

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

ANNA PAULA ALVES DA SILVA ALMEIDA

**FADIGA E A CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO EM UM HOSPITAL DE ENSINO DA REDE SUS**

UBERLÂNDIA

2018

ANNA PAULA ALVES DA SILVA ALMEIDA

**FADIGA E A CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO EM UM HOSPITAL DE ENSINO DA REDE SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia do Instituto de Geografia (PPGAT), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde Ambiental.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Cesar Mendes.

UBERLÂNDIA

2018

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

A447f
2018

Almeida, Anna Paula Alves da Silva, 1985-
Fadiga e a capacidade para o trabalho em profissionais de enfermagem [recurso eletrônico] : avaliação em um hospital de ensino da rede SUS / Anna Paula Alves da Silva Almeida. - 2018.

Orientador: Paulo Cezar Mendes.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Geografia.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.959>
Inclui bibliografia.
Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. 2. Saúde e trabalho. 3. Enfermeiros - Stress ocupacional. 4. Enfermeiros - Qualidade de vida. I. Mendes, Paulo Cezar (Orient.) II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Geografia. III. Título.

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva - CRB-6/1408

ANNA PAULA ALVES DA SILVA ALMEIDA

**FADIGA E A CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO EM UM HOSPITAL DE ENSINO DA REDE SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia do Instituto de Geografia (PPGAT), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre, examinado pela banca formada por:

Uberlândia, ____ de Maio de 2018.

Resultado: _____ .

Prof. Dr. Paulo Cezar Mendes, UFU/MG

Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Melo e Oliveira, UFU/MG

Prof^a. Dr^a. Lívia Moreira Cruz, IFTM/MG

"Venham a mim, todos os que estão cansados e sobrecarregados, e eu lhes darei descanso. Tomem sobre vocês a minha carga e aprendam de mim, pois sou manso e humilde de coração e vocês encontrarão descanso interior. Pois a minha carga é suave e leve."

Autor: Jesus Cristo
Bíblia Sagrada - Mateus 11.28-30

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Gostaria, por este fato, de expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

À **Deus** que mesmo diante das minhas falhas e imperfeições tem me abençoado todos os dias da minha vida. ‘Pois dele, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele seja a glória para sempre! Amém.’

Ao **Professor Dr. Paulo Cesar Mendes** pela cordialidade com que me recebeu e me orientou, exercendo competentemente, firmemente e humanamente o papel de orientador, em um movimento ímpar de profissionalismo e parceria, compreendendo minhas limitações, mas incentivando e acreditando em minha capacidade de luta e de superação.

À **Professora Dra. Maria Angélica Melo e Oliveira**, que acreditou no meu potencial quando nem eu mesmo acreditava, me incentivou a fazer a inscrição do mestrado e esteve presente me apoiando em todas as etapas. Seu incentivo, confiança e companheirismo foram fundamentais para que eu chegassem até aqui. A sua minha gratidão e admiração serão eternas, nunca esquecerei o que fez por mim.

À **Professora Dra. Lísia Moreira Cruz** cujos conhecimentos transmitidos e total disponibilidade, foram notáveis. A sua disponibilidade irrestrita, a sua forma exigente, crítica e criativa de arguir as ideias apresentadas, facilitaram o alcance dos objetivos propostos nesta tese.

A **Universidade Federal de Uberlândia** e ao **Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia do Instituto de Geografia**, pela oportunidade de me titular mestre, em especial aos docentes pelas trocas valiosas durante as disciplinas, orientações quanto à organização das ideias e participações, contribuindo para aperfeiçoamento do estudo.

Ao meu colega **Paulo César Oliveira Junior** pela constante parceria acadêmica; pelo companheirismo incondicional, mas, especialmente, pela preciosa amizade que floresceu e vingou durante essa jornada.

Ao colega **Edilson De Oliveira Azevedo** pela oportunidade de conviver e aprender com você. Sua força, determinação, inteligência, alegria de viver foram inspiradores. Você que nos deixou tão precocemente foi ser mestre lá no céu ao lado do mestre dos mestres.

À **Equipe de enfermagem da clínica médica**, participantes indispensáveis desta pesquisa.

Esta conquista pertence também às pessoas com quem compartilho minha vida e razão de tudo o que sou e faço.

À Minha mãe e meu pai – **Lucimar e Geraldino**, que desafiando todas as dificuldades fizeram-se disponíveis para me trazerem à vida e ensinaram-me a arte de vencer obstáculos com determinação, sabedoria, exemplos de dignidade, fé e esperança na proteção de Deus que tudo sabe, pode e permite.

À **Tiago**, meu marido amado e companheiro, que sempre me apoiou incondicionalmente nas horas de alegrias, angustias e conflitos, conduziu nossa vida em família com firmeza e dedicação durante minhas ausências, auxiliando fortemente a realização e conclusão dos estudos.

À minha filha **Anna Clara**, presente de Deus na minha vida, inspiração que me renova a cada dia, expressão genuína do que é o amor. Desculpa pelas ausências, mas tudo que faço é pensando em um futuro melhor para você.

A todos obrigada por permitirem que esta tese seja uma realidade.

RESUMO

O trabalho da enfermagem por sua natureza e características expõem seus trabalhadores a uma série de estressores físicos e mentais, que interfere no trabalho e leva, não raramente, ao desenvolvimento da fadiga. Essa situação de forma prolongada pode contribuir para o desenvolvimento de doenças e afastamentos que inevitavelmente impactam na capacidade do trabalho e qualidade de vida desses profissionais. Neste contexto, este estudo objetiva analisar a ocorrência da fadiga e sua influência na capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem da unidade de clínica médica de um hospital de ensino de grande porte da rede SUS de Uberlândia-MG. Para tanto, foi desenvolvida uma análise descritiva e transversal com abordagem quantitativa, com 60 profissionais de enfermagem desse setor. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados questionário de Informações sociodemográficas e ocupacionais, questionário de fadiga de Chalder e o questionário de índice de capacidade para o trabalho. A análise dos dados revelou que 61% dos profissionais estudados estão fadigados, estando a mesma mais presente em pessoas do sexo feminino; técnicos de enfermagem; faixa etária: 31 a 40 anos; regime de trabalho noturno e que não praticam atividades físicas. Esse quadro aponta para a necessidade imediata de melhoria das condições de trabalho no cotidiano laboral para evitar que venham a sofrer danos maiores e sob o risco de se tornarem incapazes para o exercício da profissão.

Palavras-chaves: Enfermagem; Trabalho; Saúde ocupacional; Capacidade; Fadiga; ICT.

ABSTRACT

Nursing work by its nature and characteristics exposes its workers to a range of physical and mental stressors, which interferes with work and leads, not infrequently, to the development of fatigue. This prolonged situation can contribute to the development of illnesses and withdrawals that inevitably impact on the work capacity and quality of life of these professionals. In this context, this study aims to analyze the occurrence of fatigue and its influence on the work capacity of the nursing team of the medical clinic unit of a large teaching hospital of the Uberlândia-MG SUS network. For that, a descriptive and transversal analysis with a quantitative approach was developed, with 60 nursing professionals in this sector. Data collection instruments were used as a sociodemographic and occupational information questionnaire, Chalder's fatigue questionnaire, and the work capacity index questionnaire. Data analysis revealed that 61% of the professionals studied were fatigued, being more present in females; nursing technicians; age range: 31 to 40 years; night work regime and do not practice physical activities. This situation points to the immediate need to improve working conditions in the daily work life in order to prevent them from suffering greater damages and at the risk of becoming incapable of exercising their profession.

Keywords: Nursing; Job; Occupational health; Capacity; Fatigue; ICT.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP-	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT-	Consolidação das Leis Trabalhistas
COFEN-	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-	Conselho Regional de Enfermagem
FAEPU-	Fundação de Amparo e Pesquisa
GDHS-	Gestão de Desenvolvimento e Recursos Humanos
HC-	Hospital de Clínicas
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS-	Ministério da Saúde
NRs-	Normas Regulamentadoras
OIT-	Organização Internacional do Trabalho
OMS-	Organização Mundial de Saúde
ONU-	Organização das Nações Unidas
RJU-	Regime Jurídico Único
SUS-	Sistema Único de Saúde
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Número de trabalhadores 44 segundo características sócio demográficas (N=57), 2017
- Tabela 2. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Número de trabalhadores 45 segundo hábitos de vida, 2017
- Tabela 3. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Número de trabalhadores 47 segundo características ocupacionais, 2017
- Tabela 4. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Distribuição dos trabalhadores 53 segundo a pontuação das dimensões do ICT, 2017
- Tabela 5. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Distribuição dos trabalhadores 56 segundo as doenças auto referidas, 2017
- Tabela 6. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Categorização das variáveis 58 idade e tempo de enfermagem, 2017
- Tabela 7. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Média do escore ICT por faixa 61 etária e por tempo de enfermagem, 2017

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Uberlândia-MG: Localização Geográfica, 2018 35
- Figura 2. Fachada e portaria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, 2018 36
- Figura 3. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Sala de espera e corredor da enfermaria, 2018 36
- Figura 4. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Box-plot para o escore ICT nos grupos sem e com fadiga, 2017. 60

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Distribuição dos trabalhadores 49
conforme a presença de Fadiga, 2017
- Gráfico 2. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Distribuição dos trabalhadores 51
segundo a classificação do ICT, 2017
- Gráfico 3. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Distribuição dos indivíduos 59
conforme a classificação ICT nos grupos com e sem fadiga, 2017

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	A saúde do trabalhador no campo da saúde	21
2.2	A saúde do trabalhador no âmbito da Enfermagem	24
2.3	A Fadiga e as implicações para o trabalho da enfermagem	27
2.4	A avaliação da capacidade para o trabalho	30
3	MATERIAIS E MÉTODO	33
3.1	Tipo de estudo	34
3.2	Localização e características do local de estudo	34
3.3	População do Estudo	37
3.4	Critérios de inclusão e exclusão	38
3.5	Instrumentos	38
3.6	Procedimentos éticos envolvendo seres humanos	40
3.7	Procedimentos para coleta de dados	40
3.8	Procedimentos para análise de dados	41
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
4.1	Caracterização da população de estudo	43
4.1.1	Características demográficas	43
4.1.2	Hábitos de vida	45
4.1.3	Dados ocupacionais	46
4.2	Índice de capacidade para o trabalho e fadiga	48
4.2.1	Classificação do Índice de capacidade para o trabalho	51
4.2.2	Doenças auto-referidas no questionário do ICT	56
4.3	Analise da correlação entre ICT, Fadiga e algumas variáveis	58
4.4	Conclusões	63
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	68
	ANEXOS	77
	APÊNDICE	86

APRESENTAÇÃO

Apresento este estudo e sua estrutura onde o foco foi pensado e escrito para os profissionais de enfermagem que atuam em um hospital de grande porte no setor de clínica médica. A proposta é relacionar a fadiga com a capacidade para o trabalho. O tema nos permite pensar sobre o adoecimento dos profissionais que lidam com esse processo de cuidar do outro.

Na minha trajetória acadêmica, tendo eu cursado Enfermagem, especializado em Enfermagem do Trabalho; e trabalhando há quase dez anos no Hospital de Clínicas de Uberlândia, pude observar que os colegas de trabalho, por muitas vezes, queixam-se do excesso de trabalho, da tensão que o trabalho causa e dos cansaços físicos e mentais.

No trabalho não só ouvi as queixas dos colegas, como passei a experimentar o cansaço tantas vezes referido frente aos problemas que estão presentes no cotidiano dessa profissão. Entre esses problemas, está o fato de lidar com pacientes em processo de doenças graves, o que acaba causando sofrimento emocional, mental e físico.

Esse conjunto de vivências tem possibilitado observar que o excesso de trabalho da equipe de enfermagem tem gerado adversidades, tais como: fadiga, absenteísmo, estresse, sinais de envelhecimento precoce, entre outras expressões de desgaste, sendo que quase sempre tais consequências são decorrentes do acúmulo de trabalho, de responsabilidades, longas jornadas de trabalho, enfim, do modo como a equipe de enfermagem vem sendo inserida ou mesmo insere-se no mundo do trabalho.

Ao iniciar este trabalho, foram muitas as indagações a respeito do tema e de como estabelecer o nexo causal da fadiga com a capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem do setor de Clínica Médica do HC/UFU. O caminho foi árduo, não foi fácil conciliar o tempo com o compromisso, comprometimento e atenção integral ao mestrado profissional.

Passar por esse desafio foi muito grandioso, pois estudar e entender esse tema, que é tão presente, não só no meu dia a dia, mais de inúmeros outros profissionais, favoreceram na intenção de buscar respostas para problemas possíveis de atuação e intervenção.

Assim, pretendo com esse estudo, ampliar o debate acerca da saúde do trabalhador e contribuir para que os serviços de saúde, gestores e trabalhadores refletam sobre o ambiente de trabalho, as condições de trabalho, os processos vivenciados e a assistência prestada.

1 INTRODUÇÃO

A flexibilização do trabalho, como consequência da reestruturação produtiva, se expressa pelo trabalho informal em que se observa maior número de trabalhadores terceirizados, temporários e subcontratados; a extinção dos direitos sociais e de benefícios conquistados historicamente vem demonstrando o declínio da força sindical (ANTUNES, 2005).

As atividades realizadas pelos trabalhadores de enfermagem são consideradas insalubres e de difícil execução, pois, geralmente são procedimentos de risco à saúde pelo manuseio de materiais químicos perigosos e biológicos infectantes, além dos riscos à saúde mental, pelo elevado nível de tensão a que estão expostos nos ambientes intra e extra hospitalares (ELIAS, NAVARRO, 2006). Muitas vezes, a jornada não se encerra ao final de um plantão, há outros vínculos empregatícios decorrentes de horários em turnos e baixos salários, o que nos leva a pensar em dupla e/ou tripla jornada de trabalho, intensificando, ainda mais, a exposição aos riscos de acidentes de trabalho, adoecimento e morte dos trabalhadores da enfermagem.

A análise das atribuições do enfermeiro, descritas pelo Ministério da Saúde (MS), evidencia um rol extenso de ações que consomem tempo, esforço e capacidade de articulação, o que coloca este profissional em constante tensão, além de desgaste físico e emocional, possivelmente contribuindo para o aparecimento de doenças, que poderiam ser evitáveis (BRASIL, 2011). Igualmente, sabe-se que esses trabalhadores realizam um elenco muito maior de atividades que aquelas simplesmente descritas em manuais oficiais, configurando diferenças entre o seu trabalho prescrito e aquele efetivamente realizado.

Metzner e Fischer (2001) referem que as cargas intensas de trabalho são geradoras de fadiga nos trabalhadores e o resultado, em longo prazo, na saúde e na capacidade para o trabalho, ainda não foram completamente esclarecidos na literatura. Esses mesmos autores, sugerem que os trabalhadores em situação de fadiga sejam avaliados periodicamente, quanto às suas condições de trabalho, de saúde e de capacidade.

Nessa direção, Mills e outros (2010) classificam a fadiga como a presença de um cansaço persistente e recorrente, que não é necessariamente causado com exclusividade por exercícios, não se eliminando imediatamente com o descanso físico, podendo ter como consequência a redução de níveis de atividades laboral, social e pessoal.

Os sintomas de fadiga são referidos por sonolência, lassidão, falta de disposição para o trabalho, dificuldade de pensar, diminuição da atenção, lentidão, amortecimento das percepções e diminuição da força de vontade. Esses sintomas têm como consequência a perda da produtividade em atividades físicas e mentais. (FIAMONCINE e FIAMONCINE, 2003).

Quanto melhor o estado de saúde, melhor é a capacidade para o trabalho, o que mostra a importância do monitoramento da saúde do trabalhador, para que se identifiquem alterações precocemente e se aplique as medidas corretivas individuais e coletivas. Esse monitoramento, também, torna possível a melhoria da organização e do ambiente psicossocial do trabalho, promovendo a saúde mental dos trabalhadores. (MARTINEZ LATORRE, 2006).

Costa (2009), em pesquisa sobre a capacidade para trabalho de enfermeiros, recomendou estratégias de intervenção para a melhoria na capacidade para o trabalho, promoção na saúde e bem-estar dos enfermeiros através de incentivos aos hábitos de vida saudáveis e vigilância periódica de saúde.

Segundo Hillesheim (2011), o investimento na melhoria e a manutenção da capacidade para o trabalho têm reflexo na qualidade de vida do trabalhador, previne a perda da capacidade para o trabalho, a aposentadoria precoce e o surgimento de doenças ocupacionais.

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU) possui uma relevância especial nesse contexto, por ser um hospital de grande porte e referência na região, emprega mais de mil profissionais de enfermagem. Observando a quantidade de profissionais e de afastamentos nos propusemos a analisar a relação entre esses adoecimentos com a fadiga, além de outros desdobramentos e expressões de desgaste, sendo que, quase sempre, tais consequências não são reconhecidas como decorrentes do acúmulo de trabalho, responsabilidades, longas jornadas, enfim, do modo como o enfermeiro vem sendo inserido ou mesmo insere-se no mundo do trabalho em saúde.

Considerando tal cenário, partimos da hipótese que o trabalho dos profissionais de enfermagem no setor de clínica médica do Hospital de Clínicas de Uberlândia produz fadiga com competência de interferir diretamente na capacidade de trabalho desses profissionais, tendo como causas principais a longa jornada de trabalho sem pausas; os longos trajetos percorridos na realização das atividades; a manipulação excessiva de pesos; a vivência em situações críticas e estressantes.

