provocados pelo trabalho que exercem ou já exerceram (BRASIL, 2002, p.3).

Para uma assistência adequada aos trabalhadores, segundo Pinheiro et al. (2012), é essencial que o usuário do serviço de saúde seja reconhecido enquanto trabalhador, permitindo assim estabelecer relação entre o adoecimento e o trabalho e o desencadear dos desdobramentos terapêuticos. Nestes se incluem a reabilitação física e profissional, a informação e orientação do trabalhador, a notificação do agravo e o acesso à proteção social pertinente.

As ações de Saúde do Trabalhador são definidas pela Lei 8.080 de 1990, em seu Artigo 6º, Parágrafo 3º:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (RIBEIRO, 2012, p.75).

De acordo com Salerno (2014), a saúde do trabalhador não se ocupa somente do indivíduo, mas da população ou da coletividade trabalhadora, buscando identificar as causas e dimensionar até que ponto o trabalho interfere e contribui para o desenvolvimento de doenças e a saúde do trabalhador.

A Saúde do Trabalhador utiliza a “classificação de Schilling” para classificar os agravos relacionados ao trabalho e essa considera três grupos de agravos: aqueles em que o trabalho é causa necessária (Schilling I), exemplo da silicose ou intoxicação por benzeno; aqueles em que o trabalho é um fator contributivo, não causa direta (Schilling II), como por exemplo as doenças osteomusculares; e aqueles agravos em que o trabalho é uma causa concomitante, ou iniciando ou agravando um distúrbio pré-existente (Schilling III). (RIBEIRO, 2012, p. 41).

Ainda segundo Ribeiro (2012), na legislação previdenciária esses agravos são classificados como doença relacionada ao trabalho, doença profissional e acidente de trabalho, conforme consta na Lei n 8.213/91, que dispõe sobre os planos da

previdência social e no decreto Nº 3.048/99, que aprovou o regulamento da Previdência Social.

Para Salerno (2014), as doenças relacionadas com o trabalho identificadas com maior frequência têm sido as não típicas, onde o trabalho é fator contributivo mas não exclusivo. A exemplo disso, temos as tendinites, insônia e estresse, logo é necessário investigar o nexo epidemiológico que pode permitir identificar a relação entre a lesão ou agravo e a atividade exercida pelo trabalhador.

Segundo Corrêa e Boletti (2015), as doenças ocupacionais ou profissionais e as doenças do trabalho constituem as principais causas de afastamento temporário do trabalho. A doença do trabalho é adquirida em decorrência do ambiente em que as atividades laborais são efetuadas e assim está diretamente voltada ao ambiente laboral, já as doenças ocupacionais ou profissionais são desencadeadas pelo exercício da função do trabalhador.

Para Carvalho (2014), a causa da maioria das doenças ocupacionais ou profissionais se deve às condições inseguras e insalubres a que o trabalhador fica exposto, colaborando para o aparecimento das doenças que podem debilitar e interferir na sua qualidade de vida, uma vez que as consequências das doenças e ou acidentes afetam não só o trabalhador, mas a sociedade como um todo. Temos ainda que

Os trabalhadores compartilham com os não trabalhadores formas de adoecer e morrer decorrentes do estilo de vida, do sexo, da idade, do perfil genético e de fatores de risco de natureza ambiental aos quais todos se expõem. Entretanto, trabalhadores apresentam doenças e acidentes que são decorrentes dos trabalhos que executam ou executaram e dos ambientes a que estão ou estiveram expostos em função de sua ocupação. (PINHEIRO, et al., 2012, p. 939).

Cabe enfatizar que há um elevado índice de adoecimento e/ou acidentes que acometem os trabalhadores segundo Pereira e Nogueira (2013) e que são gerados e agravados no âmbito do processo de produção da sociedade capitalista. Logo, adoecimento e acidentes não são apenas problemas biológicos e do indivíduo, mas são uma questão estrutural, o que preocupa a todos.

De acordo com Navarro e Lourenço (2013), o adoecimento laboral (relacionado ao trabalho) é expressão, no plano da singularidade humana, do processo de desefetivação do ser genérico do homem, que, nas condições da crise

estrutural do capital, assume dimensão ampla e intensificada com a superexploração da força de trabalho.

Assim, o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resulta da articulação entre os fatores de risco aos quais se expõem como membros de uma comunidade mais geral, acrescidos daqueles aos quais se expõem no trabalho, tornando este adoecimento e o seu reconhecimento pelas instituições públicas cada vez mais complexo. (PINHEIRO, et al., 2012, p. 940).

Particularmente na área da saúde, segundo Chiavegato Filho e Navarro (2013), destaca-se a questão da precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde, que tem sido crescente e implica em contratos precários, terceirização, sobrecarga, flexibilização da jornada de trabalho e o avanço da ideologia generalista nas formas como esse trabalho é organizado. Assim sendo, é necessário aprofundar o impacto dessa precarização no que tange a situação da saúde do trabalhador da área da enfermagem.

2.1.2. Saúde do trabalhador no âmbito da enfermagem

O trabalho de enfermagem entendido como prática social e, portanto, articulado a outras práticas como à da saúde, educação, produção de medicamentos e equipamentos é efetivado na sociedade por meio do seu trabalho. A enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado do ser humano individualmente, na família ou na comunidade. A enfermagem desenvolve atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde. Historicamente,

A enfermagem profissional surgiu na Inglaterra no século 19, com Florence Nightingale (1820-1910), que lançou as bases para a profissão, sendo considerada a fundadora da enfermagem moderna. No Brasil, a primeira escola de enfermagem foi fundada em 1890 no Hospício de Pedro II, atualmente a UNIRIO. (CARVALHO, 2014, p.15).

A equipe de enfermagem pode ser formada por profissionais como enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras, como definido na Lei 7.498/86 que ainda dispõe:

[...] sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem em todo o território nacional cujas atividades somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício. (BRASIL, 1986).

Contudo, alguns artigos dessa Lei são definidores da atividade profissional da Enfermagem:

Art. 6º – São enfermeiros: o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino. Art. 11 – O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem e tem funções privativas: direção e organização dos serviços de enfermagem tanto de instituição pública ou privada e etc.

Art. 7º – São técnicos de Enfermagem: o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem. Art. 12 – O Técnico de enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, executa ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro e etc.

Art. 8º – São Auxiliares de Enfermagem: o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem. Art. 13 – O auxiliar de enfermagem exerce atividade de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, e etc.

Art. 9º – São Parteiras: a titular de certificado previsto no Art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1964, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959. (BRASIL, 1986).

Mesmo tendo essa definição legal, a atividade do profissional de enfermagem na sua prática diária, na grande maioria das vezes, transcende a sua capacidade física e/ou mental, colaborando para o desenvolvimento de doenças e afastamento do trabalhador do seu ambiente de trabalho com impacto econômico-social, físico/mental e emocional.

O trabalhador de enfermagem exerce, na maioria das vezes, uma força de tração superior a sua capacidade, associado frequentemente a uma posição inadequada ou a mobiliário inadequado. Os profissionais de enfermagem, segundo Ribeiro (2012), no seu trabalho cotidiano, deparam-se com situações que envolvem a coletividade, no que se refere ao tema saúde e trabalho, e não apenas relacionado ao seu próprio trabalho.

Os profissionais da saúde, em especial os da enfermagem, podem sofrer estresse emocional relacionado com o trabalho por trabalharem em turnos e, em geral, com sobrecarga de trabalho. A problemática no trabalho em saúde é acentuada aos que atuam em hospitais, uma vez que essa instituição é tipicamente insalubre. (CAMPOY, 2012, p. 154).

Os riscos presentes no ambiente de trabalho para Ribeiro (2012) variam de acordo com o tipo de bem ou serviço produzido, podendo ser atenuados por medidas de proteção coletiva e ou equipamentos de proteção individual, mas são inerentes aos processos produtivos.

Além disso, os profissionais de enfermagem passam pela situação rotineira de lidar com sofrimento, angústia e morte, estando expostos aos riscos ocupacionais inerentes a suas atividades e, portanto, requerem condições especiais de trabalho. Isso se confirma com Bezerra, ao afirmar que

Os trabalhadores de enfermagem inseridos na atividade de prestação de serviço de saúde executam atividades que requerem grande proximidade física com o cliente devido à característica do cuidar e esses profissionais encontram-se expostos a vários riscos que podem ser físicos, químicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, que podem ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. (BEZERRA, et al., 2015, p. 2).

Assim sendo, a equipe de enfermagem que atua visando ao cuidado do outro, que pode ser o paciente, o usuário, os familiares e a população que necessita de seus cuidados, nem sempre recebe o mesmo cuidado com a sua própria situação de saúde e, mais precisamente, com a sua situação de trabalho. Portanto, faz-se necessário reconhecer e analisar os riscos ocupacionais à saúde a que este trabalhador está exposto, com a classificação e confecção do Mapa de Risco que demonstra os danos em potencial à saúde dos trabalhadores, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Classificação dos principais riscos ocupacionais em grupos de acordo com sua natureza e dividido em cores

Riscos Físicos	Riscos Químicos	Riscos Biológicos	Riscos Ergonômicos	Riscos de Acidentes
Grupo I: Verde	Grupo II: Vermelho	Grupo III: Marrom	Grupo IV: Amarelo	Grupo V: Azul
Ruídos. Vibrações. Radiações ionizantes. Radiações não ionizantes. Frio. Calor. Pressões. Anormais.	Poeiras. Fumos. Névoas. Neblinas. Gases. Vapores. Substâncias, compostos ou produtos químicos.	Vírus. Bactérias. Protozoários. Fungos. Parasitas. Bacilos.	Esforço físico intenso. Levantamento e transporte manual de peso. Exigência de postura inadequada. Controle rígido de produtividade. Imposição de ritmos excessivos. Trabalho em turno e noturno. Jornadas de trabalho prolongadas. Monotonia e repetitividade. Outras situações causadoras de estresse físico e/ou psíquico.	Arranjo físico inadequado. Máquinas e equipamentos sem proteção. Ferramentas inadequadas ou defeituosas. Iluminação inadequada. Eletricidade. Probabilidade de incêndio ou explosão. Armazenamento inadequado. Animais peçonhentos. Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes.

Fonte: Soares, P C A, 2016. In: Esteves, p. 51, 2014.

A Tabela 1 demonstra os principais riscos ocupacionais aos quais os trabalhadores estão expostos no seu local de trabalho e sua identificação. O mapeamento desses riscos é de fundamental importância para a segurança e saúde de todas as pessoas que trabalham e as transeuntes, uma vez que a organização do ambiente de trabalho é uma das formas mais eficazes de evitar um acidente.

No setor de Clínica Médica do HC/UFU há o mapa de riscos afixado, conforme Anexo B, e a probabilidade de riscos ergonômicos é alarmante e preocupante, dada a dimensão deste setor. Para atingir o intuito deste trabalho iniciaremos com a análise da ergonomia e Norma Regulamentadora (NR) 17 no ambiente de trabalho que interferem na qualidade de vida e de saúde do trabalhador da enfermagem.

2.2. Ergonomia e a NR17

O nome ergonomia, de acordo com Silva (2016), deriva dos termos “ergon”, que significa trabalho, e “nomos”, que significa normas, leis naturais, então se pode concluir que ergonomia são as normas que regulamentam o trabalho, ou a ciência da configuração do trabalho ao homem.

Embora a origem oficial da ergonomia date de 1949, Kenneth Frank Hywel Murrell oficializou a primeira sociedade de ergonomia do mundo, a Ergonomic Research Society, os preceitos que atualmente regem a ergonomia começaram nos primórdios da humanidade. Supõe-se que na pré-história o homem tenha adaptado a pedra às suas necessidades, respeitando a anatomia da mão para tornar seu manuseio mais seguro e eficaz (CORRÊA; BOLETTI, 2015). Em 1961, foi criada a Associação Internacional de Ergonomia (IEA), que representa as associações de ergonomia de 40 diferentes países. No Brasil, de acordo com Dul e Weerdmeester (2012) em 1983 foi fundada a Associação brasileira de Ergonomia – ABERGO. A definição de Ergonomia adotada pela IEA é:

Ergonomia (ou fatores humanos) é uma disciplina científica que estuda as interações dos homens com outros elementos do sistema, fazendo aplicações da teoria, princípios e métodos de projeto, com o objetivo de melhorar o bem-estar humano e o desempenho global do sistema. (DUL; WEERDMEESTER, 2012, p. 13).

Ergonomia para Silva, et al. (2016) é um conjunto de técnicas, fatores e condições de adaptações feitas no local de trabalho, tendo em vista o trabalho que é realizado, pensando no bem-estar do trabalhador/a e também pensando no que poderia ser feito para que seu trabalho seja mais confortável. Temos por definição que

A ergonomia é o estudo científico da relação entre o homem e seu ambiente de trabalho. Neste sentido, o termo ambiente abrange não apenas o meio propriamente dito em que o homem trabalha, mas também os instrumentos, os métodos e a organização deste trabalho. Em relação a tudo isto está ainda à natureza do próprio homem, o que inclui suas habilidades e capacidades psicofisiológicas, antropométricas e biomecânicas. (BRASIL, 1990).

Ainda de acordo com Silva (2016), existem alguns conceitos básicos de tipos de ergonomia que são: a industrial (ligada a automação dos processos industriais); a cognitiva (ligada aos trabalhadores que desenvolvem atividades de alto conhecimento, memorização, concentração, entre outros); de produto (estudo do produto para atender melhor o consumidor); comunicacional ou interacional (comunicação visual do produto ou ambiente de trabalho com pessoas); física (estuda as interfaces e também como se comporta o conforto ocupacional); de softwares (pesquisa sistemas informatizados); e ocupacional (voltada para a prevenção de doenças ocupacionais e acidentes do trabalho).

Para a Associação Internacional de Ergonomia (IEA), a ergonomia possui três divisões ou três linhas de pesquisa que são as seguintes:

Física: relacionada às respostas do corpo humano a carga física e psicológica do trabalhador, incluindo manipulação de materiais, arranjo físico de estações de trabalho, demandas do trabalho, fatores como repetição, vibração, força e postura estática relacionados com lesões musculoesqueléticas.

Cognitiva: referente a como os processos mentais afetam as interações entre seres humanos e outros elementos do sistema, tais como percepção, atenção, cognição, controle motor, armazenamento e recuperação de memória.

Organizacional: chamada de macro ergonomia, está relacionada com a otimização dos sistemas sociotécnicos, incluindo a estrutura organizacional, políticas e processos, tendo como principais tópicos, o trabalho em equipe, motivação e satisfação no trabalho entre outros. (SILVA, 2016, p. 27).

A Ergonomia é uma ciência ampla que possui três linhas de pesquisa e, para o nosso estudo, o recorte de escolha foi a linha de pesquisa ergonomia física. A escolha se deu por tal linha estar relacionada às respostas do corpo humano à carga física e psicológica do trabalhador, à manipulação de materiais, movimentos repetitivos, postura e lesões musculoesqueléticas.

A ergonomia, segundo Rocha (2012), pode ser considerada como uma das principais possibilidades para a prevenção, tratamento, restrição de danos pessoais e econômicos, pois por meio da ergonomia, pode-se constatar diversos aspectos primordiais para a prevenção de passivos ocupacionais, dentre eles: a biomecânica do posto de trabalho, a organização do trabalho, o levantamento e priorização de riscos, e ainda fatores físicos e psicossociais dos trabalhadores, dentre outros.

Para Silva (2016), a principal função da ergonomia em um ambiente ocupacional é buscar fornecer ao ser humano o máximo de conforto, segurança,

eficiência e melhoria de suas condições de trabalho, atuando basicamente na atividade, no ambiente, no posto de trabalho, em dimensões e formas de concepção. Essa proposta de entendimento coaduna com a de Corrêa e Boletti (2015, p. 2):

Os principais objetivos da ergonomia são a satisfação e o conforto dos indivíduos e a garantia de que a prática laboral e o uso do equipamento/produto não causem problemas a saúde do usuário e para isso, não se restringe em analisar a interação entre o operador e o produto/equipamento, a atividade e o ambiente laborais, mas também engloba o contexto organizacional, psicossocial e político de um sistema.

Já Dul e Weerdmeester (2012), afirmam que a ergonomia pode contribuir para solucionar um grande número de problemas sociais e econômicos relacionados com saúde, segurança, conforto e eficiência. No nível social, a ergonomia pode contribuir com a redução dos custos ao investir na prevenção, diminuindo os distúrbios musculoesqueléticos com a melhoria das condições de trabalho, no tratamento das doenças, na perda da produtividade e do absenteísmo. No nível econômico, a adaptação ergonômica dos postos de trabalho, além de contribuir para melhorar o desempenho do trabalhador, colabora para o aumento da qualidade e da produtividade desse trabalhador.

Segundo Neto (2014), as NRs são indispensáveis para o trabalhador obter melhores condições no ambiente de trabalho sem comprometer sua saúde e integridade física. Além disso, o conhecimento básico dessas normas é importante tanto para o empregador quanto para o empregado, visto que algumas empresas só investem e fazem as adaptações necessárias quando são obrigadas.

Para Silva (2016), as NRs, relativas à segurança e medicina do trabalho (existem 35 NRs em vigor no Brasil), foram criadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego com o intuito de regulamentar as condições de trabalho e promover a saúde e a segurança dos trabalhadores.

De acordo com Silva (2016), a NR 17 – Ergonomia se divide em 3 partes:

1ª Parte: 1978: Inclusão da NR 17 por meio da portaria n. 3.214 de 8 de Junho de 1978.

