



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR (PPGAT)**



JULIANA ALVES DE JESUS

**AFASTAMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UTI ADULTO
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE UBERLÂNDIA: IMPLICAÇÕES**

**UBERLÂNDIA
2019**

JULIANA ALVES DE JESUS

**AFASTAMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UTI ADULTO
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE UBERLÂNDIA: IMPLICAÇÕES**

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

Linha de Pesquisa: Saúde do trabalhador
Orientador: Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar

UBERLÂNDIA

2019

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

J58a
2019

Jesus, Juliana Alves de, 1984-
Afastamentos dos profissionais de enfermagem da UTI adulto de um
hospital universitário de Uberlândia [recurso eletrônico] : implicações /
Juliana Alves de Jesus. - 2019.

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

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2019.712>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia.. I. Bacelar, Winston Kleiber de Almeida, 1966-
(Orient.) II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-
graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva - CRB-6/1408



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, número 79, PPGSAT				
Data:	17/09/2019	Hora de início:	13:30	Hora de encerramento:	16:00
Matrícula do Discente:	11712GST016				
Nome do Discente:	Juliana Alves de Jesus				
Título do Trabalho:	"AFASTAMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UTI ADULTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE UBERLÂNDIA: PERCEPÇÃO DO PROCESSO".				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se no Anfiteatro/Sala 29 - Bloco 2U, Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde Do Trabalhador, assim composta: Professores Doutores: Prof.a. Dra. Eleusa Gallo Rosenberg - Faculdade Pitágoras; Prof.a. Dra. Maria Cristina De Moura Ferreira - FAMED-UFU; e Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar; IG-UFU orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr(a). Winston Kleiber de Almeida Bacelar, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Winston Kleiber de Almeida Bacelar, Coordenador(a)**, em 17/09/2019, às 16:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Cristina de Moura Ferreira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/09/2019, às 12:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eleusa Gallo Rosenberg, Usuário Externo**, em 20/09/2019, às 14:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1522585** e o código CRC **1FE225A5**.

Dedico em primeiro lugar a Deus que é o dono de tudo e me capacitou para este trabalho, em segundo lugar a minha mãe Helena que vibrou pela minha conquista meu pai que sempre orou por mim, meu companheiro de vida Welles que esteve comigo durante este processo e entendeu minha ausência, a equipe de trabalho que sempre me apoiou e entendeu minhas decisões e ao meu orientador pela paciência. Muito obrigado, a presença de todos foi imprescindível para esta conquista.

RESUMO

O presente estudo discute a relação do ambiente e a natureza do trabalho com as doenças prevalentes em profissionais de enfermagem da UTI Adulto de um Hospital Universitário de Uberlândia que implicam em afastamento e conhecer a percepção do trabalhador frente a todo este processo que culminou em seu afastamento. Para isto os objetivos específicos elencados foram: conhecer o perfil da equipe de enfermagem; identificar as causas de afastamentos e analisar a visão do trabalhador frente ao processo de adoecimento. Os dados referentes às doenças prevalentes foram coletados nos setores de Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e na Diretoria de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS) e os dados de perfil foram levantados junto à diretoria de enfermagem e após esta coleta foi aplicado questionário referente à visão do trabalhador frente processo de adoecimento que culminou em seu afastamento. Para análise quantitativa foi utilizado o programa estatístico Bioestat versão 5.3 (software livre), e para qualitativa foi realizado a interpretação através da análise de conteúdo na modalidade de análise temática. Os resultados demonstraram predominância de profissionais da categoria de técnico de enfermagem (63,5%), do sexo feminino (87,8%), faixa etária de 31 a 40 anos (39,1%), o estado civil solteiros (50,4%) e em relação ao tempo de trabalho na instituição o predomínio é de profissionais com menos de um ano na instituição (35,7%) demonstrando uma alta rotatividade de trabalhadores. Constatou-se segundo o CID-10 que o grupo doenças predominantes nestes profissionais foram respectivamente: CIDF00 F99 grupo de doenças relacionadas a transtornos mentais comportamentais (19,02%) e M00 M99 grupo de doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (18,84%). Foi possível identificar através da visão do profissional que o ambiente e natureza do trabalho de enfermagem em UTI tem estreita relação com o adoecimento devido as múltiplas atribuições e o trabalhar sobre pressão em um ambiente tenso devido a criticidade dos pacientes e as próprias particularidades do ambiente implicando em cansaço físico e mental. No entanto mesmo com todas as partes negativas do trabalho da enfermagem em UTI o profissional de enfermagem ainda sente satisfação e realização pessoal com a atividade exercida. Com intuito de aprofundar as investigações referentes a relação do ambiente e natureza do trabalho na UTI Adulto e saúde desta população de estudo faz-se necessário novas abordagens de estudo, visto que o assunto não se encerra aqui, cremos que nossos resultados apontam para a urgente necessidade de mudanças nas condições de trabalho desse grupo de profissionais com medidas locais como os serviços permanentes de psicologia e fisioterapeuta voltados ao cuidado ao profissional, e medidas burocráticas e organizacionais como a redução da carga horária.

Palavras-chaves: Saúde do Trabalhador. Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The present study discusses the relationship between the environment and the nature of work with the prevalent diseases in nursing professionals of the Adult ICU of a University Hospital of Uberlândia that imply removal and to know the perception of the worker in the face of all this process that culminated in his removal. . For this, the specific objectives listed were to know the profile of the nursing team; identify the causes of sick leave and analyze the workers' view of the illness process. Data on prevalent diseases were collected in the Specialized Safety Engineering and Occupational Medicine Service (SESMT) and Server Life and Health Directorate (DIRQS) sectors and profile data were collected from the Nursing Directorate and after This collection consisted of a questionnaire regarding the workers' view of the disease process that culminated in their removal. For quantitative analysis was used the statistical program Bioestat version 5.3 (free software), and for qualitative interpretation was performed through content analysis in thematic analysis. The results showed a predominance of professionals from the nursing technician category (63.5%), female (87.8%), age range 31-40 years (39.1%), single marital status (50, 4%) in relation to working time in the institution, the predominance is of professionals with less than one year in the institution (35.7%) showing a high turnover of workers. According to ICD-10, the predominant diseases group in these professionals were respectively: CIDF00 F99 group of diseases related to behavioral mental disorders (19.02%) and M00 M99 group of diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (18.84 %). It was possible to identify through the professional's view that the environment and nature of ICU nursing work is closely related to illness due to multiple attributions and working under pressure in a tense environment due to the criticality of the patients and the environment's own particularities implying in physical and mental tiredness. However, even with all the negative parts of ICU nursing work, the nursing professional still feels satisfaction and personal fulfillment with the activity performed. In order to deepen the investigations regarding the relationship of the environment and nature of the work in the Adult ICU and its health. study population is necessary new approaches to study, since the subject does not end here, we believe that our results point to the urgent need for changes in the working conditions of this group of professionals with local measures as the permanent services of psychology and physical therapist focused on professional care, and bureaucratic and organizational measures such as reducing the workload.

Keywords: Worker's health. Nursing. Intensive Care Unit.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização da equipe de enfermagem da UTI Adulto de um Hospital Universitário de Uberlândia segundo: função, sexo, faixa etária, estado civil e tempo de trabalho na instituição, Uberlândia-MG, 2019.	42
Tabela 2-	CIDs que acometeram a equipe de enfermagem da UTI Adulto de um Hospital Universitário de Uberlândia no intervalo de cinco anos sendo estes 2012-2017, e quantidade de CID por ano, Uberlândia-MG, 2019.	47
Tabela 3-	Maiores causas de afastamentos da equipe de enfermagem da UTI Adulto de um Hospital Universitário de Uberlândia durante os anos de 2012 a 2017 segundo CIDs, Uberlândia-MG, 2019.	49

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1-	Representação gráfica do crescimento anual de CIDs durante os anos de estudo 2012-2017, Uberlândia-MG, 2019.	48
Gráfico 2-	Representação gráfica das maiores causas de afastamentos nos anos de 2012-2017, Uberlândia-MG, 2019.	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
APH	Adicional de Plantão Hospitalar
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com à Saúde-10
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIRQS	Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor
DORT	Distúrbios Ocupacionais Relacionados ao Trabalho
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FEPEEN	Federación Panamericana de Profissionais de Enfermeria
HIV	Human Immunodeficiency Virus
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
NASS	Núcleo de Saúde do Servidor
NR32	Norma Regulamentadora 32
NR9	Norma Regulamentadora 9
PICs	Práticas Integrativas Complementares
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
SESMET	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SIAPENET	Sistema Integrado de Administração de Pessoal
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

UTI A	Unidade de Terapia Intensiva Adulto
UTI CO	Unidade de Terapia Intensiva Coronariana
UTI NEO	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTI Q	Unidade de Terapia Intensiva Queimados
UTI PED	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	11
1 –	INTRODUÇÃO	14
2 –	REFERENCIAL TEÓRICO: TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO NA ENFERMAGEM	16
2.1	Breve histórico da população e do ambiente de estudo	24
2.1.1	A Enfermagem no Brasil	28
2.1.2	Hospitais no Brasil	30
2.1.2.1	As UTI's	31
2.1.2.2	Peculiaridades do trabalho na UTI que podem causar adoecimento na equipe de enfermagem	33
3-	PERCURSO METODOLÓGICO	38
4-	RESULTADOS	42
4.1	Perfil da equipe de enfermagem da UTI Adulto de um Hospital Universitário de Uberlândia	42
4.2	Causas de afastamentos na equipe de enfermagem de um Hospital Universitário de Uberlândia do setor de UTI Adulto em um intervalo de cinco anos segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde – CID-10	46
4.3	Percepções do trabalhador sobre a relação do trabalho com o processo de adoecimento e afastamento	54
4.3.1	Rotina de trabalho na UTI: cansaço físico e mental devido a múltiplas atribuições	54
4.3.2	Implicações do trabalho para a saúde segundo a percepção do trabalhador	55
4.3.3	Riscos frequentes sofridos por estes profissionais na UTI	57
4.3.4	Percepções sobre o processo de adoecimento que culminou em afastamento	58
4.3.5	Satisfação com a profissão	59
5-	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	64
	ANEXO A- QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO	76
	ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	77
	ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	79
	ANEXO D- LISTA DE TABULAÇÃO PARA MORBIDADE	84

APRESENTAÇÃO

O trabalho é função vital na vida do indivíduo sendo este necessário tanto para sua subsistência quanto para a saúde física e mental e é um meio em que o homem obtém satisfação pessoal, segurança financeira, expõe suas habilidades e se sente produtivo e útil. Porém, esse mesmo trabalho que o torna útil, trazendo sentido à vida, é o mesmo que pode causar agravos a sua saúde colocando-o a mercê do sistema produtivo vigente, em que o indivíduo trabalhador é mera peça/ferramenta de trabalho que quando com defeito perde seu valor.

Ao adoecer, o trabalhador, na maioria das vezes, tem a necessidade de se afastar de suas atividades laborais para reabilitar sua saúde e este é um grande problema tanto para o trabalhador que se sente improdutivo, quanto para a empresa que o substitui mesmo que por tempo determinado. Sobre o assunto, e a título de exemplo, Sancinetti (2009) ao analisar a quantidade e as causas de afastamentos por doença dos profissionais de enfermagem e sua relação com a taxa de ocupação das unidades de internação de um hospital de ensino, identificou um elevado custo dos afastamentos no trabalho¹. Para Sancinetti (2009) as ausências por doença verificadas somaram 11.941 dias, equivalentes a 32 anos de trabalho perdidos, considerando o salário médio da equipe à época de 3.071,85 reais, esses afastamentos representam 398 meses e o montante de R\$ 1.222.596,00 sendo os afastamentos até 15 dias de responsabilidade da instituição, estes somaram 3.552 dias, o que corresponde a R\$ 363.707,04, levando em conta apenas o salário. Contudo, esses números não traduzem e não explicam o outro lado da equação, o trabalhador em enfermagem e os dilemas que levaram a seu afastamento.

Existem profissões e locais de trabalho que tem riscos de adoecimento mais elevados que outros, conforme o tipo de atividade exercida e o ambiente de trabalho mais ou menos salubre. Nosso estudo versa sobre profissionais de enfermagem em um local/ambiente pouco salubre, uma Unidade de Terapia Intensiva (UTIs) em um hospital de clínicas com funções de hospital e escola. Em nosso entender as UTI's são locais insalubres com rotinas de trabalho intensas rodeadas de imprevistos e intercorrências com aparato tecnológico de alta densidade, manuseio ou contato com materiais biológicos e químicos a todo o momento, com posturas ergonômicas inadequadas no transporte e movimentação de pacientes, clima de tensão e atenção altíssima ao paciente que está sob seus cuidados e a exigência de capacidades e

¹ “A população do estudo foram os 647 trabalhadores de enfermagem, lotados no DE, sendo: 174 enfermeiros, 257 técnicos de enfermagem, 208 auxiliares de enfermagem e oito atendentes de enfermagem. O dado de interesse para o estudo foram os afastamentos por motivo de doença, ocorridos no período de janeiro a dezembro 2007.”

conhecimentos para tomadas de decisões e condutas rápidas em um ambiente em que a morte é uma situação real e pode acontecer a qualquer instante, o que invariavelmente aflora o sentimento de impotência por não conseguir fazer mais por aquele paciente. É nesse ambiente de alta tensão emocional que o profissional de enfermagem, seja enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem se insere, com diversos riscos a sua saúde física e mental e que pode levar ao adoecimento e possível afastamento de suas atividades laborais.

O adoecimento entre os trabalhadores de enfermagem tem sido foco de diversos estudos em que autores identificam os principais motivos de afastamento, sendo eles: transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, lesões, envenenamentos e consequências de causas externas, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório, fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, doenças do aparelho digestivo, doenças infecciosas e parasitárias, doenças de olho e anexos, doenças do aparelho geniturinário, doenças de ouvido, doenças de pele e tecido subcutâneo, doenças de sangue e órgãos hematopoiéticos, doenças do sistema nervoso e causas externas de morbidade (FELLI, 2012; BAPTISTA, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2012)

Assim, entendemos que os agravos a saúde do trabalhador em enfermagem são causados pela natureza do trabalho exercido e pelos riscos inerentes ao próprio ambiente de trabalho, ou seja, tanto a atividade exercida pode causar doenças quanto o ambiente em que estas atividades são exercidas podem adoecer. Sendo assim, o adoecimento do trabalhador que culminou em seu afastamento, pode trazer a este profissional sentimentos diferentes em relação ao trabalho, alterando o sentimento prazeroso e com satisfação pessoal, para situações de angústia profissional. Por isso, em nosso estudo buscamos identificar e analisar os motivos dos afastamentos da equipe de enfermagem de uma UTI de um Hospital Universitário e conhecer a visão dos profissionais de enfermagem em relação ao processo que culminou em seu afastamento.

A pesquisa foi realizada na UTI Adulto de um Hospital Universitário de Uberlândia, o qual é um hospital com importante prestação de serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS). É uma referência em média e alta complexidade para 86 municípios da mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, contudo atende também demandas de outras mesorregiões do Estado de Minas Gerais (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, 2019).