Neste contexto, esse estudo objetiva analisar as causas da fadiga e sua influência na capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem da unidade de clínica médica de um hospital de ensino de grande porte da rede SUS. Esse estudo almeja ainda: Adensar a reflexão teórica sobre saúde dos profissionais de enfermagem, fadiga e capacidade para o trabalho; identificar e caracterizar a ocorrência da fadiga na equipe de Enfermagem do setor de Clínica médica; Apontar as principais ações e atividades que desencadeiam ou potencializam a ocorrência de fadiga durante a atividade laboral na equipe de enfermagem; Verificar as correlações existentes entre os sinais de fadiga e a capacidade para o trabalho entre a equipe de enfermagem.

Dada essas questões, esse trabalho justifica-se pela necessidade de buscar respostas e aprofundar o entendimento para as causas da fadiga na equipe de enfermagem do ambiente hospitalar, pois se acredita que essas respostas podem contribuir para edificação de estratégias sólidas de enfrentamento dessa patologia.

Quando identificadas as possíveis soluções para minimizar seus efeitos, essas tendem a tornar o cotidiano da equipe de enfermagem mais produtivo, menos desgastante e, possivelmente, valorizá-los mais no que se refere aos aspectos humanos e profissionais.

Assim, esse estudo foi organizado em uma apresentação, na qual é exposta alguns apontamentos que, durante minha trajetória acadêmica e profissional, levaram a escolha do tema. Em seguida, temos essa introdução do trabalho, com a contextualização, objetivos, justificativa e junção dos principais temas que serão desenvolvidos e abordados nos capítulos subsequentes, na busca de fazer algumas inferências e reflexões importantes para a construção teórica da presente pesquisa.

No segundo capítulo, é apresentado o referencial teórico com os temas norteadores para o desenvolvimento deste trabalho, bem como os marcos teóricos e conceituais sobre saúde do trabalhador, enfermagem, fadiga e índice de capacidade para o trabalho.

No capítulo 3 são apresentados os campos em que o estudo está inscrito e também os caminhos metodológicos para sua realização, com destaque para sua natureza de análise, o cenário onde estudo foi realizado, a definição do método e instrumentos para a coleta e análise dos dados.

No capítulo 4, são apresentados os resultados e discussão dos dados agrupados por domínios ou unidades analíticas geradas a partir da aplicação dos

questionários com os profissionais de enfermagem do setor de clínica médica do Hospital de Clínicas de Uberlândia, na qual se procurou entender as causas da fadiga na equipe de enfermagem. No final desse capítulo foram exibidas as conclusões alcançadas por esse estudo. Logo após foram expostas as considerações, onde se procurou fazer uma avaliação pessoal do trabalho e perspectivas de futuras pesquisas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A prática de enfermagem tem evidenciado que a fadiga do trabalhador, decorrente das condições de trabalho, está associada à diminuição da capacidade para o trabalho. Os estudos sobre a fadiga são importantes nas instituições de saúde e podem produzir conhecimentos úteis ao diagnóstico, mensuração e tratamento desse fenômeno. As cargas intensas de trabalho são geradoras de fadiga nos trabalhadores e o resultado, em longo prazo, na saúde e na capacidade para o trabalho, ainda, não foram completamente esclarecidas na literatura.

Sendo assim, esse capítulo trata-se de uma revisão de literatura que busca aspectos para promover uma melhor compreensão do tema, auxiliando na análise dos resultados. Abordam elementos considerados fundamentais para entendimento sobre trabalho, enfermagem, fadiga e capacidade para o trabalho.

2.1 A saúde do trabalhador no campo da saúde

Trabalhar envolve a realização humana, a produção de riqueza e o desenvolvimento econômico, porém pode causar o desgaste do trabalhador e afetar o meio ambiente, inclusive o ocupacional. Os locais de trabalho são permeados por situações que envolvem riscos à saúde dos trabalhadores, podendo comprometer sua qualidade de vida ou causar enfermidades, incapacidades e morte.

O trabalho é apresentado pela sociedade contemporânea como uma atividade de alto valor que pode contribuir na busca de sentido para a existência humana, representando a possibilidade da concretização da escolha responsável que realiza a existência, ou seja, efetiva o caráter de algo único para cada existência humana. (MOREIRA, 2011).

Desta forma, o trabalho é a categoria central para o entendimento do mundo dos homens, pois, é por ele que o homem se faz homem, que a humanidade revela sua potencialidade de superar as limitações das determinações naturais, com vista ao alcance de um nível de sociabilidade cada vez maior. (SANTOS NETO, 2013).

O trabalho conforme a situação tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto poderá vulnerabilizá-la e gerar distúrbios que se expressarão individual ou coletivamente. Com o avanço do modelo de produção capitalista, o trabalho além de comprometer a saúde do trabalhador, assume também papel alienante, produtor de um modo de realizá-lo repetitivo e pormenorizado tendo o lucro e a produtividade como prioridade, em detrimento da saúde dos seus exerceentes. (OLIVEIRA, 2004).

A atividade laboral passa a ser um dos elementos que mais interferem nas condições e qualidade de vida do homem e na sua saúde, pois o trabalho é uma necessidade natural e um direito do indivíduo garantido pela constituição. Ainda que o trabalho tenha sido estabelecido com o surgimento da humanidade, a relação entre trabalho e doença foi praticamente ignorada até algumas dezenas de anos atrás (CARVALHO, 2014).

A Saúde do Trabalhador é caracterizada como campo de práticas e conhecimentos que buscam conhecer e intervir nas relações de trabalho e saúde-doença. Ela ainda pode ser entendida enquanto prática teórica interdisciplinar (geração de conhecimento) e prática político-ideológica (superação das relações de poder e conscientização dos trabalhadores), desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. (LACAZ, 2009; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Nesse sentido, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens e mulheres nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. (BRASIL, 2001).

Para Carvalho (2014), a causa da maioria das doenças, ocupacionais ou profissionais, se deve às condições insegura e insalubre 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.

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 é uma questão estrutural, o que preocupa a todos. Existem necessidades básicas como beber, comer, urinar e evacuar, além de haver as pausas para o descanso; estas são necessidades fisiológicas que se manifestam durante a jornada de trabalho. O não atendimento dessas necessidades é considerado um ataque contra a dignidade.

Sabemos que o processo saúde-doença não é determinado apenas no âmbito da produção, é indiscutível processos de trabalhos específicos, isto é, inerente a cada profissão, que podem também gerar riscos à saúde. No que se refere aos trabalhadores da área da saúde, com enfoque nos trabalhadores de enfermagem, suas atividades possuem características que determinam vulnerabilidades a esta categoria profissional, necessitando de pesquisas concernentes à saúde destes trabalhadores (ROBAZZI e MARZIALE, 2004).

O trabalho em saúde é essencial para a vida humana, tratando-se de um fazer coletivo, pois é realizado por diversos profissionais de distintas categorias ocupacionais que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção do processo civilizatório. Envolve características próprias de trabalho assalariado. Compõe a esfera da produção não material, ou seja, completa-se no ato de sua realização e seu resultado não é um produto material, mas um “efeito útil temporário”, na verdade, um resultado que é indissociável do processo que o produz, sendo consumido na própria realização da atividade. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Particularmente na área da saúde, segundo Chiavenato (2008), 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.

Considerando-se que em seu trabalho alguns profissionais, em específico os da saúde, lidam constantemente com a fragilidade humana, a dor, a morte, o horror, as demandas e as pressões por assertividade, a rapidez e o risco inerente ao trabalho em saúde, eles experimentam em seu cotidiano vivências de sofrimento.

Os desgastes mentais, que são gerados no ambiente hospitalar, possui um papel importante nos acidentes de trabalho, uma vez que, estão envolvidos por fatores cognitivos e afetivos. De forma geral, a sobrecarga mental afeta a atenção, a memória, o raciocínio e a tomada de decisão numa situação limite.

2.2 A saúde do trabalhador no âmbito da Enfermagem

Historicamente a enfermagem é uma área de conhecimento em crescente desenvolvimento nacional e internacional, em virtude da sua abrangência e interdisciplinaridade dos seus estudos históricos. (FILHO, 2016).

Ao pensarmos na trajetória histórica, tem-se como referência mais antiga a organização proposta por Florence Nightingale, em 1854, em sua atuação na Guerra da Criméia e nos vários feitos atribuídos a ela, o que a levou a ser considerada precursora da enfermagem moderna. (BARROS, 2015).

A relação da profissão de enfermagem com a sociedade traz em si conceitos estabelecidos durante a trajetória histórica da enfermagem, a qual foi influenciada pelas características das pessoas que, durante séculos, exercem ou exerceram a atividade vinculada com o cuidado. (FILHO, 2016).

Quanto ao exercício profissional das atividades de enfermagem são observados e regulamentados pela Lei n. 7498 de 25 de junho de 1986, e a equipe de enfermagem, respeitando os graus de habilitação têm: o enfermeiro; o técnico de enfermagem; o auxiliar de enfermagem e parteiro. É relevante destacar que cada um da equipe apresenta habilidades, atuação e competências privativas de sua atividade. (COREN/MG, 2015).

O processo de trabalho do enfermeiro abrange cinco atividades essenciais: assistencial, gerencial, educativa, associativa e de pesquisa (CHRISTÓFARO, 1999). Outro estudo confirma o posicionamento de Christófaro, reconhecendo que a enfermagem se desenvolve a partir de saberes e práticas próprias, cuja finalidade é transformar o processo saúde doença da coletividade por meios de processos de trabalho que podem ser assistenciais, administrativos ou de gerenciamento, ensino e investigação. Pode ser interpretada como uma unidade de práticas produtiva, social e científica (FONSECA; GUEDES; ANDRADE, 2011).

Estudo revelou que os sistemas institucionais em que os enfermeiros realizam seu trabalho estão impregnados pelo modelo biomédico, que conduziu a uma sobrecarga de trabalho acompanhada pela perda da sua autonomia profissional (TRONCOSO; SUAZO, 2007). O trabalho da Enfermagem vem marcado por uma série de características capazes de desenvolver sinais de fadiga no trabalho, os quais ao se acumularem, podem estar comprometendo a qualidade do trabalho

desenvolvido e a saúde de seus exercentes. Este aspecto em especial constitui-se uma questão a ser mais bem investigada.

Sabe-se da existência do processo de tensão que esses trabalhadores vêm experienciando face às constantes investidas contrárias ao pleno exercício da profissão nas últimas décadas, exemplificando-se com o projeto de Lei das 30 Horas Semanais para a Enfermagem (BRASIL, 2014), ainda em tramitação; a discrepância salarial praticada em relação aos salários de outros profissionais e enfermeiros; a multiplicidade de jornada de trabalho da equipe de enfermagem incluindo-se a acumulação de jornada laboral profissional e doméstica, entre outras situações.

Entre as funções técnico-administrativas do enfermeiro está: gerenciar os serviços, avaliar as atividades de enfermagem, delegar e distribuir tarefas para os funcionários, supervisionar a equipe de enfermagem e as atividades realizadas, é responsável pela previsão e provisão de material e equipamentos necessários às ações de enfermagem, auxilia na conservação de aparelhos e equipamentos e, quando necessário, solicita concertos, elabora e atualiza procedimentos, rotinas e normas de enfermagem, revisa periodicamente o registro de dados e os sistemas de comunicação e analisa e avalia a assistência prestada, dentre outras responsabilidades (PERES, 2000).

A escassez de trabalhadores de enfermagem nas instituições implica na intensificação do ritmo de trabalho e, portanto, ao desgaste. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a relação de dois enfermeiros/1000 habitantes, mas apesar do grande contingente de profissionais de enfermagem no país, que segundo dados do COFEN somam cerca de 1,8 milhões, é um número ainda difícil de ser atingido devido às diferenças e concentrações regionais (FELLI, 2012).

Sendo a enfermagem uma profissão que luta pelo cuidado e a valorização da vida do outro, é fundamental que se disponha à equipe as melhores condições materiais, técnicas e, acima de tudo, seja engajado a promoção da saúde da equipe. Uma vez que o trabalho sempre é cercado por sentimentos díspares influenciados por condições ambientais, sociais e o mais importante nas relações estabelecidas entre os membros da equipe. (NEFFA, 2015).

A missão dos profissionais de enfermagem é cuidar da pessoa, da família e da comunidade de uma forma integral, considerando as dimensões físicas, psicossocial e espiritual. O ato de cuidar é uma habilidade que exige dedicação,

sensibilidade, conhecimento científico, com domínio de conceitos, técnicas e rotinas de trabalho (OLIVEIRA, 2016).

Os profissionais de enfermagem sentem a necessidade de um acompanhamento e preparação no que diz respeito a sua rotina diária de estresse e pressão por parte tanto da direção, coordenação dos hospitais ou órgãos da saúde, quanto do próprio paciente. Além disso, é necessário um pregaro emocional do profissional que irá, consequentemente, se expor e se colocar como ferramenta de trabalho. Outro aspecto fundamental nesse processo é a disponibilidade do enfermeiro para entender e lidar com a “pessoa inteira”, uma vez que, para isso, ele se coloca diante da sua própria existência. (ESPERIDIÃO, 2001).

Entretanto, observa-se que as ações dos governos e das instituições se voltaram mais para o lado dos usuários, ou seja, todo o cuidado com o espaço da promoção da saúde, seus recursos humanos e tecnológicos giraram em torno da clientela externa, onde o foco da atenção sempre foi voltado para o cuidado do outro, o ser doente, mas nunca o cuidado ao cuidador, ficando o profissional de saúde em segundo plano. (PIRES, 2005; TEIXEIRA, 2005).

Pesquisas sobre o adoecimento de profissionais dentro do ambiente de trabalho tem sido de suma importância para o conhecimento da situação e a procura de caminhos para aliviar esse problema, sendo ele, um dos mais importantes resultantes do desgaste emocional, do descontrole em situações de alta demanda de trabalho, na sensação de cansaço, fadiga e das alterações na saúde física e mental. (CALDERERO, 2008).

Uma análise das funções deste, profissional em tal modelo de organização do trabalho, permite constatar que o seu cotidiano é gerador de demasiada carga de trabalho e possivelmente é produtor de efeitos de fadiga. Esses efeitos podem ser possíveis de determinar quando e em que circunstâncias tais trabalhos tornam-se prejudicial à saúde de seus exercentes. (BORGES et al., 2011).

O trabalho realizado de modo excessivo pode levar à consequente fadiga, nos distintos cenários da prática de enfermagem. O aparecimento de fadiga mental na Enfermagem acontece pelo acúmulo de tarefas, ocasionando sobrecargas psíquicas, o que leva aos estados de tensão e desprazer. (MARZIALE; ROZESTRATEN, 1995).

Todos esses aspectos sinalizam, com o passar dos anos de trabalho, na direção de um inevitável estado de esgotamento, de cansaço físico e mental que pode estar

comprometendo ou influenciando a saúde desses trabalhadores, os esforços estratégicos de mudança no campo da saúde, o pleno desenvolvimento do trabalho da Enfermagem, entre outras dificuldades.

2.3 A Fadiga e as implicações para o trabalho da enfermagem

A fadiga apresenta diferentes definições, dependendo do contexto em que aparece. De uma forma geral pode ser definida como uma sensação subjetiva de cansaço, fraqueza ou perda de energia. Seu conceito pode ser aprimorado mediante a consideração de três referentes empíricos: verbalização de cansaço, canseira e/ou exaustão; diminuição da capacidade de realizar tarefas habituais; e falta de alívio para essas manifestações com a aplicação de estratégias usuais de recuperação de energia. (MOTA et al., 2005).

O conceito de fadiga encontra-se presente em muitas disciplinas acadêmicas. Nas áreas relacionadas à saúde são encontrado na medicina, educação física, psicologia, enfermagem, farmacologia, nutrição, odontologia, ergonomia e genética, estando também presente em áreas não relacionadas à saúde, como engenharia.

A ocorrência de fadiga é resultante das exigências na organização do trabalho, pelos tipos de atividade e de esforço (físico, cognitivo, psicoafetivo). É previsível que o cansaço seja maior quando o trabalho requer uma concentração de atenção por períodos prolongados, ou quando raciocínios ou decisões precisem ser assumidos rápidos e continuamente. Quando a função desempenhada é complexa e exige simultaneidade de focos de atenção e de atuação prática a fadiga mental torna-se perceptível em menor espaço de tempo.

À primeira vista, a presença de fadiga em uma população trabalhadora pode ser esperada, no entanto, quando esse fenômeno atinge níveis agudos e crônicos, problemas como mau desempenho, diminuição da qualidade dos serviços e evasão de pessoal podem ocorrer. Para os trabalhadores, sentimentos de incompetência profissional, acidentes e efeitos da fadiga na vida social e privada são ocorrências sérias. Um aumento do risco de depressão, assim como de infecções e doenças cardiovasculares tem sido associado à fadiga. Os efeitos podem ser tão sérios que os trabalhadores podem experimentar a incapacidade em longo prazo e absenteísmo no trabalho (GLOZIER, 2002).