2ª Parte: 1990: Inclusão do tema Organização do Trabalho, por meio da Portaria n. 3.751, de novembro de 1990.

3ª Parte: 2007: Inclusão de dois anexos na NR 17 sobre os operadores de *checkout* e *telemarketing*.

Segundo Dul e Weerdmeester (2012), a NR 17 – Ergonomia, Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978, foi modificada pela Portaria n. 3751, de 23 de novembro de 1990, pelo Ministério do Trabalho, assim,

A Norma NR 17 – Ergonomia trata das condições de trabalho que incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos às condições ambientais do posto de trabalho, e à própria organização do trabalho. (BRASIL, 1990).

A Norma Regulamentadora 17 – Ergonomia³ (1990, item 17.1, 17.1.1 e 17.1.2) é uma norma que visa estabelecer parâmetros (padrão, modelo, regra) que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho. Contudo, para o bom entendimento dessa norma faz-se necessário analisar o termo ergonomia.

Já para Moraes (2014), a NR 17 – Ergonomia também determina que o transporte manual de cargas não pode comprometer a saúde nem a segurança dos trabalhadores e que as trabalhadoras e os jovens só deverão levantar cargas cujo peso seja nitidamente inferior ao admitido para os homens. Contudo isso não é o que ocorre na prática, na qual tanto mulheres quanto os jovens trabalham nas mesmas condições dos demais trabalhadores, a diferença que ainda existe é que aqueles não têm a mesma remuneração destes.

Assim, partimos para a realização de nossa pesquisa utilizando um instrumental metodológico da ferramenta quali-quantitativa de pesquisa.

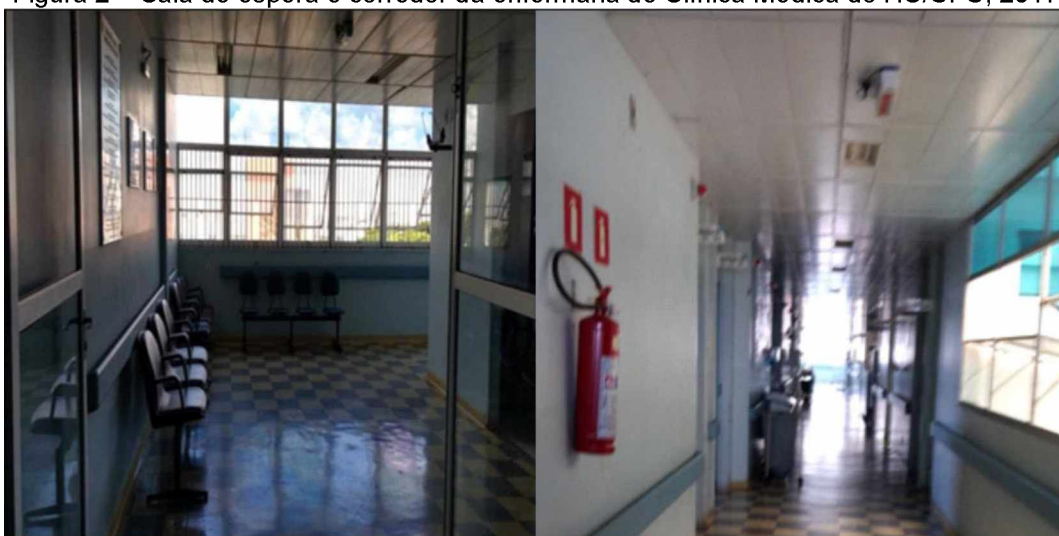
³ Para ler a Norma NR 17 na íntegra, acesse o link disponível em: <[http:// www.portal.mte.gov.br](http://www.portal.mte.gov.br)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

2.3. Metodologia

Esta pesquisa foi realizada no setor de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, que é caracterizado como hospital público universitário, conveniado ao SUS e que atende outros municípios da mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, além de Uberlândia. A Clínica Médica do HC/UFU (Figura 2) faz parte de um todo muito importante para a cidade e região.

No intuito de desenvolver nossa pesquisa sobre os Riscos Ergonômicos e adoecimentos na área da enfermagem, optamos pela análise do setor de Clínica Médica do HC/UFU, por ser o segundo maior setor de todo o Hospital de Clínicas, com 52 leitos, sendo que o hospital inteiro, como já foi dito, possui atualmente 520 leitos. Vale ressaltar que o setor de Clínica Médica contempla diversas especialidades médicas, tais como: cardiologia, endocrinologia, nefrologia, medicina interna, clínica médica, reumatologia, gastroenterologia, neurologia e geriatria.

Figura 2 – Sala de espera e corredor da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU, 2017



Fonte: Soares, P C A., 2017.

O setor de Clínica Médica do HC/UFU conta com 70 trabalhadores da equipe de enfermagem, entre eles estão enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, estudantes, residentes e docentes de enfermagem, sendo o número de alunos e residentes de enfermagem variáveis (a distribuição dos alunos e residentes contempla o interesse do aluno, as vagas disponíveis e tem que estar de acordo com a ementa do curso).

A metodologia escolhida foi a pesquisa quali/quantitativa, por entendermos ser abrangente e permitir a identificação e a frequência de tipos específicos de riscos à saúde do trabalhador de enfermagem, com a possibilidade de discussão e análise desses riscos, especialmente ergonômicos. A partir dos resultados obtidos com a pesquisa, buscaremos promover debates para prevenir ou reduzir os riscos que por ventura prejudiquem a saúde e o trabalho da equipe de enfermagem que atua no setor de Clínica Médica do HC/UFU. Assim, o trabalho em questão tem a pretensão de diminuir o impacto e os Riscos Ambientais na qualidade de vida dos trabalhadores da Saúde na área da Clínica Médica do HC/UFU, bem como no de outros Hospitais do país. Logo, visa-se contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores da equipe de enfermagem como um todo.

O presente trabalho faz parte de uma pesquisa com abordagem dividida em três etapas. A primeira consistiu na realização da análise ergonômica referente ao mobiliário e equipamentos de trabalho da Clínica Médica do HC/UFU. A segunda ocorreu por meio de uma entrevista (Anexo A) aplicada à equipe de enfermagem, composta por enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, estudantes, residentes de enfermagem e docentes de enfermagem, na unidade de internação de Clínica Médica do HC/UFU. E a terceira foi o levantamento e análise documental de dados secundários do Banco de Dados da DISAO e prontuários dos CID 10 de afastamento dos trabalhadores da equipe de enfermagem da Clínica Médica do HC/UFU.

A pesquisa qualitativa tem o objetivo de entender o comportamento das pessoas, suas opiniões, seus conhecimentos, suas atitudes, suas crenças, seus medos, por meio de entrevistas, grupos de discussão, observação direta, análise de discursos e documentos. Está relacionada com o significado que as pessoas atribuem a suas experiências do mundo e com o modo como entendem o mundo em que vivem. Já a pesquisa quantitativa tem o objetivo de contar, ordenar e medir para estabelecer a frequência e a distribuição dos fenômenos (VIEIRA; HOSSNE, 2015).

A pesquisa quali/quantitativa foi o método escolhido por proporcionar ao pesquisador medir, mensurar, observar, discutir e analisar se há riscos ergonômicos para os trabalhadores de enfermagem que trabalham no setor de clínica médica do HC/UFU e se esses riscos colaboram ou não para os agravos que incidem sobre a saúde daqueles trabalhadores.

Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão no estudo. Os critérios de inclusão foram: ser trabalhador de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem); ser estudante de enfermagem; ser residente de enfermagem; e ser docente de enfermagem, lotados na unidade de internação de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Os critérios de exclusão foram trabalhadores da equipe de enfermagem que estavam de licença médica, licença capacitação, afastados, em férias regulares, não lotados no setor de Clínica Médica, e aqueles que não concordaram com a pesquisa e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

A coleta de dados ocorreu em três etapas, sendo a primeira etapa a realização da análise ergonômica referente ao mobiliário e equipamentos de trabalho da Clínica Médica do HC/UFU. A segunda etapa consistiu na aplicação de um questionário que, devido aos critérios de exclusão, foi respondido por 60 trabalhadores. A terceira etapa foi consulta de dados secundários e análise documental realizada em prontuários da DISAO de todos os trabalhadores que estavam lotados no setor de Clínica Médica e que participaram do estudo. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2016 e compreendeu material do período de 01 de janeiro de 2011 até 31 de dezembro de 2015, contemplando todos os trabalhadores da equipe de enfermagem.

O questionário continha 26 questões em sua totalidade, dentre questões abertas, fechadas e de múltipla escolha, de fácil entendimento, com duração aproximada de cinco a dez minutos para ser respondido. Foi aplicado à equipe de enfermagem do setor de Clínica Médica durante o horário de trabalho, sem prejuízo para o setor, para o paciente ou para a instituição.

A escolha por um questionário não validado e formulado pelos pesquisadores proporcionou conhecer o perfil dos entrevistados, o conhecimento deles a respeito da ergonomia e dos riscos ergonômicos. Também pudemos conhecer o que eles pensam sobre o seu local/ambiente de trabalho, o que gostariam de melhorar, quais os problemas de saúde e as possíveis causas, o que fazem nos momentos de folga/férias e nos momentos de lazer.

De acordo com Marconi e Lakatos (2010), o questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador.

Ainda segundo Marconi e Lakatos (2010), o questionário abrange um maior número de pessoas simultaneamente e as respostas obtidas são mais rápidas e precisas e há uma maior liberdade nas respostas, em razão do anonimato.

A coleta foi feita pelos pesquisadores responsáveis, ocorreu em março e maio de 2016 em todos os turnos de trabalho do setor escolhido. A participação dos trabalhadores foi voluntária e anônima, o convite aconteceu nos períodos de intervalo, após café, horário de almoço, lanche e jantar e após a passagem de plantão. Na ocasião foram explicados os objetivos, metodologias e aspectos éticos para aqueles que manifestaram o desejo em participar da pesquisa, foi-lhes dado a alternativa de responderem o questionário no próprio setor, após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A), no qual constavam as informações detalhadas sobre o estudo, a liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, a garantia do anonimato e a confirmação da inexistência de prejuízos ou complicações para os participantes.

Quanto ao tempo de preenchimento do questionário, a maioria respondeu o instrumento em cerca de 12 minutos e meio, duração acima da esperada, porém está dentro da normalidade, uma vez que responderam no seu local de trabalho e algumas vezes precisaram interromper para resolver algum assunto e depois retornaram ao questionário.

Foi realizada consulta de dados secundários em prontuários e bases de dados da DISAO e levantamento considerando a Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID10), conforme datas descritas acima.

Os dados foram tabulados em planilhas e gráficos e analisados por meio de estatística descritiva e apresentados em tabelas na forma de média \pm desvio padrão (dados quantitativos), enquanto que as variáveis qualitativas foram expressas como frequências relativas ou absolutas. O presente trabalho obteve parecer favorável do Certificado de Apresentação Ética (CAAE) sob o n. 50324415.6.0000.5152, em 18 de fevereiro de 2016.

3. RISCOS ERGONÔMICOS E ADOECIMENTO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA MÉDICA

Segundo Rocha (2012), atualmente tem ocorrido uma preocupação maior com a avaliação de riscos inerentes à função e aos ambientes de trabalho por parte das empresas com o objetivo de prevenir doenças e acidentes, diminuindo os prejuízos, tanto para os empregadores, quanto para os trabalhadores. E a identificação desses riscos, especificamente dos riscos ergonômicos, auxilia as empresas a se adequarem evitando danos/agravos aos profissionais, com o investimento na prevenção, promoção da saúde e segurança dos trabalhadores.

De acordo com Ribeiro (2012), riscos ergonômicos são aqueles resultantes da falta de adaptação do trabalho ao homem, gerando sobrecarga nas estruturas musculoesqueléticas. Como exemplo disso temos esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de posturas inadequadas, repetitividade, controle rígido de produtividade, imposição de ritmos excessivos, trabalho em turno e noturno, jornada de trabalho prolongada. Todos esses fatores resultam em fadiga, lombalgia, doenças osteomusculares, etc.

A identificação dos riscos ergonômicos pela análise ergonômica do trabalho é uma ferramenta indispensável para minimizar e prevenir os danos causados pelas doenças ocupacionais ou profissionais e acidentes de trabalho. Conforme dados do Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho no Brasil, no ano de 2012, segundo Moraes (2014), a área da saúde está no ranking em números de acidentes de trabalho (típico, de trajeto e doenças ocupacionais) com 54.008 acidentes de trabalho, um número expressivo e alarmante, que demonstra que é necessário e relevante cuidar também da saúde de quem cuida da saúde da população.

A análise ergonômica do trabalho, segundo Corrêa e Boletti (2015), tem se mostrado eficaz na redução dos níveis de absenteísmo porque direciona suas ações sobre as causas dos problemas. Isso se dá por meio da análise do ambiente de trabalho no qual as tarefas são cumpridas, verificando-se as competências e restrições ergonômicas e elaboração de um diagnóstico para investigar as circunstâncias mais preocupantes, buscando, assim, evitar ou sanar os problemas que comprometam a saúde dos profissionais.

Atualmente há uma discussão sobre a revisão⁴ da RDC 50 de 2002, sobre os requisitos de projeto de edificações e de suas instalações para os estabelecimentos de saúde em todo o país, quer sejam públicos ou privados, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Além disso, a discussão abrange as construções novas, as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos já existentes, as reformas de estabelecimentos existentes e as adequações de edificações que anteriormente não eram destinadas a estabelecimentos de saúde.

O ambiente de trabalho da enfermagem de Clínica Médica é composto pelo mobiliário clínico: camas, bancadas, armários, dentre outros, e devem estar de acordo com a norma NR-17, bem como a RDC 50⁵, buscando oferecer conforto e segurança aos pacientes e aos trabalhadores da área da saúde. A inadequação do mobiliário e espaços associados à não utilização da boa postura pelos trabalhadores de enfermagem têm sido, na grande maioria dos casos, responsáveis por agravos musculoesqueléticos e perda por tempo de serviço.

Para Silva (2016), o mobiliário é uma questão extremamente ampla e complicada, pois o ideal é que o mobiliário possua o máximo de regulamentação, para que sejam atendidas todas as características da população de trabalhadores daquele posto de trabalho. Contudo, na realidade o que acontece é que o mobiliário procura atender a maior parte dos trabalhadores daquela função, ficando alguns trabalhadores, mais altos ou mais baixos, mais fortes ou menos fortes, mulher, homem, sem serem atendidos de forma satisfatória. Isso porque, deveria ser levado em conta não só as características antropométricas dos trabalhadores, mas também a atividade desenvolvida, principalmente no âmbito hospitalar.

A cama hospitalar elétrica proporciona conforto e segurança ao cliente/paciente e auxilia na movimentação e deslocamento espacial durante a maioria dos procedimentos realizados pelos profissionais da área da saúde. A cama

⁴ Revisão preliminar da RDC 50 de 2016, disponível no link: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/2782895/Minuta+de+revisao+RDC+50-002/f1185ff8-1c13-4020-a59e-c5e9200e6575>>. Acesso em: 30 de ago. 2016.

⁵ Resolução de Diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que estabelece os requisitos de projeto de edificações e de suas instalações para os estabelecimentos de saúde no país sejam eles públicos, privados, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. A partir da Resolução RDC nº 50 de (2002) que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, todos os estabelecimentos de saúde devem estar em conformidade com a referida resolução (ANVISA, 2002). Disponível no link: <www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

existente na enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU é elétrica, como pode ser observado na Figura 3.

Figura 3 – Cama hospitalar da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU, 2017



Fonte: Soares, P C A., 2017.

Segundo Moraes (2014), há meios auxiliares que facilitam os procedimentos de movimentação e transporte de clientes/pacientes, os quais são: barra do tipo trapézio, plástico antiderrapante para os pés, plástico facilitador de movimentos, cintos de transferência, pranchas e etc. Além disso, há a implementação de treinamentos e capacitações obrigatórios para prevenir as lesões musculoesqueléticas.

As camas elétricas (Figura 3) como as existentes na enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU facilitam o manuseio, a movimentação e deslocamento espacial dos clientes/pacientes ajustando-se à altura do trabalhador. Já o armário e as bancadas do posto de medicação para realização de preparo, manuseio e administração dos medicamentos estão localizados na parte central da enfermaria, são arejados e bem iluminados, porém os armários são altos e a bancada não possui ajuste para regulagem de altura (Figura 4).

Figura 4 – Armário e bancada do posto de medicação da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU, 2017



Fonte: Soares, P C A., 2017.

O armário (Figura 4) utilizado para armazenagem de insumos (soros, seringas, agulhas e etc.), de uso diário durante a atividade laboral dos profissionais de enfermagem, possui aproximadamente 2,60m de altura. Da parte superior até a bancada do posto de medicação a distância é de 1,68m, e da bancada até a parte inferior 0,92 cm, e como a bancada é fixa e não possui ajuste de regulagem, a mesma pode ser considerada baixa para os trabalhadores de enfermagem de estatura maior.

O armário superior, onde ficam armazenados insumos de uso a curto e médio prazo (soros, frascos de água destilada, etc.) é considerado alto para os trabalhadores de enfermagem de estatura baixa. A forma de minimizar isso é utilizar uma escada para alcançar locais mais altos, o que coloca o trabalhador da equipe de enfermagem em risco, pois pode sofrer queda ou qualquer tipo de lesão. Já a para utilizar a parte inferior do armário, onde também ficam armazenados insumos de consumo imediato, o correto é abaixar com as costas retas e joelhos fletidos, entretanto não isso é o que ocorre na prática, na qual a maioria dos trabalhadores de enfermagem se inclina.