A temática e o local do estudo partiu da minha vivência como técnica de enfermagem, desde 2007 onde comecei minha carreira na área da saúde na Unidade de Terapia Intensiva Adulto da Santa Casa de Misericórdia de Araguari onde pude conhecer este ambiente de

trabalho e seus efeitos nocivos ao profissional da enfermagem desde de então fui despertada pelo interesse em pesquisar sobre este ambiente e sobre esta classe de trabalhadores tão envolvida com seu objeto de trabalho que é o paciente, me formei como enfermeira em 2010 me tornei enfermeira intensivista em 2012 e então surgiu esta nova oportunidade de pesquisa e pude realizar então este desejo de conhecer melhor os efeitos nocivos deste ambiente ao trabalhador em especial a enfermagem.

Assim estabelecido o local de estudo, partimos para as indagações e objetivos que motivam o nosso trabalho: qual perfil do trabalhador de enfermagem inserido em um ambiente de UTI? Quais as causas de afastamentos desses profissionais de suas atividades laborais? Qual a visão desse profissional frente ao processo que culminou em seu afastamento?

1 - INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador e o ambiente de trabalho adequado estão diretamente relacionados com a qualidade de vida e do serviço que é prestado pelo mesmo, sendo assim, o local de trabalho tem grande influência na saúde do profissional que ali atua, levando em consideração que parte de sua vida se passa no ambiente de trabalho.

O trabalhar é um ato imprescindível para as pessoas, pois refere-se à própria sobrevivência e condicionamento social do indivíduo, não sendo apenas um modo de ganhar a vida, mas também uma forma de inserção social em que os aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados. O trabalho também pode ser entendido como um fator de equilíbrio e de desenvolvimento, no entanto, o mesmo trabalho que vivifica o homem pode ser um fator de deterioração, de envelhecimento e de doenças graves. De fato, o trabalho não é sempre causador de agravos a saúde, mas também, tem um poder estruturante para saúde mental e física.

De acordo com Carvalho e Magalhães (2013), o profissional de enfermagem é o profissional de saúde que mais se expõe aos riscos do trabalho na área de saúde visto que a enfermagem é o maior grupo individualizado de trabalhadores de saúde; prestadora de assistência ininterrupta, 24 horas por dia; executora de cerca de 60% das ações de saúde; a categoria que mais entra em contato físico com os doentes.

O hospital é o principal ambiente de trabalho para a enfermagem, diante disto torna-se necessário considerar que esse ambiente acaba sendo nocivo devido à exposição cotidiana desses profissionais ao ambiente. O ambiente hospitalar é tipicamente insalubre e expõe seus trabalhadores a diversos riscos ocupacionais próprios do local de trabalho. Entre os riscos presentes neste ambiente está o contato com produtos químicos, substâncias e compostos, contato constante com material biológico, desgaste físico, postura incorreta, estresse, inadequação no ambiente relacionado à iluminação e estrutura física inadequada, trabalho noturno, levantamento e transporte de peso. A área do hospital em que o profissional está inserido deve ser levada em consideração, pois cada área hospitalar apresenta suas peculiaridades.

A enfermagem, tem sido a profissão da área da saúde mais afetada por riscos ocupacionais. E em se tratando de ambientes de alta complexidade com pacientes em situações mais graves, como é o caso das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), os riscos aumentam. Nas UTI's o trabalho da equipe de enfermagem é desenvolvido em condições peculiares e a gravidade e complexidade dos pacientes impõe a necessidade de trabalhar com

equipamentos sofisticados, realizando tarefas assistenciais complexas, presença constante de ruídos dos aparelhos, ambiente fechado, frio e a vivência com vida e morte que causam ao trabalhador sentimentos de tristeza.

É um ambiente que exige dos profissionais de enfermagem habilidade e agilidade no desenvolver de suas funções. O risco de ocorrência de acidentes de trabalho dentro da UTI multiplica-se devido ao perfil dos pacientes internados, que necessitam de cuidados intensivos, e por ser um ambiente crítico e estressante. No ambiente da UTI, o processo de desgaste físico e mental, originado pela sobrecarga de trabalho, pode ser gerador de doenças ocupacionais a exemplo da Síndrome de *Burnout*, o estresse profissional, doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo, além de causar dificuldades de relacionamento em equipe e com pacientes e familiares, prejudicando as condições de trabalho e as relações organizacionais, tornando-se grande gerador de absenteísmo.

O ambiente da UTI foi escolhido para este estudo devido a complexidade de seus pacientes e a complexidade de procedimentos e equipamentos no qual o profissional de enfermagem está diretamente relacionado, e devido a estes e a diversos outros fatores que a UTI é considerada um dos lugares que mais implicam em adoecimento nos profissionais de saúde. A UTI é um ambiente intra-hospitalar que possui diversos riscos para a saúde do profissional da saúde, visto como tenso e estressante em que o profissional lida com a dor, o sofrimento e a morte cotidianamente sem tempo de viver o luto do seu paciente já que o trabalho na UTI é incessante com várias tarefas o tempo todo para serem realizadas cotidianamente misturadas a situações inesperadas.

As diferentes áreas de atuação da enfermagem oferecem maiores ou menores riscos durante as atividades laborais desenvolvidas, tanto para os profissionais quanto para os clientes, e possuem características diferentes. Enfim, e a partir de extensa pesquisa sobre o tema, inferimos que a UTI é um ambiente de trabalho que implica alterações na saúde do profissional de enfermagem e o estresse e os distúrbios osteomusculares são os agravos de saúde que mais atingem esses profissionais. Sendo assim, buscamos com esta pesquisa conhecer a realidade dos profissionais de enfermagem do Hospital Universitário de Uberlândia à luz de outros estudos sobre o assunto e identificar as doenças que estão implicando na saúde do profissional de enfermagem, bem como, e também, conhecer a visão desse profissional quanto ao desfecho do problema, para enfim propormos algumas possíveis maneiras de dirimir tal situação.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

TRABALHO E RISCOS DE ADOECIMENTO NA ENFERMAGEM.

O trabalho é definido como atividade resultante do consumo de energia mental e física voltada direta ou indiretamente para produção de bens e serviços sendo individual ou coletivo (CARVALHO, 2010). Para Marx e Friedrich Engels (2007), o trabalho é atividade essencial para a vida do ser humano sendo mais que uma atividade ou ocupação, é considerado uma inter-relação entre o homem (a sociedade) e a natureza caracterizando o homem biológico como homem social.

A atividade laboral se envolve de certo simbolismo para a sociedade sendo que o indivíduo só se sente parte dela quando se transforma em um ser produtivo, isto é, quando, com o esforço do seu próprio corpo e mente, desenvolve atividades para construção de algo que lhe traga um retorno financeiro ou de realização pessoal, já que é pelo trabalho também que o indivíduo adquire realização pessoal, satisfação, segurança e onde desenvolve suas relações interpessoais que interferem diretamente em sua subjetividade (SILVA; MARZIALE, 2003).

Essa ideia também é afirmada por Lancman e Ghirardi (2002) em que expõem que o trabalho é considerado aspecto central na constituição do indivíduo, não sendo apenas a venda de sua força de trabalho em troca de rendimentos, mas também um aspecto central na relação do homem com a sociedade. É com o trabalho que o sujeito tem acesso aos direitos sociais, possui também função psíquica ao se relacionar com processos de reconhecimento, gratificação e estimular a inteligência sendo que estes processos estão diretamente ligados a construção da subjetividade do sujeito em relação ao trabalho.

Segundo Beck (2009), o trabalho possui duas finalidades essenciais na vida do homem: a reprodução social que trás a ele a possibilidade de adquirir bens, satisfazendo suas necessidades e a expressão como sujeito, que possibilita a sensação de bem-estar, satisfação e realização com o produto do seu trabalho, realçando suas potencialidades e habilidades como ser humano.

Já para Dejours (1991), existe uma enorme contradição nesse conceito, pois ao mesmo tempo em que o trabalho trás satisfação, realização pessoal e bem-estar, também pode causar adoecimentos físicos, sofrimentos psíquicos, limitações físicas, lesões, por vezes irreversíveis e prejudicar milhares de trabalhadores em todo o mundo em função de suas condições inapropriadas.

O envolvimento do homem com o trabalho vem sofrendo profundas e complexas mudanças decorrentes das transformações no mundo do trabalho com as constantes inovações tecnológicas e fortalecimento da atividade econômica, o que implica nas consequentes mudanças no processo de trabalho com uma incessante busca do trabalhador em se tornar um ser multifuncional capaz de realizar múltiplas tarefas, e esta busca constante provoca no homem um aumento contínuo de cargas relacionadas ao trabalho implicando no aparecimento de patologias de ordem física, psíquica e emocional. Essa intensa pressão que o trabalhador sente no sentido de cumprir metas o leva ao adoecimento com consequente pedidos de licenças ou afastamento para tratamento de saúde (DEJOURS, 2004).

Em estudo sobre doenças ocupacionais, Chiavenato e Pereira (2004) afirmam que o trabalhador tem que se adaptar às novas tecnologias e se atualizar perante ao mercado que é competitivo e por consequência o ser humano é envolvido num processo complexo e dinâmico que abrange as condições somáticas, os processos cognitivos e emocionais, e as questões sociais.

Os trabalhadores são atingidos por essas incessantes transformações que ocorrem em ritmo acelerado, muitas vezes mais velozes que a capacidade humana pode suportar, causando uma série de agravos à saúde tais como o envelhecimento precoce, aumento do adoecimento, morte por doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas consequências da combinação das novas tecnologias com os novos métodos gerenciais que foram gerando uma intensificação do trabalho (DIAS; HOFEL, 2005). Essas patologias adquiridas ou relacionadas ao ambiente de trabalho são tratadas como doenças ocupacionais. Essas doenças são ocasionadas por pequenos traumas que ocorrem diariamente e que agredem as defesas orgânicas, tornando o ser humano vulnerável frente ao processo patológico cumulativo e repetitivo (MONTEIRO; BERGANI, 2000).

As doenças desencadeadas pelo exercício do trabalho constituem um grave problema de saúde pública em todo mundo, porém os profissionais da saúde inicialmente não foram considerados como uma classe profissional de alto risco para acidentes de trabalho. A relação entre riscos biológicos com as doenças que atingiam especificamente os profissionais da saúde teve início somente no século XX, e hoje se reconhece os riscos gerais e específicos relacionados às atividades laborais que expõe os profissionais da saúde a acidentes de trabalho a doenças do trabalho e a doenças profissionais (RAPPARINI; CARDO, 2004; CAVALCANTE *et al.*, 2006).

Contudo, para melhor compreensão do todo, se faz necessário definir o que se entende por acidente de trabalho. Acidente de trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho

a serviço da empresa provocando direta ou indiretamente lesão corporal, doença ou alguma alteração funcional que leve a morte ou perda ou redução permanente ou temporária para capacidade laboral (BRASIL, 1991). E para elucidar melhor a nossa inquietação sobre o assunto é necessário discutir o que se entende por risco ocupacional. Risco ocupacional é toda e qualquer possibilidade de algum elemento ou alguma atividade existente no ambiente de trabalho que possa causar dano a saúde, seja por meio de acidentes, doenças, sofrimento do profissional ou até mesmo por poluição ambiental, (PORTO, 2000).

Devido à necessidade de prevenção dos riscos ambientais para a saúde do trabalhador o Ministério do Trabalho e Emprego criou a Norma Regulamentadora N° 9 (NR9) que trata do Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA) e classifica os riscos ocupacionais em: **Riscos Físicos** que se referem a ruídos, vibrações, radiação ionizante e não ionizante, pressões anormais, frio, calor e umidade; **Riscos Químicos** que correspondem às poeiras, fumos, névoas, neblina, gases, vapores, substâncias, compostos ou produtos químicos em geral; **Riscos Biológicos** que se tratam de vírus, bactérias, protozoários, fungos, parasitas e bacilos; **Riscos Ergonômicos** que correspondem a esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de postura inadequada, controle rígido de produtividade, imposição de ritmos excessivos, trabalho em turno noturno e jornada de trabalho; **Riscos de Acidentes** que se referem a arranjos físicos inadequados, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas inadequadas ou defeituosas, iluminação inadequada, eletricidade, probabilidade de incêndio ou explosão, armazenamento inadequado, animais peçonhentos e outras situações de riscos que possam levar a ocorrência de acidentes (BRASIL, 1994).

Esta era uma norma geral para todos os trabalhadores, porém devido às especificidades do trabalho na saúde, em 2005 os serviços de saúde passaram a analisar os riscos específicos do setor por meio da Norma Regulamentadora 32 (NR32) que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção a segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2005).

Como dito, o trabalho em saúde apresenta características peculiares, pois são atividades que podem ser padronizadas até certo ponto deixando espaço para autonomia e criatividade do trabalhador. Isto se dá devido às várias situações inesperadas em que o trabalho real muitas vezes é diferente do prescrito. As peculiaridades desse tipo de trabalho levam o profissional a um nível maior de exigência quanto a capacitação, pois ele não é apenas um mero executor de tarefas, mas um profissional capaz de adaptar soluções às intercorrências de forma rápida e eficaz. Outra particularidade dos serviços em saúde é a

diversidade de situações em que ele pode ser realizado sendo inserido em diversas formas de organização e processos de produção, de lugares com poucos aparatos tecnológicos a locais com alta densidade tecnológica como as UTI's (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011).

Sendo assim, se entende que o conjunto de trabalhadores dessa área é amplo e bastante variado, implicando na necessidade de indivíduos com diversidades de competências e habilidades específicas, incluindo portadores de várias especialidades, cargos e funções nos diversos níveis de escolaridade e com diferentes níveis de autonomia no exercício de sua ocupação (ASSUNÇÃO; ADA ÁVILA, 2011).

Além do diverso e amplo contingente de trabalhadores nessa área e da constante incorporação de inovações tecnológicas com introdução de novos equipamentos, definidas como tecnologias duras, destaca-se também como característica desse tipo de trabalho as tecnologias leves-duras que são os saberes profissionais e as tecnologias leves que se caracteriza pelo estabelecimento de relação entre o profissional e o usuário, sendo considerado um item essencial no trabalho em saúde repercutindo diretamente no seu resultado final (MERHY, 2002).

O modo de organização do trabalho na saúde como as jornadas, turnos de trabalho ininterruptos, hierarquias, divisão e fragmentação do trabalho expõe o trabalhador a desgastes específicos implicando no seu adoecimento e em consequente afastamento de suas atividades laborais. Assim, entendemos que o afastamento do trabalho por motivo de doença é resultante dos determinantes de saúde doença da população incidindo sobre o conjunto social em que os trabalhadores e suas condições de trabalho fazem parte (PARREIRA; SALA, 2011).

Dejours (2007) relata que as pressões do trabalho que implicam no equilíbrio físico e na saúde mental são consequências da organização do trabalho e dos riscos somáticos à saúde inseridos nas condições de trabalho, sendo eles de ordem física, química e biológica. Para o autor a organização do trabalho precisa ser entendida por um lado como divisão de tarefas que seria a definição do modo operário e por outro como divisão dos homens como a hierarquia, comando e a submissão. Ainda segundo Dejours (1994):

A organização do trabalho é de certa forma a vontade do outro. Ela é primeiramente divisão do trabalho e sua repartição entre os trabalhadores, isto é, a divisão de homens: a divisão do trabalho recorta assim, de uma só vez, o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho (p. 26-27).

A evolução tecnológica, em especial no trabalho hospitalar, contém componentes cognitivos complexos que implicam em sobrecargas mentais nos trabalhadores sendo a organização do trabalho um dos componentes que mais implicam neste processo devido as jornadas prolongadas de trabalho, ritmo acelerado, pressão da hierarquia, fragmentação de

tarefas, desqualificação do trabalho realizado e conseqüentemente de quem o produz estes são alguns elementos fáceis de serem identificados como iniciantes de um processo de sofrimento psíquico (PITTA, 1990).