Na área da enfermagem, a fadiga é descrita como uma sensação opressiva, sustentada por exaustão e capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual, segundo o conceito aceito como um diagnóstico pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I), desde 1988, como parte integrante da Taxonomia I, tendo como base padrões de respostas humanas. Foi revisado e mantido em 1998 e consta como item da Taxonomia II. (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2008).

Também para a Enfermagem, conforme consta na *Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem – CIPE® Versão 2.0 de 2011*, a fadiga aparece no eixo Foco, ou seja, na condição de uma área de atenção que é relevante e sensível às intervenções de enfermagem, sendo definida da seguinte maneira: “Emoção negativa: Sentimento de diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço mental ou físico, indiferença para menor capacidade de trabalho físico ou mental”. (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2011).

Há tipos de fadiga que podem ser evidenciados, particularmente no âmbito do trabalho: visual, gerada pela sobrecarga no sistema visual; geral, produzida pela sobrecarga física de todo o organismo; mental, induzida pelo trabalho mental ou intelectual; nervosa, causada pela sobrecarga de uma parte do sistema psicomotor, como exemplo o trabalho de precisão, geralmente repetitivo; crônica, devido ao acúmulo de efeitos de longo prazo; circadiana, gerada pelo ritmo biológico do ciclo dia e noite, que se instala periodicamente e que conduz ao sono (GRANDJEAN; KROEMER, 2005).

Há uma síndrome que foi estudada, a princípio, em enfermeiras de um hospital da Inglaterra no início da década de 1960, denominada Síndrome da Fadiga Crônica (SFC). Essas enfermeiras manifestavam um cansaço imenso e inexplicável, com falta de forças para cumprir suas tarefas, inclusive subir escadas. A situação deu origem ao primeiro relato científico sobre a fadiga crônica, que atinge adultos com idade entre 20 e 55 anos e vitima mais mulheres que homens. Precisa ser diferenciada a queixa de fadiga como sintoma, presente em 21 a 38% de pessoas de origem ocidental, da fadiga crônica, que acomete em torno de 0,5% da população geral, como estima a Associação Americana da Síndrome da Fadiga Crônica. (PINHEIRO, 2013).

Um dos sintomas principais de SFC é exatamente um cansaço sem fim; seus portadores apresentam uma redução progressiva da resistência para as atividades

físicas e mentais; passam a manifestar lentidão tanto para o trabalho como para os momentos de recreação. Como este problema é ainda pouco conhecido, a vítima ganha o estigma de preguiçoso, negligente ou “marcha lenta”. (PINHEIRO, 2013).

Outro tipo de fadiga identificada é a denominada fadiga por compaixão (*compassion fatigue*), distúrbio caracterizado por humor deprimido em relação ao trabalho, acompanhado por sentimentos de cansaço, desilusão e inutilidade. A fadiga de compaixão é descrita como a carga emocional que os prestadores de cuidados de saúde podem sofrer como resultado da exposição excessiva a um evento traumático que tenha acontecido dentro de suas práticas profissionais. (SCHWAM, 1998).

Tarefas com excesso de carga mental provocam redução da precisão da discriminação dos sinais, retardando as respostas sensoriais e aumentando a irregularidade das respostas. No caso de tarefas complexas, a fadiga também leva à desorganização das estratégias, encontrando maior dificuldade para combinar os elementos, incluindo omissões das tarefas de baixa frequência e alterações na memória de curta duração. (IIDA, 2005).

As dimensões da fadiga são classificadas em física, cognitiva e afetiva. A dimensão física é expressa por uma sensação de diminuição de energia, necessidade de descanso, interferindo na realização das atividades diárias. É relacionada à resposta muscular e, nesta perspectiva, representa a incapacidade de manter o rendimento físico, ocasionando sensação de fraqueza, mesmo em situação de repouso muscular. A dimensão cognitiva é expressa como diminuição da atenção, concentração e memória, prejudicando a realização de atividades como leitura e direção de automóvel. E a dimensão afetiva é expressa como diminuição da motivação ou interesse, limitando especialmente a realização de atividades que proporcionam prazer. (SERVAES et al., 2002; RYAN et al., 2007; RADBRUCH L et al., 2008).

Para fins dessa pesquisa foi considerado o conceito realizado por Mota, Cruz e Pimenta (2005), que validaram a escala de fadiga no Brasil resgatando a seguinte definição:

Fadiga é a sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar o trabalho físico e mental no nível habitual; sintoma subjetivo, desagradável que incorpora toda sensação do corpo que varia de cansaço a exaustão, criando uma condição geral de falta de alívio, que interfere na capacidade do indivíduo realizar suas habilidades normais; experiência aguda ou crônica caracterizada pelo desempenho não efetivo das tarefas, inadequação auto-percebida, aversão às atividades, cansaço ou sensação de fraqueza, desconforto.

A Escala de Fadiga de Chalder, validada por Cho et al. (2007), considerou importante avaliar as dimensões física, cognitiva, comportamental e funcional. Por esse motivo elegeu-se sua escala para este estudo, identificando a capacidade para o trabalho associada à fadiga dos trabalhadores de enfermagem em nossa realidade de trabalho.

O impedimento do repouso e da recuperação do cansaço, o aumento dos medos, da fadiga acumulada e das perturbações do sono converge para criar ansiedade e irritabilidade, criando um mal-estar que pode levar a depressão e outros transtornos psíquicos. O investimento tanto em melhorias no estilo de vida do trabalhador, como no ambiente de trabalho são condutas imprescindíveis na redução dos níveis de fadiga e na manutenção, melhora e recuperação da capacidade para o trabalho.

2.4 A avaliação da capacidade para o trabalho

As exigências do trabalho podem gerar respostas fisiológicas crônicas e agudas, reações psicológicas e mudanças comportamentais, com possibilidade de diminuição da capacidade funcional e da capacidade para o trabalho. Estes fatores favorecem o aparecimento de doenças relacionadas ao trabalho.

Preocupados com a capacidade de trabalho, como promotora da qualidade de vida no trabalho, foi realizado na Finlândia, entre 1981 e 1992, um estudo que desenvolveu um índice para mensurar a capacidade para o trabalho, com a finalidade de se saber: “Quão bem está ou estará um (a) trabalhador (a) presentemente ou num futuro próximo, e quão capaz ele ou ela podem executar seu trabalho, em função das exigências, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais.” (FISCHER, 2005, p. 9). Com esse índice é possível diagnosticar e propor a implantação de programas de manutenção da capacidade para o trabalho

nas empresas, o que depende principalmente de vontade política e de ações integradas de saúde do trabalhador. (TUOMI et al., 2005).

O índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) é um instrumento que retrata a avaliação do próprio trabalhador sobre sua capacidade e, associado a exames clínicos, tem prognosticado de forma confiável, mudanças na capacidade para o trabalho em diferentes grupos ocupacionais. (TUOMI et al., 2005).

O ICT pode ser usado para auxiliar, promover e manter a capacidade de trabalho, bem como, acompanhar trabalhadores que precisam lidar com deficiência ou doença no trabalho. Ele também pode ser usado no aconselhamento para a reabilitação e tratamento dos mesmos (TUOMI et al., 2005).

Quanto melhor o estado de saúde, melhor é a capacidade para o trabalho, o que mostra a importância do monitoramento da saúde do trabalhador, para que se identifiquem alterações precocemente e se aplique as medidas corretivas individuais e coletivas. Esse monitoramento, também, torna possível a melhoria da organização e do ambiente psicosocial do trabalho, promovendo a saúde mental dos trabalhadores (MARTINEZ; LATORRE, 2006). A versão brasileira do ICT foi validada e considerada satisfatória sendo confiável para a avaliação da capacidade para o trabalho. (MARTINEZ; LATORRE, FISCHER, 2009).

Por outro lado, a satisfação no trabalho aumenta a capacidade e leva o trabalhador a encontrar enfrentamento positivo diante da vida. Como fator relevante para que se atinja qualidade de vida no trabalho, faz-se necessário eliminar influências negativas como, o estresse ocupacional, o número insuficiente de funcionários, bem como, a desvalorização desses profissionais. (GUERREIRO e MONTEIRO, 2008).

Martins (2002), estudando a capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem, verificou relação entre o ICT e qualidade de vida, assim quanto mais alto o escore de ICT, mais alto foi o escore de qualidade de vida.

Costa (2009), em pesquisa sobre a capacidade para trabalho de enfermeiros, recomendou estratégias de intervenção para a melhoria na capacidade para o trabalho, promoção na saúde e bem-estar dos enfermeiros através de incentivos aos hábitos de vida saudáveis e vigilância periódica de saúde.

Segundo Hillesheim (2011), o investimento na melhoria e a manutenção da capacidade para o trabalho tem reflexo na qualidade de vida do trabalhador, previne

a perda da capacidade para o trabalho, a aposentadoria precoce e o surgimento de doenças ocupacionais.

Com o auxílio do ICT é possível identificar trabalhadores e ambientes de trabalho que necessitam de medidas de apoio. Vale ressaltar que, a capacidade para o trabalho pode ser mantida ou mesmo restaurada se medidas de promoção e prevenção forem realizadas no que tange à saúde ocupacional dos trabalhadores.

3 MATERIAIS E MÉTODO

A escolha da metodologia se deu 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 físicos e mentais. Assim, visa-se contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores da equipe de enfermagem como um todo.

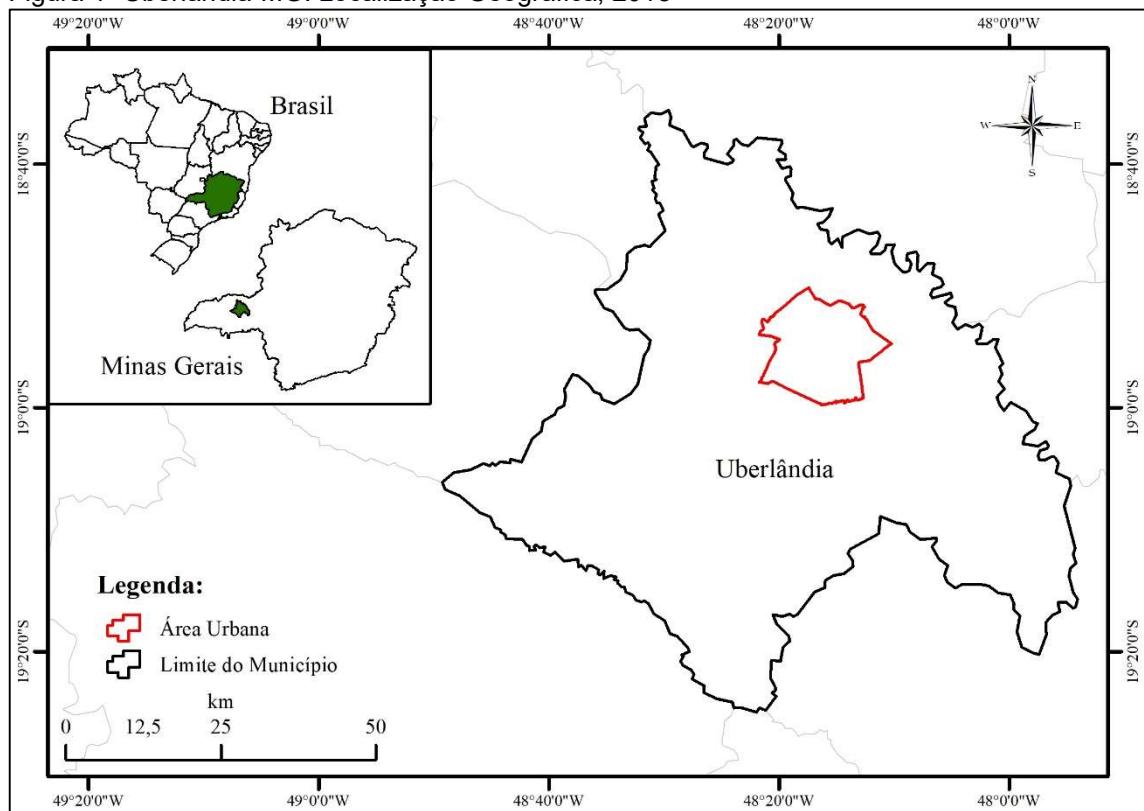
3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa. O uso de técnicas quantitativas, tanto para a coleta quanto para análise de dados permite, quando combinadas, estabelecer conclusões mais significativas a partir dos dados coletados, o que possibilita um melhor planejamento estratégico para adoção de condutas e formas de atuação em diferentes contextos. (FREITAS e MOSCAROLA, 2002).

3.2 Localização e características do local de estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Uberlândia, situado no extremo oeste do estado de Minas Gerais (Figura 1), na mesorregião do Triângulo Mineiro. O município é atualmente o segundo município mais populoso de Minas Gerais (669.672 habitantes), segundo dados do Departamento de Informática do SUS. (estimativa de população residente no ano de 2016 para cálculo do Fundo de Participação dos Municípios).

Figura 1- Uberlândia-MG: Localização Geográfica, 2018



Elaborado por: Pinese Jr, J.F., 2018

O cenário escolhido foi o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia- HCU/UFU (Figura 2), os atendimentos são: de média e alta complexidade, referência para uma população de mais de dois milhões de habitantes. Oferece atendimentos de urgência e emergência, ambulatorial, cirúrgico e internação. Possui 520 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. 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), é referência para 86 municípios da macro e micro regiões do Triângulo Norte. Construído como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia, foi inaugurado em 26 de agosto de 1970, iniciou suas atividades em outubro do mesmo ano, com apenas 27 leitos.

Figura 2- Fachada e portaria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, 2018



Fonte: Almeida, A P A S., 2018.

Destinado a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), a instituição integra a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e oferece ensino e pesquisa para os cursos de Medicina, Biomedicina, Ciências Biológicas, Enfermagem, Odontologia, Psicologia, Fisioterapia e Nutrição. Também são ofertados cursos técnicos de auxiliar de enfermagem, prótese dentária, saúde bucal, entre outros. Além disso, a UFU oferece mais de 300 vagas de residência médica.

O estudo foi desenvolvido no setor de Clínica Médica (Figura 3), que possui atualmente 52 leitos, para internação de pacientes provenientes das unidades de Pronto Socorro, Ambulatório, Unidade de Terapia intensiva e pela regulação de leito.

Figura 3 - HC/UFU – Setor Clínica Médica: Sala de espera e corredor da enfermaria, 2018



Fonte: Almeida, A P A S., 2018.

Sendo a maioria desses pacientes idosos e portadores de doenças crônico-degenerativas. A distribuição desses leitos ocorre entre as seguintes especialidades: Cardiologia, Medicina Interna, Dermatologia, Reumatologia, Geriatria, Pneumologia, Neuroclínica, Endocrinologia, Gastroenterologia e Nefrologia.

3.3 População do Estudo

A população estudada é composta pela equipe enfermagem da unidade de Clínica Médica, que totalizam 60 trabalhadores, sendo 8 enfermeiros e 36 técnicos e 16 auxiliares de Enfermagem.

A carga horária semanal dos trabalhadores de enfermagem do HC/UFU é de 36 horas, sendo que os trabalhadores estão divididos em quatro turnos: diurnos (manhã ou tarde) escala de 6 horas, diurno de 12 horas e noturno de 12 horas, em escala 12x36, ou seja, 12 horas de trabalho e 36 horas de descanso.

É importante destacar que cada um da equipe apresenta habilidades, atuação e competências privativas de sua atividade:

Art. 8 - Ao enfermeiro incumbe e sendo privativo: a direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; cuidados diretos de Enfermagem a

pacientes graves com risco de vida;

Art. 10 - O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe: assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;

Art. 11 - O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe: preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem;

Art. 12 - Ao Parteiro incumbe: prestar cuidados à gestante e à parturiente; assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Parágrafo único - As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Art. 13 - As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro. (COREN/MG, 2015).

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão no estudo, assim foram incluídos os profissionais da equipe de enfermagem da Clínica Médica do HCU do gênero masculino e feminino, que trabalham nos turnos diurno e noturno, que estavam em atividade no momento da coleta de dados e se dispuseram a participar da pesquisa. Por outro lado, foram excluídos os profissionais de enfermagem que não se enquadram nos critérios de inclusão e os que não concordaram com a pesquisa e não assinaram o Termo de Compromisso Livro e Esclarecido (Anexo A) ou que estavam em gozo de licença de qualquer natureza, férias ou afastados por adoecimentos/acidentes.

3.5 Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados: O primeiro instrumento foi um formulário elaborado pelo próprio pesquisador (Apêndice A), para a coleta de dados sócios demográficos e profissionais, que permitiu caracterizar a população do estudo.

O segundo instrumento utilizado foi o questionário finlandês (TUOMI et al., 1997) que avalia o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), na versão brasileira publicada pela EdUFSCar em 2005 (TUOMI et al., 2005) (Anexo B). A validade e confiabilidade da versão brasileira foram verificadas por Martinez, Latorre e Fischer (2009) onde foram encontradas propriedades psicométricas satisfatórias, quanto à validade de construto, de critério e confiabilidade. O questionário ICT apresenta dez questões ponderadas em sete itens com escore numérico:

1. Capacidade para o trabalho atual e comparada com a melhor capacidade da vida - escore de 0 a 10 pontos.
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho, fornecidas por duas questões, com número de pontos ponderados de natureza do trabalho - escore de 2 a 10 pontos.
3. Número de doenças auto-referidas e diagnosticadas por médico com uma questão contendo lista de 51 doenças, sendo contadas apenas doenças diagnosticadas por médico - escore de 1 (5 ou + doenças) a 7 pontos (nenhuma doença).
4. Perda estimada para o trabalho devido a doenças, com uma questão – escore de 1 a 6 pontos marcados no questionário.
5. Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses, com uma questão - escore variando de 1 a 5 pontos.
6. Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos, com uma questão - 1, 4 ou 7 pontos.
7. Recursos mentais, obtidos por três questões ponderadas e que, somados, apresentam escore de 1 a 4 pontos.