E quanto a sua localização, o posto de medicação está na parte central da enfermaria de Clínica Médica, facilitando o atendimento rápido e eficiente. No entanto, a grande maioria dos trabalhadores de enfermagem questiona o fato de ele ser totalmente aberto, pois isso gera a facilidade deles serem solicitados por

acompanhantes/clientes/pacientes e demais profissionais a qualquer momento do processo de preparo, manuseio, administração ou descarte de medicamentos. Isso pode interferir no trabalho, com diminuição da concentração, sendo necessário recomeçar o processo novamente para não incidir no desencadeamento de erros que são passíveis de ocorrer, e que, dependendo do evento adverso gerado, podem levar a um dano leve sem sequelas, sequelas parciais ou até mesmo à morte. Além da sobrecarga física e mental e da pressão de não poder errar a que estão expostos, a postura adotada durante os procedimentos de enfermagem também afeta os trabalhadores, portanto deve ser a mais correta e adequada de acordo com a ergonomia, para evitar o desenvolvimento ou agravamento das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho.

O levantamento manual de cargas, segundo Dul e Weerdmeester (2012), é uma das maiores causas de dores nas costas, e muitos trabalhos envolvendo levantamentos de cargas não satisfazem os requisitos ergonômicos. Os principais aspectos a serem examinados para resolver esses problemas são: o processo produtivo (manual ou mecânico); a organização do trabalho (projeto do trabalho, frequência dos levantamentos); o posto de trabalho (posição do peso em relação ao corpo); o tipo de carga (forma, peso, pegas); acessórios de levantamento; e o método de trabalho (individual ou coletivo).

Outro mobiliário utilizado pelos profissionais de enfermagem ao fazer o transporte de clientes/pacientes em estado grave (risco de vida) ou durante a chegada de cliente/paciente proveniente de centro cirúrgico ou de outro setor do HC/UFU é a maca de transporte (Figura 5).

A maca existente na enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU não possui regulagem de altura, é rígida e pesada e isso dificulta o deslocamento/movimentação do cliente/paciente da cama/maca e vice-versa. Isso demanda um dispêndio de força maior, dependendo da carga física e da quantidade de trabalhadores que farão essa transferência, e, na maioria das vezes, observa-se que os trabalhadores adotam posturas inadequadas (sobrecarga das estruturas anatômicas), sobretudo quando há poucos profissionais para auxiliar no procedimento de transferência.

Figura 5 – Maca de transporte do HC/UFU, 2017



Fonte: Soares, P C A. , 2017.

Para Moraes (2014), os procedimentos que envolvem a movimentação e transporte de pacientes estão diretamente relacionados ao aumento da incidência de problemas na coluna vertebral dos trabalhadores da área da saúde, principalmente da equipe de enfermagem. Essa postura inadequada (sobrecarga das estruturas anatômicas) pode contribuir para o surgimento de dores e, se não for tratada e corrigida, a postura poderá acarretar doenças osteomusculares, com impacto na produtividade e na qualidade de vida do profissional de enfermagem. Assim, temos que

A postura e movimento corporal têm grande importância na ergonomia e as posturas e movimentos inadequados produzem tensões mecânicas nos músculos, ligamentos e articulações, resultando em dores no pescoço, costas, ombros, punhos e em outras partes do sistema musculoesquelético. (DUL; WEERDMEESTER, 2012, p.17).

A avaliação da postura se faz importante para mensurar os desequilíbrios e adequá-la a cada indivíduo, possibilitando a reestruturação completa das cadeias musculares (são a passagem das linhas de força que percorrem o nosso corpo, fazendo-o reagir de uma extremidade a outra) e seu posicionamento (postura em pé, postura sentada) no movimento.

De acordo com Rocha (2012), uma postura é inadequada quando há sobrecarga das estruturas anatômicas, que em má posição não funcionam de

maneira eficaz e que, a curto, médio e longo prazos, podem acarretar o desenvolvimento de doenças osteomusculares.

Qualquer postura desde que mantida de maneira prolongada não é bem tolerada, e a alternância de posturas deve ser sempre privilegiada, pois permite que os músculos recebam seus nutrientes e não fiquem fatigados (exausto, esgotado) e essa alternância da postura deve sempre ficar a livre escolha do trabalhador. (SILVA, 2016, p.144).

Além da postura inadequada contribuir para a sobrecarga das estruturas anatômicas, o ritmo intenso e a repetitividade das tarefas expõem os trabalhadores de enfermagem aos riscos que, reconhecidos como físico/mecânicos, psicossociais, químicos, biológicos e especialmente ergonômicos, podem ocasionar-lhes desgaste (corrosão, modificação ou diminuição de algo, por contato, fricção ou atrito, sensação de abatimento; destruição completa de alguma coisa, pelo excesso de ação ou efeito de desgastar) e adoecimento, em função das condições de trabalho.

Segundo Aguiar (2012), no trabalho, os ritmos intensos, as longas jornadas, o ritmo mecânico com repouso insuficiente, condições e mobiliário inadequados, a tensão para se apresentar como produtivo com vistas à manutenção do emprego, entre outros fatores, podem desencadear doenças relacionadas ao trabalho. São exemplos destas as doenças osteomusculares, provocadas também pelas formas de organização do trabalho, pelos riscos e pelas condições de trabalho impostas, que quanto mais intensas e precárias, mais desgastam o trabalhador, anulando-o como sujeito e cidadão.

Além disso, alguns equipamentos que são utilizados diariamente e que podem aumentar os riscos de adoecimentos, acidentes, quedas e dores, se manuseados incorretamente, podem ser observados na Figura 6.

Conforme podemos visualizar na Figura 6, alguns equipamentos utilizados diariamente na enfermagem de Clínica Médica do HC/UFU, tais como o monitor cardíaco (serve para controlar e medir os batimentos cardíacos, pressão arterial, etc.) e cilindro de oxigênio (é um equipamento desenvolvido em alumínio, que serve para armazenar gases comprimidos ou liquefeitos e, no caso do oxigênio, é essencial para a vida de qualquer ser humano) podem causar acidentes, quedas e, por serem pesados, podem ocasionar dores ao serem manuseados incorretamente.

Figura 6 – Equipamentos utilizados na enfermaria de Clínica Médica (monitor, cilindro de oxigênio, aparelho de Raio-X) do HC/UFU, 2017



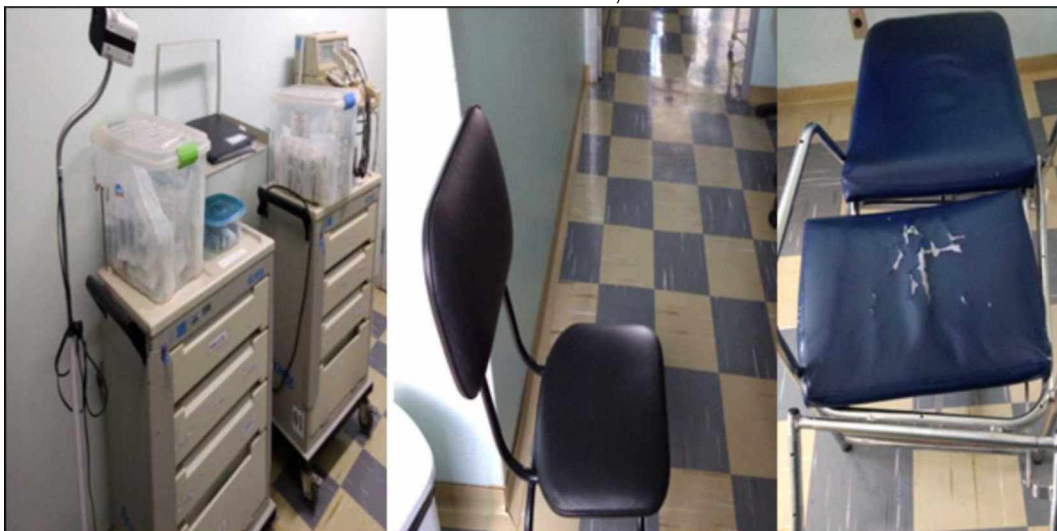
Fonte: Soares, P C A., 2017.

O monitor cardíaco é um equipamento utilizado frequentemente e que não possui suporte para transporte, sendo imprescindível carregar sempre que necessário, pois não há quantidades suficientes para todos os clientes/pacientes. Contudo, o cilindro de oxigênio, mesmo com suporte para deslocamento de clientes/pacientes que deambulam (andam sem ajuda), é pesado para se manusear, ainda mais quando é necessário encaixar o cilindro no suporte da cama do cliente/paciente para determinado procedimento. Muitas vezes, os trabalhadores de enfermagem vão até a sala de equipamentos onde eles ficam armazenados e o levam carregando, dispendendo força.

Já o aparelho de Raio-X portátil, que está localizado no corredor da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU, é manuseado somente pelo técnico em radiologia e, por permanecer no corredor da unidade, propicia o risco do cliente/paciente, ou mesmo do trabalhador de enfermagem tropeçar e vir a cair ao solo.

Outros equipamentos utilizados com frequência e pertencentes à enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU estão dispostos na Figura 7.

Figura 7 – Equipamentos (cardioversor, cadeira comum e de acompanhante) da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU, 2017



Fonte: Soares, P C A., 2017.

O Cardioversor (aparelho que aplica um choque no tórax para reverter uma anormalidade do batimento cardíaco) é um equipamento utilizado no atendimento de urgências e emergências, que fica localizado no corredor da enfermaria de clínica médica, um para cada corredor. Entretanto, somente um está 100% funcionando, o carrinho da esquerda está sem o desfibrilador, que estragou e foi enviado para conserto, ele é antigo e um pouco pesado também para empurrar. As cadeiras estofadas, utilizadas para os trabalhadores realizarem o registro de enfermagem na sala de relatório, não são ergonômicas, não há apoio para braços, nem para os pés. Já as cadeiras de acompanhantes estão em péssimo estado de conservação e em número insuficiente também, são 52 leitos e pouco mais de 25 cadeiras.

3.1. Variáveis socioeconômicas e ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem da Clínica Médica do HC/UFU

Os trabalhadores de enfermagem são a maior categoria das instituições de saúde de natureza pública ou privada⁶, por isso é tão relevante e imprescindível cuidar de quem cuida proporcionando condições de trabalho adequadas para melhor

⁶ A Enfermagem trata-se de uma das profissões mais promissoras do mundo, normatizada pelas Leis 2.604/55 e 7.498/86, regulamentadas pelos Decretos Lei 50.387/61 e 94.406/87, respectivamente. E ainda, que a Enfermagem, segundo o Ministério da Saúde, soma mais de cinquenta por cento da força de trabalho entre quatorze profissões da área de Saúde do Brasil. Disponível no link: <<http://www.coren-mt.com.br/arquivos/Anexo-legislacao-enfermagem.pdf>> Acesso em: 19 set. 2016.

desempenho profissional e assistência humanizada com qualidade e segurança para o cliente/paciente.

E por acreditar na relevância do estudo com os trabalhadores da equipe de enfermagem, foram levantados alguns números que demonstram e exemplificam importância dessa categoria.

Tabela 2 – Equipe de enfermagem a nível nacional, estadual e local: Hospital de Clínicas UFU, 2016

Categoria de Profissionais	Nível Nacional		Estado de Minas Gerais		Hospital de Clínicas de Uberlândia	
	N	%		%		%
Atendentes	0	0.00	10.944	6.04	0	0.00
Auxiliares de Enfermagem	437.278	22.96	25.890	14.28	608	50.12
Técnicos de Enfermagem	1.019.926	53.56	100.136	55.23	387	31.90
Enfermeiros	446.773	23.46	44.321	24.45	218	17.97
Enfermeiros Obstetizes	268	0.01	0	0.00	0	0.00
Total de Profissionais	1.904.245	100	181.291	100	1.213	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

A Tabela 2 mostra a categoria de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes) em números e em nível nacional, estadual e local (HC/UFU). Pode-se perceber que a maior categoria de enfermagem são os técnicos de enfermagem. Em nível nacional, eles são 53,56% dos trabalhadores. Em nível estadual, são 55,23%. Esses números são menos expressivos no Hospital de Clínicas de Uberlândia, em que perfazem um total de 31,90%. Tal fato pode ser explicado pela falta de oferta de vagas em concursos públicos no HC/UFU, pois, desde o ano de 2009 até 2016, foram realizados 28 concursos para técnicos administrativos, o que abrange várias categorias, e para a área específica da enfermagem foram somente 4 concursos nesse período, com o total de 42 vagas para técnico de enfermagem, 14 para enfermeiros e 8 para auxiliares de enfermagem. Esses números de vagas são insuficientes para suprir a demanda do Hospital de Clínicas da UFU, visto que a Diretoria de Enfermagem, no dimensionamento feito (2013) pelos gerentes de enfermagem e enfermeiros de diferentes setores do Hospital de Clínicas de Uberlândia, em parceria com o CEPEPE, aponta a necessidade de 492 profissionais da área de enfermagem, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Tal defasagem se deve a haver vários servidores em idade de se aposentar e a outros que já se

aposentaram sem reposição dessa vaga. A reposição por contratos temporários é insuficiente, além disso há óbitos no período analisado.

Entretanto, na enfermaria de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da UFU, a maior categoria de trabalhadores é a dos técnicos de enfermagem, com 46,67%, como demonstra a Tabela 3. Tal fato pode ser explicado pela complexidade do setor, em que há número alto de leitos e internações em diversas especialidades médicas⁷ (cardiologia, endocrinologia, nefrologia, clínica médica, medicina interna, gastrologia, moléstias infecciosas, reumatologia, geriatria e neurologia clínica, etc). Para caracterizar e conhecer o perfil da equipe de enfermagem da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU foi perguntado acerca do sexo, estado civil e função (Tabela 3).

Tabela 3 – Variáveis pessoais e socioeconômicas da equipe de enfermagem do HC/UFU

Descrição	N	%
SEXO:		
Masculino	9	15.00
Feminino	51	85.00
TOTAL	60	100
ESTADO CIVIL:		
Solteiro	31	51.67
Casado	17	28.33
Divorciado	7	11.67
Viúvo	1	1.67
Outro	4	6.67
TOTAL	60	100
FUNÇÃO:		
Enfermeiro	7	11,67
Técnico de enfermagem	26	43,33
Auxiliar de enfermagem	16	26,67
Residente de enfermagem	4	6,67
Estudante de enfermagem	4	6,67
Docente	3	5
TOTAL	60	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

⁷ Construído como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia, o HC/UFU iniciou suas atividades com apenas 27 leitos. Hoje possui 520 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. É o maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais e terceiro no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC). Fonte: <<http://gazetadeuberlandia.com.br/hospital-de-clinicas-da-ufu-comemora-45-anos>>. Acesso em: 08 set. 2016.

Ao analisar a Tabela 3, observamos que a tendência histórica de prevalência do sexo feminino na enfermagem fica evidente. Desde seu surgimento histórico, a enfermagem se associa à figura feminina, aos homens cabia a tarefa “menor”, do transporte dos feridos em guerra e batalhas e mesmo em competições esportivas, além de ser o provedor familiar. Atualmente o que se nota é a inserção cada vez maior de homens na área da enfermagem, demonstrando que o cuidar de pessoas, de forma competente e humanizada, também é tarefa masculina. Assim, observamos que desempenhar atividades da enfermagem não depende de gênero, mas sim de competência profissional, ética, conhecimento técnico-científico, caráter, conduta e um olhar que vê o outro em sua totalidade, e não em partes, fragmentos. Contudo, neste estudo, a figura feminina é maioria.

Quanto ao estado civil, a grande maioria é solteira, residem com seus familiares, conforme respostas obtidas no instrumento de coleta de dados, e alguns deles possuem mais de um emprego para complementar a renda e contribuir com as despesas familiares.

Dos 60 entrevistados, 35 são servidores estatutários regidos pelo regime Jurídico Único (RJU), 17 são contratados pela Fundação de Assistência, Ensino e Pesquisa de Uberlândia (FAEPU), além desses, 4 estudantes e 4 residentes de enfermagem fazem parte da equipe de enfermagem da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU.

Tabela 4 – Descrição das variáveis quantitativas: idade, horas trabalhadas por semana e tempo de atuação na área da saúde

Variáveis	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	60	38.22	11.10	20	59
Horas trabalhadas por semana	58	39.19	9.75	20	80
Tempo de atuação na área da saúde	60	14.47	10.68	1	38

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 4, observamos que a maioria dos entrevistados são jovens e já estão atuando ativamente na área de enfermagem há mais de 14 anos, já possuem certa experiência, conhecimento, trabalham em média quase 40 horas por semana, podendo estender essa jornada por necessidades do trabalho ou pessoais. Deve-se levar em conta que, com esse trabalho sendo realizado durante todo o mês, durante

todo o ano, durante toda a vida laboral, dificilmente esse trabalhador conseguirá manter a saúde física e/ou psíquica. Isso porque, além de extenuante fisicamente, a atividade desenvolvida interfere nas emoções e sentimentos dos envolvidos, e nem sempre o sentimento é de alegria, afeto e agradecimento, na maioria das vezes, o trabalhador tem que aprender a lidar com as próprias emoções e a relevar os momentos de angústia, sofrimento, dor e perdas em detrimento do trabalho que executa. Silva (2013) afirma que não é apenas o aspecto fisiológico (físico/mental, etc.) que deve ser observado, pois há outro tão importante como esse que diz respeito à preservação da dignidade da pessoa humana do trabalhador.