O trabalho em instituições de saúde tem uma série de agravantes já que as atividades são marcadas pela divisão de tarefas em que se tem uma severa estrutura hierárquica com pressão para cumprir rotinas pré-estabelecidas, com rigidez de normas e regulamentos, dimensionamento de pessoal insuficiente além de constante exposição aos riscos ocupacionais do próprio ambiente hospitalar como agentes físicos, químicos, biológicos, fatores ergonômicos e psicossociais importantes que em conjunto nos demonstram a complexidade dessa modalidade de trabalho (SILVA JUNIOR, 2010).

Em sua rotina diária de trabalho, o profissional hospitalar se depara com sentimentos de ansiedade intensa já que a equipe de enfermagem que cuida dos doentes tem como atribuição a provisão contínua de cuidado aos pacientes durante 24 horas, dia após dia, até que o paciente se cure ou em um segundo desfecho não resista à doença (PITTA, 1990). As condições de trabalho na área da saúde são, muitas vezes, adversas com recursos físicos e materiais reduzidos e condições e contratos de trabalho precários, recursos humanos insuficientes com contínua pressão dos usuários pelo acesso, exigindo do indivíduo um trabalho multifuncional em que este profissional de saúde assume diversas tarefas e funções que o torna vulnerável a acidentes, doenças ocupacionais, contaminações por vários agentes etiológicos, podendo levar também ao desgaste físico e psicológico, pois as tecnologias leves exigem do profissional um relacionamento com o usuário e com a equipe que envolve toda sua subjetividade, representando uma enorme fonte de desgaste (ASSUNÇÃO; ADA ÁVILA, 2011).

Portanto, trabalhar em saúde é contraditório, já que ao mesmo tempo em que o trabalhador participa da produção de saúde pode sofrer efeitos nocivos na sua própria saúde, implicando na qualidade da assistência prestada o que pode interferir também na qualidade de vida dos seus familiares (ROSADO *et al.*, 2015). Assim, entendemos que os riscos inerentes a essa profissão são decorrentes da assistência direta prestada ao paciente de diversos níveis de gravidade que implica no manuseio de equipamentos pesados, tensões emocionais resultante do sofrimento e da morte, contato com fluídos corporais, trabalho com regime de plantão inclusive nos turnos noturnos, com tempo de sono insuficiente para descanso, implicando diretamente na redução da capacidade cognitiva propiciando a ocorrência de doenças e acidentes (CAVALCANTE *et al.*, 2006).

Algumas características do ambiente organizacional em serviços de saúde, em especial os hospitais, podem ser fontes geradoras de doenças. Uma importante característica organizacional geradora de adoecimento em equipes de saúde é o sistema de turnos de trabalho que podem trazer transtornos de ordem biológica e social, principalmente para o profissional que trabalha em turnos noturnos (PARREIRA; SALA, 2011). Segundo Lisboa, Oliveira e Reis (2016), em um estudo realizado sobre a escassez do sono foi verificado que o organismo humano desenvolve alterações que interferem diretamente no sistema circulatório, nervoso, digestivo e no gastrointestinal provando que o trabalho noturno traz diversas consequências para saúde como sintomas de fadiga, irritabilidade, estresse, diminuição do nível de alerta, mal-estar, enjoo e até depressão. Assim, mudanças no organismo de hábitos diurnos para noturnos implicam na redução da eficiência profissional (LISBOA; OLIVEIRA; REIS, 2006).

No estudo de Andrade (2015), foi constatado um significativo aumento de doenças relacionadas ao trabalho em profissionais da enfermagem que trabalham no turno noturno. Essas doenças, segundo o mesmo autor podem ser associadas às alterações fisiológicas em virtude da prorrogação do período de vigília. No estudo de Felli (2012) demonstra que o trabalho noturno expõe o trabalhador a cargas fisiológicas:

... devido às mudanças nos ritmos circadianos, advindas principalmente do trabalho noturno. A privação do sono e as mudanças dos níveis de melatonina provocam tanto gastrites, obesidade, insônia, diminuição da capacidade de julgamento e de atenção, como cânceres (FELLI, 2012, p.180).

Outro problema do trabalho noturno é quanto a necessidade de dormir de dia, que segundo Soares (2005), é uma prática de difícil realização em consequência da luminosidade do dia, do barulho dos vizinhos ou familiares, alterações nas rotinas dos hábitos alimentares (que é essencial para uma boa disposição para rotina de trabalho noturno), sozinhos ou em conjunto, podem comprometer a saúde do trabalhador causando enfermidades descritas pelos trabalhadores como comprometimentos decorrentes do trabalho.

Por outro lado, o ritmo de trabalho diurno é considerado frenético, podendo também ser causador de desgastes no período das 8 horas da manhã até as 11 horas, período em que é concentrada a maioria das atividades relativas às trocas de plantonistas. O profissional de enfermagem, especialmente o/a enfermeiro/a ao receber o plantão faz a “corrida de leito” para verificar a situação de cada paciente e planejar os cuidados de cada um. É nesse momento que se avaliam os pacientes em relação ao banho no leito, de cadeira ou de ajuda - o banho no leito é uma das atividades mais penosas para a equipe de enfermagem- e, após os banhos são feitos os curativos e são trocadas as roupas de cama (quando estas estão disponíveis). No

período da manhã também são realizadas as prescrições médicas, pedidos de exames e a realização dos mesmos. É preparado e administrado as medicações prescritas pelos médicos, tarefa que requer atenção total da equipe de enfermagem, pois é uma atividade que não se admite erros, elevando a tensão do momento (ASSUNÇÃO; ADA AVILA, 2011). Segundo Soares (2005), é no período diurno que se concentra o maior fluxo de profissionais nas enfermarias como médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, estagiários, secretários, psicólogos, entre vários outros.

Nas enfermarias no período diurno é quando ocorre a maioria dos procedimentos como exames de imagem, laboratoriais, admissões de pacientes, altas, transferências, cirurgias, banhos, curativos, visitas, atendimentos de outras especialidades médicas quando necessário ao paciente. Em enfermarias, no período noturno o ritmo das atividades é reduzido e a continuidade da assistência prestada também, bem como o número de atividades e de pessoas circulando no ambiente e se não houver intercorrências durante o período, como por exemplo, se o quadro de algum paciente se agravar, o ritmo de trabalho noturno é mais reduzido que o do período diurno. Contudo, em setores mais complexos em que se encontram paciente com quadros de saúde mais graves do hospital, a exemplo das Unidades de Terapia Intensiva, as atividades realizadas independem do período do dia (ASSUNÇÃO; ADA AVILA, 2011).

Outros fatores no ambiente hospitalar também são fontes de adoecimento como os riscos biológicos, físicos, químicos ressaltando também a sobrecarga física decorrente de esforços repetitivos como mobilização de pacientes juntamente com banho no leito (que é uma das atividades que dispensam mais energia física da atividade de enfermagem), destaca-se também as posturas de trabalho prolongado em pé e inadequação na mobilização de pacientes acamados, que podem acarretar fadiga, sintomas e lesões osteoarticulares (PARREIRA; SALA, 2011).

As tensões decorrentes das relações entre usuários e os profissionais da saúde também são fontes geradoras de adoecimento induzidas quando o provedor dos cuidados se depara com a inevitável situação de sofrimento do paciente decorrente de sua doença. Essa intensa relação afetiva entre trabalhador e doente causa um enorme desgaste e pode levar o trabalhador a se desmotivar e agir mecanicamente de modo despersonalizado e insensibilidade emocional o que pode implicar em perda na interação afetiva com o outro e com próprio trabalho. Essas são características de uma doença muito comum nos profissionais da saúde definida como Síndrome de *Burnout* (PARREIRA; SALA, 2011).

A Síndrome de *Burnout* é caracterizada pela exaustão emocional, despersonalização, e falta de interesse no trabalho decorrente do esgotamento e do sofrimento vivido no trabalho (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005). Produz consequências não só na vida pessoal do trabalhador, mas também para instituição, pois a Síndrome *Bournout* causa uma significativa redução da capacidade laboral o trabalhador com uma diminuição de produção, aumento de faltas ao trabalho, despersonalização do cuidado com o paciente e redução da qualidade de assistência prestada (BENEVIDES PEREIRA, 2002).

Além do trabalho em turnos, em especial o noturno, e o sentimento de impotência devido ao trabalho com indivíduos em sofrimento, há vários outros riscos inerentes à profissão de enfermagem nas instituições hospitalares como o contato com compostos ou produtos químicos e com agentes biológicos, posturas de trabalho ergonomicamente inadequadas e as diversas situações causadoras de estresse (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Em relação ao contato com compostos químicos Silva *et al.* (2012), relatam que são substâncias manuseadas cotidianamente pela enfermagem durante a assistência ao paciente sendo usadas na área da organização do trabalho, desinfecção, esterilização de materiais e em processos de anestesia em pacientes que são introduzidas manipuladas em seus estados líquido e gasoso (vapor). E ainda Silva *et al.* (2012) esta exposição química pode causar diversos danos físicos como irritação na pele e olhos, queimaduras leves e até mais graves, envenenamentos e toxicidade.

Os agentes biológicos representam um alto risco para o profissional da enfermagem já que no ambiente hospitalar o profissional manipula constantemente materiais biológicos com diversos patógenos entre eles o vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV), Hepatite B e C e outras doenças graves como a tuberculose. Essas doenças e várias outras podem ser transmitidas para estes profissionais causando consequências drásticas na vida pessoal e social do indivíduo (BRAND; FONTANA, 2014).

Alguns fatores geradores de estresse também se apresentam como fator de risco para o profissional da enfermagem, destacando-se o sofrimento e/ou morte do paciente, sobrecarga de trabalho, falta de recursos materiais e humanos, procedimentos de alto risco e intercorrências, relacionamento interpessoal, complexidade das ações, insatisfação com trabalho, remuneração inadequada, dentre outros (RODRIGUES, 2012).

Entre os riscos ergonômicos destacam-se o frequente levantamento de peso tanto de pacientes acamados como equipamentos, posturas inadequadas na realização de procedimentos que exigem esforço e flexão da coluna vertebral entre vários outros (FREITAS *et al.*, 2009).

Além de todos esses riscos oriundos do ambiente de trabalho outros fatores conjugados com a profissão podem causar agravos a saúde do trabalhador de enfermagem como a vida atribulada da contemporaneidade em que o indivíduo realiza diversas atividades durante o dia e, à noite, não tem tempo para cuidar de si. Outro fator que implica na falta de tempo é a questão financeira, que devido aos baixos salários o trabalhador é levado a buscar outro emprego concomitante para obter um salário digno, e com a exiguidade de tempo para si, compromete sua qualidade de vida com consequente alimentação incorreta e rápida, períodos curtos de sono, pouco tempo para descanso, o que acaba por prejudicar suas relações interpessoais e familiares, acarretando desgastes físico e emocional com consequente insatisfação pessoal (FOGAÇA *et al.*, 2008).

Para compreendermos melhor os riscos que o ambiente e a natureza do trabalho de enfermagem e as implicações em seu adoecimento e possível afastamento é necessário conhecer um pouco a história dessa profissão, bem como do ambiente em que estes profissionais estão inseridos, ou seja, o ambiente hospitalar e, mais especificamente, os profissionais da enfermagem das áreas com pacientes mais graves do hospital que é a UTI.

2.1 Breve histórico da população e do ambiente de estudo

As práticas de cuidado à saúde existem desde o surgimento da vida humana, já que qualquer ser humano necessita de cuidados para dar continuidade a vida. Na pré-história o ser humano usava a caça, a pesca e a coleta de frutos para sobrevivência e estas atividades provocavam riscos à integridade física do homem e quando ele feria era cuidado no próprio local em abrigos improvisados, tornando a prática do cuidado uma das mais antigas da civilização humana (OGUISSO, 2010).

Nas tribos primitivas eram as mulheres que tinham a missão de cuidar dos doentes que chegavam aos feiticeiros e curandeiros. Como nessas aglomerações humanas se acreditava que as doenças eram castigos dados por alguma divindade, os curandeiros tinham a função de conciliar o doente com as divindades e afastar os maus espíritos, muitas das vezes realizavam sacrifícios humanos ou de animais. Com o avançar do conhecimento humano e a introdução das plantas medicinais é que se alteram as formas de tratar as enfermidades. Assim, as práticas de saúde do cuidado e da enfermagem estão estreitamente relacionadas com a história da humanidade (GARCIA; NEVES; CAMARGO, 2009).

Na antiguidade clássica, as práticas de saúde ganham seu panteão de deuses com Apolo, deus- sol da saúde e da medicina, seu filho Asclépio, deus da arte e da cura e sua filha

Panaceia, guardiã dos medicamentos e do poder de cura e sua outra filha Higéia, deusa da restauração e do equilíbrio das ações humanas (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014).

Contudo, mesmo com essa concepção espiritualista da saúde, na antiguidade clássica grega uma outra compreensão dessas práticas avalia a relação de causa e efeito para as doenças, prática esta voltada para o homem e sua relação com a natureza. Esse período denominado Hipocrático, destacando-se a figura de Hipócrates, considerado como “pai da medicina”, propôs um novo modelo em saúde, separando a arte de cuidar com princípios místicos de métodos indutivos, observacionais e inspecionais (GEOVANINI, 2005).

Com o advento do cristianismo a lei da caridade levou os cristãos a voltarem suas atenções para os pobres, órfãos e enfermos. A enfermagem era praticada como uma atividade de caridade com ênfase na salvação da alma tanto do moribundo quanto de quem fazia a caridade. Nesse momento da história humana os lugares de doentes não eram vistos como lugares de cura, mas como morredouros para onde eram levados os doentes e as pessoas desassistidas (GARCIA; NEVER; CAMARGO, 2009).

Nessa fase da história a função dos hospitais era basicamente dar assistência aos pobres já que o mesmo necessitava de assistência e separar os enfermos das pessoas saudáveis, pois os doentes deviam estar separados dos demais devido ao risco de contaminação então o papel do hospital, nesse momento da alta idade média ao período moderno ocidental, era o de recolher pobres e doentes para proteger pessoas saudáveis dando assistência material e espiritual e quando necessário oferecer o último sacramento aos que estavam morrendo (FOUCAULT, 2008).

De acordo com Geovanini (2005), ainda no período histórico analisado, o hospital era uma instituição de assistência social e de exclusão, sendo altamente nocivo do ponto de vista de saúde, bem como econômico e político, pois era fonte de propagação de doenças em que os enfermos eram amontoados sem nenhum critério sendo dois ou mais em cada leito com patologias diversas e os cadáveres ficavam junto com os doentes vivos por horas. Era também local de contrabando e de desordem social principalmente nos hospitais militares e marítimos em que os soldados ficavam de quarentena após as viagens e usavam este momento para vender mercadorias.

Assim, no período em que as práticas de saúde eram feitas por pessoas caridosas e que os hospitais eram tidos como morredouros a Igreja Católica tinha o monopólio de curar por ser a detentora do poder supremo. Nesse momento o foco se concentrava nos fatores socioeconômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal. As práticas de saúde e sua

relação com o cristianismo momento em que a enfermagem é desenvolvida como prática leiga (mas praticada por religiosos), deixou como legado uma série de valores tidos pela sociedade atual como características inerentes à profissão de enfermagem como a abnegação, o espírito de serviço e a obediência, o que dá a enfermagem uma conotação de sacerdócio e não de prática profissional (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM- ABEN, 2018).