O ICT é calculado pela soma dos pontos ponderados obtidos para cada um dos sete itens. Os resultados variam em escore de 7 a 49 pontos e são classificados em quatro categorias de capacidade para o trabalho, com as seguintes medidas propostas para trabalhadores maiores de 30 anos (TUOMI et al., 2005):

- Baixa (de 7 a 27 pontos) - restaurar a capacidade para o trabalho.
- Moderada (28 a 36 pontos) - melhorar a capacidade para o trabalho.
- Boa (de 37 a 43 pontos) - apoiar a capacidade para o trabalho.
- Ótima (de 44 a 49 pontos) - manter a capacidade para o trabalho.

É sugerida a pontuação diferenciada para trabalhadores menores de 30 anos: baixa: de 7 a 36 pontos; moderada: 37 a 40 pontos; boa: 41 a 44 pontos e ótima: 45 a 49 pontos (KUJALA et al., 2005).

O terceiro instrumento foi o questionário denominado Escala de Fadiga de Chalder (Anexo C), questionário britânico utilizado para mensurar a fadiga física e mental (HALDER et al., 1993). Esse instrumento foi traduzido para a língua portuguesa, adaptado e validado no Brasil, pelo estudo em cuidados primários, por Cho et al. (2007). Trata-se de um questionário com 11 itens, contendo questões a respeito de sintomas de fadiga, tanto física, quanto mental e constitui uma escala do tipo likert, com pontuação de zero a três para cada item, relacionados à intensidade dos sintomas de fadiga, sendo seu cálculo realizado em escore bimodal. No cálculo bimodal, considerando a escala likert, os valores zero e um são considerados como zero e os valores dois e três são considerados como um, sendo que a soma com valor maior ou igual a quatro, caracteriza caso de fadiga. (CHO et al., 2007; PATEL et al., 2003; NEUBERG, 2003).

3.6 Procedimentos éticos envolvendo seres humanos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia-MG para análise e parecer, e, de todos os pesquisados, foi obtido o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO-A) em conformidade à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o n. 67465416.8.1001.5152 em 02 de agosto de 2017.

3.7 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante o mês de agosto de 2017. Foi realizado contato com os participantes da pesquisa por meio de visitas ao setor de Clínica Médica, explicando o estudo, os instrumentos e solicitando a participação. A

participação dos trabalhadores foi voluntária e anônima, o convite aconteceu nos horários de passagem de plantão e jantar.

Foram explicados os aspectos éticos e para aqueles que manifestaram o desejo em participar da pesquisa foi dada a alternativa de responderem o questionário no próprio setor de trabalho ou responderem em outro momento e ser agendada uma nova data para recolhimento.

Após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Anexo A), no qual continha 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.

Após recolhimento de todos os questionários foi realizado a análise dos mesmos e a elaboração dos resultados que permitiu a discussão e a elaboração das considerações finais do trabalho.

3.8 Procedimentos para análise dos dados

Os dados foram codificados em planilha eletrônica Microsoft Excel e submetidos à análise estatística descritiva e analítica. A análise descritiva foi feita através de frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão (dp), mediana e valores mínimos e máximos. A Escala de Fadiga de Chalder foi analisada como variável quantitativa e qualitativa nominal (presença / ausência de fadiga bimodal).

Foi feita a aplicação do teste de Qui-Quadrado para a verificação de associação ou dependência entre variáveis categóricas. No presente estudo, a hipótese é que a classificação ICT está associada ou depende se o indivíduo sofre de fadiga ou não.

A estatística de teste para verificar a hipótese de independência é dada pela expressão a seguir,

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

em que O_{ij} e E_{ij} são as frequências ou número de indivíduos observados, e esperados sob a hipótese de independência, em cada uma das células da tabela de dupla quando a contagem dos indivíduos é realizada considerando a classificação

ICT e uma das outras variáveis. Um valor de χ^2 grande, indica que os dados observados não corroboram com a hipótese de independência. A decisão sobre o valor de χ^2 ser significativa grande pode ser tomada a partir do p-valor. Quanto menor o p-valor menor é a concordância dos dados com a hipótese nula.

Os grupos com e sem fadiga também foram comparados quanto à média do Escore ICT por meio do teste t. O pressuposto para a aplicação deste teste é a normalidade dos dados o que pode ser verificado por meio do teste de Shapiro-Wilk.

A influência da idade e do tempo de enfermagem no escore ICT foi verificado por meio da análise de variância. A análise dos dados foi realizada com o auxílio do software R (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2017).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A capacidade para o trabalho e fadiga são processos dinâmicos, de natureza multidimensional e heterogênea. Partindo deste conceito, este capítulo buscou analisar os fatores associados a essa patologia, avaliando características sociodemográficas, condições de trabalho, estilo de vida e morbidades referidas, considerando que todos esses fatores podem influenciar na capacidade para o trabalho e na percepção de fadiga pelos trabalhadores.

4.1 Caracterização da população de estudo

Durante a coleta dos dados desta pesquisa, a unidade de Clínica Médica constituía-se de 60 trabalhadores, sendo que 57 (95%) responderam aos questionários. Todos trabalhadores abordados concordaram em participar da pesquisa, sendo que 3 pessoas não estavam presentes no setor pelo fato de estarem afastados por doença, licença maternidade ou férias.

4.1.1 Características demográficas

Na Tabela 1, observa-se que a população de estudo é constituída predominantemente por trabalhadores do sexo feminino (84%), a maioria (39%) entre 31 a 40 anos, casados ou com companheiros (49%), com pós-graduação (42%), ganhando na maior parte entre 2 a 4 Salários Mínimos (35%) e moram em média de 2 a 3 pessoas (53%).

Com relação ao sexo, este estudo apontou que 84% dos trabalhadores da equipe de enfermagem são compostas por pessoas do sexo feminino e 16% masculino. Historicamente, a enfermagem no Brasil surgiu e permanece sendo exercida pela maioria de trabalhadores do sexo feminino. O fato de o cuidado ter sido sempre associado ao trabalho das mulheres justifica a predominância histórica deste gênero na profissão de enfermagem brasileira (SOUZA et al., 2005).

A média de idade dos trabalhadores pode ser justificada pela estabilidade no emprego, característica do funcionalismo público e do cenário de pesquisa.

Tabela 1 – HC/UFG – Setor Clínica Médica: Número de trabalhadores segundo características sócio demográficas (N=57), 2017

Características sócio demográficas	N	%
Sexo		
Feminino	48	84%
Masculino	09	16%
Idade		
20 a 30 anos	08	14%
31 a 40 anos	22	39%
41 a 50 anos	13	23%
51 a 60 anos	11	19%
Acima de 60 anos	03	05%
Estado civil		
Solteiro (a)	17	30%
Casado (a)	28	49%
Separado (a)	09	16%
Viúvo (a)	03	05%
Escolaridade		
Ensino Médio	15	26%
Graduação	18	32%
Pós-Graduação	24	42%
Renda familiar		
1 a 2 Salários	06	10%
2 a 4 Salários	20	35%
4 a 6 Salários	18	32%
Acima de 6	13	23%
Moradores no domicílio		
1 Pessoa	05	09%
2 a 3 Pessoas	30	53%
4 a 5 Pessoas	20	35%
Acima de 6	02	03%

Fonte: Almeida, A P A S., 2017.

Quanto ao estado conjugal, os trabalhadores casados e que vivem com companheiro, correspondem à maioria. Associado ao predomínio do sexo feminino na profissão, o estado conjugal representa, muitas vezes, que as mulheres fazem dupla jornada de trabalho, pois estas dificilmente deixam as obrigações do trabalho doméstico e o cuidado dos filhos. Essa dupla jornada pode acarretar desgaste, tanto físico quanto mental, principalmente, quando compromete a vida sócio familiar do trabalhador. Haja vista, que os empregos na área hospitalar exigem disponibilidade

de horário para trabalho em turnos e em finais de semana e feriados, o que limita o convívio das poucas horas de lazer com os familiares (ELIAS, NAVARRO, 2006).

A escolaridade é elevada, sabe-se, entretanto, que muitos dos auxiliares e técnicos de enfermagem, já possuem formação em nível superior. O elevado nível de escolaridade dos sujeitos, também, pode ser explicado pela finalidade do hospital voltada para o ensino e pesquisa e, ainda, a existência de plano de carreira na instituição, podendo o trabalhador possuir uma maior escolaridade do que a exigida pela função, o que eleva o seu nível salarial, incentivando-o a continuar estudando. Esses dados representam fato marcante no desenvolvimento da profissão de enfermagem na última década, quando observado o aumento expressivo no número de cursos de enfermagem no país (BATISTA, BARREIRA, 2006).

A renda familiar em maior parte foi acima de quatro salários mínimos o que pode ser considerada boa, se comparada à renda familiar de trabalhadores de outras regiões brasileiras. Felli (2010) referiu renda familiar entre um e três salários mínimos em 72% dos trabalhadores de enfermagem da região nordeste.

4.1.2 Hábitos de vida

Considerando os hábitos de vida, a Tabela 2 apresenta a população de estudo segundo uso de tabaco, uso de bebida alcoólica e se pratica exercício físicos.

Tabela 2 – HC/UFU – Setor Clínica Médica: Número de trabalhadores segundo hábitos de vida, 2017

Hábitos de vida	N	%
Fumante		
Sim, fuma	08	14%
Já fumou, mas parou	13	23%
Não, nunca fumou	36	63%
Consome bebida alcoólica		
Sim, consome	22	39%
Já consumiu, mas parou	15	26%
Não, nunca consumiu	20	35%
Pratica exercícios físicos		
Sim	23	40%
Não	34	60%

Fonte: Almeida, A P A S., 2017.

Segundo a Organização pan-americana da saúde (2004), os hábitos de vida adotados pelos indivíduos, principalmente aqueles relacionados a prática de atividade física, alimentação, consumo de álcool e tabagismo, podem resultar num impacto substancial na qualidade de vida da população.

Conforme os dados da tabela 2, nota-se que 14% dos indivíduos da pesquisa eram fumantes. No que se refere ao hábito de fumar, o tabagismo é responsável por cinco milhões de mortes em todo o mundo. No Brasil, uma pesquisa domiciliar, realizada em 2002-2003 em 16 capitais e no Distrito Federal, encontrou uma prevalência de fumantes de 19% (MINISTERIO DA SAUDE, 2009).

Quanto ao consumo de álcool pelos profissionais estudados, 39% referiram ingerir bebida alcoólica. No entanto, o instrumento de coleta não levantou o número de doses ingeridas, não avaliando, portanto, as quantidades e os tipos de bebida alcoólica utilizada. Não foram avaliadas questões relacionadas à ocorrência de dependência do álcool desses profissionais, o que limitou a análise dessa variável no presente estudo.

Entre os trabalhadores de enfermagem estudados, a prevalência de sedentarismo foi de 60%, as estatísticas mostram que 26,3% dos brasileiros relatam ser fisicamente inativos (MINISTERIO DA SAUDE, 2009).

4.1.3 Dados ocupacionais

Os trabalhadores estão divididos em três categorias profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), prevalecendo a categoria de técnicos de enfermagem com 60% conforme dados da Tabela 3. Como descrito pela Lei 7.498/86, as diferenças entre o profissional enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem são explicitadas pela complexidade e tempo dos cursos de formação.

Quanto ao tempo de trabalho, a maioria dos trabalhadores está na instituição há mais de cinco anos, sendo que destes muitos exercem a profissão de enfermagem há mais de 20 anos. A permanência desses trabalhadores por longo tempo na instituição, provavelmente, deve-se à característica do serviço público.

Quanto ao turno de trabalho, somando-se os dados dos trabalhadores dos turnos da manhã e da tarde, constata-se que a maioria dos trabalhadores exerce suas atividades durante o dia. Esses dados são explicados pelo fato da dinâmica hospitalar estar mais concentrada durante o dia, período em que são realizados

muitos dos procedimentos de enfermagem, exames médicos, cirurgias agendadas previamente e outros.

Tabela 3 – HC/UFU – Setor Clínica Médica: Número de trabalhadores segundo características ocupacionais, 2017

Características ocupacionais	N	%
Cargo		
Auxiliar de enfermagem	15	26%
Técnico (a) de enfermagem	34	60%
Enfermeiro	08	14%
Tempo na enfermagem		
Menos de 5 anos	07	12%
De 5 a 10 anos	14	25%
De 10 a 15 anos	07	12%
De 15 a 20 anos	10	18%
Acima de 20 anos	19	33%
Tempo de trabalho na clínica médica do HCU		
Menos de 5 anos	12	21%
De 5 a 10 anos	16	28%
De 10 a 15 anos	04	07%
De 15 a 20 anos	08	14%
Acima de 20 anos	17	30%
Jornada de trabalho		
Menos de 40 horas	20	35%
De 40 a 60 horas	30	53%
Mais que 60 horas	07	12%
Turno de trabalho		
Manhã (6 horas)	15	26%
Tarde (6 horas)	11	19%
Diurno (12horas)	10	18%
Noturno (12 horas)	21	37%
Quantos empregos exercem		
1	45	79%
2	12	21%
Acidente de trabalho nos últimos 12 meses		
Sim	11	20%
Não	46	80%
Doença relacionada ao trabalho nos últimos 12 meses		
Sim	15	26%
Não	42	74%
Afastamento nos últimos 12 meses		
Sim	26	45%
Não	31	55%

Fonte: Almeida, A P A S., 2017.

Embora os trabalhadores noturnos tenham representado a minoria, há que se preocupar com esse grupo, pois os trabalhadores no turno da noite apresentam

sintomas de estresse e outros distúrbios. O trabalho noturno altera o ciclo circadiano, gerando distúrbios do sono, diminuição da concentração e, consequentemente, o comprometimento do desempenho do trabalhador, da capacidade para o trabalho e fadiga, sendo recomendada como prevenção a organização das escalas de enfermagem; pausas para descanso durante a jornada de trabalho em turnos e noturno; e exames médicos periódicos.

Em relação ao vínculo empregatício, a maioria (79%) referiu ter apenas um vínculo, com carga horária de 40 horas semanais, ou mais devido às horas extras frequentemente realizada no setor. A razão dessa maioria de trabalhadores ter apenas um vínculo de trabalho pode ser explicada pela remuneração diferenciada dos trabalhadores concursados na instituição de estudo, haja vista, que a dupla e até tripla jornada de trabalho na enfermagem, geralmente, é causada pela baixa remuneração da categoria CLT (VIANEY, BRASILEIRO, 2003).

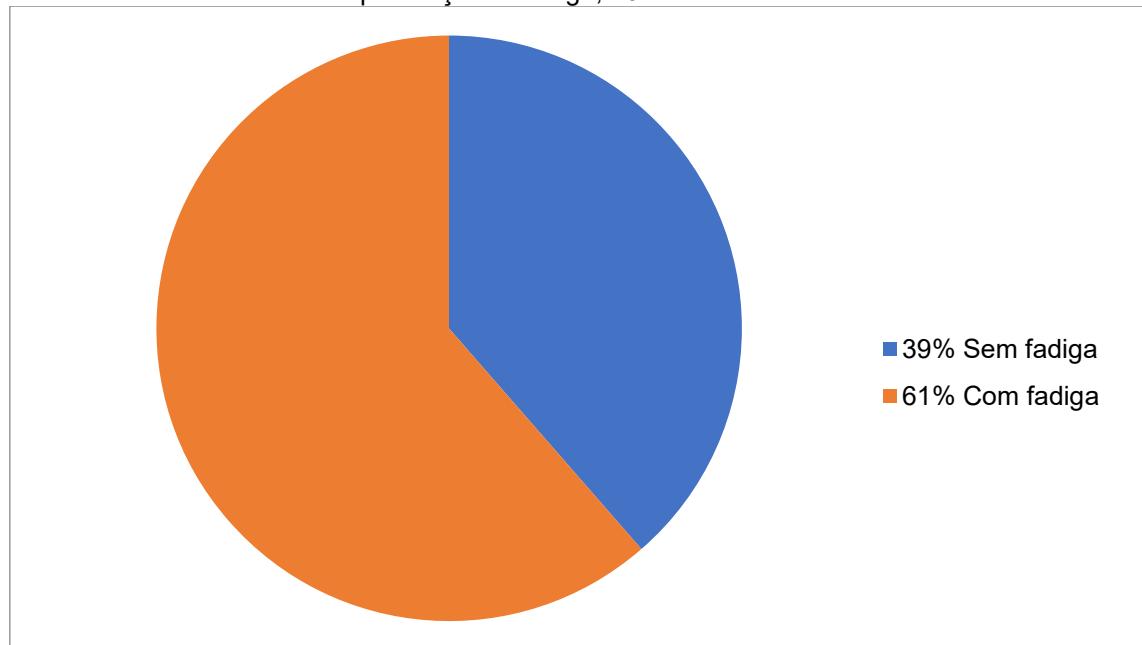
Em relação ao elevado número de afastamento nos últimos 12 meses (45%), pode estar relacionado às condições inadequadas que estão sujeitos no trabalho, provocando agravos à saúde, que podem ser de natureza física ou psicológica, gerando transtorno alimentares, de sono, de eliminação, fadiga, agravos no sistemas corporais, diminuição do estado de alerta, estresse, desorganização do meio familiar e neuroses, fatos que muitas vezes levam a acidente de trabalho e licenças para o tratamento de saúde.