Ainda segundo Silva (2013), a limitação da jornada de trabalho é imprescindível para que o trabalhador possa gozar de seus direitos fundamentais, e mesmo que uma carga horária menor de trabalho possa não resolver alguns problemas já instalados, poderia reduzir ou eliminar outros. Isso permitiria melhorar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que estão em início de carreira para que quando se aposentem estejam em boas condições físicas e psíquicas para desfrutarem de sua aposentadoria.

3.2. Percepções e conhecimento dos trabalhadores de enfermagem da clínica médica do HC/UFU sobre os riscos ergonômicos

Para Dul e Weerdmeester (2012), as dores no pescoço e nos ombros podem ocorrer quando se trabalha muito tempo com os braços levantados, sem apoio, e essas dores se agravam quando há aplicação de forças ou se realizam movimentos repetitivos com as mãos e, em casos mais graves, podem surgir as lesões por traumas repetitivos, conhecidas como LER (Lesões por Esforços Repetitivos), também chamadas de DORT (Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho). Assim, vale esclarecer que:

As LER/DORT englobam uma série de doenças como tenossinovite, tendinite, bursite, síndrome do túnel do carpo, dentre outras, que afetam tendões, músculos, nervos periféricos, principalmente os braços, punhos, mãos, ombro e pescoço, causando dor, perda da força, formigamento, alteração da sensibilidade, sensação de peso e inchaço, fadiga, comprometendo a capacidade para realizar movimentos e trazendo grande sofrimento ao trabalhador acometido. (ALMEIDA; LIMA, 2014, p. 2614).

Para Silva (2016), as principais causas de LER/DORT são a postura rígida e inadequada, excesso de trabalho, repetitividade dos movimentos, excesso de tensão no trabalho e no domicílio. O mesmo autor afirma ainda que é possível prevenir essas doenças por meio de relaxamento muscular, adoção de postura correta no trabalho, ginástica laboral e atividades de lazer.

Esses problemas mais frequentes nos trabalhadores em geral nem sempre recebem a devida importância para os seus sinais/sintomas, como procura de atendimento médico, quando afetam a vida profissional/social causando a esta algum tipo de prejuízo, agravo. Tais problemas foram ilustrados em figura já de domínio público, de Leremy/i Stock/Thinkstock, observado em Esteves (2014, p. 36), conforme demonstra a Figura 8. Esta mostra claramente os problemas mais frequentes que ocorrem nos trabalhadores, os locais que geralmente sofrem mais pressão e que estão ligados a movimentos repetitivos, a posturas estáticas e inadequadas e à velocidade do movimento que, com o tempo, podem ocasionar alguma doença osteomuscular.

Figura 8 – Problemas mais frequentes nos trabalhadores, 2014



Fonte: Leremy/iStock/Thinkstock. In: Esteves, 2014, p. 36.

Os problemas de ordem física são mais facilmente identificados, porém os de ordem emocional, como a cefaleia, o estresse, o pânico, os transtornos mentais e a depressão, são mais difíceis de identificar e de se apontar o nexo com o trabalho. Tal situação demanda aprofundar os estudos sobre o tema, desenvolver análise apurada da função e da coletividade, do trabalho em si e do trabalhador.

De acordo com Corrêa e Boletti (2015), as condições inadequadas dos postos de trabalho, aliadas às constantes pressões por resultados a qualquer custo e com ritmo excessivo de trabalho são responsáveis por causar danos à saúde humana. Em vista disso, os autores afirmam que uma forma de minimizar e prevenir as doenças relacionadas ao trabalho é a prática da ginástica laboral, uma alimentação saudável, ter uma boa qualidade de vida com horas de descanso e lazer.

Segundo Esteves (2014), mais de 60% das doenças ocupacionais estão relacionadas aos distúrbios osteomusculares e, para ele, a melhor maneira de impedir isso é identificar, antecipar, avaliar e controlar os riscos que possam estar ligados ao desenvolvimento dessas doenças, as quais, além de causar prejuízos sociais e econômicos, causam também prejuízos humanos.

Tabela 5 – Importância do treinamento ou capacitação sobre a NR 17 e aplicação no trabalho

Descrição	N	%
Considera importante a NR 17?	60	100
Sim	35	58,33
Não	24	40
Não responderam	1	1,67
Se sim, houve aplicação dessa norma no seu ambiente de trabalho?	60	100
Sim	24	40
Não	10	16,67
Não responderam	26	43,33

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 5 são apresentados dados quanto à importância do treinamento e aplicação da Norma NR17 e, apesar de mais da metade dos entrevistados, 58,33%, afirmarem reconhecer a importância do treinamento da Norma NR 17, menos da metade dos entrevistados responderam que houve aplicação dela no ambiente de trabalho (40%). E esse conhecimento da Norma pelos entrevistados se deve a capacitações realizadas, palestras, cursos presenciais e a distância e educação continuada.

A aplicação da norma NR 17 é uma exigência para o melhor desempenho dos trabalhadores, seja na área da saúde ou não. No Hospital de Clínicas, há o mapeamento de riscos em todos os setores, com afixação do Mapa de Riscos, que é obrigatório nos estabelecimentos dependendo do número de funcionários, (no HC/UFU são 4113 funcionários, e destes 1213 são profissionais de enfermagem), do grau de risco (Químicos, Físicos, Ergonômicos, Biológicos e de Acidentes) e em que a atividade se enquadram.

O mapa de riscos é uma maneira simples de avaliar qualitativamente os riscos apresentados. É a representação gráfica do conjunto de riscos presentes nos locais de trabalho e é apresentado por meio de círculos de cores e tamanhos diferentes para fácil visualização. O mapa de risco serve para conscientizar e informar os trabalhadores e serve também como planejamento para as ações preventivas. (ESTEVES, 2014, p.42).

O desconhecimento das Normas Regulamentadoras geralmente está ligado ao aumento da exposição aos riscos, sendo propício o desenvolvimento de doenças com impacto na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores que as desconhecem. Para aprofundar nesse assunto, indagamos se os profissionais que trabalham na área da Saúde como um todo têm conhecimento da postura ideal em sua atividade laboral. (Tabela 6).

Tabela 6 – Conhecimento da postura ideal na atividade laboral

Descrição	N	%
Sim	47	78,33
Não	9	15
Não responderam	4	6,67
TOTAL	60	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 6 observamos que 78,33% têm conhecimento da postura ideal na sua atividade desenvolvida durante o trabalho e isso se deve a cursos de capacitação e educação continuada realizada durante o horário de serviço ou em cursos e palestras fora do horário de trabalho. A minoria que desconhece a postura ideal respondeu que não recebeu o treinamento e não pesquisou sobre o assunto.

Segundo Dul e Weerdmeester (2012), o trabalho por longos períodos usando as mãos e os braços em posturas inadequadas podem produzir dores nos punhos, cotovelos e ombros e quando o punho fica muito tempo inclinado, pode haver

inflamação dos nervos, resultando em dores e sensações de formigamento nos dedos.

Para Corrêa e Boletti (2015), uma das grandes preocupações ergonômicas, no que se refere à postura corporal durante a atividade de trabalho, está relacionada às implicações que a posição estática durante várias horas seguidas ao longo do dia pode ocasionar. Além disso, os autores afirmam que a má postura ou postura inadequada pode gerar diversos problemas, que vão desde o aumento dos níveis de desconforto até o surgimento de danos na coluna vertebral (as algias, que são dores num órgão ou região corporal, geralmente sem lesão visível).

É notório o conhecimento da postura ideal adequada ao desenvolvimento do trabalho pela maioria dos trabalhadores de enfermagem. Assim, indagamos o trabalhador da equipe de enfermagem da Clínica Médica do HC/UFU para entendermos melhor sobre o ambiente/local de trabalho, se este é ou não adequado às suas atividades laborais (Tabela 7).

Tabela 7 – Ambiente de trabalho quanto à adequação do desenvolvimento de suas atividades

Descrição	N	%
Sim	37	61.67
Não	23	38.33
TOTAL	60	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 7, a maioria (61,67%) respondeu que consideram o ambiente de trabalho adequado, com infraestrutura boa, local arejado e de fácil acesso e com camas elétricas que facilitam o manuseio com os clientes/pacientes. Já os 38,33% que consideram o ambiente de trabalho inadequado responderam que há falta de materiais e equipamentos, falta recursos humanos e consideram o ambiente estressante.

Essa questão oferece uma reflexão a respeito do ambiente de trabalho, pois é o local onde a maioria dos profissionais passa a maior parte do tempo de suas vidas e esse ser adequado é o mínimo necessário ao bom desenvolvimento das atividades laborais. Para maior aprofundamento sobre o conhecimento acerca do seu local de trabalho, indagamos a respeito disso os trabalhadores da equipe de enfermagem da Clínica Médica do HC/UFU, especificamente quanto à adequação ou não do mobiliário às suas atividades laborais (Tabela 8).

Tabela 8 – Quanto à adequação do mobiliário do ambiente de trabalho.

Descrição	N	%
Sim	42	70
Não	16	26,67
Não responderam	2	3,33
TOTAL	60	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 8, 70% dos entrevistados afirmaram que o mobiliário existente no local de trabalho é adequado ao desenvolvimento de suas atividades, mas para 26,67% o mobiliário é inadequado. A maioria respondeu que o mobiliário é adequado devido a equipamentos em boas condições, camas elétricas de fácil manuseio, carrinho para transporte de insumos e etc. Já os que responderam que o mobiliário não é adequado disseram que o espaço entre os leitos é insuficiente, que as cadeiras utilizadas pela maioria dos profissionais não são ergonômicas, que os equipamentos existentes são insuficientes devido à alta demanda de clientes/pacientes e à falta de recursos para reparos ou aquisição de equipamentos e mobiliários novos, dentre outros.

Segundo Moraes (2014), a utilização de materiais e equipamentos auxiliares adequados do ponto de vista ergonômico é importante na redução de agravos e manutenção da saúde dos profissionais.

De acordo com os entrevistados, alguns equipamentos são muito pesados, necessitando de ajuda para transporte. Assim sendo, indagamos quanto ao gênero, homem/mulher, se tem alguma atividade de enfermagem que dispenda mais energia/força (Tabela 9).

Tabela 9 – Questão de gênero – Atividades de enfermagem com energia/força

Descrição	N	%
Sim	47	78.33
Não	13	21.67
TOTAL	60	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 9 podemos observar que a grande maioria (78,33%) respondeu que há atividades de enfermagem que dispendem maior energia/força, com relação ao gênero homem/mulher, e 21,67% responderam que não há.

Os que responderam que há atividades que dispendem maior energia/força afirmaram que isso se deve à movimentação de clientes/pacientes de alta dependência durante banho de leito, mudança de decúbito (virar paciente de lado para evitar lesão por pressão) e transporte desses pacientes da cama para maca ou cadeira e vice-versa. Essas atividades dispendem força e podem levar ao desgaste físico/mental, visto que a maior parte desses clientes é dependente, dispendendo mais força/energia durante as atividades de enfermagem, que são desempenhadas rotineiramente e com frequência prolongada. E para aprofundar e atestar quais as maiores dificuldades durante a movimentação/deslocamento de clientes/pacientes indagamos a equipe de enfermagem da Clínica Médica do HC/UFU sobre o assunto (Tabela 10).

Tabela 10 – Dificuldades na movimentação de paciente ou deslocamento espacial do leito/cadeira/maca

Descrição	N	%
Técnica	12	9,76
Mobiliário	24	19,51
Espaço	31	25,20
Posicionamento do corpo	12	9,76
Carga física	41	33,33
Outros	3	2,43
TOTAL	123	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 10, das 123 respostas obtidas, grande parte (33,33%) afirmou que a maior dificuldade durante a movimentação ou deslocamento espacial de paciente do leito/cadeira/maca se deve à carga física, fato resultante da alta demanda e dependência dos clientes/pacientes internados no HC/UFU. Além disso, grande parte desses casos se encontram em situações graves ou gravíssimas, tornando mais complicado o deslocamento e sua movimentação.

Segundo Dul e Weerdmeester (2012), vários tipos de tarefas exigem movimentos do corpo todo, esses movimentos podem causar tensões mecânicas localizadas e, com o tempo, acabar causando dores, e também podem exigir muita energia, provocando sobrecarga nos músculos, coração e pulmões. Para compreender o impacto dessas atividades frequentes e contínuas, indagamos aos trabalhadores da equipe de enfermagem sobre possuírem algum problema de saúde (Tabela 11).

Tabela 11 – Problemas de saúde

Descrição	N	%
Sim	15	25
Não	43	71,67
Não responderam	2	3,33
TOTAL	60	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 11, 25% afirmaram possuir algum problema de saúde devido a peso excessivo, obesidade e à falta de tempo para a prática de atividade física. Outros acham que o estresse físico e mental está relacionado com o trabalho, os movimentos repetitivos, a má postura e a carga física dos clientes/pacientes.

Verifica-se que a quantidade de pessoas com algum problema de saúde é relevante, pois em um local de atendimento, recuperação da saúde, o que se espera é que os trabalhadores responsáveis por outrem estejam gozando de saúde física e mental, e não doentes. As causas apontadas foram várias: como excesso da jornada, sobrecarga de trabalho, equipamentos e mobiliário que não estão em sua melhor condição, ambiente de trabalho agradável, porém estressante, carga física e dificuldade na movimentação dos clientes/pacientes, falta de atividade física, sobrepeso e obesidade por parte dos profissionais, estresse, salários defasados, sentimento de não valorização pelos outros e de si próprio. Esses fatores podem ser os indicativos de mudanças a serem feitas no ambiente, na infraestrutura e com relação aos recursos materiais e humanos necessários.

Estimar a verdadeira incidência de doenças relacionadas ao trabalho, segundo Pinheiro, et al. (2012), é importante para o planejamento das ações de prevenção, que incluem a identificação dos riscos presentes nos ambientes de trabalho e a identificação e registro de efeitos adversos sobre a saúde das pessoas que trabalham.

O ambiente de trabalho deve ser adequado ao desenvolvimento das atividades de trabalho, pois além de contribuir com o desenvolvimento de doenças, pode contribuir com a ocorrência de acidentes. Com o intuito de identificar os riscos de acidentes aos quais a equipe de enfermagem está exposta, foi indagado se já haviam sofrido algum acidente de trabalho (Tabela 12).

Tabela 12 – Acidente de trabalho-Tipo

Descrição	N	%
Sim	14	23,33
Não	45	75
Não responderam	1	1,67
TOTAL	60	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 12, 23,33% dos entrevistados disseram já ter sofrido algum tipo de acidente de trabalho. E a maioria dos que sofreram algum tipo de acidente de trabalho foi de tipo biológico, com perfuro cortante, seguido por quedas dentro do ambiente de trabalho com necessidade de afastamento, e acidente de trânsito no trajeto para o local de trabalho, sendo configurado como acidente de trajeto.

Os fatores que mais contribuem para a ocorrência de acidentes de trabalho, segundo dados do Ministério da Saúde (2002), são espaços de trabalho com estrutura física inadequada, esforço físico intenso com levantamento manual de peso, posturas inadequadas, ritmo acelerado na realização das tarefas, repetitividade de movimento, extensa jornada de trabalho e pressão psicológica por produtividade. Assim sendo, é imprescindível a identificação dos riscos com o intuito de eliminar ou reduzir os agravos que podem causar à saúde e à qualidade de vida dos trabalhadores. E para aprofundar no assunto, indagamos aos trabalhadores da equipe de enfermagem se já apresentaram algum dos itens (Dor lombar, Fibromialgia, Dores na coluna, DORT, Cefaleia, dentre outros) da Tabela 13.

Na Tabela 13, das 209 respostas obtidas, o item mais frequente foi a dor lombar (20,57%), seguido por dor na coluna (18,18%), cefaleia (17,22%), estresse (16,27%), ansiedade (13,40%), entre outros. Esses dados demonstram a relevância da necessidade de melhorar o ambiente de trabalho, com condições adequadas para evitar riscos à saúde do trabalhador que possam causar afastamento por doenças ou acidentes, diminuição do seu desempenho e produtividade.

Tabela 13 – Presença de doença/agravo

Descrição	N	%
Já apresentou		
Dor lombar	43	20,57
Fibromialgia	11	5,26
Dores na coluna	38	18,18
DORT	3	1,43
Cefaleia	36	17,22
Estresse	34	16,27
Depressão	11	5,26
Ansiedade	28	13,40
Transtorno do Pânico	3	1,43
Outro:	0	0,00
Nenhum	2	0,96
TOTAL	209	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Nota-se que alguns entrevistados estão trabalhando doentes, com algum problema de saúde, e não podem se afastar do trabalho, pois não têm estabilidade no emprego, alguns não são concursados e temem perdê-lo e, como são os provedores de seus lares, muitas vezes trabalham doentes.

Exigências associadas à maior sobrecarga de trabalho com menor número de trabalhadores elevam o risco de ansiedade e estresse laboral, que se acentuam perante a possibilidade de serem julgados e avaliados por fatores aleatórios ao seu esforço, que não pode ser abrandado pela socialização das responsabilidades e fragilidades e que não há com quem desabafar ou interagir num momento em que, sempre, queiramos ou não, é delicado. A sobrecarga de trabalho e a exaustão que provoca interferem cada vez mais nas relações familiares, deixando pouco tempo para interagir e participar de atividades com entes familiares e amigos. (BARRETO; HELOANI, 2013, p.112).