Com a Reforma Protestante do século XVI, o modelo de práticas de saúde realizadas por religiosas sofre profundas mudanças decorrentes da expulsão dos religiosos dos hospitais, fato que se inicia com o advento do capitalismo. A redução do espírito religioso interferiu diretamente na prestação dos cuidados de enfermagem em decorrência da organização e institucionalização do hospital como local de cura (GARCIA; NEVER; CAMARGO, 2009).

De acordo com Garcia, Neves e Camargo (2009), concomitante à reformulação dos hospitais no século XVIII houve a revolução industrial, período de intenso desenvolvimento econômico caracterizado pela divisão social do trabalho com aumento da produtividade, crescimento demográfico e êxodo rural, e teve como consequência a necessidade de mercado consumidor e mão de obra nas indústrias urbanas.

A partir desta revolução, a burguesia se tornou detentora dos meios de produção e o trabalhador, principal força produtiva do trabalho, detentor da mão de obra. Nesse contexto, a doença se tornou o maior obstáculo para a economia sendo necessário manter a saúde dos trabalhadores para manutenção da produtividade. Assim, a saúde passa a ser considerada um objeto de consumo para uns e uma necessidade para outros, constituindo-se em lucro e meio de fortalecer o poder econômico (GEOVANINI, 2005).

A reformulação dos hospitais, a partir do século XVIII na Europa foi possível através de viagens de investigação com visitas a hospitais e observação sistemática tanto da parte arquitetônica como, principalmente, das condições espaciais e sua relação com os fenômenos patológicos. Estes inquéritos traziam descrições funcionais dos hospitais e mostravam a quantidade de doentes por hospital, relação de doentes X número de leitos, além de analisar a área útil do hospital, a extensão das salas, a cubagem de ar e a taxa de mortalidade e de cura (FOUCAULT, 2008).

Para o mesmo autor acima citado, o hospital foi reformulado para local de cura quando se buscou erradicar os efeitos nocivos que este local podia causar ao indivíduo, as doenças que este ambiente poderia trazer a quem ali se internava e isto foi possível através de uma intervenção nos hospitais marítimos e militares que necessitavam de disciplina na vigilância contínua de seus soldados doentes para não perdê-los, já que os soldados se tornaram mão de obra cara depois dos avanços tecnológicos na guerra e implementação da arma de fogo (fuzil)

e houve a necessidade de investir em treinamento para o soldado tornando-o mão de obra cara e perder um soldado em consequência das más condições dos hospitais era imperdoável, pois traria prejuízo ao Estado (FOUCAULT, 2008).

Decorrente da organização e institucionalização do hospital em local de cura, o trabalho da enfermagem que antes era realizado por pessoas leigas modifica-se, sendo, agora treinadas para organização, higienização e disciplinarização do ambiente hospitalar para possibilitar seu projeto social de cura ao cidadão. Um importante fator que contribuiu para melhorias no funcionamento hospitalar foram as ideias higienistas de Florence Nightingale que a levaram a se interessar pela organização do trabalho no ambiente hospitalar da Inglaterra nesse novo ambiente hospitalar Florence procura dar outro significado à enfermagem (GARCIA; NEVER; CAMARGO, 2009).

É importante salientar a importância de Florence Nightingale, pois a enfermagem moderna, como profissão e campo de saber, deve muito a ela. Florence Nightingale foi percussora da ciência e do cuidado ao estabelecer a enfermagem como campo de atuação e se interessou pelo conhecimento da área da saúde, em especial saúde em hospitais, e a enfermagem em particular, mesmo sofrendo objeções de sua família. Nightingale se destacou pelo excelente trabalho na administração de hospitais e pelo cuidado humanizado aos soldados com melhorias nas condições sanitárias e nos cuidados dos feridos conseguindo reduzir significativamente a taxa de mortalidade existente no ambiente (ELLIS; HARTLEY, 1998; GOMES *et al.*, 2007).

Com grande êxito em seu trabalho após a guerra da Criméia (1853 a 1856), Florence Nightingale funda a primeira Escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas em Londres. Este estabelecimento de saúde e ensino com um regime disciplinar rigoroso e alta exigência de qualidades morais para suas candidatas passou a servir de modelo para outras escolas e se tornaram destaque no meio acadêmico e de saúde da época. As escolas nightingaleanas inglesas formavam duas categorias distintas de enfermeiras, as *ladies* que eram moças saídas das classes sociais mais altas e que desempenhavam papel intelectual e de coordenação e as *nurses*, que saídas das classes sociais mais baixas, desenvolviam o papel de assistência (GIOVANINI, 2005).

A dicotomia entre o trabalho manual e intelectual é assim evidenciado na enfermagem. O trabalho manual, considerado inferior pode ser executado por pessoas socialmente inferiores, excluídas do pensar. Já o trabalho intelectual, considerado superior, requeria pessoas vindas de camadas superiores da sociedade. A divisão social precedeu a divisão técnica (REZENDE, 1986, p. 13).

A enfermagem transita da divisão de tarefas puramente definidas pela classe social de pertencimento das mulheres, para uma atividade laboral que gradualmente produz uma divisão social do trabalho definida pela técnica e saber. Melo (1986) afirma que a enfermagem foi uma das primeiras profissões da saúde a ser dividida por categorias com parcelamento de suas atividades sendo dividida em enfermeiro, profissional com formação superior, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem com formação em nível médio, e afirma também que parcelar o trabalho, além de provocar alienação devido a não apropriação de todo processo de trabalho, causa uma relação de dominação e subordinação entre os trabalhadores. Daí a afirmação da autora que a profissionalização da enfermagem possui influências históricas da militarização e da moral religiosa, tendo como consequência a submissão.

2.1.1 – A Enfermagem no Brasil

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem no Brasil reproduz a divisão técnica do trabalho ao estabelecer as competências das categorias profissionais e seus níveis de formação sendo eles enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem (COFEN, 1986).

No Brasil, assim como em diversos outros países, os cuidados de saúde eram praticados por religiosos nos hospitais e nas Santas Casas de Misericórdia tendo conotação caridosa de assistência aos pobres, as atividades no local eram voltadas à assistência material e espiritual aos doentes (FERNANDES, 1985).

A enfermagem pré-profissional teve vários precursores no Brasil e um de seus maiores expoentes foi o jesuíta José de Anchieta enviado ao Brasil para catequizar índios, mas que também atuava como professor, médico e enfermeiro, em que empregava em seus tratamentos as ervas medicinais. Outro precursor foi Frei Fabiano de Cristo que dedicou sua vida a cuidar de doentes no Convento Santo Antônio no Rio de Janeiro. Destaca-se também na história da enfermagem brasileira Francisca de Sande que cuidou de doentes em sua casa na Bahia na epidemia de febre amarela e também Anna Justina Nery que se colocou à disposição para servir a pátria na Guerra do Paraguai (1864-1870) após seus dois filhos serem convocados. Anna Nery foi figura de destaque, assim como Florence Nightingale, e homenageada com seu nome na primeira escola de enfermagem brasileira a “Escola de Enfermagem Anna Nery” (EEAN). Essa escola foi criada no Rio de Janeiro em 1923 e em 1926 passa a se chamar Escola de Enfermagem Anna Nery com o modelo nightingaleano. Atualmente essa instituição

pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). (GARCIA; NEVES; CAMARGO, 2009).

A Escola de Enfermagem Anna Nery foi a primeira escola de enfermagem no Brasil no modelo nightingaleano criada sobre a orientação de enfermeiras norte americanas que vieram ao Brasil em concordância com o governo brasileiro através da pessoa de Carlos Chagas diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo modelo para as demais escolas de enfermagem no Brasil. Sendo assim, a partir de então, a enfermagem aparece agora não mais como atividade empírica, mas como um saber especializado e atividade assalariada, constituindo-se numa prática social institucionalizada (GEOVANINI, 2005).

Com a aprovação da lei de 1986 (Lei Nº 7.498/86) que regulamenta o exercício profissional e do decreto Nº 94.406/87 que dispõem sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e substituíram a Lei anterior de 1955, houve avanços significativos para a Enfermagem como profissão, tornando possível a regulamentação do exercício profissional, diferenciando as categorias de profissionais da equipe de enfermagem, composta na ocasião por Enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira, além de determinar a extinção em 10 anos do pessoal que trabalhava na área de saúde sem a formação específica regulada em lei (BRASIL, 1986; BRASIL, 1955).

Assim, a partir da profissionalização da enfermagem desenvolveram-se vários órgãos direcionados a esta categoria profissional. Contudo, já em 1926 foi criada a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras atual Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) fundada pelas primeiras enfermeiras formadas pela Escola de Enfermagem Anna Nery. Esta associação tem como objetivo a defesa e a consolidação da enfermagem como prática social, essencial na assistência a saúde e à organização e funcionamento dos serviços de saúde com compromisso de planejar e defender políticas e programas que visem à melhoria da qualidade de vida da população, resolutividade dos seus problemas de saúde, contribuindo para um Sistema Único de Saúde com acesso universal e igualitário aos Serviços de Saúde. Essa associação é órgão membro da *Federación Panamericana De Profesionales De Enfermería* (FEPPEN) desde 1970 e representa a enfermagem brasileira, com finalidade cultural, científica e política, adere-se e contribui com as demais organizações da enfermagem brasileira e internacionais (ABEN, 2018).

Em 1973, foram criados o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e seus respectivos Conselhos Regionais (CORENs). O COFEN é filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros com sede em Genebra, sendo responsável por normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos

serviços prestados e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN, 2018).

2.1.2 – Hospitais no Brasil

Concomitante ao desenvolvimento da profissão de enfermagem o hospital também foi evoluindo e se tornou um elemento não apenas organizador de caráter médico-social com função de assistência médica completa, curativa e preventiva, mas também foi considerado um centro de medicina e pesquisa biossocial (WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO, 2000).

De acordo com Ministério da Saúde o hospital é definido como conjunto heterogêneo de saúde com unidades de diferentes portes que oferecem diversos serviços e atividades com funções distintas na rede de saúde com prestação de cuidados a pacientes durante 24 horas por dia (BRASIL, 2002).

Art. 3º Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde há duas classificações para os hospitais: hospital geral, destinado a pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas básicas e hospital especializado, destinado a pacientes de uma determinada especialidade médica (BRASIL, 2008). Contudo, na portaria interministerial nº 285 de 24 de março de 2015 acrescentou-se uma nova classificação: a de hospital de ensino, que consiste em estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a instituições de ensino e pesquisa que servem como campo para prática de atividades de ensino (BRASIL, 2015).

Os hospitais brasileiros podem ser classificados segundo seu porte como: pequeno porte, que possui capacidade para até 50 leitos; médio porte, com capacidade de 51 até 150 leitos; de grande porte de 151 leitos até 500 e o de capacidade extra com capacidade para mais de 500 leitos. É também classificado de acordo com perfil assistencial como: hospital geral, hospital de clínicas básicas, hospital de urgências, hospital universitário e de ensino e pode ser classificado também de acordo com sua complexidade de atendimentos como hospital de nível primário, secundário, terciário e quaternário (FILHO; BARBOSA, 2014). A partir da

complexificação das classificações dos hospitais é que se compreende o surgimento e aperfeiçoamento das UTI's em alguns deles.

2.1.2.1 – As UTI's

A partir da necessidade organizacional dos profissionais de saúde para realização de suas atividades de assistência dentro do hospital a pacientes graves com alto grau de complexidade visando atendimento e observação constante é que se desenvolveu as UTIs (LINO; SILVA, 2001). O primeiro princípio da UTI é a observação contínua do paciente em local próprio e afastado dos demais em decorrência de sua gravidade é um princípio do cuidado ao paciente crítico (SILVA; ARAÚJO; PUGINA, 2009).

A história do surgimento das UTIs apresentou dois lados: de um a necessidade organizacional dos profissionais para realização das atividades diárias com mais precisão e agilidade; e do outro os aspectos político-econômicos que pressionaram pela existência dessas unidades para uma melhor assistência, sem deixar de lado os interesses da indústria de equipamentos (MARTINS, 2002).

Durante a Guerra da Criméia os soldados estavam morrendo em grande número nos hospitais da Turquia e como tentativa em conter tal fato, o governo inglês convidou Florence Nightingale para liderar um grupo de voluntárias para atender os soldados feridos e ao chegar ao local e ver a situação dos feridos e das instalações médicas, criou um dos princípios básicos da terapia intensiva e das posteriores UTI's, a separação dos indivíduos mais graves colocando em uma situação mais favorecida para observação contínua e constante da enfermagem (MARTINS; BENITO, 2016).

Contudo, os primeiros esboços para criação das UTI's surgiram por volta de 1946 nos hospitais americanos com a criação das salas de recuperação pós-operatórias seguidas pelas unidades de choque (LINO; SILVA, 2001). Na década de 1960, a partir da iniciativa de pesquisadores ingleses e americanos foram criadas as UTI's como as conhecemos. Tal fato se deu a partir da constatação da necessidade da manutenção das funções vitais e do controle de infecção em pacientes graves (SIMÃO, 1976). Assim, foram os Estados Unidos da América que criaram as primeiras UTI's com cuidados progressivos, com atendimento de acordo com o grau da gravidade do paciente. O desenvolvimento das UTI's não aconteceu sem pressão política e econômica do governo e de fundações privadas que induziram a uma grande exposição e comercialização de equipamentos hospitalares e aumento do lucro de fabricantes,

com consequente saturação do mercado interno implicando em exportação a outros países (WAITZKIN, 1981).

No Brasil as UTI's começaram a ser implantadas em 1970 no Hospital Sírio Libanês em São Paulo. Na época o país vivia o chamado "Milagre Econômico Brasileiro" que foi uma época de intenso processo de modernização tecnológica e produtiva e o setor saúde, com o propósito de centralizar recursos humanos e materiais, absorve tecnologia de ponta nas primeiras UTI's com objetivo de garantir qualidade de assistência prestada a pacientes em estado crítico recuperáveis (BERTHELSEN; CRONQUIST, 2003; IDE, 1989).

As UTIs constituem locais em que se internam pacientes graves, em situação limite, que ainda têm um prognóstico favorável para viver, embora necessitem de recursos técnicos e humanos especializados para sua recuperação; um ambiente em que são utilizadas técnicas e procedimentos sofisticados para tratar doenças com risco potencial à vida, ambiente muitas vezes hostil para onde são encaminhadas pessoas com quadro de saúde graves de um hospital (OLIVEIRA, 2002).

O objetivo básico da UTI é recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes enquanto se recuperam, sendo assim são equipadas com aparelhos capazes de reproduzir as funções vitais dos internados como: respirador artificial (cuja criação reduziu de 70% para 10% a morte de recém-nascidos), aparelhos de hemodiálise (que substituem a função dos rins) e diversos outros aparelhos e procedimentos (PESSINI, 2004).

De acordo com as várias descobertas e avanços tecnológicos de grande importância para o desenvolvimento das atividades nas UTIs elas foram evoluindo, sendo divididas por especialidades e classificadas, segundo o Ministério da Saúde, como Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-a); Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO); Unidade de Terapia Intensiva Queimados (UTI-q); Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-ped); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-neo) (BRASIL, 2017).