Rotenberg et al. (2008) encontrou associação entre carga total de trabalho e capacidade inadequada para o trabalho no gênero feminino, referindo relevante impacto entre trabalho profissional e doméstico na saúde das trabalhadoras de enfermagem.

4.2 Índice de capacidade para o trabalho e fadiga

A capacidade para o trabalho e fadiga são processos dinâmicos, de natureza multidimensional e heterogênea. Partindo deste conceito, o presente estudo analisou os fatores associados, avaliando características sócio demográficas, condições de trabalho, estilo de vida e morbidades referidas, considerando que todos esses fatores podem influenciar na capacidade para o trabalho e na percepção de fadiga pelos trabalhadores.

Gráfico 1 - HC/UFU – Setor Clínica Médica: Distribuição dos trabalhadores conforme a presença de Fadiga, 2017



Fonte: Almeida, A P A S., 2017.

Os dados do Gráfico 1 mostram a presença de fadiga em 35 trabalhadores, totalizando 61% dos funcionários. É importante mencionar que a fadiga é considerada um evento comum e frequente entre trabalhadores. No entanto, os estudos que visam a determinar a prevalência de fadiga são prejudicados, devido principalmente à dificuldade de definição do conceito de fadiga e também, devido à diversidade de formas de mensurar os níveis de fadiga, dificultando a comparação entre os estudos.

As dificuldades para avaliação da fadiga são sentidas desde a problemática na definição da fadiga e nas considerações de cada entrevistado, até o diagnóstico dos sintomas que são subjetivos (Mota, Pimenta, 2006). Os instrumentos de auto relato são sugeridos para amenizar a dificuldade na avaliação dos sintomas subjetivos e diminuir as interferências externas na análise de sensações e sentimentos dos entrevistados (CAPONERO et al., 2010).

Segundo Yamazaki (2007) a fadiga é um dos sintomas mais comuns encontrados na prática médica. Nessa mesma perspectiva, Peres et al., (2004) afirmam que a fadiga crônica é considerada um sintoma presente em várias doenças, tais como fibromialgia, depressão, esclerose múltipla, apneia do sono, lúpus eritematoso sistêmico, dor de cabeça entre outros.

Diante desse contexto, a prevalência de níveis elevados de fadiga no estudo pode estar relacionada ao elevado número de morbidades ou ao desgaste ocasionado pelo trabalho do grupo de profissionais estudados.

Silva (2011) enfatiza que o presenteísmo significa que as pessoas adoecidas estão trabalhando sem manifestar queixas, sem procurar tratamento, ao mesmo tempo em que seus quadros clínicos se agravam e cronificam, tendo como resultado o desgaste que impactam diretamente no desempenho de suas atividades laborais.

Fang et al. (2008), em estudo com 581 trabalhadores de enfermagem hospitalar na China encontrou prevalência de fadiga aguda em 54,9% tendo como variáveis explicativas a falta de descanso entre os turnos, as demandas de trabalho, a qualidade do sono, a exposição aos riscos em ambiente hospitalar e o controle do trabalho. Assim, verifica-se que os trabalhadores de enfermagem estudados referem prevalência semelhante.

Vasconcelos (2009), em pesquisa com profissionais de enfermagem, encontrou baixo nível de fadiga em 74,3% e alto nível de fadiga em 25,7% dos trabalhadores de enfermagem, sendo estes, associados à renda e as morbidades referidas. Neste mesmo estudo, foi observado elevado nível de morbidades e carga horária de trabalho excessiva explicada pela baixa remuneração, o que leva os trabalhadores a fazerem horas extras e, também, o acúmulo de jornadas de trabalho.

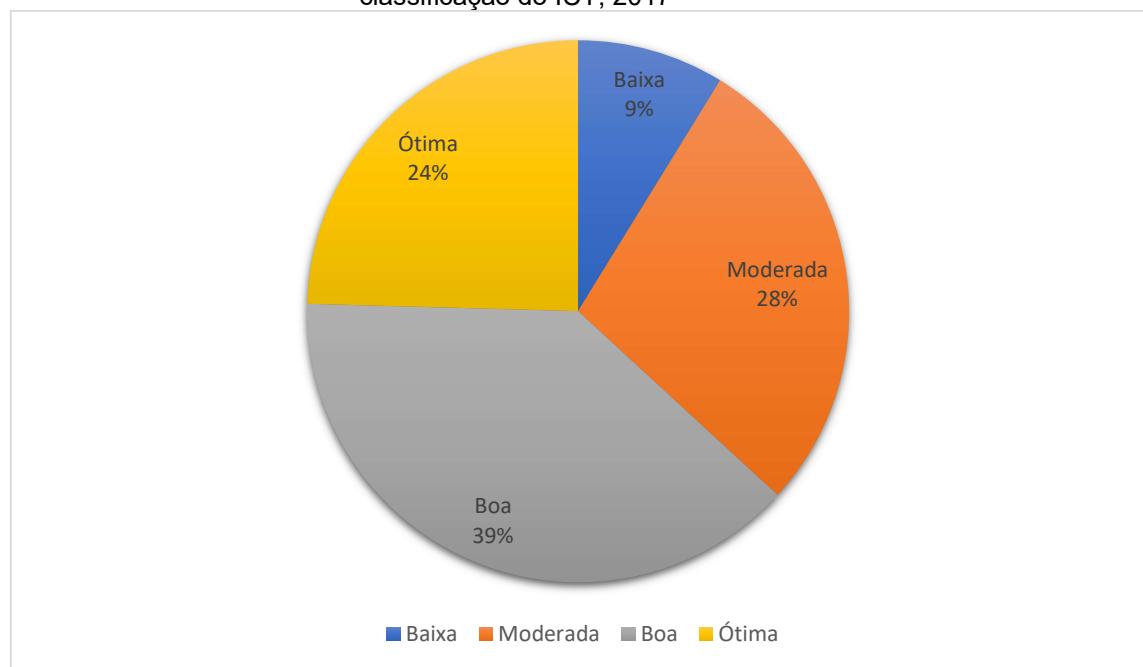
De acordo com Marziale e Rodrigues (2002), a sobrecarga de trabalho e a fadiga são fatores predisponentes à ocorrência de acidentes de trabalho. Além de a fadiga ter forte relação com o absenteísmo dos trabalhadores (JANSSEN et al., 2003).

Vale ressaltar que a maioria dos sintomas de fadiga mencionados pelos trabalhadores reflete as condições de trabalho. Portanto, as ações de saúde desenvolvidas com esses trabalhadores não devem estar focadas apenas no tratamento das doenças. Faz-se necessária uma avaliação aprofundada dos fatores ambientais e organizacionais, que possam subsidiar a implementação de ações de promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem.

4.2.1 Classificação do Índice de capacidade para o trabalho

Considerando-se que a pontuação do ICT varia de 7 a 49 pontos, onde as pontuações de 7 a 27 pontos são tidas como baixas; 28 a 36 pontos, moderada; 37 a 43 pontos, boa; e de 44 a 49 pontos, ótima. A média da classificação do ICT encontrada nos trabalhadores desse estudo, conforme o gráfico 2, foram de 38 pontos, variando de 14 a 48 pontos.

Gráfico 2- HC/UFU – Setor Clínica Médica: Distribuição dos trabalhadores segundo a classificação do ICT, 2017



Fonte: Almeida, A P A S., 2017.

De acordo com o Gráfico 2, observa-se uma população de 37% com capacidade para o trabalho moderada e baixa e que, segundo Kujala et al. (2005), são consideradas como ICT inadequado. Essa proporção representa mais de um terço da força de trabalho.

Conforme pesquisa sobre a capacidade para o trabalho entre profissionais de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência realizada por Véian (2010), a média de ICT foi de 41,1 pontos e, por categorias médias, foram: 41,1 entre profissionais de enfermagem; 41,5 entre os médicos; 42,9 entre os motoristas; 42,5 entre as telefonistas e 40,3 entre trabalhadores do setor administrativo. Como pode ser observada, a média para todas as categorias são boas, porém as variáveis

associadas ao ICT como atividades físicas, acidentes trabalho e incivilidade no trabalho, fadiga, sonolência, estresse e satisfação, justificam a atenção quanto à manutenção da saúde física e mental desses trabalhadores (VEGIAN, 2010).

Rotenberg et al. (2009) encontraram média de ICT de 38,6 pontos, em estudo com 1194 trabalhadores de enfermagem de duas unidades hospitalares brasileiras, sendo que 38,9%, apresentaram capacidade inadequada para o trabalho.

Vasconcelos (2009), em estudo com 272 trabalhadores de enfermagem em um hospital público da região amazônica ocidental, encontrou média de ICT de 38,1 pontos e ICT inadequado em 40,8% dos sujeitos, tendo como variáveis associadas à perda da capacidade para o trabalho o sexo, outro vínculo empregatício, número de funcionários insuficientes, tarefas repetidas e monótonas, referência de três ou mais morbilidades sem diagnóstico médico e alto nível de fadiga.

Estudo realizado com 1534 trabalhadores de enfermagem de oito hospitais em Taiwan verificou forte associação da capacidade para o trabalho com a qualidade e segurança do ambiente de trabalho e a gestão de lazer. No estudo, foram sugeridas estratégias de reforço para lidar com as demandas mentais de trabalho para os trabalhadores jovens, reforço da formação profissional, apoio psicossocial no relacionamento entre os pares, bem como, melhorias no processo de trabalho para reduzir o esforço físico dos trabalhadores mais velhos (CHIU et al., 2007).

Não obstante, Camerino et al. (2006), em estudo com trabalhadores de enfermagem de 10 países europeus, encontraram maior perda da capacidade para o trabalho entre os trabalhadores acima de 45 anos e expressiva intenção em deixar a profissão pelos mais jovens. Esse fato permite inferir que a prevalência de baixa capacidade, entre os trabalhadores mais velhos, está ligada a dificuldade que os mesmos têm em mudar de área, mantendo-se trabalhando, mesmo com capacidade inadequada; e os jovens, com mais oportunidades, tem como alternativa o abandono da profissão. Ainda, os autores (CAMERINO et al., 2006) observaram que os trabalhadores dos países europeus estudados eram, na sua maioria, jovem. Sendo assim, esses autores sugeriram políticas institucionais para a restauração da capacidade para o trabalho, com vistas à melhoria da qualidade de vida no trabalho.

De acordo com Tuomi (2005), os trabalhadores com ICT inadequado devem receber apoio e orientação gerencial para melhoria e, até mesmo, restauração da capacidade para o trabalho, através de dietas balanceadas, exercícios físicos,

melhora na qualidade de sono, repouso e convívio social, bem como reabilitação médica quando necessária. Do ponto de vista gerencial, devem ser identificados e corrigidos os riscos no ambiente de trabalho, que possam comprometer a saúde do trabalhador (TUOMI et al., 2005).

Os resultados do estudo mostraram uma elevada prevalência de capacidade inadequada para o trabalho (37%), entre os trabalhadores analisados. Esses dados corroboram estudos desenvolvidos no Brasil e em outros países como foram demonstrados.

Portanto, as atividades de promoção da saúde no trabalho devem incluir medidas preventivas destinadas à saúde física e mental. Estas medidas devem considerar os conhecimentos acerca das características do trabalho, as faixas etárias bem como a instituição onde o trabalho é desenvolvido e, dessa forma, promover a capacidade para o trabalho dos profissionais.

Tabela 4 - HC/UFU – Setor Clínica Médica: Distribuição dos trabalhadores segundo a pontuação das dimensões do ICT, 2017

Dimensão	Pontuação										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida	--	--	2	--	2	4	5	22	10	12	57
Capacidade para o trabalho com relação com as exigências do trabalho	--	2	2	2	2	3	9	19	8	10	57
Número atual de doenças diagnosticadas pelo médico (pontos)	11	3	8	8	10	--	17	--	--	--	57
Perda estimada para o trabalho devido às doenças	2	3	3	11	18	20	--	--	--	--	57
Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses	3	3	8	15	28	--	--	--	--	--	57
Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos	7	--	--	15	--	--	35	--	--	--	57
Recursos mentais	4	6	19	28	--	--	--	--	--	--	57

Fonte: Almeida, A P A S., 2017.

Na Tabela 4 são apresentadas as setes dimensões do ICT que foram utilizadas para fazer o cálculo desse instrumento. Na dimensão **capacidade para o trabalho atual comparada à melhor de toda vida** nota-se que a grande maioria dos trabalhadores marcaram as três pontuações superiores da dimensão, com oito, nove e dez pontos, o que significa que atualmente tem a melhor capacidade para o trabalho da vida. Dado esse contraditório, quando se compara com outras variáveis e condições de trabalho, assim como com os comprometimentos referidos.

Quanto à **capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas e mentais do trabalho**, grande parte dos trabalhadores assinalaram as três pontuações superiores da dimensão, considerando-se aptos nesses quesitos.

Os dados dessas duas primeiras dimensões, ao mesmo tempo em que contraditórios, parecem apontar para o otimismo e a esperança dos trabalhadores com o trabalho, pois, apesar dos comprometimentos, parecem ter uma postura proativa para o trabalho. Porem, os dados das dimensões subsequentes mostram os desgastes ocasionados pelo adoecimento, com consequente perda do desempenho, desesperança, faltas, licenças e afastamentos.

Na dimensão **número atual de doenças diagnosticadas por médico**, mais da metade dos sujeitos referiu uma ou mais doenças. Verifica-se que conforme aumenta o número de doenças com diagnóstico médico mencionadas, os escores de ICT diminuem a caminho de valores inadequados.

Quanto à **perda estimada para o trabalho devido às doenças**, a maioria dos trabalhadores alegaram perdas para o trabalho, referindo sintomas com necessidade de mudança de ritmo e método de trabalho (pontuação menor ou igual a cinco) e só uma pequena parte dos trabalhadores não informaram impedimento/doença para realização do trabalho (seis pontos).

Com relação às **faltas ao trabalho nos últimos doze meses**, mais da metade dos trabalhadores afirmaram ausências em dias inteiros de trabalho nos últimos doze meses, eles se afastam por problemas de saúde, consulta médica ou para exame.

Quanto aos **recursos mentais**, a maioria dos trabalhadores referiu sempre e quase sempre apreciarem as atividades diárias, terem percepção de estarem ativos e, com sentimento de esperança para o futuro; apresentando a pontuação máxima de três e quatro pontos.

Com relação às dimensões do ICT expostas na tabela 4, pode-se observar que um grande índice de trabalhadores apresenta alta prevalência de doenças e perda de dias de trabalho, apontando para necessidade de mudança no ritmo e no método das atividades laborais. Vale destacar que, mesmo diante desse quadro de adoecimento, os valores do ICT permaneceram elevados, sugerindo um esforço desta classe de trabalhadores para manter sua capacidade para o trabalho. Essa observação foi possível pelo fato da maioria dos profissionais pesquisados indicar que apreciam suas atividades diárias.

O fato de grande parte dos trabalhadores referirem que estão na melhor capacidade comparadas a toda a vida, os dados de perda de desempenho, adoecimento e os afastamentos, também podem sugerir falta de reconhecimento e, até mesmo, possibilidade de negação da própria condição de saúde, levando os trabalhadores a permanecerem em suas atividades laborais, mesmo que adoecidos e com índices inadequados de capacidade para o trabalho, o que caracteriza o presenteísmo nessa população.

Estudando a população de um hospital de clínicas, Sancinetti et al. (2009) verificou que o absenteísmo era menor, quando as taxas de ocupação do hospital eram maiores, demonstrando assim o comprometimento do trabalhador com a assistência de enfermagem e, consequente, exposição às cargas de trabalho, comprovada pela elevada prevalência de doenças musculoesqueléticas e transtornos mentais encontrados em seu estudo.

Também, os resultados encontrados no estudo de Felli (2010) e Mininel (2010) referem que os trabalhadores de enfermagem executam suas atividades, mesmo desgastados e exauridos de força de trabalho, devido ao controle autoritário do trabalho, necessidade de manter o emprego e as dificuldades encontradas no sistema previdenciário para os afastamentos e a reabilitação funcional.

Frente a essa realidade, é possível inferir que as situações acima expostas são interpretadas como ameaças a estabilidade do trabalhador que acaba por se declarar na sua melhor capacidade, mesmo com os dados de adoecimento, absenteísmo e baixo desempenho sugerindo o contrário.

4.2.2 Doenças auto referidas no questionário do ICT

Observar-se na tabela 5, conforme a prevalência de doenças auto referidas na opinião dos trabalhadores e com diagnóstico médico, que as doenças musculoesqueléticas foram predominantes, tanto no relato de doenças na opinião própria dos trabalhadores, como em diagnóstico médico.