Problemas como depressão e estresse, para Corrêa e Boletti (2015), muitas vezes estão associados à carga horária excessiva, à pressão para concluir as tarefas, a conflitos interpessoais, típicos de ambientes muito competitivos, entre outros fatores relacionados às atividades, ao ambiente de trabalho e ao estresse. É um problema social e de saúde pública e está diretamente relacionado às condições de trabalho, cuja prevenção é uma das maiores metas quando se busca a promoção da saúde biopsicossocial. Assim é necessário que medidas preventivas⁸ sejam

⁸ São medidas para evitar a depressão e estresse, tais como um ambiente tranquilo no local de trabalho, comunicativo, o cuidado com a saúde com bons hábitos alimentares e exercício físico regular e tempo para descanso e lazer.

adotadas, de modo que a carga de trabalho e as exigências por melhores resultados não acabem comprometendo a saúde do trabalhador.

Além do mais, como desempenhar uma assistência de qualidade se não estão em boas condições de saúde? Se não têm boas condições de trabalho? Com jornadas extenuantes, sobrecarga de trabalho e pressão psicológica intensa? Um erro pode levar a um dano temporário, permanente ou fatal e isso envolve questões muito complexas, ou seja, não é possível que somente um profissional seja responsabilizado, deve-se atentar para toda a conjuntura envolvida no processo, como a organização do trabalho, a infraestrutura, o ambiente, a jornada, os riscos presentes ou não, se há recursos materiais e humanos suficientes ao desempenho de sua atividade laboral. São situações que precisam ser revistas e debatidas antes de colocar a “culpa” em apenas um profissional que deve, sim, ser responsabilizar por suas ações, mas que ele não seja o único responsável e que possam ser feitas as mudanças necessárias para evitar qualquer tipo de dano. E essa é a realidade da grande maioria dos profissionais de enfermagem. Diariamente, ao trabalhar em ambientes estressantes, com infraestrutura inadequada, expostos a todos os tipos de riscos, doenças, perdas e, mesmo assim, fazerem o melhor que podem, são “heróis” salvando a vida dos outros, mesmo que a própria vida esteja em risco.

Desse modo os trabalhadores foram indagados quanto ao uso de algum medicamento contínuo/controlado e as respostas dispararam um alarme sobre a magnitude do problema, uma vez que dos 57 entrevistados que responderam a essa questão do instrumento, 24,56% afirmaram fazerem uso de medicamento controlado. Os mais utilizados são os benzodiazepínicos (clonazepan, diazepam), os antidepressivos (fluoxetina, sertralina, reconter, bupropiona, venlift, daforin), anti-hipertensivos, relaxante muscular (ciclobenzaprina) e ansiolítico (frontal).

Esses dados mostram que há trabalhadores que não estão em boas condições de saúde, necessitando de ajuda, de cuidados e muitas vezes os próprios colegas de trabalho ou coordenadores de equipe demoram a perceber isso. E geralmente o mais difícil é aceitarem que precisam de ajuda, uma vez que sua função é cuidar do outro, esquecem-se de olhar para si, de cuidar do corpo e da alma.

Para aprofundar ainda mais no assunto, indagamos os trabalhadores da equipe de enfermagem da Clínica Médica do HC/UFU quanto a terem se afastado de seu local de trabalho, os motivos desse afastamento e a duração (Tabela 14).

Tabela 14 – Licença médica (atestado) – motivo

Descrição	N	%
Sim	23	38,33
Não	35	58,33
Não responderam	2	3,33
TOTAL	60	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 14, 38,33% afirmaram já terem ficado de licença médica por alguns dos itens referidos na Tabela 12, e a maioria dos afastamentos foram referente a dor lombar, dores na coluna, cefaleia, estresse e ansiedade. Muitos desses afastamentos tiveram duração prolongada, variando de 15 dias, 30, 90, até um ano de duração, conforme respostas obtidas pelo instrumento de coleta de dados.

Os principais motivos de afastamento por licença médica pelos pesquisados foram, conforme descrito abaixo,

- “[...]... dor na coluna e dor lombar por 3 meses” (Pesquisado 7).
- “[...]... dor no ombro por 14 dias” (Pesquisado 43).
- “[...]... depressão por 1 ano” (Pesquisado 34).

Isso demonstra que nem sempre se consegue trabalhar doente. Muitas vezes é necessário afastamento do ambiente de trabalho para tratamento de saúde, o que é um fator positivo, pois é importante cuidar de si próprios e não colocar a vida de outros em risco, em perigo por erros que possam ser cometidos quando assumem ou não que também precisam de ajuda.

O absenteísmo é um problema que preocupa a todos, principalmente aos gestores que buscam conhecer as causas do adoecimento dos profissionais, se isso está ligado ou não ao trabalho, quais as formas de minimizar e reduzir o afastamento do trabalhador e também os impactos causados. Afinal, isso gera ônus ao empregador que precisa manter o sistema de produção funcionando e também para os demais trabalhadores que acabam assumindo múltiplas tarefas.

Segundo Carvalho (2014), o absenteísmo também conhecido como absentismo ou ausentismo, é uma expressão que tem sua origem na língua francesa, *absentéisme*, e caracteriza a ausência do funcionário ao trabalho. E algumas das causas são as doenças pessoais ou de familiares, problemas climáticos, dificuldades financeiras, alcoolismo, supervisão falha, atrasos Mas a principal causa pode ser a falta de motivação do trabalhador pelo serviço ou em

razão do ambiente de trabalho, pois se os trabalhadores gostam do que fazem e se sentem bem no seu ambiente de trabalho, não precisam se ausentar deste.

Para atestar esse dado relevante, verificou-se no prontuário e Banco de Dados DISAO os afastamentos da equipe de enfermagem em números (Tabela 15).

Tabela 15 – Número de afastamentos no período de 01/01/2011 – 31/12/2015

ANO	Descrição			
	NR. AFASTAMENTOS	%	TOTAL DIAS AFASTAMENTOS	TOTAL SERVIDORES
2011	59	22,60	919	26
2012	72	27,59	645	36
2013	32	12,26	320	21
2014	43	16,47	2176	29
2015	55	21,07	1054	23
TOTAL	261	100,00%	5114	135

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 15, verificamos que, no ano de 2011, foram 26 trabalhadores afastados (22,60%); no ano de 2012, o número foi de 36 afastados; no ano de 2013 diminuiu para 21 afastados; voltando a subir em 2014 para 29, e a diminuir novamente em 2015 para 23. E para aprofundar o motivo ou as causas desses afastamentos, foi feita pesquisa de dados secundários no Banco de Dados da DISAO e em prontuários e levantamento considerando as CID10 encontradas.

Os CID10 dos afastamentos dos trabalhadores da equipe de enfermagem mais frequentes no período de 2011-2015 foram os relacionados à dorsalgia, dor lombar e depressão. Esses dados confirmam a relevância do estudo devido ao impacto do grande número de afastamento dos trabalhadores do seu local de trabalho, sobrecarregando os demais, impactando na qualidade de vida dos servidores que estão afastados e ficam impossibilitados de exercerem sua função e também não podem desfrutar de lazer, nem descanso devido a problemas físicos e/ou psíquico/emocionais.

No tocante ao impacto econômico, visto que aumenta o número de contratações quando se é permitido, o mais frequente é o aumento do número de Adicional por Plantão Hospitalar para cobrir a demanda de profissionais necessários para desempenhar uma assistência de qualidade, humanizada, segura e eficiente. Quanto a isso, temos que

O Adicional de Plantão Hospitalar (APH) foi criado pelo Decreto 7.186 (de 27 de maio de 2010), que consta: o APH é devido aos servidores em efetivo exercício de atividades hospitalares, desempenhadas em regime de plantão, nas áreas indispensáveis ao funcionamento ininterrupto dos hospitais. O APH objetiva suprir as necessidades fins do atendimento ao sistema de saúde e, concomitantemente, no caso dos hospitais de ensino, garantir melhor acompanhamento, pelos docentes e preceptores, das atividades desenvolvidas pelos alunos no estágio curricular supervisionado obrigatório de conclusão dos cursos da área da saúde, em regime de internato, e dos pós-graduandos em residências em saúde. (BRASIL, 2010).

O APH, apesar de ser do interesse da Administração Pública, acaba sendo incorporado pelos profissionais ao salário, pois as escalas são feitas com antecedência e, como não há número adequado de trabalhadores (apesar do dimensionamento feito pela diretoria de enfermagem), as escalas são cobertas com plantão. É preciso deixar claro que somente os servidores estatutários podem realizar plantão no HC/UFU.

Com o intuito de garantir o cumprimento da jornada de trabalho integralmente e garantir a assistência segura aos clientes/pacientes internados, a Direção do HC/UFU, por meio da Comissão de Plantão, estabeleceu critérios na distribuição do adicional de plantão hospitalar, tais como a não existência de restrição de saúde, com parecer da junta médica da Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS), atestado frequente no mês ou prolongado ficarão sem o adicional no mês seguinte. Assim, como a maioria não pode ficar sem o plantão, muitas vezes trabalham doentes, com febre, dores na coluna e ombro, dificuldades respiratórias (asma) e de se locomover (pessoas mancando, pés enfaixados com atadura), algumas vezes muito estressados e abalados emocionalmente devido a problemas de cunho familiar e financeiro também.

Essa situação, na qual o trabalhador está sempre presente no local de trabalho mesmo doente, é conhecido como “presenteísmo”, (CARVALHO, 2014), pois, apesar do funcionário estar presente no local de trabalho, não está produzindo como deveria, o que pode levar, no futuro, ao absenteísmo.

Desse modo, os problemas de saúde físico/mental/emocional tendem a aumentar, uma vez que os trabalhadores não estão em boas condições para desenvolver suas atividades. Ao se além disso, o cotidiano desses profissionais é árduo, na maioria das vezes, pois tem que trabalhar fazendo verdadeiros malabarismos e invenções devido à falta constante de materiais de insumo básicos, equipamentos mínimos, clientes/pacientes no limite da paciência e tolerância.

Mesmo com todo esse cenário, grande parte dos trabalhadores da área da enfermagem consegue manter a ternura, a compaixão sendo chamados pelos clientes/pacientes de verdadeiros heróis e anjos, pois vivem juntos os melhores e piores momentos de suas vidas.

E sendo o ambiente/local de trabalho o lugar em que a maior parte dos trabalhadores da enfermagem passam parte de seu tempo de vida, indagamos à equipe de enfermagem da Clínica Médica do HC/UFU como consideram o seu ambiente de trabalho (Tabela 16). Na Tabela 16, das 66 respostas obtidas, pode se notar que apesar da grande maioria considerar o ambiente de trabalho agradável (42,42%), uma porcentagem significativa o considera estressante (36,36%).

Tabela 16 – Caracterização do ambiente de trabalho

Descrição	N	%
Agradável	28	42,42
Desagradável	2	3,03
Péssimo	1	1,51
Tranquilo	11	16,67
Estressante	24	36,36
Nenhum	0	0,00
TOTAL	66	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Segundo Moraes (2014), o homem passa boa parte da vida em seu ambiente de trabalho, realizando diferentes tarefas e, por essa razão, as condições de trabalho devem ser adequadas para evitar riscos que possam interferir na sua saúde e qualidade de vida.

Essa questão confirma o quanto é necessário fornecer um ambiente o mais tranquilo possível para o desempenho das atividades dos trabalhadores, já que o estresse, além de poder ser causador de doenças de cunho mental e físico, promove um clima de insatisfação e desânimo na equipe como um todo. Para aprofundar nesse assunto, indagamos os trabalhadores da enfermagem da Clínica Médica do HC/UFU sobre como avaliam sua escala de trabalho (Tabela 17).

Tabela 17 – Adequação da escala de trabalho

Descrição	N	%
Sim	29	48,32
Não	27	45
Não responderam	4	6,67
TOTAL	60	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 17, 48,32% consideram a escala de trabalho adequada, mas para 45% a escala é inadequada, pois consideram que há uma sobrecarga de trabalho com jornada extenuante, má distribuição dos clientes/pacientes por profissionais e falta de recursos materiais e humanos. Consideram também que a escala diária de atribuições e mensal poderia ser mais bem distribuída devido à alta complexidade dos pacientes, visto que o cuidado dispensado aos clientes/pacientes é integral em todo o hospital. Assim sendo, eles cuidam de vários pacientes dependentes e também de cuidado intensivo ao mesmo tempo.

A escala mensal de trabalho é feita pela coordenadora do serviço de enfermagem da enfermaria de Clínica Médica com um mês de antecedência, e enviada para análise e parecer da gerência e diretoria de enfermagem. É uma prática no serviço a solicitação de folgas em datas comemorativas de aniversário, viagens e outros, pelos servidores que, após seis dias de trabalho, têm descanso obrigatório, com uma folga no sábado e domingo de cada mês, sendo permitidas também trocas entre eles.

Já a escala de atribuição é realizada diariamente pelo enfermeiro assistencial do próximo turno de trabalho, ou seja, o enfermeiro da manhã faz a escala da tarde, que faz a da noite e o da noite faz a escala da manhã. Essa escala é feita considerando o grau de dependência dos clientes/pacientes, com tentativa de distribuição igualitária entre todos os servidores, porém, às vezes alguns ficam um pouco sobrecarregados devido ao grande contingente de clientes/pacientes totalmente dependentes e do número insuficiente de trabalhadores devido a atestados médicos comunicados de última hora. Para aprofundar o conhecimento da realidade dos trabalhadores de enfermagem da Clínica Médica do HC/UFU, os indagamos sobre o que gostariam de mudar em seu ambiente de trabalho (Tabela 18).

Tabela 18 – Melhorar ambiente de trabalho – Situações

Descrição	N	%
Mobiliário	22	15,94
Equipamentos	33	23,91
Jornada de trabalho	37	26,82
Relações interpessoais	21	15,21
Salário	24	17,39
Nada (Está ótimo)	1	0,72
TOTAL	138	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 18, das 138 respostas obtidas, a grande maioria gostaria que a jornada de trabalho fosse diminuída (26,82%), seguida pela melhora da qualidade dos equipamentos (23,91%) e salário (17,39), dentre outros.

A jornada de trabalho foi o item mais assinalado pelos pesquisados, que a consideram extenuante devido ao grau de complexidade do serviço, o qual é de nível terciário, atendendo à média e alta complexidade. Além disso, considera-se, nesse caso, a carga emocional, pois o objeto de trabalho é a vida de um ser humano, qualquer deslize, por menor que seja, pode causar um dano temporário, permanente ou até a morte.

Segundo Silva (2013), a jornada de trabalho e o salário são os aspectos das condições de trabalho que mais influenciam a vida do trabalhador, pois as quantidades de horas trabalhadas e a forma como elas são distribuídas repercutem na saúde e segurança do trabalhador. Isso também reflete no tempo livre disponível para o desenvolvimento de suas atividades pessoais, familiares e sociais, de modo que o tempo de trabalho está diretamente relacionado com as condições de bem-estar do trabalhador.

O salário ficou em terceiro lugar no que gostariam de melhorar no ambiente de trabalho, demonstrando que os trabalhadores da equipe de enfermagem que lá estão querem ser bem remunerados pelo seu desempenho. Contudo, a Enfermagem é uma profissão que tem como compromisso realizar o cuidar de maneira segura, humanizada e eficiente, mesmo diante do panorama da saúde a nível nacional, estadual e municipal com precarização do trabalho e dos trabalhadores, jornada de trabalho extenuante, salários defasados, terceirização e perdas dos direitos trabalhistas. E com essa jornada de trabalho extenuante, os momentos de folga são poucos, para saber como os trabalhadores de enfermagem da Clínica Médica do

HC/UFU aproveitam seus momentos de folga e férias, indagamos a eles sobre as principais atividades desenvolvidas no período (Tabela 19).

Tabela 19 – Atividades mais frequentes nos momentos de folga/férias

Descrição	N	%
Viagem	33	37,93
Ficar em casa	33	37,93
Estudar	9	10,34
Atividade física	12	13,79
TOTAL	87	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 19, das 87 respostas obtidas sobre as atividades mais frequentes nos momentos de folga/férias, houve empate em relação a duas respostas: ficar em casa e viajar (37,93%).

Outra questão importante formulada no instrumento de coleta de dados (Anexo A) foi quanto às atividades de lazer mais frequentes, a grande maioria afirmou, conforme os relatos:

- “[...]... passeio com a família” (Pesquisado 9).
- “[...]... fazer atividade física” (Pesquisado 8).
- “[...]... caldas Novas e Igreja” (Pesquisado 24).
- “[...]... nenhuma, não tenho tempo e a grana não permite” (Pesquisado 10).

A maioria dos pesquisados, em torno de 70%, responderam que gostam de passear e viajar com os familiares e amigos, praticar atividade física, ir ao cinema e ler, outros responderam que é assistir televisão, navegar pela internet, sair para pescar e cuidar das plantas. Essas respostas levam a inferir que, mesmo com uma jornada extensa, reservam tempo para cuidar da família e amigos e da saúde física e mental. Uma minoria não tem atividade de lazer, nem tempo, nem dinheiro e isso é preocupante, uma vez que o lazer é importante para o bem estar da saúde física e mental, afinal, como cuidar com eficiência e eficácia de um cliente/paciente se não tem as condições necessárias para si?