A complexidade existente no cuidado intensivo se deve a criticidade do estado geral do ser que é cuidado, assim sendo, o cenário da UTI é bastante dinâmico, pois o profissional está em situação que constantemente exige um conhecimento teórico, tecnológico e um pensamento crítico rápido e cauteloso. A partir desse raciocínio, Albuquerque (2006) argumenta que a equipe de enfermagem necessita estar voltada ao assistido de maneira intensa, avaliando suas reações e expressões e a assistência deve compreender os valores essenciais do cuidar como cuidado, diante de situações de boa recuperação ou não.

O cuidar nesse setor segue uma rotina e normas de assistência imprescindíveis à recuperação e ao reestabelecimento do ser cuidado às suas atividades anteriores. A equipe de

enfermagem com todo conhecimento do cuidar, interage buscando um melhor conforto e uma melhora no quadro de debilidade física e mental do ser cuidado. A assistência de enfermagem em UTI se concretiza, portanto em meio a um ambiente repleto de fatores estressantes, aparelhagens múltiplas, falta de privacidade, grande acúmulo de tecnologia, distanciamento social e desconforto absorvendo características únicas em relação aos outros ambientes hospitalares (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Neste contexto a assistência de enfermagem no setor de UTI pode ser influenciada por diversos problemas decorrentes das peculiaridades do ambiente que podem implicar na saúde de seus trabalhadores provocando um aumento no nível de tensão provocado pela alta responsabilidade que a enfermagem enfrenta no cotidiano desta unidade (VILLA; ROSSI, 2002).

Entre as diversas peculiaridades do ambiente se incluem: ambiente seco, refrigerado, fechado; iluminação artificial; ruído contínuo e intermitente de aparelhos; exigência excessiva de segurança, respeito e responsabilidade pelo paciente em sofrimento, dor e morte resultando em clima de trabalho exaustivo e tenso, provocando desmotivação, estresse e vários agravos à saúde do trabalhador, sendo, portanto, necessário uma atenção especial ao profissional levando em consideração o trabalho em UTI em sua totalidade e o ambiente hospitalar em especial (FOGAÇA *et al.*, 2008).

2.1.2.2 Peculiaridades do trabalho na UTI que podem causar adoecimento na equipe de enfermagem

Como discutido anteriormente o trabalho da enfermagem é rodeado de particularidades que difere esse profissional dos demais. Sua rotina de trabalho e o cotidiano, que se imiscui com a dor, o sofrimento e a morte, traz para o trabalhador da enfermagem uma carga que, segundo Selligmann-Silva (2011), abrange não apenas aspectos físicos, mas também cognitivos e emocionais, com carga de trabalho quantitativa que diz respeito ao volume de trabalho mental exigido e qualitativa que diz respeito ao nível de complexidade do trabalho.

Segundo Beck (2001), isto tudo pode trazer vários distúrbios ao trabalhador, pois passa a não conseguir absorver esta carga sobre si, ainda mais se falando em ambientes de trabalho hospitalar como os ambientes mais complexos em que estão os pacientes mais graves com risco de morte, ambiente de grande complexidade da assistência. A pressão sobre o trabalhador é um agravante, pois além da carga quantitativa carrega sobre si uma enorme carga qualitativa.

As unidades críticas foram criadas dentro dos hospitais para atender pacientes graves com mais competência e mais segurança. Têm como objetivos a eficiência e a eficácia dos serviços prestados por trabalhadores treinados com recursos e materiais adequados e com utilização de tecnologias avançadas. As internações de pacientes nessas unidades ocorrem em algumas situações peculiares, tais como a necessidade de cuidados especiais, o agravamento de uma doença, quando o paciente requer intervenções mais complexas e por períodos prolongados. O trabalhador dessas unidades críticas se diferem dos demais trabalhadores das unidades não críticas, pois que vivenciam situações críticas e inesperadas a todo tempo já que o inesperado e a morte são situações reais e não imaginárias que acontecem com frequência nesse ambiente de trabalho podendo provocar manifestações de ansiedade e estresse nos profissionais dessa área, o que interfere diretamente na qualidade de vida do trabalhador tendo como consequência o sofrimento físico, mental e o adoecimento do mesmo (BECK, 2001).

O trabalho na UTI exige do profissional uma rotina incessante de pensamento e tomadas de decisões rápidas, agilidade em resolver problemas complexos, senso de responsabilidade mais apurado para priorizar ações, domínio em reorganizar as atividades que são interrompidas frequentemente e saber gerir as inúmeras informações decorrentes de intervenções necessárias (SHIMIZU; COUTO; MARCHAM-HAMANN, 2011).

Essa unidade é vista por todos que nela estão inseridos como um dos ambientes hospitalares mais traumatizantes, tensos e agressivos sendo que o pouco preparo para lidar com a morte, as constantes situações de emergência, a falta de pessoal, o rápido avanço tecnológico, a angústia dos familiares, os conflitos de relacionamentos entre a equipe se tornam os grandes fatores responsáveis pelo estresse no trabalho da enfermagem bem como os riscos constantes que a enfermagem sofre por contágio, exposição a raios-X, acidentes com materiais perfuro-cortantes, entre outros (COLE, 1992; CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

O relacionamento com familiares se constitui numa das relações mais estressantes dentro de uma UTI, já que o profissional não cuida só do doente, mas também do familiar que pode projetar na enfermagem um sentimento de gratidão pelos cuidados prestados ao seu ente querido ou um sentimento de frustração e tristeza por perdê-lo e com isso o profissional de enfermagem adquire um sentimento de compaixão ao familiar, vivenciando sentimentos de sofrimento. Os questionamentos feitos pelos familiares também são motivos de desgaste causando ansiedade na equipe de enfermagem que muitas vezes não é autorizada a falar sobre o estado do paciente ou não sabe ao certo o diagnóstico e prognóstico do mesmo (CORONETTI *et al.*, 2006; MARTINS; ROBAZI, 2009).

O paciente remetido ao tratamento intensivo tem em seu imaginário que a UTI é uma “antessala da morte”. O paciente e o familiar assimilam a UTI com a terminalidade da vida e veem a UTI como ambiente tenso e traumatizante. Além desse fato outros podem prejudicar a estrutura psicológica do paciente como a falta de boas condições para o sono, já que os procedimentos são realizados a todo momento com luz ligada o tempo todo; medicações a todo tempo; barulho de aparelhos; intercorrências cotidianas; e isolamento familiar. Tudo isso associado ao pensamento negativo em relação à gravidade de sua doença, provocam sensações, de forma ou outra, que permeiam o cotidiano do trabalhador de enfermagem destes ambientes (CARVALHO; TUERCINCKX ; LUNARDI, 2012).

Uma das situações mais difíceis e tensas para a equipe de enfermagem de uma UTI é a morte, pois provoca medo de que a mesma situação aconteça consigo mesmo ou com um familiar ou porque, diante dessa situação, o profissional relembra da perda de um ente querido. A morte traz ao profissional de enfermagem sensações de fracasso e impotência, agravadas pela falta de tempo para viver o luto de cada paciente já que a demanda de cuidados e atividades dentro de uma UTI é intensa e para suportar esta dor, frustração e sofrimento de luto não vivido os profissionais criam mecanismos de defesa para aliviar este sofrimento, porém pouco eficazes e o trabalhador acaba levando para casa uma grande parte dessa carga de sentimento (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002).

Este sofrimento físico e emocional vivido pelos profissionais da equipe de enfermagem referente ao ato de cuidar do outro e viver a dor do seu paciente é denominada de fadiga por compaixão (MOONEY et.al, 2017).

Fadiga por compaixão é definida também como a insatisfação profissional quando o trabalho traz mais sofrimento que prazer é um estado de exaustão física e mental decorrente da exposição recorrente de acontecimentos dolorosos vividos pelo outro que dão origem a um estado de aflição pelo bem estar do outro (AMES et.al, 2017).

A profissão da enfermagem vai além do ser profissional ela requer o ser pessoa ter empatia com o ser cuidado, requer abraçar o sofrimento do outro como se fosse o seu e este fato se denomina como compaixão (HARRIS et.al, 2015).

Sendo assim a transmissão do sofrimento para o profissional esta associada a própria natureza do trabalho de enfermagem já que a natureza empática dos cuidados da enfermagem estão relacionadas a exposição ao sofrimento levando a fadiga por compaixão (ADIMANDO, 2017).

Um mecanismo de defesa muito usado por profissionais de enfermagem nesse momento, para atenuar tais sensações e sentimentos, é priorizar aspectos técnicos, negando suas

emoções, reprimindo-as por traz de uma aparente frieza que induz ao distanciamento das relações com os pacientes e seus familiares. Esse é um artifício usado para enfrentar a dor, a frustração e o sofrimento pela perda de um paciente (SILVA; ARAÚJO; PUGGINA, 2009).

Shimizu e Ciampone (1999) afirmam em seu estudo que os profissionais da enfermagem que atuam na UTI percebem o trabalho como desgastante, sendo este o motivo de usarem estratégias defensivas como: negação, projeção e distanciamento para suportar o sofrimento já que o trabalho da enfermagem não é reconhecido muita das vezes pelos pacientes e familiares que demonstram sempre gratidão aos médicos.

A exaustão emocional pela perda de um paciente ou o sofrimento do mesmo é gerada pela carência de energia acompanhada de um sentimento de esgotamento emocional que pode se manifestar na esfera física e psíquica, provocando insensibilidade emocional e despersonalização, manifestando um comportamento de “mecanização e coisificação” das relações e das pessoas. Esse comportamento, junto com a falta de envolvimento pessoal caracteriza a Síndrome de *Burnout* (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Os trabalhadores da saúde são particularmente expostos a síndrome como resultado, sobretudo, das tensões decorrentes das relações intersubjetivas presentes entre provedores de cuidado e pacientes em situação de inevitável sofrimento resultante do adoecimento. Nessa intensa relação afetiva, o trabalhador de saúde desgasta-se até o ponto em que se consome inteiramente, e então desiste. Passa a atuar mecanicamente e de modo despersonalizado, sem motivação para o trabalho (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011 p. 156)

As peculiaridades do próprio ambiente implicam em agravos à saúde do trabalhador da enfermagem de UTI. Por ser um ambiente fechado é necessária iluminação artificial que pode provocar fadiga ocular, sendo importante ser distribuída e de intensidade constante. Os ruídos de aparelhos e monitores são necessários no ambiente para alertar o profissional para alguma alteração no quadro do paciente, porém pode causar irritação e incomodar o sono e o descanso do trabalhador, sendo comum o profissional ter a sensação de estar ouvindo os alarmes dos monitores e aparelhos durante o descanso e sono, causando insônia podendo ocasionar a longo prazo comprometimentos auditivos, mentais e sociais no indivíduo (SANTINI *et al.*, 2005; LEITÃO; FERNANDES; RAMOS, 2008).

Os fatores estressantes para o profissional de saúde que atua em ambientes críticos são variados e perpassam a complexidade do lugar de trabalho. São fatores de ordem física/ambiental com acúmulo de fatores sensoriais. O aumento do conhecimento relacionado à contaminação, infecção e disseminação de doenças e patógenos levou as UTI's a se constituírem em ambientes isolados. As vestimentas apropriadas e desconfortáveis termicamente (calor ou frio demasiado), cheiro característico do local, realização de

procedimentos de ressuscitação (algumas vezes resultando em morte), o barulho intermitente das máquinas (ou sua ausência), respiração, e mesmo dos colegas, tornam-se fatores determinantes para o estresse do profissional da UTI, acompanhando-o por vezes em suas horas de folga e de lazer (SILVA *et al*, 2009).

Os pacientes passam por elevado números de procedimentos e os riscos ocupacionais da equipe intensivista estão relacionados a estes procedimentos que, dependendo da gravidade, podem passar por vários procedimentos que necessitam usar materiais perfuro-cortantes que expõe o profissional ao contato com sangue, fluídos, secreções, sondagens e cateteres já que as atividades de organização do ambiente como encaminhamentos dos materiais sujos utilizados após os procedimentos são de responsabilidade da enfermagem e estão diretamente relacionadas aos acidentes com material perfuro-cortantes (NISHIDE; BENATTI, 2004)

Além dos riscos com materiais perfuro-cortantes os profissionais, segundo Oliveira e Murofuse (2001), estão expostos a outras doenças transmitidas por gotículas, aerossóis como tuberculose, rubéola, meningite, difteria, herpes simples e zoster, gastroenterites infecciosas e ceratoconjuntivite, além das doenças causadas por bactérias envolvidas na infecção hospitalar como *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Salmonella spp.*, *Streptococcus spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Proteus spp.*

Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em UTI vêm aumentando nos últimos anos devido aos riscos em que o profissional se expõe quando da movimentação e transporte de pacientes que implica em grande esforço físico, bem como a problemas musculoesqueléticos. Quando, além da movimentação e transporte do paciente, o profissional despende grande força física no manuseio de mobiliário à beira do leito, a remoção de monitores e equipamentos em prateleiras, separação de equipamentos para reparo, entre outros (NISHIDE; BENATTI, 2004).

Savoldi (2004) demonstra que a UTI é considerada um local causador de agravos à saúde da equipe de enfermagem e os riscos ocupacionais, em seu estudo específico sobre a equipe de enfermagem de uma UTI pediátrica, demonstrou que o ritmo acelerado de trabalho, posturas inadequadas, esforço físico (produzindo fadiga), trabalho isolado com temperaturas inadequadas, excesso de ruído, risco de infecção, entre outros são os mais importantes fatores dos agravos à saúde da equipe de enfermagem na UTI. Ainda para o mesmo autor os agravos e doenças que mais acometeram os trabalhadores no ambiente estudado foram os distúrbios osteomusculares, seguido de varizes e estresse e concluiu que é impossível isolar causa e efeito entre ambiente de trabalho e agravos a saúde da equipe de enfermagem, já que estes estão interligados.

No estudo de Gámez Perales *et al.* (1999) realizado na UTI de um Hospital Universitário foi constatado uma prevalência de estresse ocupacional na maioria dos profissionais da enfermagem, os quais mencionaram como causas a gravidade, instabilidade e o quadro clínico do paciente, as emergências e os riscos com material biológico, concluindo que a UTI é um ambiente estressante com vários riscos ao trabalhador de enfermagem.

No trabalho de Miranda e Stancato (2008) citando Gomes (1974) demonstra a mesma situação quanto aos riscos e agravos à saúde do profissional de enfermagem nos ambientes de trabalho. No estudo em tela, a maioria dos trabalhadores afirmaram que seu trabalho é estressante e que se sentem fisicamente fadigados, relataram impactos negativos em sua vida familiar, e quase a metade dos trabalhadores pesquisados indicaram estar com sua saúde afetada e pouco mais da metade planejam continuar trabalhando na UTI, porém apesar dessas várias condições negativas, quase todos da equipe de profissionais do grupo focal do estudo relataram um bom relacionamento com a equipe de trabalho (GOMES, 1974 *apud* MIRANDA e STANCATO, 2008).

3 - PERCURSO METODOLÓGICO

Em nosso estudo foram utilizadas duas abordagens metodológicas: a quantitativa e a qualitativa. Essa escolha se ancora na possibilidade de integração metodológica que busca ser coerente com as características dinâmicas do objeto da pesquisa e visa obter um conjunto de dados para uma análise mais ampla e acurada possível da realidade estudada (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social ou de uma organização. A pesquisa qualitativa explica o porquê das coisas, evidenciando o que convém ser feito sem quantificar os valores e as trocas simbólicas não se submetem à prova de fatos, pois os dados estudados não são mensurados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa tem a finalidade de compreender a história, as relações, as representações, as percepções, as opiniões e as interpretações que são produzidas nas relações humanas para a construção da vida. Dessa forma, a autora aponta que a pesquisa qualitativa revela os processos sociais que as pessoas estabelecem pelo convívio, mas que ainda são poucos conhecidos. Esse método de pesquisa permite a compreensão da lógica estabelecida sobre o fenômeno em que se estuda, por meio da sistematização progressiva do conhecimento.