Tabela 5 - HC/UFU – Setor Clínica Médica: Distribuição dos trabalhadores segundo as doenças auto referidas, 2017

Doença	Opinião própria	Diagnóstico médico
Doença da parte inferior das costas com dores	10	15
Dor nas costas que irradia para a perna (ciática)	8	14
Lesão nos braços/ mãos	12	12
Doença na parte superior das costas ou região do pescoço	7	13
Lesão nas pernas/ pés	8	9
Doença musculoesquelética que afeta braços e pernas	9	8
Distúrbio emocional leve	8	16
Lesão em outras partes de corpo	7	6
Infecções repetidas do trato respiratório	9	5
Hipertensão arterial	10	6
Sinusite crônica	8	6
Obesidade	10	9
Gastrite	6	7
Doenças neurológicas	6	5

Fonte: Almeida, A P A S., 2017.

Entre as doenças auto referidas, destacaram-se também os distúrbios emocionais leves (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia), as infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amidalite, sinusite aguda, bronquite aguda), hipertensão arterial, sinusite crônica, obesidade, gastrite e doenças neurológicas (acidente vascular cerebral, neuralgia, enxaqueca, epilepsia).

As doenças musculoesqueléticas têm sido apontadas como principal contribuinte para a redução da capacidade funcional, devido tanto à sobrecarga física, quanto mental dos trabalhadores de enfermagem (Raffone, Hennington, 2005).

O alto índice absenteísmo por doença observado entre os trabalhadores de enfermagem e, em maior incidência, causado pelas doenças musculoesqueléticas e a depressão (COSTA, VIEIRA, SENA, 2009; SANCINETTI et al., 2009; FELLI, 2010).

A maior prevalência de doenças musculoesqueléticas, tanto nas doenças auto-referidas, quanto nas diagnosticadas por médico, também, são apresentados nos estudos de outros autores que pesquisaram a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem (DURAN, COCCO, 2004; RAFFONE, HENNINGTON, 2005; VASCONCELOS, 2009).

De acordo com Ilmarinen et al. (1991), alguns fatores relacionados ao trabalho podem contribuir para deterioração da capacidade para o trabalho: trabalho muscular estático, uso da força muscular, levantamento e transporte de cargas, movimentos repetitivos, posturas inadequadas, riscos de acidentes de trabalho, temperaturas inadequadas, conflito de papéis, falta de oportunidade de desenvolvimento e reconhecimento no trabalho dentre outros.

Szeto et al. (2010), recomendam treinamentos ergonômicos individuais, mudanças de equipamentos e reorganização do processo de trabalho como medidas importantes para melhorar da saúde ocupacional dos trabalhadores de enfermagem com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho.

Os distúrbios emocionais leves, exemplificados como depressão leve, tensão, ansiedade e insônia são frequentes na profissão de enfermagem, devido ao ambiente de trabalho conflitante e que pode ser explicado pela tensão gerada por situação de estresse, encontrada no relacionamento com pacientes, familiares e até mesmo entre os profissionais na dinâmica do trabalho hospitalar (SILVA, YAMADA, 2008).

Contudo, os dados levam-nos a constatar que muitos dos trabalhadores apresentam-se trabalhando em condições de exaustão, com sintomas musculoesqueléticos e apresentando distúrbios emocionais, o que também caracteriza o presenteismo. O presenteismo configura-se na situação em que o trabalhador se encontra com a saúde comprometida, mas não está afastado do trabalho, fato que compromete o seu desempenho e, consequentemente, a qualidade do trabalho prestado (HEMP, 2004).

A obesidade também foi citada por alguns dos trabalhadores, pode comprometer a capacidade para o trabalho. Essa é uma tendência que vem sendo

observada entre os trabalhadores de enfermagem, conforme referem Felli e Peduzzi (2010).

No que concerne à relação entre morbidades e capacidade para o trabalho, verifica-se que o aumento no número de doenças acarreta um decréscimo da capacidade para o trabalho. Sendo assim, o investimento tanto em melhorias no estilo de vida saudável do trabalhador, como no ambiente de trabalho são condutas imprescindíveis na melhora, na manutenção e recuperação da capacidade para o trabalho.

A avaliação da capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem da unidade de clínica médica do HCU conforme apresentado no gráfico 2, resultou na média de 38 pontos, isto é, ICT bom. No entanto, 37% desses trabalhadores apresentaram ICT inadequado (baixo e moderado), isso significa que 1/3 dessa força de trabalho está comprometida e requer atenção quanto à melhora e restauração da capacidade para o trabalho, pois pode prejudicar a qualidade da assistência prestada por essa equipe de enfermagem.

4.3 Análise da correlação entre ICT, Fadiga e algumas variáveis

No presente estudo, a hipótese é que a classificação ICT está associada ou depende se o indivíduo sofre de fadiga ou não, do tempo de exercício da enfermagem ou ainda, da idade. As variáveis, tempo de enfermagem e idade foram categorizadas conforme a Tabela 6.

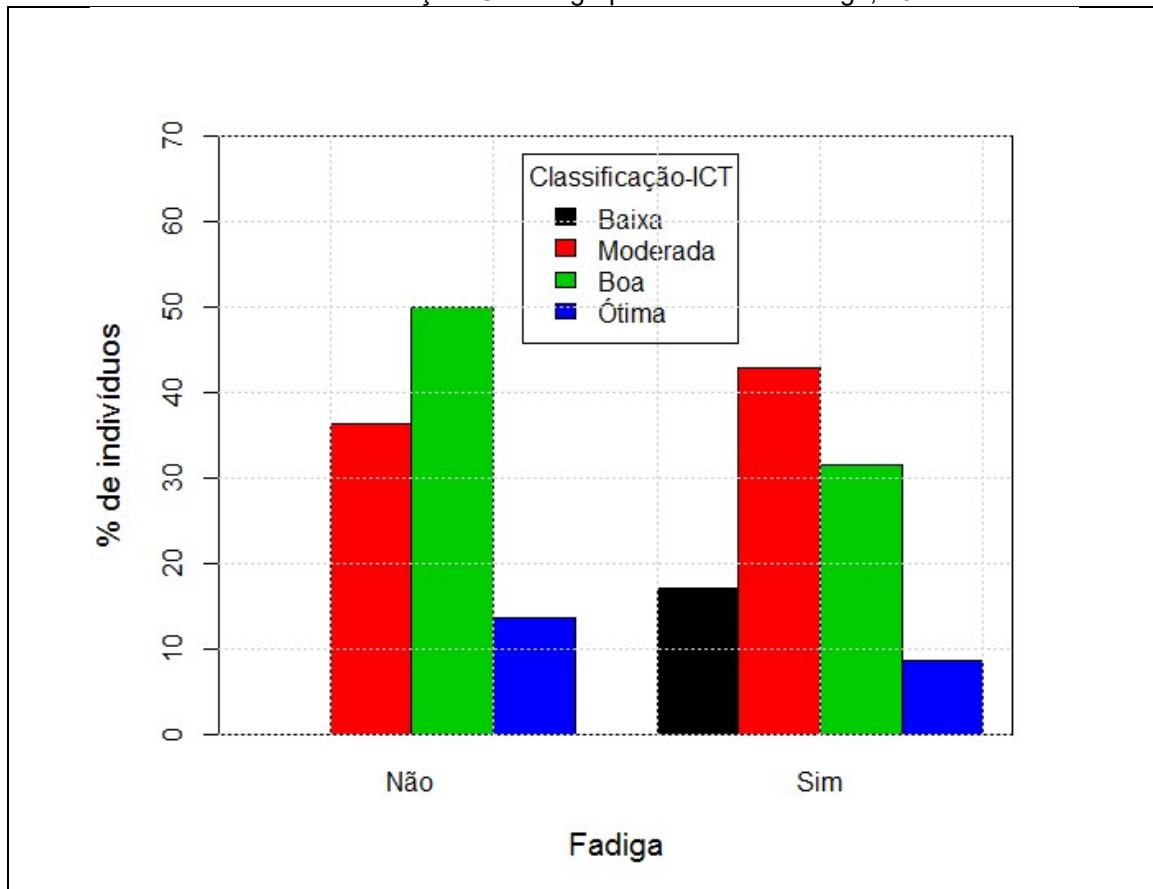
Tabela 6. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Categorização das variáveis idade e tempo de enfermagem, 2017

Faixa Etária	Categoria	Tempo de enfermagem	Categoria
20 a 30	1	< 5 anos	1
31 a 40	2	5 a 10 anos	2
41 a 50	3	10 a 15 anos	3
51 a 60	4	15 a 20 anos	4
acima de 60	5	> 20 anos	5

Fonte: Almeida, A P A S., 2017.

Os grupos com e sem fadiga também foram comparados quanto à média do Escore ICT por meio do teste t. O pressuposto para a aplicação deste teste é a normalidade dos dados o que pode ser verificado por meio do teste de Shapiro-Wilk. A influência da idade e do tempo de enfermagem no escore ICT foi verificada por meio da análise de variância. A análise dos dados foi realizada com o auxílio do software R (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2017).

Gráfico 3. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Distribuição dos indivíduos conforme a classificação ICT nos grupos com e sem fadiga, 2017



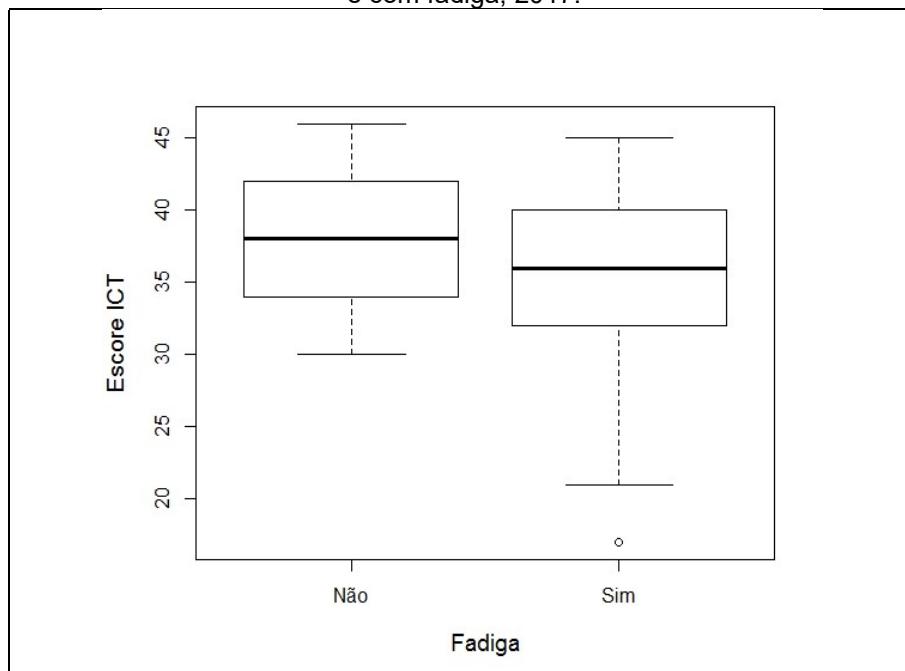
Fonte: Almeida, A P A S., 2017.

Observa-se a partir do Gráfico 3 que a distribuição dos indivíduos por classe de ICT não ocorre da mesma forma nos grupos sem e com fadiga, conforme o teste de Qui-Quadrado (p -valor = 0,1417) ou seja, o p -valor para o referido teste foi maior que 0,05 indicando que a hipótese de independência não é rejeitada. Resultado análogo foi verificado para a relação entre tempo de enfermagem e classificação-ICT assim como para faixa etária e classificação-ICT uma vez que os p -valores para os testes de Qui-Quadrado nestes casos foram, respectivamente 0,3528 e 0,6039.

Os grupos com e sem fadiga diferem significativamente (p -valor = 0,01722) quanto à média do Escore-ICT. No grupo sem fadiga obteve média igual a 38,27 e no grupo com fadiga média igual a 34,57. Observou ainda, que no primeiro grupo, a variação dos escores é menor quando comparada ao grupo com fadiga, isto é, no grupo sem fadiga os indivíduos são mais homogêneos quanto ao escore ICT (Figura 3).

A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk nos dois grupos. No grupo sem fadiga obteve p -valor igual a 0,438 e no grupo com fadiga p -valor igual a 0,12 e desta forma decide-se pela normalidade com significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

Figura 4. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Box-plot para o escore ICT nos grupos sem e com fadiga, 2017.



Fonte: Almeida, A P A S., 2017.

Observou-se na tabela 7 que a idade, bem como, o tempo de enfermagem não exerce influência significativa no escore ICT conforme análise de variância realizada. Pode concluir-se que esses profissionais de enfermagem com a idade, o tempo e experiência criam mecanismos de defesa que reduzem o esgotamento. E também nos faz pensar que mesmo um grupo jovem de trabalhadores está sujeito à vulnerabilidade de ser acometido com patologias como a Fadiga e ter sua capacidade para o trabalho reduzida. Sendo assim, o investimento tanto em melhorias no estilo de vida saudável do trabalhador, como no ambiente de trabalho

são condutas imprescindíveis na redução dos níveis de fadiga e na manutenção, melhora e recuperação da capacidade para o trabalho.

Tabela 7. HC/UFU – Setor Clínica Médica: Média do escore ICT por faixa etária e por tempo de enfermagem, 2017

Faixa Etária	Categoria	Média	Tempo de enfermagem	Categoria	Média
20 a 30	1	38,00	< 5 anos	1	35,71
31 a 40	2	36,10	5 a 10 anos	2	38,00
41 a 50	3	33,94	10 a 15 anos	3	36,43
51 a 60	4	37,00	15 a 20 anos	4	33,00
acima de 60	5	38,33	> 20 anos	5	36,05

Fonte: Almeida, A P A S., 2017.

Os resultados do estudo mostraram uma elevada prevalência de capacidade **moderada** para o trabalho, entre os trabalhadores é considerada uma taxa inadequada. Esses dados corroboram estudos desenvolvidos no Brasil e em outros países como demonstrados a seguir.

Em estudo realizado com profissionais de enfermagem de um hospital na cidade de São Paulo, Fischer et al. (2006) detectaram que 22,8% dos profissionais apresentavam capacidade inadequada para o trabalho.

Pode-se atribuir essa perda da capacidade para o trabalho entre os profissionais de enfermagem as características próprias do trabalho como altas demandas físicas e mentais, associadas às condições gerais insalubres de trabalho, principalmente no ambiente hospitalar (TEPAS et al., 2004). Neste contexto Farias (1999) afirma que as condições de trabalho precárias impostas aos trabalhadores de enfermagem podem ter sido agravadas pelas crises socioeconômicas e pelas transformações no mundo do trabalho, interferindo direta e negativamente na saúde dos trabalhadores.

Ao estudar a capacidade para o trabalho entre trabalhadores italianos, incluindo profissionais de enfermagem, Costa e Sartori (2007) verificaram que o maior percentual de trabalhadores com ICT baixo e moderado estavam entre as mulheres. Os dados encontrados nestes estudos podem ter diversas causas, dentre elas, os múltiplos papéis assumidos pela maioria das mulheres que exercem uma

atividade profissional. A sobrecarga de trabalho, com jornadas duplas ou triplas, pode conduzir a mulher ao estresse físico e emocional, considerando que sua inserção no mercado de trabalho não a desvinculou das tarefas domésticas e da educação dos filhos (SPINDOLA, 2000).

Em estudo realizado por Rotenberg et al. (2008), foi investigado a associação entre horas de trabalho e capacidade para o trabalho entre os profissionais de enfermagem de três hospitais públicos do Rio de Janeiro. Entre as mulheres, a carga total de trabalho mostrou-se estatisticamente significante associada com a capacidade inadequada para o trabalho, demonstrando a existência de um efeito cumulativo entre horas de trabalho profissional e doméstico, resultando numa sobrecarga entre essas profissionais.

Vários estudos consideram a idade como fator determinante para a capacidade para o trabalho. A OMS (1993) tem demonstrado preocupação com a questão do envelhecimento relacionado ao trabalho e reconhece que modificações nos vários sistemas do corpo humano levam a uma diminuição gradativa na eficácia de cada um deles, com diminuição na capacidade funcional dos indivíduos, o que pode gerar conflitos entre está e as exigências do trabalho.

De acordo com Ilmarinen et al. (2001), alguns fatores relacionados ao trabalho podem contribuir para deterioração da capacidade para o trabalho: trabalho muscular estático, uso da força muscular, levantamento e transporte de cargas, movimentos repetitivos, posturas inadequadas, riscos de acidentes de trabalho, temperaturas inadequadas, conflito de papéis, falta de oportunidade de desenvolvimento e reconhecimento no trabalho dentre outros.

No que tange aos trabalhadores de enfermagem, a história revela problemas relacionados à profissão que surgiram no início de sua implementação, no Brasil e em outros países, e que ainda estão presentes. Alguns desses problemas estão relacionados ao estresse na enfermagem, ao número reduzido de enfermeiros na equipe, a falta de reconhecimento profissional e aos baixos salários que levam os profissionais a possuírem mais de um vínculo empregatício (MUROFUSE, 2005).