Outro ponto levantado foi quanto às atividades culturais mais frequentes, e a grande maioria dos pesquisados respondeu conforme alguns relatos abaixo:

- “[...]... ir ao cinema” (Pesquisado 48).
- “[...]... ir ao teatro” (Pesquisado 51).
- “[...]... nenhuma atividade cultural” (Pesquisado 1).

Nota-se com essas duas questões que alguns trabalhadores de enfermagem têm alguma forma de descanso e lazer, porém há muitas pessoas que, além de problemas de convivência, têm problemas financeiros e familiares, não conseguindo momentos de relaxamento e tranquilidade. Também para alguns o único “lenitivo” é o trabalho, e muitas vezes o local de trabalho pode ser o causador ou agravar ainda mais esses problemas.

Para maior aprofundamento e conhecimento de sua vida pessoal, indagamos a equipe de enfermagem da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU sobre sua vida sexual (Tabela 20).

Tabela 20 – Vida sexual

Descrição	N	%
Excelente	12	20
Ótimo	21	35
Bom	18	30
Regular	5	8,33
Ruim	3	5
Não responderam	1	1,67
TOTAL	60	100

Fonte: Soares, P C A, 2016.

Na Tabela 20, 85% consideram a sua vida sexual boa, ótima ou excelente, fato importante e que demonstra que a grande maioria possui uma vida sexual satisfatória. Apesar de trabalhar bastante e ter outro emprego, conseguem ter um bom relacionamento fora do seu ambiente de trabalho, mesmo que o estresse e as doenças possam estar presentes. Uma vida sexual ativa e satisfatória pode indicar que esses trabalhadores de enfermagem procuram equilibrar os problemas de cunho afetivo, financeiro e profissional. Esse equilíbrio é primordial para uma vida plena e feliz à maneira de cada um, que é algo relativo, uma vez que a sexualidade é uma questão profunda e abrangente.

Segundo Louro (2016), a sexualidade é uma questão pessoal, social e política e como tal pode ser aprendida e construída ao longo da vida de diferentes maneiras por cada um. Ele ainda afirma que a sexualidade envolve rituais, linguagens, fantasias, símbolos, convenções que são processos culturais e plurais.

Já para Weeks (2016), o sexo é mais que uma força avassaladora, ele é um elemento essencial na formação e determinação da personalidade e identidade do sujeito. O termo sexo significava originalmente a divisão da humanidade no

segmento feminino e no segmento masculino, atualmente se refere às diferenças anatômicas, ao que nos divide e não ao que nos une.

É importante ressaltar nessa questão que o foco pretendido foi avaliar o nível de satisfação dos trabalhadores de enfermagem quanto a sua vida sexual independente de gênero, raça, religião ou identidade sexual.

Para aprofundar sobre as causas de adoecimento dos trabalhadores da equipe de enfermagem da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU, os dados secundários foram distribuídos em 5 Gráficos, a partir do ano de 2011-2015.

3.3. Causas de adoecimento dos trabalhadores da equipe de enfermagem do HC/UFU

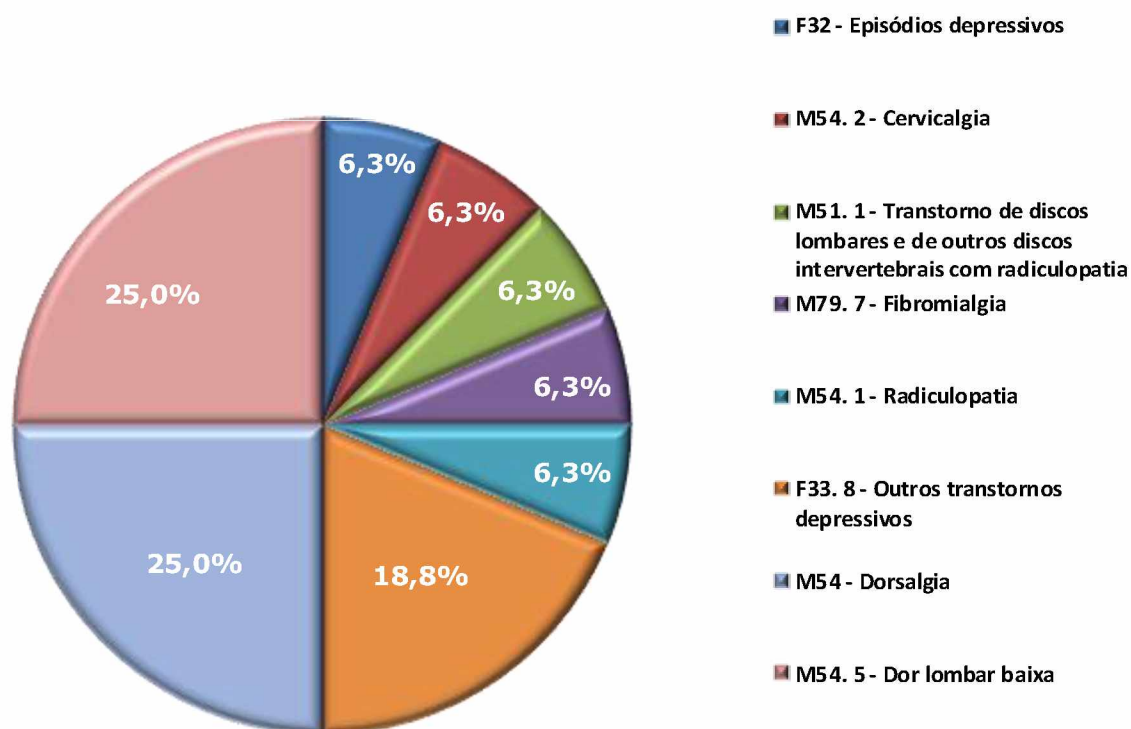
A incidência de problemas relacionados à coluna vertebral se deve também a falta de infraestrutura, espaço inadequado, equipamentos insuficientes, falta de recursos humanos e materiais suficientes, jornadas prolongadas e excesso de trabalho.

A coluna vertebral de uma pessoa adulta é composta por 33 vértebras, sendo 7 vértebras cervicais, 12 vértebras torácicas, 5 vértebras lombares, 1 sacro(formado por 5 vértebras fusionadas) e 1 cóccix (formado por 4 vértebras fusionadas). De todas as vértebras, somente duas (o sacro e o cóccix) não se movimentam; as vértebras restantes (cervicais, torácicas e lombares) são móveis. (MORAES, 2014, p. 34).

De acordo com Moraes (2014), a coluna vertebral é formada por ossos chamados vértebras, responsável pelo movimento e sustentação do corpo. Por manter posturas inadequadas (sobrecarregam a coluna) enquanto se executa a atividade laboral pode-se desencadear sérias consequências para a coluna vertebral, entre as quais a lombalgia, a cervicalgia e a hérnia de disco.

O número de pessoas que responderam possuir algum problema de saúde é relevante e, apesar da grande maioria afirmar que não possui problema de saúde, o Gráfico 1 demonstra os CID10, referentes aos principais motivos de afastamentos dos trabalhadores, que são problemas osteomusculares.

Gráfico 1 – Classificação Internacional de Doenças (CID10) ocorridas no Ano de 2011 no setor de Clínica Médica do HC/UFU, 2011



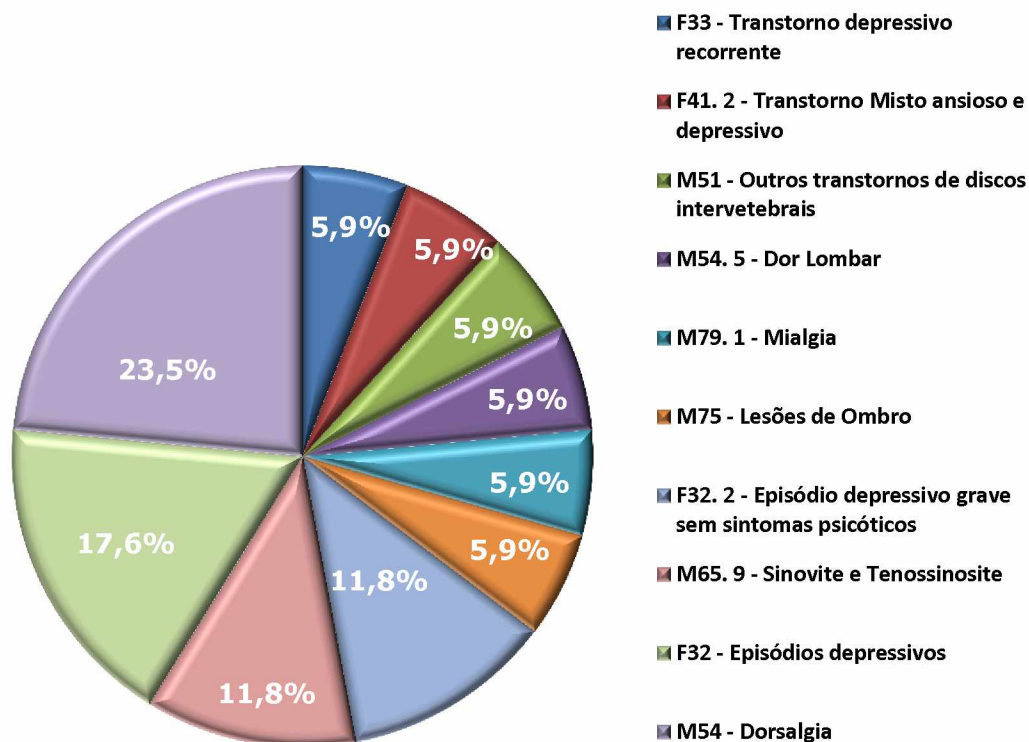
Fonte: Soares, P C A, 2016.

Nota-se no Gráfico 1, a prevalência do CID10, relacionado a problemas osteomusculares como um todo, com 75%, seguido por problemas psíquico/emocionais de 25%. Isso pode ser explicado pela natureza do serviço do trabalhador de enfermagem, que envolve transporte, manipulação de clientes/pacientes dependentes com uma frequência prolongada e de forma rotineira propiciando também o envolvimento afetivo, emocional pelas pessoas que estão sob os seus cuidados.

Segundo Almeida e Lima (2014), o aumento progressivo das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) tem despertado o interesse de diversos profissionais, e não somente da área da saúde. Isso resulta em pesquisas que buscam identificar o nexos causal dessas doenças e com isso melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem e, conseqüentemente, da assistência prestada aos clientes/pacientes. Isso porque a melhoria do ambiente de trabalho também é fundamental para melhorar o desempenho deste trabalhador.

Muitos desses problemas estão demonstrados nos afastamentos desses trabalhadores com uma grande incidência de CID10 relacionados a problemas osteomusculares, como mostra o Gráfico 2.

Gráfico 2 – Classificação Internacional de Doenças (CID10) ocorridas no Ano de 2012 no setor de Clínica Médica do HC/UFU, 2012



Fonte: Soares, P C A, 2016

No Gráfico 2, os CID10 relacionados a problemas osteomusculares são prevalentes com 59%, porém menores que no ano de 2011, quando eram de 75%. Também houve um aumento dos problemas psíquico/emocionais que saltaram de 25%, no ano de 2011, para 41%, no ano de 2012, demonstrando que o estresse nos trabalhadores de enfermagem está aumentando e culminando em doenças também de cunho físico/emocional.

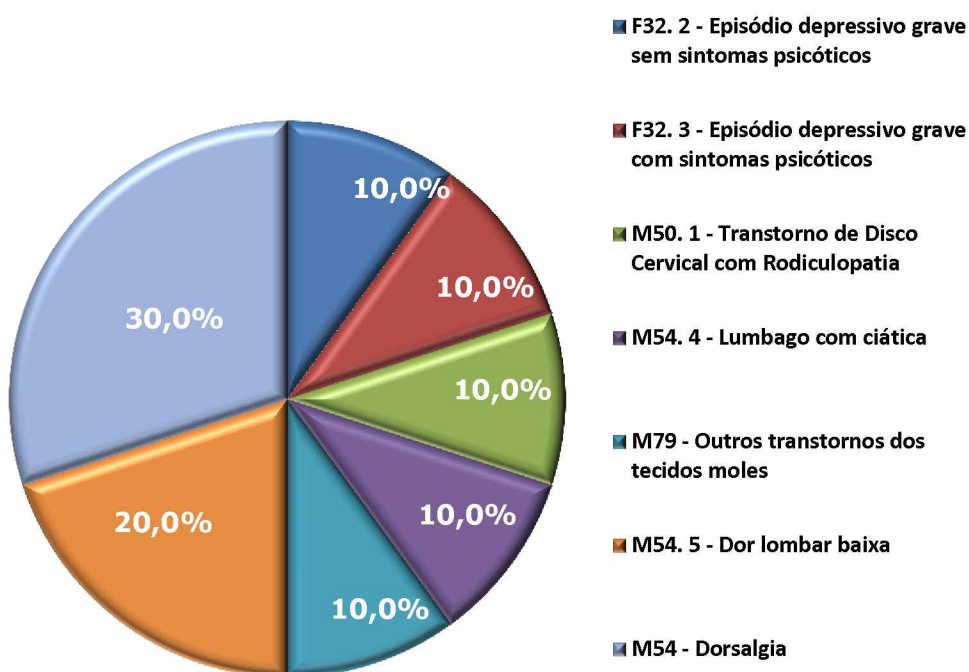
A prevalência dos problemas osteomusculares, segundo Bcheche, Kilimnik (2015), são as inadequações nos postos de trabalho associados a problemas na gestão e organizacionais. Isso se dá porque os sintomas frequentes de dor, quando não tratados, podem se agravar, sendo responsáveis pelo afastamento do trabalhador, pela perda da produtividade e pelo aumento do presenteísmo e absenteísmo.

De acordo com Bianco (2014), o trabalhador pode apresentar dificuldades com relação a seu ambiente de trabalho ou ser afetado por fatores organizacionais e psicossociais, o que ocasiona um estado de tensão exagerada e pode contribuir para o agravamento das lesões por esforços repetitivos.

E para aprofundar sobre a saúde dos trabalhadores da equipe de enfermagem do setor de Clínica Médica, levantamos as causas de afastamento, licença, como demonstra o Gráfico 3.

No Gráfico 3, 80% das doenças estão relacionadas a problemas osteomusculares e 20% a problemas psíquico/emocionais, número esse preocupante e um sinal de que mudanças são necessárias na organização do trabalho, na distribuição das escalas de trabalho, no mobiliário, em equipamentos, tanto quanto no comportamento dos trabalhadores. Este também precisa ser revisto, uma vez que a participação em treinamentos para aperfeiçoamento das técnicas de transporte e movimentação de clientes/pacientes, postura, relacionamento interpessoal são importantes na prevenção dos agravos e na promoção da saúde destes trabalhadores.

Gráfico 3 – Classificação Internacional de Doenças (CID10) ocorridas no Ano de 2013 no setor de Clínica Médica do HC/UFU, 2013



Fonte: Soares, P C A, 2016.

Oliveira et al. (2015), destacou a relevância do tema com os dados da pesquisa nacional de saúde realizada em 2013, que apontou que aproximadamente 27 milhões de pessoas apresentam problema crônico de coluna, quase um quinto da população brasileira afetada por uma doença crônica. Em vista disso, observamos que

As doenças crônicas que afetam a condição musculoesquelética representam um dos principais problemas para a saúde da população brasileira, principalmente na fase produtiva da vida. (OLIVEIRA et al., 2015, p.288).

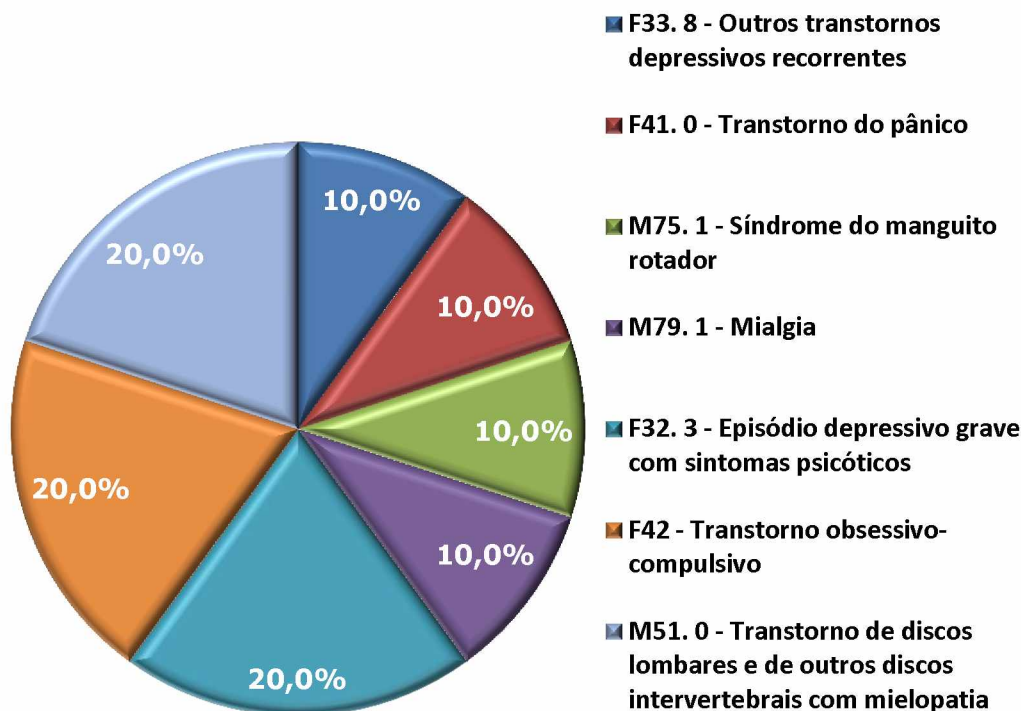
Para Lelis et al.,(2012), as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) são uma realidade entre os trabalhadores de enfermagem devido a condições laborais e organizacionais inadequadas. Com isso o trabalhador pode apresentar incapacidade parcial ou permanente, causando queda na produtividade, prejuízos tanto de ordem material quanto física e mental.