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Com amostras grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa e recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite obter mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A pesquisa foi aprovada pelo o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos com parecer número 2.699.547.

O cenário escolhido para este estudo foi um Hospital Universitário de Uberlândia o qual presta atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e:

[...] 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 em média e alta complexidade para 86 municípios do macro e microrregiões do Triângulo Norte. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - UFU, 2015)

Dentro desse Hospital Universitário existem vários setores como: as enfermarias, cirúrgicas I, II, III e V, pediatria, UTI pediátrica neonatal e Adulto, centro cirúrgico e obstétrico, central de material e esterilização, maternidade, berçário, pronto socorro entre outros. Porém, o ambiente escolhido para este estudo foi a UTI Adulto que, sendo um ambiente crítico, acolhe pacientes graves com alta complexidade de procedimentos e requerer do profissional competência e capacitação para a realização de suas atividades. Com isso escolhemos para o estudo a população composta pela equipe de enfermagem dessa UTI Adulto que é composta por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiro/a (s).

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas, a saber: a primeira foi levantamento do referencial teórico com uma revisão bibliográfica do tema proposto sendo pesquisada em artigos científicos, revistas de enfermagem como LILACS, BIREME, *sites* de saúde e livros do campo Saúde; em um segundo momento foi realizada a busca de dados referentes ao perfil e as causas de afastamentos dos profissionais da equipe de enfermagem da UTI Adulto do Hospital Universitário de Uberlândia compreendendo o período de 2012-2017, os dados do perfil foram levantados junto à diretoria de enfermagem, já a busca documental sobre as causas de adoecimento foram feitas nos setores de Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), e na Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do

Servidor (DIRQS); após essas duas etapas foi aplicado os questionários qualitativos do trabalho junto aos profissionais da UTI Adulto do Hospital Universitário de Uberlândia.

Foi utilizado como instrumento um questionário adaptado do roteiro de entrevista utilizado por Boschco (2012) em sua pesquisa referente às “Implicações dos afastamentos do trabalhador por adoecimento na subjetividade do auxiliar”, contendo 23 perguntas abertas. Essa etapa busca realizar uma avaliação multidimensional do sujeito e compreender a percepção dos indivíduos no processo de adoecimento que culminou em seu afastamento.

Antes da aplicação dos questionários foi entregue a cada participante da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecendo sobre as fases da mesma, o sigilo das respostas, preservação da identidade, os riscos e benefícios da pesquisa e o contato dos pesquisadores para esclarecimento de qualquer dúvida. Quem aceitou participar da pesquisa assinou o termo e ficou com uma via.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional da equipe de enfermagem da UTI Adulto deste Hospital Universitário de Uberlândia; aceitar participar da pesquisa e não estar de férias, afastado ou de licença maternidade na data da aplicação do questionário. Os critérios de exclusão foram: não profissional de enfermagem da UTI Adulto do Hospital Universitário de Uberlândia; não aceitar participar da pesquisa e estar de férias, afastado ou de licença maternidade na data da aplicação do questionário.

O recrutamento para aplicação dos questionários foi realizado da seguinte forma: foi combinado antecipadamente e pessoalmente com cada profissional que aceitasse participar da pesquisa e responder ao questionário; o pesquisador entregava, e recolhia em um segundo momento ou, a escolha do participante, poderia levar para casa, responder e entregar em outro dia em horário e local previamente combinado. Na medida que foram sendo entregues realizamos as leituras dos mesmos e, ao aplicar o vigésimo primeiro questionário, notamos o ponto de saturação das respostas, o que definiu nossa amostragem em 21 participantes, o que implicou na parada de aplicação dos mesmos, e procedemos a partir daí a fase de análise dos mesmos.

Dentre os 21 questionários respondidos 10 participantes relataram ter se afastado do trabalho para cuidar da saúde, porém apenas 6 tiveram atestados relacionados a doenças e outros 4 foram por cirurgias eletivas como: cirurgia plásticas; fraturas não relacionadas ao trabalho; complicações de cirurgia plástica entre outros já os motivos de afastamentos destes 6 participantes foram por diarreia e gripe; dor muscular; dor lombar, quadril e problemas psicológicos; varizes; psiquiátrico por estresse e cirurgia de unha encravada (cantectomia).

A parte referente ao perfil dos entrevistados foi analisada da seguinte forma: os resultados foram tabulados em planilhas no Excel e feito cálculos de frequência, teste binomial e *p-valor* e, com os resultados já concluídos, iniciamos a discussão e análise dos resultados. Após essa etapa passamos à análise dos dados referentes às causas dos afastamentos da equipe de enfermagem da UTI Adulto do Hospital Universitário de Uberlândia. Os resultados foram tabulados em planilhas do Excel e calculados sua frequência, sendo que os resultados com as frequências foram representados também em forma de gráficos para uma melhor visualização e, na sequência, realizamos a discussão dos resultados.

Por último, realizamos a interpretação qualitativa das respostas dos questionários por meio da análise de conteúdo na modalidade de análise temática proposta por Minayo (2010). Esta consiste em descobrir os núcleos do sentido que compõem uma comunicação cuja presença da frequência significa algo para o objeto analisado. Em um primeiro momento foi feito a organização do material com uma pré-análise com leituras flutuantes que é o contato direto e intenso com o material de campo e constituição do *Corpus* que diz respeito ao universo a ser estudado em sua totalidade; após este primeiro processo foi feito a exploração do material e com categorização das respostas e através das categorias teóricas foram definidos os temas a serem discutidos e a partir daí foram propostas inferências, interpretações e uma inter-relação com quadro teórico desenhado inicialmente.

Para evidenciar algumas afirmações foram utilizadas transcrições dos discursos dos participantes extraídos do questionário. Nesses casos para garantir o sigilo dos participantes, evitando que esses se sintam coagidos e/ou expostos, seus nomes verdadeiros foram substituídos pela letra “P” de participante seguida de um número. Logo após todo material ser analisado quantitativamente e qualitativamente foram feitas as considerações finais com as propostas de intervenções.

4 – RESULTADOS

4.1 Perfil da equipe de enfermagem da UTI Adulto de um Hospital Universitário de Uberlândia

Os profissionais da equipe de enfermagem da UTI Adulto do Hospital Universitário de Uberlândia, no momento da coleta dos dados da pesquisa referente ao perfil, somavam 115 trabalhadores. Para melhor observação dos dados coletados, analise a tabela 1 com a caracterização da população do estudo.

Tabela 1 – Caracterização da equipe de enfermagem da UTI Adulto do Hospital Universitário de Uberlândia segundo função, faixa etária, estado civil e tempo de trabalho na instituição, Uberlândia – MG, 2019.

Variável	Categorias	N	%	Teste Binomial	p-valor
Função	Enfermeiro	27	23,5	Enf x Tec.Enf	< 0.0001
	Tecnico de Enfermagem	73	63,5	Enf x Aux.Enf	0.0406
	Auxiliar de Enfermagem	15	13,0	Tec. Enf x Aux. Enf	< 0.0001
Sexo	Masculino	14	12,2	Fem x Masc	< 0.0001
	Feminino	101	87,8		
Faixa Etária	20 † 30	19	16,5	20 † 30 x 30 † 40	0.0001
	30 † 40	45	39,1	20 † 30 x 40 † 50	0.0086
	40 † 50	36	31,3	20 † 30 x 50 † 60	0.1173
	50 † 60	11	9,6	20 † 30 x > 60	0.0010
	> 60	4	3,5	30 † 40 x 40 † 50	0.2141
Estado Civil	Solteiro	58	50,4	solteiro x casado	0.0049
	Casado	37	32,2	solteiro x divorciado	< 0.0001
	Divorciado	12	10,4	Solteira x viúvo	< 0.0001
	Viúvo	2	1,7	solteiro x amasiado	< 0.0001
	Amasiado	3	2,6	solteiro x desquitado	< 0.0001
	Desquitado	3	2,6	Casado x Divorciado	< 0.0001
Tempo de trabalho no hospital (em anos)	0 † 1	41	35,7	0 † 1 x 1 † 5	0.0030
	1 † 5	21	18,3	0 † 1 x 5 † 10	0.0128
	5 † 10	24	20,9	0 † 1 x 10 † 20	0.0050
	10 † 20	22	19,1	0 † 1 x 20 † 30	< 0.0001
	20 † 30	6	5,2	0 † 1 x >30	< 0.0001
	> 30	1	0,9	1 † 5 x 5 † 10	0.6180
Total		115	100		

Fonte: JESUS, J.A.; BACELAR, W, K, A., 2019.

Utilizou-se o teste binomial para verificar a diferença estatística entre duas proporções nas diferentes variáveis, pertencentes aos diferentes grupos estudados neste trabalho, tais como: função, sexo, faixa etária, estado civil e tempo de trabalho na instituição. O programa estatístico empregado nesta análise foi o Bioestat versão 5.3 (*software* livre). Foi considerado nível de significância alfa 5% para todas as análises.

As variáveis analisadas na pesquisa nos permitiram identificar o perfil da equipe de enfermagem da UTI Adulto do Hospital Universitário. Dentre os quais a maioria é da categoria técnico de enfermagem, do sexo feminino, na faixa etária de 30 a 40 anos, sendo a maioria solteiros e que trabalham no hospital universitário a menos de um ano.

Analisando os dados da Tabela 1 podemos inferir que a categoria predominante na enfermagem da UTI Adulto desse hospital universitário de Uberlândia é de técnicos de enfermagem (63,5%), fato contrário à legislação vigente do COFEN (2017), que indica a necessidade de que a maioria (52%) dos profissionais de enfermagem da UTI sejam enfermeiros e o restante técnicos de enfermagem (48%) não incluindo em seu quadro auxiliares de enfermagem que em nosso estudo ocupam 13% do quadro de funcionários da enfermagem lotados na UTI Adulto do hospital universitário em questão.

Observa-se na tabela 1 em relação a variável função que existe diferenças entre as proporções das categorias enfermeiros e técnicos de enfermagem 23,5% (27/115; $p < 0.001$), podemos observar também que houve diferença entre as categorias enfermeiro e auxiliar de enfermagem 63,5% (73/115; $p < 0.0406$), técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem 13% (15/115; $p < 0.0001$).

Consoante a tabela número 1 em relação a **variável sexo** observa-se diferenças entre proporções encontradas entre o sexo masculino e feminino $p < 0.0001$. O teste binomial mostra que a proporção de indivíduos do sexo masculino é diferente da proporção de indivíduos do sexo feminino. Esse p valor demonstra que esta diferença é estatisticamente significativa esta diferença pode influenciar as respostas qualitativas.

Ainda na tabela 1 sobre a **faixa etária** observa-se que houve diferença entre as proporções encontradas entre as faixas etárias de 20 a 30 e 30 a 40 ($p < 0.0001$), observa-se diferença também entre as faixas etárias de 20 a 30 e 40 a 50 ($p < 0.0086$) além daquelas observadas entre 20 e 30 além daqueles indivíduos com idade maior que 60. Esta relação pode significar que se em minhas perguntas eu utilizar algum método de estratificação por faixa etária e eu observar que existe uma tendência de resposta nesta faixa etária de 30 a 40 ou de 40 a 50 que são as mais predominantes podemos inferir que as respostas estão associadas a

estas faixas etárias porque elas têm uma proporção muito alta tanto é que elas se diferenciam desta faixa etária de 20 a 30 e das demais (este é o motivo de levantar esta questão).

A Tabela 1 demonstra ainda na variável **estado civil** as proporções de indivíduos solteiros, casados, divorciado, viúvo, amasiado e desquitado em que podemos observar o seguinte que a proporção de indivíduos solteiros é tão elevada correspondendo 50,4% da amostra a ponto do teste binomial demonstrar diferença entre as proporções comparado com todas as demais categorias isto pode estar indicando também que se as respostas do qualitativo for estratificada por estado civil está de fato associada a este estado civil solteiro porque a proporção dele e muito alta é tão alta a ponto de se diferenciar em termos de proporção das demais categorias.

No que tange o **tempo de trabalho** na instituição ainda na tabela 1 observa-se que aqueles indivíduos com até 1 ano de tempo de trabalho na instituição ($p < 0.0030$) apresenta uma diferença de proporção quando comparado com a proporção de indivíduos que estão trabalhando de 20 a 30 anos ($p < 0.0001$) e quando se compara com indivíduos com até 1 ano de trabalho no hospital com aqueles indivíduos que apresentam mais de 30 anos de tempo de trabalho no hospital. Realmente o maior valor em proporção é de indivíduos de até 1 ano de trabalho na instituição, porém vale salientar que a faixa etária de 20 a 30 e maior que 30 elas são maiores e estes indivíduos estão em fase de aposentadoria, então esta proporção de fato será menor.

O resultado da variável **sexo** nos mostrou que no grupo analisado é maior o contingente de mulheres (87,8%) na enfermagem do que homens (12,2%). Dado este confirmado pelo COFEN (2018), em uma pesquisa sobre o perfil da enfermagem brasileira que foi detectado 85,1% da mão de obra feminina. Essa predominância também evidencia o que diz Passos (2014): a enfermagem é uma profissão considerada do gênero feminino por ser considerada arte de cuidar, cuidado este considerado da “natureza” da mulher que é representada como figura materna, matriarcal, responsável pela perpetuação da espécie humana. Embora saibamos da inserção dos homens nesta profissão, o espaço do cuidado em saúde, em especial a Enfermagem, a presença das mulheres é visivelmente maior que a dos homens.

Conforme Spindola e Santos (2003), este fato merece atenção especial, pois as trabalhadoras de enfermagem comparadas às demais profissões tem características peculiares que apresentam condições distintas como o tipo de trabalho, carga horária em regime de plantões e a qualidade do serviço prestado. Todo este escopo de situações pode ser encontrado em outras profissões, porém ao unir estas situações com os riscos do profissional de UTI isto se torna mais intenso. As atividades de casa e a rotina de trabalho causam estresse e cansaço,

sendo que as atividades do cotidiano, os interesses pessoais, o cuidado com a família somado ao trabalho implicam em sobrecarga e desgaste para a mulher trabalhadora já que esta, ao assumir o papel de mulher trabalhadora, não se desvinculou do papel de dona de casa e mãe, acumulando para si várias obrigações que contribuem para esta sobrecarga de trabalho que pode ocasionar estresse e diversos distúrbios no organismo.

Em relação à **faixa etária** percebe-se que a maioria dos participantes tem entre 31 e 50 anos (70,4%), dentre os quais 39,1% estão na faixa etária predominante de 31 à 40 anos e 31,3% na faixa etária de 41 à 50 anos. Logo, se evidencia no estudo que a maioria dos profissionais de enfermagem que atuam na UTI Adulto desse Hospital Universitário de Uberlândia tem idade superior a 30 anos e inferior a 51 anos, sendo este dado semelhante ao estudo feito por Ruas (2013), em uma UTI de Montes Claros em que a faixa etária predominante ficou entre 29 e 39 anos (73%) seguido da faixa etária de 40 e 50 anos (23%). Dados semelhantes também ao perfil nacional de enfermagem que, segundo FIOCRUZ e COFEN (2013), a maioria das equipes de enfermagem se encontram na faixa etária de 26 à 50 anos, com predominância para a faixa etária dos 31 à 35 anos.