No que se refere à jornada de trabalho, possuir outro vínculo empregatício está diretamente relacionado ao aumento do número de horas trabalhadas. Autores como Aediker et AL AEDIKER et al. (2006), pesquisando a relação entre o aumento de horas trabalhadas e saúde, verificaram forte associação entre longas jornadas de trabalho e o aumento de queixas de saúde e bem-estar. Nessa temática, detectou

associação entre longas e irregulares horas de trabalho com reações agudas de estresse, aumento do consumo de cigarro e de doenças cardiovasculares e musculoesqueléticas. Dessa forma, os problemas identificados podem interferir diretamente na capacidade para o trabalho dos profissionais.

Em estudo conduzido por Marqueze et al. (2008) foi avaliada a capacidade para o trabalho de professores antes e após uma intervenção no ambiente de trabalho. A reestruturação administrativa efetuada no ambiente de trabalho foi adotada como medida de intervenção, resultando na melhoria da satisfação no trabalho e consequente aumento da capacidade para o trabalho.

Diante disso, são necessárias avaliações contínuas dos agentes que desencadeiam sintomas e lesões e uma promoção da melhoria das condições de trabalho, procurando incrementar o equilíbrio na relação entre capacidade e demandas de trabalho. Portanto, promover melhorias na organização e ambiente de trabalho pode ter uma influência positiva na capacidade para o trabalho (TUOMI et al. 2001).

Para Ilmarinen (2001), o estado de saúde pode ser considerado como uma base para o modelo construtivo de capacidade para o trabalho, responsável pelas conexões mais significativas desse processo.

Portanto, as atividades de promoção da saúde no trabalho devem incluir medidas preventivas destinadas à saúde física e mental. Essas medidas devem considerar os conhecimentos acerca das características do trabalho, as faixas etárias, bem como a instituição onde o trabalho é desenvolvido e dessa forma promover a capacidade para o trabalho dos profissionais.

4.4 Conclusões

Nesse estudo a percepção de fadiga entre os profissionais de enfermagem foi associada à capacidade inadequada para o trabalho. A perda da capacidade para o trabalho foi mais prevalente entre os indivíduos que apresentaram níveis elevados de fadiga, quando comparados aos indivíduos que apresentaram níveis baixos de fadiga. Corroborando com esse resultado, estudos realizados por Fischer et al. (2006) com profissionais de enfermagem também verificou associação entre níveis médios e altos de fadiga com a capacidade inadequada para o trabalho.

De acordo com Yamazaki et al. (2007) a fadiga representa um fenômeno físico e psicológico que diminui a habilidade dos indivíduos para realizar tarefas pela alteração do estado de alerta e vigilância e inclui mudanças na motivação. Consequentemente existe uma diminuição na capacidade de manter metas e objetivos.

O delineamento do perfil sócio demográfico é de substancial importância para traçar possíveis estratégicas para melhoria da qualidade de vida desses profissionais. No grupo de pessoas estudadas o aparecimento da fadiga se mostra mais presentes em pessoas do sexo feminino; técnicos de enfermagem; faixa etária: 31 a 40 anos; regime de trabalho noturno e que não praticam atividades físicas.

Diversas causas podem ser citadas para explicar por que as mulheres têm maiores riscos de apresentar fadiga, dentre elas, os múltiplos papéis assumidos pela maioria das mulheres que exercem uma atividade profissional. A sobrecarga de trabalho, com jornadas duplas ou triplas, pode conduzir a mulher ao estresse físico e emocional, considerando que sua inserção no mercado de trabalho não a desvinculou das tarefas domésticas e da educação dos filhos (ROTEMBERG, 2009).

A categoria técnico de enfermagem queixa-se que seus salários são baixos pela função e pelo cargo que ocupam, se submetem a duplas jornadas de trabalhos ou a outros vínculos empregatícios. Tudo isso, pode gerar insatisfação e desmotivação pelo trabalho, sobrecarga de trabalho e adoecimento profissional. Esses estudos também foram achados em Santos et al. (2009).

Os profissionais que exercem suas funções em plantões noturnos podem apresentar alterações em seus padrões de sono, podendo contribuir para uma sonolência exarcebada, como também insônia. Esses fatores podem desencadear uma fadiga física como também mental. (FISCHER, 2002).

Quanto ao tempo de serviço, a permanência desses profissionais durante muitos anos de trabalho no hospital, é considerável um fator de alerta. Fatores como a rotina repetitiva e monótona dos serviços prestados no hospital. Costa (2010) em suas pesquisas também encontrou resultados semelhantes, concluindo que o cansaço, a exaustão, as jornadas de trabalho consecutivas, leva o organismo humano na idade mais adulta a ficar mais fragilizado e sensível, podendo desencadear várias doenças nesses trabalhadores, dentre elas a fadiga.

Nesse estudo, a maioria dos profissionais entrevistados respondeu que não praticam atividade física, pelo fato de não terem tempo disponível no horário de folga

do trabalho, como também não se sentirem encorajados. Esse quadro é preocupante, quando se considerada os resultados deste trabalho que aponta para um alto grau de vulnerabilidade desses profissionais para desenvolverem fadiga.

Quanto à percepção das causas da fadiga, uma parcela significativa de funcionários relatou se cansar facilmente, descansar inadequadamente, não conseguir dormir/relaxar o suficiente, não conseguir iniciar nada, falta de ânimo, perda de força muscular, problemas de concentração, dificuldade para pensar claramente. Se sentem exaustos após saírem do trabalho, alguns não conseguem descansar o suficiente em casa. Neste sentido, considerando as características do trabalho da enfermagem e as condições de trabalho são necessárias intervenções, buscando estratégias para assegurar a qualidade do cuidado prestado e atenuar os possíveis danos que porventura a rotina hospitalar possa causar nos profissionais. Estas ações visam restaurar e manter a capacidade para o trabalho, reduzir a fadiga e permitir melhorias nas condições de saúde e na qualidade de vida desta população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas de saúde nacionais, específicas para a saúde do trabalhador, ainda carecem de maior atenção e de pesquisas que subsidiem e fortaleçam os centros destinados a cuidar desses profissionais. Esperamos que com os resultados desse estudo contribua na perspectiva de anteceder a exaustão desse trabalhador, protegendo-lhe a saúde.

Ainda que a pesquisa tenha sido realizada em uma única instituição, verificamos sua representatividade. Isso permitiu fazer generalizações dos resultados encontrados e ainda listar tendências e influências que impactam na capacidade do trabalho desses profissionais. Por outro lado, temos clareza que este estudo apresenta limitações, uma vez que, a abordagem quantitativa não possibilitou uma análise mais profunda de todas as questões relacionadas ao ambiente de trabalho que envolve a fadiga.

A prevalência de ocorrência de fadiga em trabalhadores do período noturno, encontrado neste estudo, aponta para urgente necessidade de um replanejamento dessa atividade, com priorização de horários de intervalo e descanso que sejam respeitados pela instituição e pelo trabalhador. Sabemos que isso não irá resolver na sua plenitude o quadro de fadiga encontrado na instituição, mas já é um início concreto de ações para evitar essa patologia.

Nestas considerações, cabe destacar também, a alta prevalência da fadiga nos profissionais do sexo feminino. Grande parte desse grupo, além de trabalhar em dois ou mais lugares, ainda estudam e exercem grande parte dos afazeres do lar. Essa situação é de difícil resolução, pois envolvem características particulares do núcleo familiar. Um dos caminhos desejados, que pode contribuir para sua reversão, seria a melhoria do piso salarial e da jornada de trabalho, consideramos esses por acreditar que ambos, além de fazer parte dos pilares do exercício profissional da enfermagem são atualmente os que mais degradam a atividade laboral.

Por fim, esse estudo não termina aqui, sabemos que ainda existem muitos elementos da profissão de enfermagem que precisam ser entendidos. Neste contexto, temos a pretensão aprofundar alguns desses elementos em um estudo de doutorado com outros recortes ou vertentes. Nesta nova etapa, além de identificar e analisar, pretendemos propor apontamentos sólidos para melhoria da saúde desses trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho.** Boitempo Editorial, 2005.

BARROS, A. L. B. L. et.al. **Processo de enfermagem:** guia para a prática. São Paulo: COREN-SP, 2015.

BAPTISTA S.S.; BARREIRA I.A. **Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa.** Rev. bras. enferm., [S.I.], v.59, p.411-416, 2006.

BORGES, C. et.al. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 581-588, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/r1ae/v19n3/pt_18.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. (Cadernos de Atenção Básica, nº 05).

BRASIL. Projeto de Lei nº 2295/2000. **Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.** 2014. Disponível em <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17915>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

CALDERERO, A.R.L. et.al. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.I.], v. 10, n. 1, 2008. Acesso em: 10 jul. 2016.

CAMERINO D. et.al. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, n.5, p. 542-552, 2006. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04046.x>

CAPONERO, R., coord. Consenso brasileiro de fadiga: fadiga em cuidados paliativos. **Rev. brasileira de cuidados paliativos**, v.3 n.2, p.03-31, 2010.

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

CHALDER, T. et.al. Development of a fatigue scale. **Journal of psychosomatic research**, [S.I.], v. 37, n. 2, p. 147-153, 1993.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos:** o capital humano das organizações. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

CHIU, M. et.al. Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. **Nursing outlook**, [S.I.], v.55 n. 6 p. 318-26, 2007.

CHO, H. J. et.al. Cross-cultural validation of the Chalder Fatigue Questionnaire in Brazilian primary care. **Journal of psychosomatic research**, [S.I.], v. 62, n. 3, p. 301-304, 2007.

CHRISTÓFARO, M. A. C. A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área de saúde. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**: CADRHU. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1999.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®**. Versão 2.0. São Paulo: Algol, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS - COREN/MG. **Legislação e Normas**. Belo Horizonte: COREN-MG, 2015.

COSTA, A. S. **Cochilo durante o trabalho noturno, necessidade de recuperação após o trabalho e a percepção da fadiga entre os profissionais de enfermagem**. São Paulo, 2010. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

COSTA, F.M.; VIEIRA, M.A.; SENA R.R. Absenteísmo relacionado às doenças entre Membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev Bras Enferm**, [S.I.], v. 62 n. 1, p. 38-44, 2009.

COSTA G.; SARTORI S. Ageing, working hours and work ability. **Ergonomics**, [S.I.], v. 50 p. 1914-1930, 2007.

COSTA, I. **Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos Enfermeiros**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2009.

DALBOSCO V.; SROUGI M.; ALLOGLIO, M. Infecções do trato urinário. **Rev Bras Med**, [S.I.], v. 60 p. 320-336, 2003

DALRI, R. C. M. B. et.al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 526-532, 2012.

DURAN E.C.M.; Cocco M.I.M.. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2004;12:43-49.

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000100007>

ELIAS M.A.; NAVARRO V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev Latino-am Enfermagem**, [S.I.], v. 14 n. 4 p. 517-525, 2006.

ESPERIDIÃO, E. **Holismo só na teoria**: a trama dos sentidos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

FANG J. et.al. Factors influencing fatigue in Chinese nurses. **Nursing & Health Sciences**. [S.I.], v.10 p. 291–299, 2008.

FARIAS S.M.P. **Riscos no trabalho e agravos a saúde do trabalhador de enfermagem em centro municipal de saúde** [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro;1999.

FELLI, V.E.A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. Enfermagem em Foco, 2012. Disponível em: < <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Condicoes-de-trabalho-de-enfermagem-e-adoecimento.pdf> >. Acesso em: 09 dez. 2016.

FELLI V.E.A. **Implantação e avaliação do sistema de monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem**. Relatório de pesquisa (FAPESP). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2010.

FELLI V.E.A.; PEDUZZI, M.A. O trabalho gerencial em enfermagem In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 01-12, 2010.

FIAMONCINI, R. E; FIAMONCINI, R. L. O stress e a fadiga muscular: fatores que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. **Revista Digital**, Buenos Aires - Argentina, v. 9, p. 45-51, 2003. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com> >. Acesso em 15 set.2016.

FILHO, A. J. A. et.al. **História de vida de enfermeiras brasileiras**: contribuição para o desenvolvimento da enfermagem. Brasília: ABEn, 2016.

FISCHER, F.M. et.al. A (in) capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. **Rev Bras Med Trab**, [S.I.], v. 3, n. 2, p. 97-103, 2005.

FISCHER, F. M. et. al. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. **Cad Saúde Pública**.v.18, n. 5 p. 1261-69. 2002.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500018>

FISCHER F.M. et.al. Work ability of health care shift workers: what matters? Chronobiol In., v. 23, p. 1165-1179, 2006.

<https://doi.org/10.1080/07420520601065083>

FONSECA, R. M. G. S.; GUEDES, R. N.; ANDRADE, C. J. M. Gênero e história da enfermagem. In: OGUISSO, T.; CAMPOS, P. F. S.; FREITAS, G. F. (org.). **Pesquisa em História da Enfermagem**. 2^a ed. Barueri: Manole, Série enfermagem e saúde, p. 130-175, 2011.

FREITAS, H.; MOSCAROLA, J. Da observação à decisão: métodos de pesquisa e de análise quantitativa e qualitativa de dados. **RAE-eletrônica**, [S.I.], v. 1, n. 1, 2002.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n1/v1n1a06> >, Acesso em: 9 set. 2016.

GLOZIER N. Mental ill health and fitness for work. **Occup Environ Med.**, [S.I.], v. 59, p. 714-720, 2002.

GRANDJEAN, E; KROEMER, K. H. E. **Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. 5. ed. Porto Alegre: Bookmam, 2005.

GUERREIRO, I; MONTERIRO, M. I. Qualidade de vida no trabalho dos trabalhadores de enfermagem – revisão sistemática da literatura. In: VILARIA, R.; GUTIERREZ, G. L. (Ed.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo**. Campinas: Ipê; p.139-43, 2008.

HEMP. P. Presenteeism: at work - but out of it. *Havard Business Riview*, v. 82, n. 10, p. 49-58, 2004.

HILLESHEIN E. **Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário: interface entre o pessoal, o laboral e promoção da saúde** [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

IIDA, I. **Ergonomia: projeto e produção**. 2. ed. São Paulo: Edgard Blucher, 2005.

ILMARINEN J. Aging and workers. **Occup Environ Med.**, [S.I.], v. 58, p. 546-552, 2001.

JANSSEN N. et.al. Fatigue as a predictor of sickness absence: results from the Maastricht cohort study on fatigue at work. **Occup Environ Med.**, [S.I.], v. 60, p.71-76, 2003.

KUJALA, A et.al. Classification of Work Ability Index among young employees. **Occupational Medicine**, [S.I.], v. 55, n. 5, p. 399-401, 2005.

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, p.173-191, 2009.

MARQUEZE E.C. et.al. A 2-year follow-up study of work ability among college educators. *Appl Ergon.*, [S.I.], v. 39, p. 640-645, 2008.

MARTINEZ, M. C. et.al. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. **Revista de Saúde Pública**, [S.I.], v. 43, n. 3, p. 525-532, 2009.

MARTINEZ, M. C. et.al. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. **Revista de Saúde Pública**, [S.I.], v. 40, n. 5, p. 851-858, 2006.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. Dissertação

(Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: Centro Tecnológico, 2002.

MARZIALE M.H.P.; RODRIGUES C.M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev Latino-Americana Enfermagem.**, [S.I.], v. 12, n. 1, p. 571-577, 2002.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11691995000100006>

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

MELO, L. P. (Org.). **Enfermagem, antropologia e saúde**. Barueri, SP: Manole, 2013.

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

MILLS, R. J. *et.al.* Development of a patient reported outcome scale for fatigue in multiple sclerosis: The Neurological Fatigue Index (NFI-MS). **Health and quality of life outcomes**, v. 8, n. 1, p. 22, 2010.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-22>

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, v. 13, n. 2, p. S21-S32, 1997.

MININEL V.A. **Adaptação transcultural do Work Disability Diagnosis interview (WoDDI) para o contexto brasileiro** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
<https://doi.org/10.11606/T.7.2010.tde-14122010-115517>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL. Brasília, DF; 2009.

MOREIRA, J. O Imaginário sobre aposentadoria, trabalho, velhice: estudo de caso com professores universitários. **Psicologia em estudo**, [S.I.], v. 16, n. 4, 2011.

MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.I.], v. 18, n. 3, p. 285-93, 2005.

MOTA D.D.C.F.; PIMENTA C.A.M. Self-reported instruments: a systematic review. **Res Theory Nurs Pract.**, [S.I.], v. 20, n. 1, p. 49-78, 2006.

MUROFUSE N.T.; ABRANCHES S.S.; NAPOLEÃO A.A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. **Rev Latino-americana Enfermagem.**, [S.I.], v. 13 p. 255-256, 2005.

NEFFA, J. C. O trabalho humano e a sua centralidade. **Revista Ciências do Trabalho**, [online], n. 4, p. 07-26, 2015.

Disponível em: < <http://rct.dieese.org.br/rct/index.php/rct/article/view/85> >, Acesso em: 9 out. 2016.

NEUBERG G.B. Measures of fatigue. *Arthritis & Rheumatism*. [S.I.], v. 15, p. 175-83, 2003.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *et.al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA*: definições e classificação 2007-2008. Artmed, 2008.

OLIVEIRA, E. M. Transformações no mundo do trabalho, da revolução industrial aos nossos dias. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v. 6, n. 11, p. 84-96, 2004.

OLIVEIRA, R.G. (Org.). *BlackBook- Enfermagem*. Belo Horizonte: BlackBook Editora, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, DF; 2004.