E de acordo com Carvalho (2014), as lesões por esforços repetitivos (LER) ou doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho (DORT) acometem mais frequentemente as mulheres, por não terem o mesmo potencial de desenvolvimento muscular dos homens. Além disso, a maioria apresenta manifestações indeterminadas de dor, geralmente influenciada, dentre outros fatores, por trabalho doméstico em seu domicílio somando-se à jornada de trabalho.

Com o intuito de aprofundar sobre as causas de afastamento dos trabalhadores da equipe de enfermagem, observamos que nos anos de 2011-2013, o CID10 de doenças osteomusculares prevaleceu. Já no ano de 2014 diminuiu consideravelmente, com aumento significativo dos problemas psíquico/emocionais, como pode ser observado no Gráfico 4.

Esse aumento dos problemas psíquico/emocionais pode ter sido causado pelo panorama político-econômico que o país enfrentou e ainda enfrenta, gerando angústia, insegurança quanto a emprego, renda, habitação, poder de compra, lazer e qualidade de vida. Neto (2014) reitera ainda que a alta competitividade, a pressão pelo cumprimento das metas e resultados é exigido dos trabalhadores, que trabalham mais e por tempo prolongado, podendo ocorrer desgastes e acarretar agravos ou perturbações mentais, como transtornos e a depressão.

Gráfico 4 – Classificação Internacional de Doenças (CID10) ocorridas no Ano de 2014 no setor de Clínica Médica do HC/UFU, 2014



Fonte: Soares, P C A, 2016.

No Gráfico 4, no ano de 2014, houve um aumento significativo dos problemas psíquico/emocionais, contrastando com os anos anteriores em que prevaleceram os problemas das doenças osteomusculares. Os problemas psíquico/emocionais atingiram 60% dos trabalhadores e 40% tiveram casos relacionados a problemas osteomusculares.

O trabalho na área da saúde, principalmente no âmbito hospitalar, por si só é estressante, devido à complexidade dos clientes/pacientes, a perdas e a frustrações diante da inevitabilidade da morte. Esta mesmo sendo natural, ainda não é muito fácil de lidar, principalmente por aqueles que fazem de tudo para manter e recuperar a saúde dos que estão sob os seus cuidados. Silva (2013) afirma que a flexibilidade da jornada de trabalho e jornadas extenuantes têm contribuído para o aumento do risco de acidentes e aumento das doenças ocupacionais, as quais têm conduzido, inclusive a mortes e até a suicídios relacionados ao estresse laboral.

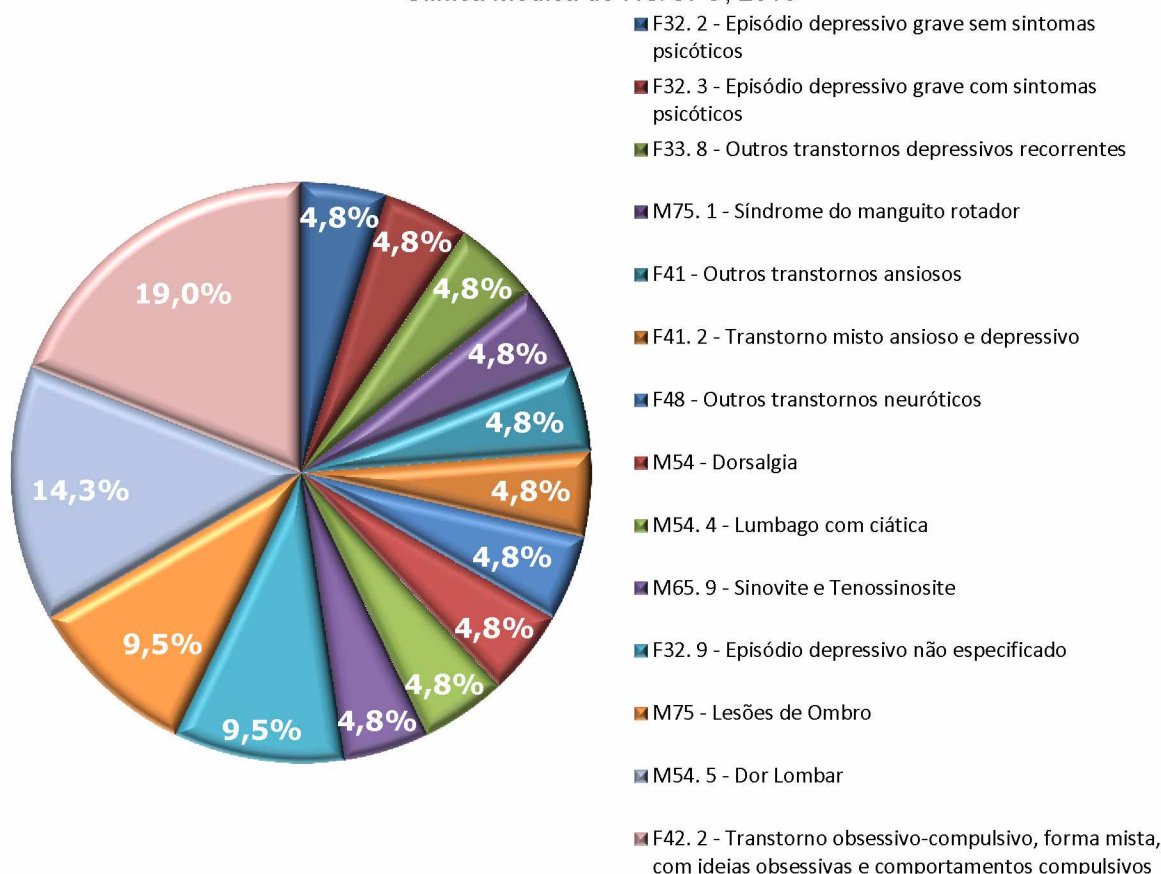
Segundo Esteves (2014), os trabalhadores sofrem de estresse quando as exigências próprias da sua função excedem a sua capacidade, podendo desenvolver problemas de saúde mental e levar também a problemas físicos, como o desenvolvimento de doenças cardiovasculares ou lesões musculoesqueléticas.

Segundo Aguiar (2012), os problemas de saúde dos trabalhadores são desafiadores, pois nem sempre é possível atribuir de forma imediata o estresse, a depressão, doenças mentais ou psicossomáticas a causas diretas do trabalho. Isso porque cada trabalhador é único e se comporta de formas diferentes diante de um estímulo estressor e a abordagem deve abranger a coletividade.

Segundo Esteves (2014), o aumento dos postos de trabalho com as altas demandas emocionais e psicológicas necessárias ao trabalhador atualmente, induz ao aumento do risco de doenças relacionadas ao estresse e à depressão. Isso é significativo, uma vez que muitos trabalhadores possuem um baixo potencial de controle e, se esse estresse for prolongado por muito tempo, além de levar a doenças osteomusculares, pode levar até ao suicídio.

Os trabalhadores da equipe de enfermagem, devido à natureza e ambiente de sua atividade laboral, estão mais propensos a sofrer estresse físico/mental e desenvolver algum tipo de doença, e parte desses agravos podem ser visualizados no Gráfico 5.

Gráfico 5 – Classificação Internacional de Doenças (CID10) ocorridas no Ano de 2015 no setor de Clínica Médica do HC/UFU, 2015



Fonte: Soares, P C A, 2016.

No Gráfico 5, os CIDs relacionados a problemas psíquico/emocionais são de 57%, e a problemas osteomusculares de 43%, mais equilibrado que no ano de 2014. Esses dados podem demonstrar que os problemas de cunho emocional estão altos, porém diminuindo, o que vai de encontro ao panorama sócio-político que o Brasil enfrentou nos anos de 2014/2015 e ainda enfrenta, atingindo a vida de todos em todos os sentidos. Os impactos com o desemprego, o aumento de impostos, aumento da violência, a insegurança e o medo tomaram conta de grande parte da população, deixando as pessoas mais propensas ao estresse e à depressão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar este estudo foram muitas as indagações a respeito do tema e de como estabelecer o nexo causal dos afastamentos dos trabalhadores da equipe de enfermagem da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU. Especialmente dos afastamentos relacionados a doenças osteomusculares e problemas psíquico/emocionais, ao mobiliário, à postura, à ergonomia e análise dos riscos ergonômicos.

O caminho foi árduo, não foi fácil conciliar o tempo com o compromisso, comprometimento e atenção integral ao mestrado profissional. Com aprendizado com as disciplinas, a troca de experiências com os docentes e discentes, o conhecimento aos poucos foi sendo consolidado, amenizando a tarefa.

Assim que aplicamos os questionários, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFU) e a explanação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tivemos a certeza quanto à hipótese inicial, de que os afastamentos dos trabalhadores de enfermagem da Clínica Médica do HC/UFU estavam ligados à postura e ao mobiliário inadequado durante a atividade laboral. Qual não foi nossa surpresa ao tabular os dados e perceber que esses trabalhadores da equipe de enfermagem não viam da mesma forma. Contudo, continuamos a pesquisa e, ao fazer o levantamento do CID10 no banco de dados da DISAO e nos prontuários, o número de afastamentos relacionados a problemas osteomusculares e psíquico/emocional nos surpreendeu.

Com isso, vislumbramos o quanto este trabalho poderá contribuir para esclarecer os trabalhadores de enfermagem a respeito do tema ergonomia e riscos ergonômicos, bem como melhorar as condições de trabalho da equipe de enfermagem em geral, mais precisamente da equipe de enfermagem que trabalha na enfermaria de Clínica Médica. Mesmo com suas respostas ao questionário de que não havia correlação entre os afastamentos, na coleta de dados secundários, com o levantamento dos CID10, pudemos quantificar e relacionar os afastamentos a doenças osteomusculares e a problemas psíquicos/emocionais desses trabalhadores.

Na busca por aprofundar o assunto e entender um pouco mais sobre ele, começamos ao percorrer de forma sucinta sobre o trabalho, a saúde do trabalhador

e, em especial, da equipe de enfermagem. Para a pesquisadora deste trabalho, enfermagem é sinônimo de dedicação, compromisso, comprometimento, cuidado com o outro, carinho e amor (que é algo que não se pode medir). Não há uma dose de amor, porque simplesmente não há como dosar, e isso representa o que essa profissão significa: amor que não se explica, se sente! E como realizar o “cuidado” da forma correta, de acordo com o conhecimento técnico-científico e humanizado, em condições não adequadas de trabalho, com sobrecarga, pressão, jornada extensa, sem lesar ou causar dano, tanto ao cliente/paciente quanto ao trabalhador de enfermagem? São esses os desafios postos aos profissionais da área da saúde de uma maneira geral.

E esse “como fazer” da ergonomia é que veio para adaptar o ambiente de trabalho ao trabalhador, melhorando o seu desempenho, produtividade, e consequentemente sua saúde e qualidade de vida. Entretanto, não basta apenas conhecer o que é a ergonomia e seus objetivos, faz-se necessário identificar os riscos ergonômicos, pois com a sua identificação pode-se trabalhar na prevenção e até mesmo na eliminação desses riscos. Esse é um assunto vasto e complexo, sendo necessário mais pesquisas sobre o tema e conscientização dos profissionais da saúde como um todo para o problema.

Os trabalhadores da equipe de enfermagem que trabalham na enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU responderam que o ambiente em que trabalham é agradável, porém estressante, que a maior dificuldade nos procedimentos é quanto à movimentação e ao deslocamento dos clientes/pacientes e que isso se deve a carga física dos mesmos. Afirmaram que conhecem a norma NR17 e a postura ideal durante a atividade laboral, e consideram o mobiliário e equipamentos adequados, mas que precisam comprar outros mais novos. A maioria afirmou que se sentem em boas condições de saúde e menos da metade dos entrevistados tiraram algum tipo de licença médica no período indicado no questionário.

Entretanto o levantamento feito nos prontuários demonstra o contrário. Houveram afastamentos por problemas relacionados à hérnia de disco, lombalgia, depressão, pânico, dentre outros, ficando claro que a maioria dos trabalhadores da equipe de enfermagem da clínica médica do HC/UFU não tem domínio sobre o conceito de ergonomia e os riscos a que estão expostos diariamente. Medidas mitigadoras desse problema podem ser as capacitações e educação continuada

com o objetivo de prevenir e promover a saúde e a qualidade de vida desses trabalhadores.

A situação descrita pode ser melhor observada no ano de 2012 (Gráfico 2), no qual houveram 72 afastamentos e, destes, 59% apresentaram problemas osteomusculares e 41% problemas psíquico/emocionais. Já no ano de 2014 (Gráfico 4), houve 43 afastamentos e, destes, 40% apresentaram problemas osteomusculares e 60% problemas psíquico/emocionais. Números alarmantes e preocupantes, pois estes trabalhadores se afastaram do seu local de trabalho por 2176 dias, impactando no local de trabalho com sobrecarga para os demais trabalhadores, para a instituição. Esta é afetada por precisar garantir a qualidade da assistência e a qualidade de vida do trabalhador afastado, que muitas vezes não tem condições de retornar a sua antiga função, perdendo a sua identidade funcional com medo e incerteza quanto ao futuro.

Quanto ao mobiliário, às bancadas da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU, o ideal é que tivessem regulagem para ajuste da altura, o mesmo vale para as macas de transporte de clientes/pacientes, que poderiam também ser mais leves, o que facilitaria a movimentação por parte dos trabalhadores de enfermagem. Além disso, poderia haver um guindaste para deslocar os clientes com maior carga física, assim como plásticos que facilitam a movimentação e o deslocamento espacial (que já existem no mercado), mas que não são adquiridos devido a seu alto custo, especialmente para instituições públicas.

Ainda sobre o mobiliário, observamos que alguns equipamentos estão com defeito e sem perspectivas de reparo/conserto ou compra de novos, o que prejudica o atendimento aos clientes/pacientes. O cardioversor, que é um equipamento indispensável no atendimento de urgências e emergências, está inutilizado há quatro meses (2017), os monitores também estão em condições precárias e há poucas unidades; as cadeiras de acompanhantes, além de não ter número suficiente, também estão quebradas.

O armário do posto de medicação é considerado muito alto pelos profissionais e as bancadas onde são preparados os medicamentos não possuem regulagem de altura, dificultando a atividade laboral dos trabalhadores mais altos. Além disso, estão em um local aberto, de livre circulação de pessoal, contribuindo para um ambiente pouco afeito a esta função laboral.

Contudo, mesmo com o mobiliário e equipamentos necessitando de troca, reparo ou conserto, o armário alto e a bancada não ajustável, o atendimento da equipe de enfermagem é realizado prontamente nas 24 horas ininterruptas. Ou seja, o profissional supera os obstáculos e ignora, muitas vezes, os riscos aos quais está exposto, que são muitos, aqui falamos dos riscos ergonômicos, em detrimento de outrem.

E essa exposição aos riscos, que muitas vezes nem percebem, com frequência prolongada, predispõe os trabalhadores a sofrer algum tipo de dano/agravo, o que pode impactar no trabalho. Tal impacto pode ocorrer com a queda da produtividade, aumento dos afastamentos, absenteísmo e queda na qualidade de vida da maioria, que precisa trabalhar mais e por mais tempo, diminuindo seu tempo de lazer para desfrutar com a família e amigos.

Diante disso há o medo de perder o emprego, a precarização do trabalho e do trabalhador, a terceirização, a perda dos direitos trabalhistas que fazem com que o trabalhador trabalhe doente, o chamado *presenteísmo*, cada dia mais presente e comum nas instituições de saúde.

Uma maneira de reduzir ou mesmo minimizar os riscos ergonômicos e de acidentes é realizar uma análise ergonômica do trabalho. Esta também pode contribuir com a redução das doenças e diminuir o risco de acidentes que a grande maioria dos trabalhadores nem sequer tem noção a que estão expostos. Sem o conhecimento e capacitação adequada sobre esses riscos ergonômicos, a postura correta, o mobiliário adequado, as formas de se proteger emocionalmente diante dos enfrentamentos diários, torna mais difícil o controle e melhoria das condições de trabalho.

Portanto, investir em melhores condições de trabalho de acordo com os princípios ergonômicos e uma análise ergonômica do trabalho poderá aumentar o desempenho do trabalhador, a produtividade, o conforto, a segurança, a saúde e a qualidade de vida.

Acreditamos que a conscientização dos trabalhadores sobre os cuidados com a sua própria saúde é fundamental, e conhecer as normas, leis e portarias que fazem parte de sua formação acadêmico-profissional também são imprescindíveis. A educação em saúde, a participação de treinamentos e educação continuada sobre os meios de prevenção e promoção da saúde de si e da coletividade são ferramentas importantes na busca por melhores condições de trabalho e da saúde

dos trabalhadores. Assim é possível atingir o aumento da produtividade e redução do absenteísmo, que traz prejuízos tanto para os nossos clientes/pacientes quanto para a equipe de enfermagem.