Na variável **estado civil**, nosso estudo mostrou o predomínio de profissionais solteiros (50,4%), seguido de casados (32,2%), evidenciando, assim, o perfil do estado civil da equipe de enfermagem da UTI Adulto desse hospital universitário de Uberlândia com a maioria solteiros.

Em relação ao **tempo de trabalho na instituição**, notamos o predomínio de 0 à 20 anos (94%) de trabalho na instituição, sendo que a maioria trabalha a menos de 1 ano (35,7%) na instituição, demonstrando uma alta rotatividade de profissionais. Os profissionais de enfermagem que trabalham de 5 a 10 anos perfizeram um total de 20,9% e os que trabalham de 10 a 20 anos somaram 19,1%. Esses últimos números divergem dos encontrados no estudo de Oliveira (2016) sobre um setor de hemodiálise de um hospital universitário em que foi verificado a pouca rotatividade dos profissionais e o predomínio de 54,5% de profissionais da enfermagem que trabalha na instituição há 10 anos ou mais, fato que pode ser entendido por se tratar de um serviço especializado e que os profissionais em sua maioria são servidores públicos com estabilidade funcional e empregatícia.

4.2 - Causas de afastamentos na equipe de enfermagem de um Hospital Universitário de Uberlândia do setor de UTI/ Adulto em um intervalo de cinco anos segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde- CID-10.

A classificação do CID-10 é formada por categorias, isto é, um código com três caracteres sendo uma letra e dois números e as subcategorias quando é atribuído mais um número a categoria, então se tem os três caracteres iniciais acrescido de um ponto com um número em seguida. De acordo com o *site* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS “a CID-10 foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde”. Estas categorias podem ser agrupadas em conjuntos de acordo com as semelhanças das doenças constituindo assim um agrupamento e estes agrupamentos se juntam e formam os capítulos, sendo que o CID-10 possui 22 capítulos (BRASIL, 2008), vide quadro em Anexo D.

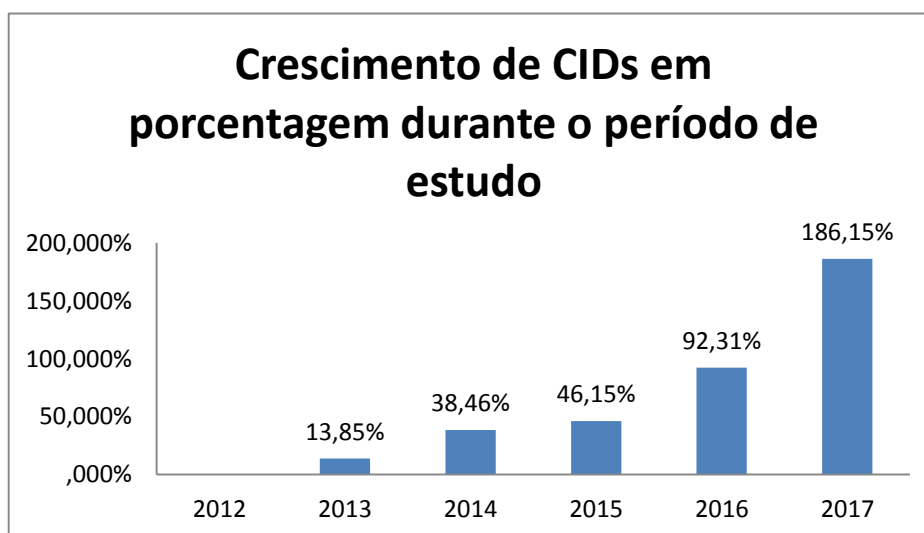
Tabela 2- CIDs que acometeram a equipe de enfermagem de um Hospital Universitário de Uberlândia no intervalo de cinco anos (2012 a 2017) e quantidade de cada CID/ano, Uberlândia – MG, 2019.

CIDs	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total de CID por categoria	%
A00 B99	1	3	6	7	6	4	27	4,25%
C00 D48	4	8	4	--	3	--	19	2,99%
D50 D89	--	1	--	--	1	--	2	0,31%
E00 E90	4	--	--	2	3	3	12	1,89%
F00 F99	8	4	15	15	12	48	102	16,06%
G00 G99	--	1	2	3	5	3	14	2,20%
H00 H59	4	2	2	2	3	8	21	3,31%
H60 H95	--	--	1	1	3	--	5	0,79%
I00 I99	--	2	2	1	7	3	15	2,36%
J00 J99	4	4	6	3	11	17	45	7,09%
K00 K93	3	7	2	--	5	7	24	3,78%
L00 L99	--	--	3	2	--	4	9	1,42%
M00 M99	7	8	15	13	26	32	101	15,91%
N00 N99	6	2	3	8	9	18	46	7,24%
O00 O99	9	8	6	6	1	6	36	5,67%
R00 R99	1	7	9	7	6	9	39	6,14%
S00 T98	5	7	2	6	11	9	40	6,30%
V01 Y98	--	--	--	--	--	2	2	0,31%
Z00 Z99	9	10	12	19	13	13	76	11,97%
TOTAL de CID por ano	65	74	90	95	125	186	635	100%

Fonte: JESUS, J.A.; BACELAR, W.K.A., 2019.

Entre as 22 categorias de CIDs presente na lista de morbidades do CID-10 nosso estudo detectou afastamentos referentes a 19 categorias e identificou 3 categorias que não apresentaram nenhum afastamento durante estes cinco anos de estudo sendo elas a P00 P96, referente a algumas afecções originadas no período perinatal; a Q00 Q99, referente a malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; e a U00 U99 CID, referente a códigos para propósitos especiais. Contudo, nosso estudo identificou um acentuado crescimento do número de afastamentos durante os anos analisados, o que pode ser observado no gráfico 1.

Gráfico 1 - Representação gráfica do crescimento de CIDs em porcentagem durante o período de estudo (2012 a 2017), Uberlândia – MG, 2019.



Fonte: JESUS, J.A.; BACELAR, W.K.A., 2019.

A análise do gráfico 1 nos permite perceber que a quantidade de afastamentos segundo os CIDs foram crescendo de acordo com os anos, sendo 65 atestados em 2012 e 186 em 2017. Esse aumento de 186,15% mostra que é crescente o número de profissionais de enfermagem doentes na população de trabalhadores de enfermagem da instituição no setor de UTI/Adulto. Nossos números são similares ao estudo de Lima (2018), em que essa pesquisadora identificou, na UTI/Adulto do mesmo Hospital de nossa pesquisa no decorrer de cinco anos (2011 a 2016); ainda verificou em seu estudo um aumento de 400% do número de afastamento no período analisado bem como os principais motivos desses afastamentos, destacando-se a dor lombar, a dor abdominal e pélvica e a reação aguda ao estresse; a mesma autora também identificou na UTI neonatal aumento de 207% no número de afastamentos e

os principais motivos para tais afastamentos foram os transtornos ansiosos, depressivos sinusite e dor abdominal.

Em nosso estudo, destacamos, dentre as 19 categorias que estiveram presentes nos resultados finais, as dez (10) que apresentaram números mais significativos quanto às causas de afastamentos, sendo classificados e ordenados na tabela 3.

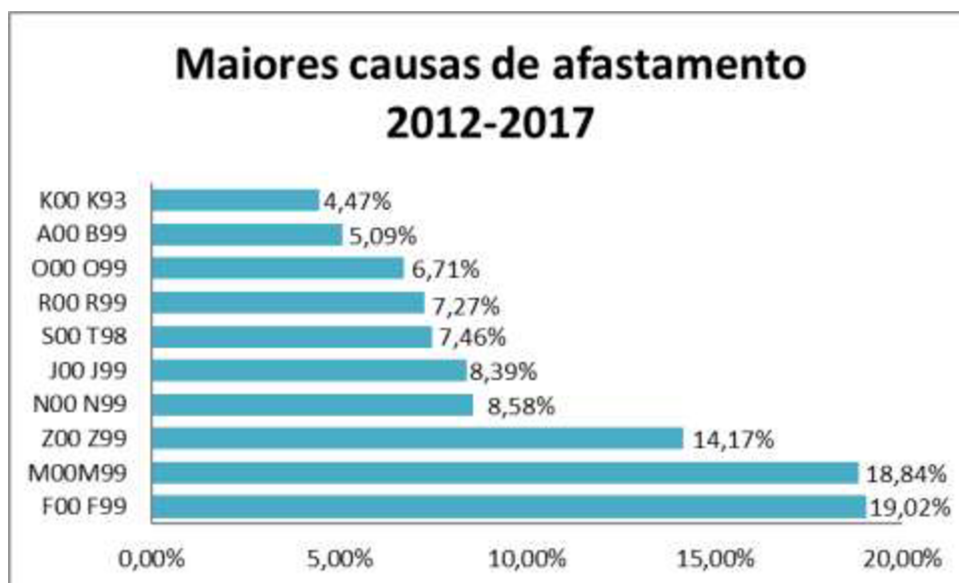
Tabela 3 – As dez maiores causas de afastamentos da equipe de enfermagem da UTI/Adulto de um Hospital Universitário de Uberlândia segundo CIDs (2012 a 2017), Uberlândia – MG, 2019.

Classificação	CIDS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	%
1°	F00 F99	08	04	15	15	12	48	102	19,02%
2°	M00M99	07	08	15	13	26	32	101	18,84%
3°	Z00 Z99	09	10	12	19	13	13	76	14,17%
4°	N00 N99	06	02	03	08	09	18	46	8,58%
5°	J00 J99	04	04	06	03	11	17	45	8,39%
6°	S00 T98	05	07	02	06	11	09	40	7,46%
7°	R00 R99	01	07	09	07	06	09	39	7,27%
8°	O00 O99	09	08	06	06	01	06	36	6,71%
9°	A00 B99	01	03	06	07	06	04	27	5,09%
10°	K00 K93	03	07	02	--	05	07	24	4,47%

Fonte: JESUS, J.A.; BACELAR, W.K.A., 2019.

Para uma melhor visualização das maiores causas de afastamentos na equipe de enfermagem deste Hospital Universitário de Uberlândia segue a representação gráfica dos resultados.

Gráfico 2 - Representação gráfica das maiores causas de afastamentos nos anos (2012-2017), Uberlândia-MG, 2019.



Fonte: JESUS, J.A.; BACELAR, W.K.A., 2019.

Os resultados obtidos em nosso estudo referentes às principais causas de afastamentos da equipe de enfermagem de um Hospital Universitário de Uberlândia entre os anos de 2012 a 2017, foram os transtornos mentais e comportamentais com 19,02% das causas; as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo com 18,84%; os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde com 14,17%; as doenças do aparelho geniturinário com 8,58%; as doenças do aparelho respiratório com 8,39%; as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas com 7,46%; os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte com 7,27%; a gravidez, parto e puerpério com 6,71%; algumas doenças infecciosas e parasitárias com 5,09%; e as doenças do aparelho digestivo com 4,47%.

Contudo, ao analisarmos os resultados do gráfico 2, observamos uma disparidade entre os três principais fatores que resultam em afastamento da enfermagem da UTI Adulto desse Hospital e os demais. As três causas ou categorias de CIDs que mais aconteceram no período foram a categoria F00 F99, referente ao grupo de doenças e problemas relacionados à transtornos mentais comportamentais com 102 afastamentos (19,02%); seguido dos CIDs da categoria M00 M99, referente a doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com 101 afastamentos (18,84%); e os CIDs Z00 e Z99 referente ao grupo de doenças e fatores

relacionados e que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde com 76 afastamentos (14,17%).

Esta última é uma categoria de afastamentos que não é relevante para a pesquisa, uma vez que são afastamentos pontuais e que aparentemente não podem ter nexos causais com as atividades laborais, pois são atestados referentes a convalescência, pessoa em boa saúde acompanhando familiar, exames e investigações especiais, supervisão de gravidez normal, pessoas com problemas relacionados a organização de seu modo de vida, exames laboratoriais, anticoncepção, cirurgia plástica, repetição de prescrição, exames de olhos ou visão, história pessoal de alergia entre outros. Nossos resultados foram semelhantes ao da pesquisa de Felli *et al.* (2012) em que, ao analisar os motivos de afastamento por licença médica no período de um ano em hospitais públicos brasileiros, observou que 30,75% dos afastamentos são motivados por transtornos mentais e comportamentais e 19,2% são decorrentes das doenças osteomusculares.

As doenças do sistema osteoconjuntivo e tecido muscular e os transtornos mentais foram aquelas de maior representatividade nos grupos de doenças referidos em um estudo feito por Mininel *et al.* (2013), sendo estes dados semelhantes à nossa pesquisa, porém para Mininel *et al.* (2013) as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (21%) ficaram a frente dos transtornos mentais e comportamentais (15,3%).

Contudo, em nosso estudo os CIDs da categoria de transtornos mentais e comportamentais aparecem em primeiro lugar e representam importante e preocupante fonte de análise e estudos. Dentro da grande categoria dos transtornos mentais e comportamentais as doenças que mais atingiram os profissionais pesquisados segundo os CIDs foram o F32 (episódios depressivos), o F33 (transtorno depressivo recorrente), o F332 (transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos), o F411 (ansiedade generalizada), o F331 (transtorno depressivo recorrente, episódio moderado), o F320 (episódio depressivo leve), o F31 (transtorno afetivo bipolar), o F432 (transtorno de adaptação), o F11 (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos), o F321 (episódio depressivo moderado), o F43 (reação aguda ao estresse), o F419 (transtorno ansioso não especificado), o F322 (episódio depressivo grave sem sintoma psicóticos), o F19 (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas), o F329 (episódio depressivo não especificado), o F41 (outros transtornos ansiosos), o F412 (transtorno misto ansioso e depressivo), o F431 (estado de estresse pós-traumático), o F410 (transtorno de pânico - ansiedade paroxística episódica), o F313

(transtorno afetivo bipolar, episódio atual leve ou moderado), o F316 (transtorno afetivo bipolar - episódio misto), e o F451 (transtorno somatoforme indiferenciado).

Os resultados obtidos em nosso estudo mostram uma forte relação com o ambiente de trabalho estressante de uma UTI, fato corroborado por Lucchesi, Macedo e Marcos (2008, p. 21), quando afirmam que a:

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor que oferece cuidados aos pacientes que apresentam instabilidade clínica grave, através da atenção constante e especializada. Seu ambiente frequentemente é avaliado como altamente estressante tanto pelos pacientes e seus familiares, quanto pela equipe de saúde que atua na unidade. É uma unidade paradoxal, pois propõe intervenções que visam à sobrevivência através de tratamentos complexos, entretanto potencialmente iatrogênicos... A equipe também sofre com várias situações estressantes, como as solicitações constantes do paciente e da família, a intensa jornada de trabalho, o contato com a dor e com o processo da morte, estar constantemente em alerta e submetida às pressões quanto à tomada de decisões em momentos críticos, além dos dilemas éticos como a questão sobre o prolongamento ou não da vida em casos sem prognóstico. Outro aspecto fundamental neste contexto são as dificuldades de comunicação nas relações interpessoais, que geram conflitos e grande sofrimento emocional (LUCCHESI; MACEDO; MARCOS, 2008, p. 21).