PATEL, M. X. *et.al.* Chronic fatigue syndrome in children: a cross sectional survey. *Archives of Disease in Childhood*, v. 88, n. 10, p. 894-898, 2003.

<https://doi.org/10.1136/adc.88.10.894>

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. São Paulo: Outras Expressões, p. 303-310, 2013.

PERES, L. A. **Funções do enfermeiro em numa unidade básica de saúde**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas / Universidade Estadual de Campinas, 2000.

PERES M.F.P. Fibromialgia, fadiga e cefaléias. Einstein., [S.I.], v. 2, n. (suppl 1), p. 49-57, 2004.

PINHEIRO, P. **Síndrome da Fadiga crônica**. 2013. Disponível em: <<http://www.mdsauder.com/2010/10/sindrome-da-fadiga-cronica.html>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

POLIT, D. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

R CORE TEAM (2017). R: A language and environment for statistical computing. **R Foundation for Statistical Computing**, Vienna, Austria. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 13 ago. 2017.

RADBACH, L. *et.al.* Fatigue in palliative care patients—an EAPC approach. *Palliative Medicine*, [S.I.], v. 22, n. 1, p. 13-32, 2008.

RAEDIKER B. *et.al.* Extended working hours and health. *Chronobiol Int.*, [S.I.], v. 23, p. 1305-1316, 2006.

RAFFONE A.M.; HENNINGTON E.A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, [S.I.], v. 39, n. 4, p. 669-676, 2005.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RIGHI, A. W.; SCHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, [S.I.], v.10, n. 3, p. 649-669, 2010.

ROBAZZI M.L.C.; MARZIALE M.H.P. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, [S.I.], v. 12, p. 834-836, 2004.

RO滕BERG L. *et.al.* Working at night and work ability among nursing personne: when precarious employment makes the difference. *Int Arch Occup Environ Health*, [S.I.], v. 82, p. 877- 885, 2009.

RO滕BERG L. *et.al.* A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel. *Applied Ergonomics*, [S.I.], v. 39, n. 5, p. 646-652, 2008.

RYAN, J. L. *et.al.* Mechanisms of cancer-related fatigue. **The oncologist**, [S.I.], v. 12, n. Supplement 1, p. 22-34, 2007.

SANCINETTI, T.R. **Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: Taxa, diagnóstico medico e perfil dos profissionais** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

SANCINETTI T.R. *et.al.* Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista Enfermagem USP.**, v. 43, n. Esp 2, p. 1277- 1283, 2009.

SANTOS NETO S. A. B. **Trabalho e tempo de trabalho na perspectiva marxiana**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

SCHWAM, K. The phenomenon of compassion fatigue in perioperative nursing. **AORN journal**, [S.I.], v. 68, n. 4, p. 642-648, 1998.

SERVAES P.; VERHAGEN C.; BLEIJENBERG G. Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. **European journal of cancer**, v. 38, n. 1, p. 27-43, 2002.

[https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(01\)00332-X](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(01)00332-X)

SILVA L.G.; YAMADA KN. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. **Cienc. Cuid. Saúde**, [S.I.], v. 7, n. 1, p. 98-105, 2008.

SILVA, R.M. et.al. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. Esc. Anna Nery, 2011 abr-jun:15(270-279). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a06>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SPINDOLA T. Mulher, mãe ... e trabalhadora de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.**, v.34, p. 354-361, 2000.

<https://doi.org/10.1590/S0080-6234200000400006>

SOUZA M.L. et.al. O Cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. Texto e Contexto Enferm., [S.I.], v. 14, n. 2, p.266-270, 2005.

SZETO G.P.Y. et.al. Multifaceted ergonomic intervention programme for community nurses: pilot study. **Journal of Advanced Nursing**, [S.I.], v. 66, n. 5, p. 1022-1034, 2010.

TEPAS D.I. et.al. The impact of night work on subjective reports of well being: an exploratory study of health care workers from five nations. **Rev Saúde Pública**, [S.I.], v. 38, p. 26-31, 2004.

TRONCOSO, M. P.; SUAZO, S. V. Cuidado humanizado: un desafio para Las enfermeras em los servicios hospitalarios. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 499-503, 2007.

<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>

TUOMI, K. et.al. Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981—1992. **Scandinavian journal of work, environment & health**, [S.I.], p. 58-65, 1997.

TUOMI, K. et.al. **Índice de capacidade para o trabalho**. São Carlos: EdUFSCar, p.7-52, 2005.

TUOMI K. et.al. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. **Occup Med.**, [S.I.], v.51, p. 318-324, 2001.

VASCONCELOS S.P. **Avaliação da capacidade para o trabalho e fadiga entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de urgência e emergência na Amazônia Ocidental** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.

<https://doi.org/10.11606/D.6.2009.tde-27012011-160853>

VEGIAN C.F.L. **Capacidade para o trabalho entre profissionais de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel urgência** [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Medicas, Universidade Estadual de Campinas; 2010.

VIANEY E. L.; BRASILEIRO M. E.. Saúde do trabalhador: condições de trabalho do pessoal de enfermagem em hospital psiquiátrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 5, 2003.

<https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000500017>

YAMAZAKI S. Lifestyle and work predictors of fatigue in japanese manufacturing workers. *Occup Med.*, [S.I.], v. 57, p. 262-269, 2007.



ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “ESTUDO SOBRE A FADIGA E A CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM”, sob a responsabilidade dos pesquisadores: Anna Paula Alves da Silva Almeida e Prof. Dr. Paulo César Mendes. Nesta pesquisa nós estamos buscando identificar sinais de fadiga e a influência na capacidade para o trabalho nos profissionais de enfermagem do setor de clínica médica do HCU, e analisar se os sinais identificados apresentam associação com algumas características pessoais e ocupacionais. A importância deste estudo é a possibilidade de subsidiar e fortalecer os centros destinados a cuidar dos trabalhadores, munindo-os com informações acerca dos diversos indivíduos, conforme suas características específicas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Anna Paula Alves da Silva Almeida, durante o horário de trabalho dos participantes que aceitarem participar da pesquisa no setor de clínica médica do Hospital de Clínicas de Uberlândia durante os meses de Julho a Agosto de 2017. Na sua participação você irá preencher três questionários auto avaliativos (Questionário de Informações Sócio demográficas e Ocupacionais, Questionário de Fadiga e Questionário do Índice de Capacidade para o trabalho) a pesquisadora Anna Paula Alves da Silva Almeida comparecerá à unidade onde trabalha para conversar e explicar o estudo; em seguida, será entregue os questionários para a coleta dos dados, estima-se um tempo mínimo de 8 e máximo de 15 minutos para responder ao questionário. Logo após o recolhimento os dados serão organizados, analisados e divulgados os resultados do estudo. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. A presente pesquisa pode oferecer os seguintes riscos: desconforto, cansaço, impaciência ou constrangimento ao responder os questionários que captam informações pessoais, sócio-demográficas, ocupacionais, fadiga e capacidade para o trabalho. No entanto, os pesquisadores estão comprometidos em evitar, minimizar e prestar cuidados na ocorrência desses. Existe também o risco de identificação do participante, este será minimizado com a utilização de variáveis numéricas que não identifica os participantes da pesquisa, conforme estabelece a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde CNS; além disso, a equipe de pesquisadores se compromete com o sigilo absoluto da identidade dos participantes. Não haverá riscos físicos ou morais diretos, perdas financeiras para os envolvidos no estudo e nem para instituição onde será realizado projeto de pesquisa. Não há benefício direto para o participante deste estudo. Mas no final do estudo será possível saber se há fadiga na equipe de enfermagem do setor de clínica médica do hospital de Clínicas de Uberlândia e suas influências para a capacidade do trabalho. Os resultados serão encaminhados à instituição para que faça parte do seu planejamento de ações, medidas relacionadas à melhoria do ambiente de trabalho. 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: Anna Paula Alves da Silva Almeida Av. Pará, 1720 - Umuarama, Uberlândia - MG, 38405-320. Telefone: 34 3218-2119. Pesquisadora: Anna Paula Alves

da Silva Almeida E-mail: anninha_pas@hotmail.com Orientador: Paulo César Mendes E-mail: paulocezarufu@gmail.com. Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na 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. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia,dede 2017

Assinatura dos pesquisadores

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

Participante da pesquisa

ANEXO B - Índice de capacidade para o trabalho

Este questionário foi elaborado pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, Helsinki; traduzido e adaptado por pesquisadores das seguintes universidades: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Departamento de Saúde Ambiental; Universidade Federal de São Carlos: Departamento de enfermagem; Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP: Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Por favor, preencha o questionário cuidadosamente, respondendo todas as questões com um círculo entorno da alternativa que melhor reflete sua opinião ou escrevendo sua resposta em local apropriado.

1. Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

Circule um número na escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade atual:

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

2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Ex.: fazer esforço físico com partes do corpo).

Muito boa	5
Boa	4
Moderada	3
Baixa	2
Muito baixa	1

3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais de seu trabalho? (ex.: interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer).

Muito boa	5
Boa	4
Moderada	3
Baixa	2
Muito Baixa	1

4. Em sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente? Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

	Em minha Opinião	Diagnóstico médico
1 lesão nas costas	2	1
2 lesão nos braços/ mãos	2	1
3 lesão nas pernas/ pés	2	1
4 lesão em outras partes do corpo	2	1
Onde? Que tipo de lesão?		
5 doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	2	1
6 doença da parte inferior das costas com dores frequentes	2	1
7 dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	2	1
8 doença músculo-esquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	2	1
9 artrite reumatoide	2	1
10 outra doença músculo esquelética	2	1
Qual?		
11 hipertensão arterial (pressão alta)	2	1
12 doença coronariana	2	1
13 infarto do miocárdio, trombose coronariana	2	1
14 insuficiência cardíaca	2	1
15 outra doença cardiovascular	2	1
Qual?		
16 infecções repetidas do trato respiratório		
(inclusive amidalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	2	1
17 bronquite crônica	2	1
19 asma	2	1
20 enfisema	2	1
21 tuberculose pulmonar	2	1
22 Outra doença respiratória	2	1
Qual?		
.....		

23 distúrbios emocionais severo (depressão severa)	2	1
	Em minha Opinião	Diagnóstico médico
24 distúrbio emocional leve, tensão, ansiedade, insônia)	2	1
25 problema ou diminuição da audição	2	1
26 doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato)		
.....	2	1
27 doença neurológica (acidente vascular cerebral, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)		
.....	2	1
28 outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos		
.....	2	1
Qual?		
29 pedras ou doenças da vesícula biliar	2	1
30 doença do pâncreas ou do fígado	2	1
31 úlcera gástrica ou duodenal	2	1
32 gastrite ou irritação duodenal	2	1
33 colite ou irritação do cólon	2	1
34 outra doença digestiva	2	1
Qual?		
35 infecções das vias urinárias	2	1
36 doença dos rins	2	1
37 doença nos genitais e aparelho (problema nas trompas ou na próstata	2	1
38 outra doença geniturária	2	1
Qual?		
39 alergia, eczema	2	1
40 outra erupção cutânea	2	1
Qual?		
41 outra doença de pele	2	1
Qual?		
42 tumor benigno	2	1
43 tumor maligno (câncer)	2	1
Qual?		
44 obesidade	2	1
45 diabetes	2	1

46 bócio ou outra doença da tireóide	2	1
	Em minha Diagnóstico Opinião médico	
47 outra doença endócrina ou metabólica	2	1
Qual?		
48 anemia	2	1
49 outra doença do sangue	2	1
50 defeito de nascimento	2	1
Qual?		
51 outro problema ou doença	2	1
Qual?		

5. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma nesta pergunta.)

Não há impedimento/Eu não tenho doenças	6
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	5
Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	4
Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	3
Por causa de minha doença sinto-me incapaz de trabalhar apenas em tempo parcial	2
Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar	1

6. Quantos dias inteiros você esteve fora esteve fora por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para exame durante os últimos 12 meses?

Nenhuma	5
Até 9 dias	4
De 10 a 24 dias	3
De 25 a 99 dias	2
De 100 a 365 dias	1

7. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?

É improvável 1

Não estou muito certo 4

Bastante provável 7

8. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre 4

Quase sempre 3

Às vezes 2

Raramente 1

Nunca 0

9. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre 4

Quase sempre 3

Às vezes 2

Raramente 1

Nunca 0

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

Continuamente 4

Quase sempre 3

Às vezes 2

Raramente 1

Nunca 0

ANEXO C - Questionário de Fadiga

Escala de Fadiga de Chalder

Em relação às duas últimas semanas, por favor, marque com um x as condições seguintes, de acordo com as opções ao lado.

FADIGA FÍSICA	Nunca 0	Rarament e 1	Às vezes 2	Sempr e 3
Eu me cansei facilmente				
Precisei descansar mais				
Estive sonolento				
Não consegui iniciar nada				
Estive com falta de ânimo				
Senti menos força nos músculos				
Me senti fraco				
FADIGA MENTAL				
Tive problemas de concentração				
Tive dificuldade para pensar claramente				
Tive dificuldade para encontrar a palavra certa				
Tive problemas de memória				

APÊNDICE

APÊNDICE A - Informações Sócio-Demográficas e Ocupacionais

Código de controle: _____ Data: ____ / ____ / ____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. SEXO:

Feminino Masculino

2. IDADE:

<input type="checkbox"/> 20 a 30 anos	<input type="checkbox"/> 31 a 40 anos	<input type="checkbox"/> 41 a 50 anos
<input type="checkbox"/> 51 a 60 anos	<input type="checkbox"/> acima de 60 anos	

3. ESTADO CIVIL:

<input type="checkbox"/> Solteiro (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a) ou com Companheira (o)
<input type="checkbox"/> Separado (a) ou divorciado (a)	<input type="checkbox"/> Viúvo (a)

4. ESCOLARIDADE:

<input type="checkbox"/> Ensino Médio	<input type="checkbox"/> Graduação	<input type="checkbox"/> Pós-Graduação
---------------------------------------	------------------------------------	--

5. RENDA FAMILIAR:

<input type="checkbox"/> 1 a 2 Salários Mínimos	<input type="checkbox"/> Acima de 2 a 4 Salários Mínimos
<input type="checkbox"/> Acima de 4 a 6 Salários Mínimos	<input type="checkbox"/> Mais que 6 Salários Mínimos

6. QUANTIDADE DE PESSOAS QUE RESIDEM NO SEU DOMICÍLIO:

<input type="checkbox"/> 1 Pessoa	<input type="checkbox"/> 2 a 3 Pessoas
<input type="checkbox"/> 4 a 5 Pessoas	<input type="checkbox"/> Mais de 6 Pessoas

HÁBITOS DE VIDA

7. FUMANTE:

<input type="checkbox"/> Sim, fuma.	<input type="checkbox"/> Já fumou, mas parou.	<input type="checkbox"/> Não, nunca fumou.
-------------------------------------	---	--

8. CONSUME BEBIDA ALCOOLICA:

<input type="checkbox"/> Sim, consome.	<input type="checkbox"/> Já Consumiu, mas parou.	<input type="checkbox"/> Não, nunca consumiu.
--	--	---

9. PRATICA EXERCÍCIOS FÍSICOS:

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

DADOS OCUPACIONAIS

10. CARGO EXERCIDO ATUALMENTE:

<input type="checkbox"/> Auxiliar (a) de enfermagem	<input type="checkbox"/> Técnico (a) de enfermagem
<input type="checkbox"/> Enfermeiro (a)	

11. TEMPO DE TRABALHO COM ENFERMAGEM:

<input type="checkbox"/> Menos de 5 anos.	<input type="checkbox"/> De 5 a 10 anos.	<input type="checkbox"/> De 10 a 15 anos.
<input type="checkbox"/> De 15 a 20 anos.	<input type="checkbox"/> Acima de 20 anos.	

12. TEMPO DE TRABALHO COM ENFERMAGEM NO SETOR DE CLÍNICA MÉDICA DO HCU:

- Menos de 5 anos. De 5 a 10 anos. De 10 a 15 anos.
 De 15 a 20 anos. Acima de 20 anos.

13. JORNADA DE TRABALHO NO SETOR DE CLINICA MÉDICA DO HCU, MÉDIA SEMANAL:

- Menos de 40 horas. De 40 a 60 horas. Mais que 60 horas.

14. TURNO DE TRABALHO:

- Manhã (6 horas) Tarde (6 horas) Diurno (12horas) Noturno (12 horas).

15. TRABALHA EM OUTRO LOCAL ALÉM DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA:

- Sim. Não.

Se sim, este emprego é na área de enfermagem:

- Sim. Não.

Se não, qual é o outro emprego/trabalho:

16. QUANTOS EMPREGOS EXERCEM:

- 1 2 3 4

17. ALGUM ACIDENTE DE TRABALHO NOS ÚLTIMOS 12 MESES:

- Sim. Não.

Se sim, quantos e qual/quais acidente (s), especificar:

18. ADQUIRIU ALGUMA DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 12 MESES:

- Sim. Não.

Se sim, qual/quais doença (s) relacionadas ao trabalho, Especificar:

19. AFASTAMENTO DO TRABALHO POR MOTIVO DE ACIDENTE OU DOENÇA NOS ÚLTIMOS 12 MESES:

- Sim Não

Se sim, quantos dias de afastamento:

- Menos de 7 días. 8 a 28 días. 29 a 49 días. Acima de 50 días.