É evidente a importância que o trabalho tem na vida do trabalhador em geral, porém quando esse mesmo trabalho pode causar ou aumentar determinado sofrimento, impedindo ou dificultando a convivência desse trabalhador ao lado de sua família e amigos, é um sinal de que mudanças são necessárias. A partir do questionário pudemos perceber que os trabalhadores da equipe de enfermagem da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU desejam mudar/melhorar o ambiente de trabalho quanto à jornada, justamente para ter mais tempo com a família e amigos.

O objeto de trabalho do profissional de saúde, especificamente dos trabalhadores de enfermagem é a vida do ser humano. Em suas mãos, literalmente, esta vida humana é uma grande responsabilidade, exigindo total atenção, dedicação, compromisso e comprometimento dos trabalhadores no desempenho de sua atividade laboral e de acordo com a ética profissional e os princípios técnico-científicos de sua profissão, com extremo cuidado, zelo e humanização. Entretanto, na maioria das vezes esses trabalhadores não recebem os mesmos cuidados com a sua saúde e segurança, trabalham em ambientes que são estressantes, com jornadas extensas e extenuantes, mal remunerados, sem valorização ou qualquer tipo de reconhecimento pelo serviço prestado. A falta de recursos materiais, equipamentos e mobiliários deficientes e insuficientes e que não estão adequados ergonomicamente (com exceção da cama elétrica), somam-se à falta de recursos humanos. Estes trabalhadores de enfermagem sempre estão no limite da tolerância e nem assim perdem o bom humor e a capacidade de superação dos desafios diários e constantes.

Que mais trabalhos na área da enfermagem e ergonomia sejam desenvolvidos, que as condições de trabalho sejam adequadas ao trabalhador, que as políticas públicas voltem o olhar para os hospitais e os trabalhadores que lá atuam diariamente e que precisam de socorro, não só para continuar, mas também para melhorar a prestação do serviço de qualidade e excelência a toda a comunidade.

Consideramos que os riscos ergonômicos existem e estão presentes na enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU, porém não são evidentes aos trabalhadores da equipe de enfermagem que lá trabalham. Desse modo, a

informação e a conscientização são ferramentas necessárias para a transformação e a mudança, assim como um estilo de vida saudável, com a prática regular de exercícios físicos e ferramentas de autocontrole do estresse.

Temos a convicção de que a redução das doenças osteomusculares e problemas psíquico/emocionais presentes em alguns trabalhadores da equipe de enfermagem da enfermaria de Clínica Médica do HC/UFU podem ser minimizados com a análise ergonômica do trabalho. Assim como com melhores condições de trabalho quanto à redução da jornada, com o dimensionamento ideal dos trabalhadores e das escalas de trabalho, com mobiliários e equipamentos novos e suficientes, com capacitações e treinamentos sobre ergonomia, postura ideal, maneiras de enfrentamento do estresse, ginástica laboral e lazer.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. R.; LIMA, G. S. Conhecendo os principais sintomas da doença osteomuscular (LER-DORT) que acometem profissionais de enfermagem de uma clínica do hospital regional de Cáceres Doutor Antônio Fontes, Mato Grosso, Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 5, edição especial, p. 2607-2631, 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução RDC Nº 50 de 21 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Revisão da RDC N º 50 de 2002**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/2782895/Minuta+de+revisao+RDC+50-2002/f1185ff8-1c13-4020-a59e-c5e9200e6575>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

AGUIAR, Z. N. Transformações no processo e organização do Trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, M. C. S. (Org). **Enfermagem e Trabalho: fundamentos para a atenção á saúde dos trabalhadores**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2012. p. 13-30.

ANTUNES, A. V. et al. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem HC/UFU**. Uberlândia, 2013. Texto Mimeo.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho? ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

BARRETO, M.; HELOANI, R. Assédio Laboral e as questões contemporâneas á saúde do trabalhador. In: NAVARRO, V. L; LOURENÇO, E A S (Org.). **O Averso do Trabalho III**. Saúde do trabalhador e questões contemporâneas. 1. ed. São Paulo: Outras expressões, 2013, p.107-123.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Decreto nº 7.186 de 27 de maio de 2010**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/Decreto/D7186.htm>. Acesso em: 30 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Brasília, DF, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, n. 5).

BRASIL. Ministério do trabalho e Emprego. **NR 17. Norma Regulamentadora-Ergonomia de 1990**. Disponível em: <[Http:// www.portal.mte.gov.br](http://www.portal.mte.gov.br)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BEZERRA, A. M. F. et al. Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v. 5, n. 2, p. 01-07, abr./jun., 2015. Disponível em: <<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3461/3259>>. Acesso em: 20 set. 2015.

BIANCO, R. P. R. Lesões por esforços repetitivos ou distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho. In: CARVALHO, G. M. (Org.). **Enfermagem do Trabalho**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, p. 173-184.

BCHECHE, I. C.; KILIMNIK, Z. M. A Relação entre os Fatores do Trabalho e a Frequência de Dor em Profissionais Administrativos/Gerenciais. In: ROSSI, A. M.; MEURS, J. A.; PERREWÉ, P. L. (Org.). **Stress e Qualidade de Vida no Trabalho**. Stress interpessoal e ocupacional. São Paulo: Atlas, 2015, p. 98-118.

CAMPOY, M. A. Estresse e Trabalho. In: RIBEIRO, M. C. S. (Org.). **Enfermagem e Trabalho: fundamentos para a atenção á saúde dos trabalhadores**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2012, p.151-165.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem do Trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Lei 7.498 de 25 de junho de 1986**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 20 set. 2015.

CORRÊA, W. M.; BOLETTI, R. R. **Ergonomia**: fundamentos e aplicações. Porto Alegre: Bookman, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO. Anexo-Legislação-Enfermagem. Informações importantes. Cuiabá. Extraído de: <<http://www.coren-mt.com.br/arquivos/Anexo-legislacao-enfermagem.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2016.

CHIAVEGATO FILHO, L. G. .; NAVARRO, V. L. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e avanço da ideologia gerencialista. In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. (Org.). **O Averso do Trabalho III**. Saúde do trabalhador e questões contemporâneas. 1. ed. São Paulo: Outras expressões, 2013. p. 91-106.

DUL, J.; WEERDMEEESTER, B. **Ergonomia prática**. Tradutor Itiro Lida. 3. ed. São Paulo: Blucher, 2012.

ESTEVES, A. **Doenças Ocupacionais**: agindo preventivamente. 1. ed. Santa Cruz do Rio Pardo: Viena, 2014.

FRIAS JUNIOR, C. A. S. **A saúde do trabalhador no Maranhão**: uma visão atual e proposta de atuação. 1999. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, 1999.

GOHN, M. G. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**. Campinas, v.16, n.47, p. 333-361, maio/ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v16n47/v16n47a05.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2016.

HOSPITAL de Clínicas da UFU comemora 45 anos. **Jornal Gazeta de Uberlândia**, Uberlândia, 25 ago. 2015. Disponível em: <<http://gazetadeuberlandia.com.br/hospital-de-clinicas-da-ufu-comemora-45-anos/>> Acesso em: 08 set. 2016.

LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador no Brasil: vinte anos de História. In: NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. (Org.). **Retratos do trabalho no Brasil**. Uberlândia: EDUFU, 2009, p.173-191.

LELIS, C. M. et al. Enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n.4, 2012, p. 477-482.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, 1991, p. 341-349.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, M. V. G. **Princípios Ergonômicos**. 1. ed. São Paulo: Érica, 2014.

OLIVEIRA, M. M. et al. Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 287-296, abr./jun. 2015.

PEREIRA, M. C. C.; NOGUEIRA, C. M. Reabilitação profissional do Instituto Nacional do seguro Social: gênese e desafios. In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. (Org.). **O avesso do trabalho III**: saúde do trabalhador e questões contemporâneas 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2013. p. 303-310.

PIGNATI, W. O Processo Saúde-Trabalho-Doença, os sindicatos e os desafios para a vigilância em saúde do trabalhador. In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. S. (Org.). **O Averso do Trabalho III**. Saúde do trabalhador e questões contemporâneas. 1. ed. São Paulo: Outras expressões, 2013, p.313-335.

PINHEIRO, T. M. M. et al. Saúde do trabalhador. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. Rev. aumentada. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 935- 964.

RIBEIRO, M. C. S. **Enfermagem e Trabalho**: fundamentos para a atenção á saúde dos trabalhadores. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2012.

ROCHA, G. C. **Trabalho, saúde e ergonomia: Relações entre aspectos legais e médicos**. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2012.

SALERNO, V. L. Doenças Relacionadas com o Trabalho. In: CARVALHO, G. M. (Org.). **Enfermagem do Trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, p. 161-171.

SILVA, A. P. **Ergonomia: interpretando a NR-17**. 2. ed. São Paulo: Ltr, 2016.

SILVA, I. A. et al. (Org.) **Cartilha para trabalhadores e trabalhadoras de supermercados**. Uberlândia: Art. Gráfica Aquarela, 2016.

SILVA, J. A. R. O. **Flexibilização da jornada de trabalho e a violação do direito à saúde do trabalhador: uma análise comparativa dos sistemas jurídicos brasileiros e espanhol**. São Paulo: LTr, 2013.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

WALDHELM NETO, N. **Segurança do Trabalho: Os primeiros passos**. 1. ed. Santa Cruz do Rio Pardo: Viena, 2014.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada RISCOS ERGONÔMICOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM FOCO, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Patrícia de Cássia Araújo Soares e Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar**.

Nesta pesquisa nós estamos buscando identificar os riscos ergonômicos no ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem que atuam na unidade de internação de clínica médica em relação às doenças ocupacionais.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Patrícia de Cássia Araújo Soares, na Unidade de Clínica Médica com os profissionais da equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e estudantes, residentes e docentes de enfermagem no próprio setor de trabalho do participante.

Na sua participação você será convidado (a) a preencher um questionário no seu ambiente de trabalho dentro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, contendo 26 questões com perguntas abertas, fechadas e de múltipla escolha e de fácil entendimento, que terá a duração aproximada de cinco a dez minutos, e em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar da pesquisa. O único risco para os profissionais de saúde envolve o vazamento de informações que por ventura não desejem que se tornem públicos. Entretanto, não se pretende trabalhar com dados que se espera, possam causar algum transtorno para o participante da pesquisa caso se torne público. Os benefícios serão diretos e indiretos, sobretudo para os profissionais de enfermagem, em conhecimento aos riscos que estão expostos, a mitigação posterior desses riscos e as repercussões na sua saúde e nos gastos financeiros da Instituição, constituindo um benefício para a sociedade e, inclusive, para os próprios profissionais envolvidos.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Patrícia de Cássia Araújo Soares, telefone (34) 3218-2119, ou Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar, telefone (34) 3239-4169. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética de Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura dos pesquisadores

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO A – Questionário (Riscos Ergonômicos no Trabalho de Enfermagem em Foco: Hospital de Clínicas/UFU-MG)

1.Idade: _____

2.Sexo: () Masculino () Feminino

3.Estado civil: Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Outro ()

4.Função: Enfermeiro () Técnico de enfermagem () Auxiliar de enfermagem () Residente de enfermagem () Estudante de enfermagem () Docente ()

5.Horas trabalhadas por semana: _____

6.Possui outro emprego? () sim () não

Se sim , qual: _____

7.Há quanto tempo atua na área da saúde? _____

8.Conhece a Norma NR 17? () Sim () Não

Se sim, houve aplicação dessa norma no seu ambiente de trabalho?

() Sim () Não

9.Têm conhecimento da postura ideal na sua atividade laboral?

Sim () Como? _____ Não () Por
quê? _____

10.O seu ambiente de trabalho é adequado ao desenvolvimento de suas atividades:

Sim () Não () Por quê? _____

11.O mobiliário do seu ambiente de trabalho é adequado? Sim () Não ()

Por quê? _____

12.Quanto ao gênero Homem/Mulher tem alguma atividade de enfermagem que dispende mais energia/força?

Sim() Qual: _____ Não ()

13.Durante a movimentação de paciente ou deslocamento espacial do (leito/cadeira/maca), quais as maiores dificuldades?

Técnica () Mobiliário () Espaço () Posicionamento do corpo () Carga física ()
Outros(descreva): _____

14.Possui algum problema de saúde?

Não () Sim ()

a) Qual? _____

b) E desde quando? _____

c) Qual a causa do problema: _____

15. Já sofreu algum acidente de trabalho?

Sim () Qual: _____ Não ()

16. Já apresentou?

Dor lombar () Fibromialgia () Dores na coluna () DORT () Cefaleia () Estresse () Depressão ()
Ansiedade () Transtorno do Pânico () Outro: _____

Nenhum ()

17. Se a resposta for sim a pergunta anterior, toma algum medicamento contínuo/controlado?

Não () Sim () Qual: _____

18. Já ficou de licença (atestado médico) por algum dos itens acima?

Não () Sim () Se sim, quais: _____

E por quanto tempo: _____

19. Considera o seu ambiente de trabalho um lugar?

Agradável () desagradável () péssimo () tranquilo () estressante () nenhum ()

20. Considera sua escala de trabalho adequada?

Sim () Não () Por quê? _____

21. O que gostaria de melhorar no seu ambiente de trabalho?

Mobiliário () Equipamentos () Jornada De Trabalho () Relações Interpessoais () Salário ()
Nada (Está ótimo) ()

22. Quais as suas atividades de lazer ?

23. E quanto as atividades culturais, quais as mais frequentes?

24. E nos momentos de folga/férias, quais as atividades mais frequentes?

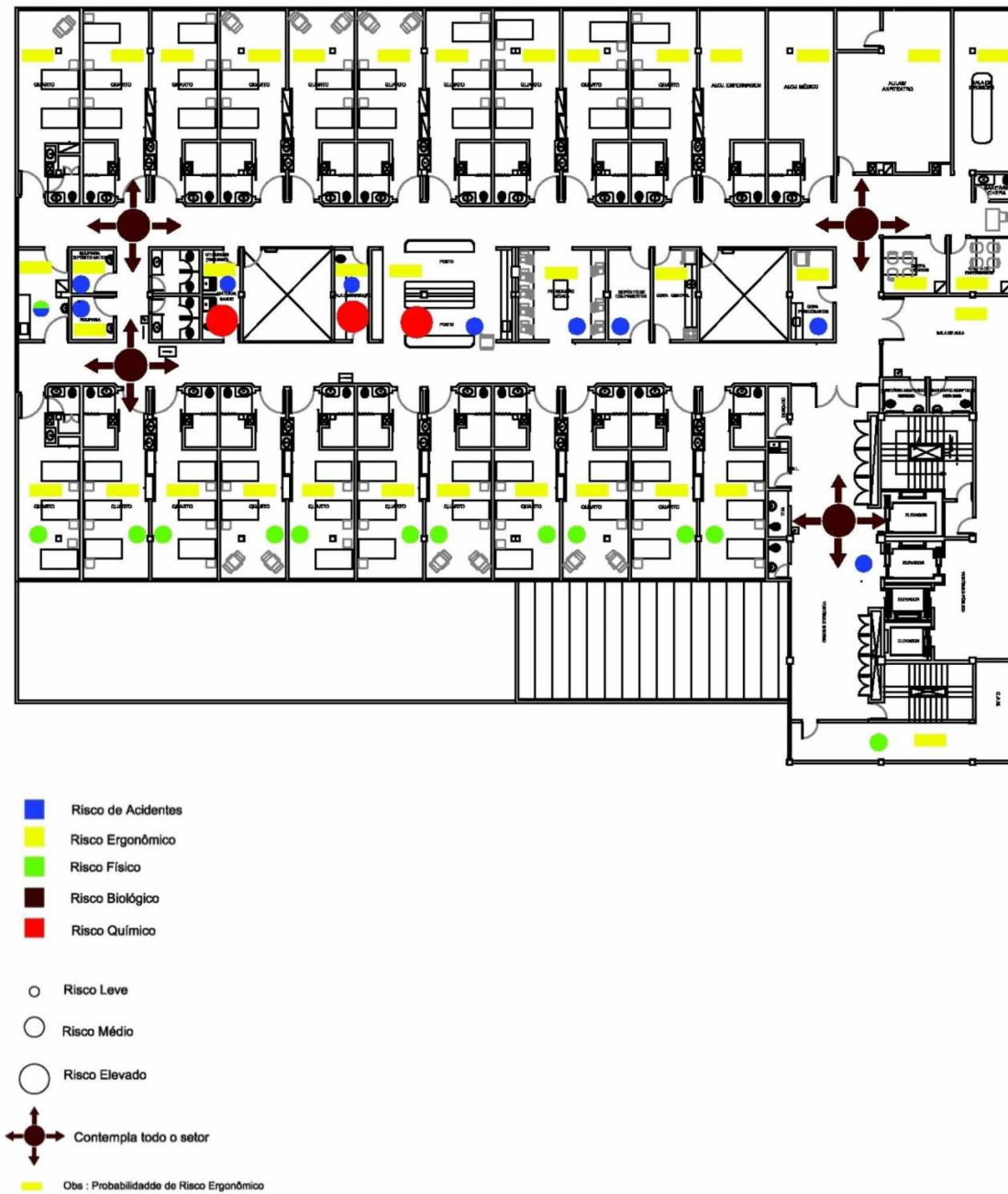
Viagem () Ficar em casa () Estudar () Atividade física () Outro(a) _____

25. Considera sua vida sexual?

Excelente () Ótimo () Bom () Regular () Ruim ()

26. Qual o tempo de preenchimento do questionário? _____

ANEXO B – Mapa de Risco da Enfermaria de Clínica Médica



Fonte: HCU, 2015.