O sofrimento psíquico é comum no ambiente hospitalar podendo levar ao desencadeamento de transtornos mentais como depressão e ansiedade decorrentes de desgaste emocional, da responsabilidade do cuidar com medo de cometer erros que podem levar o paciente a morte, o cansaço, o desgaste das relações no ambiente todos estes fatores implicam em repercussões psicologicamente negativas ao indivíduo o que resulta em sentimento de insatisfação (LUCCHESI; MACEDO; MARCOS, 2008).

Segundo nossos resultados os trabalhadores de UTI apresentam uma prevalência de Transtornos Mentais Comuns - TMC, quando comparados aos que atuam em outras unidades no contexto hospitalar. Uma das causas possíveis que para esse fato seria o estado crítico do paciente com variação de prognóstico e os profissionais de saúde dessas unidades vivenciarem com frequência situações de vida e morte. Assim, cremos que o lidar diretamente com a morte pode implicar em vulnerabilidade emocional, ansiedade, sentimento de culpa e impotência (JANSEN et al., 2016; MARCELINO; ARAÚJO; MARCELINO FILHO, 2015).

O sofrimento mental é uma realidade entre os trabalhadores de enfermagem, visto que a convivência com o sofrimento humano, a morte, as pressões geradas por um trabalho diretamente relacionado à responsabilidade exacerbada e o próprio desgaste suscitado pelos conflitos do trabalho em equipe acabam por consumir o psicológico desse trabalhador (LIMA, 2018, p. 38).

O sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem pode estar ligado a diversos motivos desencadeadores, dentre os quais podemos elencar a falta de tempo para descanso, muitas vezes ligado a mais de um vínculo empregatício, bem como lidar com angústia e

sofrimento dos pacientes e familiares, a baixa remuneração, as longas jornadas de trabalho, o ritmo laboral elevado, a multiplicidade de funções e situações de urgência e emergência.

A segunda categoria de CID mais prevalente na população do estudo foi a M00 M99, doenças e agravos relacionados a doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo sendo que as doenças que atingiram os profissionais de enfermagem segundo o CID foram o M545 (dor lombar baixa), o M544 (lumbago com ciática), o M54 (dorsalgia), o M540 (paniculite atingindo regiões do pescoço e do dorso), o M543 (ciática), o M480 (estenose da coluna vertebral), o M51 (outros transtornos dos discos intervertebrais), o M65 (sinovite e tenossinovite), o M708 (outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão), o M790 (reumatismo não especificado), o M20 (deformidade adquirida dos dedos das mãos e dos pés), a M10 (gota), o M512 (outros deslocamentos discais intervertebrais especificados), o M41 (escoliose), o M75 (lesões de ombro), o M659 (sinovite e tenossinovite não especificado), o M796 (dor em membro), o M79 (outros transtornos de tecidos moles), o M751 (síndrome do manguito rotador), a M791 (mialgia), o M255 (dor articular), o M502 (outro deslocamento de disco cervical), o M546 (dor na coluna torácica), o M513 (outra degeneração especificada de disco intervertebral).

Podemos observar que as doenças relacionadas ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo estão entre as que mais atingiram a população de nosso estudo e que podem ser classificadas também como Distúrbios Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho (DORT), termo criado para identificar um conjunto de doenças inflamatórias que não são infecciosas, causadas por atividades laborativas que exigem do trabalhador movimentos manuais repetitivos, continuados e rápidos, podendo ser vigorosos, com sobrecarga biomecânica, sendo causada pelo excesso de força empregada em certas atividades com posturas inadequadas combinadas a um ambiente laboral inadequado ergonomicamente. As posturas inadequadas junto à precarização do trabalho, implicam em adoecimento do trabalhador (BRASIL, 2012).

Nossos resultados referentes às doenças osteomuscular e tecido conjuntivo podem ser diretamente relacionadas com o ambiente de trabalho da UTI já que a natureza do trabalho da enfermagem neste ambiente requer do profissional longa permanência em pé, transporte e movimentação de pacientes com posturas inadequadas, repetição dos trabalhos, número insuficiente de trabalhadores para distribuição das tarefas gerando sobrecarga e aceleração do ritmo de trabalho implicando em movimentos repetitivos e posturas ergonomicamente incorretas.

Em pesquisa realizada por Carvalho *et al.* (2010), estes observaram que as principais causas de afastamentos no trabalho da enfermagem foram as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, osteoarticulares e por traumas, gastrite nervosa, oftalmológica e psíquica, distúrbios osteomusculares da região lombar, pescoço, ombro, região do dorso e extremidades superiores distais e membros inferiores. Esses resultados obtidos por Carvalho *et al.* (2010) coadunam com os da presente pesquisa.

Assim, podemos afirmar que nosso estudo é corroborado por resultados obtidos em outras pesquisas sobre o assunto. Fato que pode também ser observado na pesquisa realizada por Murofuse (2004) a respeito da saúde dos trabalhadores de enfermagem de uma fundação hospitalar do Estado de Minas Gerais. Nesse trabalho o autor revela que a força de trabalho da enfermagem vem sendo consumida por problemas de saúde de caráter físico e psíquico, destacando-se as lesões por esforços repetitivos, à depressão, a angústia, o estresse, dentre outras, ficando evidente que as características do cotidiano dos profissionais de enfermagem são causadoras de sofrimento físico e psíquico.

4.3 - Percepções do trabalhador sobre a relação do trabalho com processo de adoecimento e afastamento

Após a leitura dos questionários, os resultados foram analisados e categorizados no qual se obteve os seguintes temas a serem explorados:

- a) rotina de trabalho na UTI: cansaço físico e mental devido às múltiplas atribuições;
- b) implicações do trabalho na UTI para saúde segundo a percepção do trabalhador;
- c) riscos do ambiente de UTI na visão do trabalhador;
- d) percepções sobre o processo de adoecimento que culminou em afastamento;
- e) satisfação com a profissão.

4.3.1 Rotina de trabalho na UTI: cansaço físico e mental devido às múltiplas atribuições

O trabalho de enfermagem na UTI é desenvolvido em um ambiente em que os pacientes têm um alto nível de gravidade sendo maior a exigência sobre esse profissional, tornando esse local um ambiente estressante, cansativo e com sobrecarga de trabalho (VILA; ROSSI, 2002). Trabalhar em UTI é se deparar constantemente com a morte, com sofrimento de quem está sendo cuidado e com seus familiares, sendo que tais fatores podem levar ao estresse o trabalhador de enfermagem (LEITE; VILA, 2005).

Em relação à rotina de trabalho no cotidiano da UTI, nossos resultados indicaram exaustividade na execução das tarefas, bem como o trabalho nesse ambiente visto como corrido, agitado, com múltiplas atribuições, em que o profissional se vê sobre pressão a todo tempo com clima tenso implicando em cansaço físico e mental com consequente estresse. Assim foi possível identificar no cotidiano de trabalho da UTI elementos que interferem negativamente na saúde e bem-estar do profissional ali inserido.

Para Beck (2001), trabalhar em unidades críticas requer do profissional de saúde flexibilidade em se relacionar cotidianamente com a dor, o sofrimento e a morte. Estes eventos causam no trabalhador um sentimento de tristeza, ira e impotência pela incapacidade de manter o outro vivo, porém não só esta situação que causa sofrimento ao trabalhador, também as situações relacionadas à organização do trabalho que, segundo o número insuficiente e pouco preparado de profissionais, recursos materiais e condições inadequadas de trabalho, entre outras situações, causam estresse e angústia no trabalhador da área de saúde podendo ir além de sua capacidade de absorção trazendo consequentes sinais de distúrbios. O cansaço e o estresse foram enfatizados nos discursos dos profissionais, e estão parcialmente transcritos a seguir:

“Tenso, sobre pressão, corrido (P1).”

“Cansativo e estressante (P2).”

“Exaustivo cansaço físico e mental (P3).”

“Cheios de múltiplas atribuições (P4).”

4.3.2 Implicações do trabalho na UTI para saúde segundo a percepção do trabalhador

A maioria dos participantes identificaram uma forte relação do trabalho na UTI com sua saúde devido a rotina de trabalho corrida e desgastante, muito tempo em pé, com calçados sempre fechados, mobilização de pacientes pesados com posturas inadequadas, fatos e posturas que influenciam em sua saúde causando dores nas pernas e na coluna, sendo estes relacionados ao aparecimento de varizes como consequência.

O desgaste físico na UTI comumente é intenso, tendo como principal causa a força utilizada para realizar diversos cuidados aos pacientes que se encontram acamados com doenças que podem causar edemas influenciando no aumento de peso do paciente dificultando sua manipulação, o que traz como consequências diversos tipos de dores aos profissionais de saúde, principalmente nas pernas, na região lombar e nas costas (CELIA; ALEXANDRE, 2004).

Outro fato identificado por alguns profissionais como influência negativa desse ambiente para saúde foi a tensão e o desgaste mental e alto nível de estresse que ainda causam cansaço físico. Ainda citaram sintomas psiquiátricos quando no trabalho o que não ocorre em casa, inferindo, assim, que o ambiente da UTI está relacionado com sua saúde mental. Os transtornos mentais segundo Pinho e Araújo (2007) podem ser decorrentes da incapacidade do indivíduo em adaptar as exigências do meio ou do trabalho implicando em sentimentos de inutilidade ou inadequação intelectual.

Para Shimizu e Ciampone (2013), o desgaste mental é originário das interrupções constantes em decorrência das intercorrências presente cotidianamente na UTI, e do lidar com o sofrimento e morte já que a morte na UTI é algo previsível trazendo ao profissional sentimentos negativos de que houve ineficiência da equipe, que todo o trabalho se perdeu. Os sentimentos gerados pela perda dos pacientes são extremamente difíceis de serem elaborados, causando angústias ao trabalhador que não pode ser livremente expressada no contexto do trabalho bem como esse profissional que não pode viver o luto de seu paciente.

O grande tempo dispensado para o trabalho e o trabalho noturno foram citados como prejudiciais ao trabalhador, pois o mesmo tem pouco tempo para o convívio familiar e social com consequente diminuição de suas relações e o trabalho noturno implica na qualidade de vida com desgaste mental e físico e consequente estresse que prejudica também as relações familiares.

O trabalho noturno apesar de ser essencial em uma instituição hospitalar acarreta diversos riscos a saúde do trabalhador, tanto referente a função biológica que desregula o organismo devido a inversão do relógio biológico quanto as funções psíquicas implicando em maior propensão ao estresse e às crises de ansiedade juntamente com desgaste emocional além de desregular o relacionamento sócio familiar (CHERES *et al.*, 2016). O trabalho noturno se torna ainda mais nocivo para saúde e para as relações familiares e sociais quando o profissional possui outro vínculo empregatício durante o dia sendo impossível repará-lo (AQUINO; ARAGÃO, 2017). E mesmo os profissionais que trabalham a noite que possuem apenas um emprego o tempo de sono é apontado como insuficiente principalmente nos finais de semanas e folgas em que o mesmo tenta compensar a ausência deixando de dormir durante o dia para aproveitar mais o tempo com família e amigos (ABREU *et al.*, 2012). Para corroborar tais afirmações, segue alguns discursos de participantes sobre a implicação do ambiente de UTI com a saúde:

“Perdemos a qualidade de vida por ser bem desgastante e o fato do horário noturno reduzir a qualidade do sono (P4).”

“Quando chego em casa devido ao cansaço físico e mental relacionado ao trabalho atrapalha no convívio familiar e social devido ao estresse (P2).”

“Durante o período do trabalho alguns sintomas reaparecem e em casa eles desaparecem (P5).”

“De acordo com nosso dia a dia o que passamos no trabalho reflete em nossa saúde com estresse, dores no corpo entre outros (P6).”

4.3.3 Riscos frequentemente sofridos por profissionais na UTI

Todos os profissionais relataram que o ambiente de UTI possui riscos para saúde e os mais identificados por nós foram: os riscos ergonômicos com as cargas excessivas de trabalho na mobilização e transporte de pacientes implicando em alterações na saúde desse trabalhador que passa a sentir sintomas como dores nas pernas e fadiga. Em nossa pesquisa um profissional citou sua dor no nervo ciático e a relacionou a fatores ergonômicos inadequados, segundo o mesmo, estes riscos são agravados pela falta de profissionais. Outro risco identificado pelos trabalhadores foi a relação entre o ambiente tenso com pressão constante e o aparecimento de estresse.

A sobrecarga de trabalho, seja por falta de profissionais ou por excesso de atribuições, é identificada como fator de risco para acidentes, uma vez que geralmente os serviços de saúde contam com número reduzido de trabalhadores na equipe de enfermagem, favorecendo imperícias, imprudências e negligência nas práticas de saúde trazendo assim riscos tanto para o profissional quanto para o paciente (GALLAS; FONTANA, 2010).

Os riscos biológicos foram enfatizados pelos participantes já que há uma exposição constante dos profissionais a pacientes isolados, a vírus, a bactérias, secreções, sangue, fluídos corporais, ao manejo constante de materiais perfuro cortantes com alto risco de acidentes que podem levar a contaminação dos mesmos. Outro risco apontado pelos mesmos foi a da exposição à radiação devido a criticidade do paciente e ao grande número de procedimentos executados. O estudo realizado por Souto (2003) confirmam esses dados em que os riscos percebidos pelos profissionais além do ritmo acelerado de trabalho, manutenção de posturas inadequadas, esforços físicos e fadiga, trabalho isolado, temperatura inadequada, excesso de ruído, também diagnosticou a exposição à irradiação e risco de infecção como fontes possíveis de patologias em profissionais de saúde. Assim, afim de corroborar e sustentar nossos dados, utilizamos os apontamentos de Souto (2003) que identificou a relação entre o ambiente de trabalho em UTI com distúrbios osteomusculares, varizes e estresse provando que os agravos à saúde do trabalhador de enfermagem têm íntima relação com as condições e ao ambiente de trabalho sendo tarefa difícil isolar causa e efeito.

Assim, em nosso estudo identificamos na prática o que a literatura aponta como os medos e as impressões de profissionais de saúde em UTI's e, como forma de ilustrar tais constatações, segue alguns discursos dos profissionais em relação aos riscos sofridos pelos mesmos nesse ambiente:

“Acidentes biológicos e ergométricos são riscos constantes (P1).”

“Trabalho sobre pressão gera estresse, sobrecarga de trabalho devido a falta de funcionário, exposição à radiação e agentes biológicos (P7).”

“Contato com bactérias, vírus, secreção, sangue (P8).”

“Risco ergonômico nos cuidados com pacientes pesados, dor e fadiga no nervo ciático e dos braços (P3).”

“Falta de pessoal, sobrecarga de trabalho (P9).”

“Pacientes isolados, acidentes com perfuro cortantes em punção venosa e administração de medicamentos, etc. (P6).”

4.3.4 Percepções sobre o processo de adoecimento que culminou em afastamento

Dentre os vinte e um questionários respondidos dez participantes relataram ter se afastado do trabalho para cuidar da saúde, seis tiveram atestados relacionados a doenças e outros quatro foram por cirurgias eletivas como cirurgia plásticas, fraturas não relacionadas ao trabalho, complicações de cirurgia plástica entre outros.

A análise da percepção do adoecimento dos seis profissionais com afastamentos por diarreia e gripe, dor muscular, dor lombar e quadril e problemas psicológicos, inflamação nas pernas, psiquiátrico por estresse e cirurgia de unha encravada (cantectomia), mostra que existe relação entre os riscos do ambiente de trabalho com seu adoecimento como o tipo de trabalho que é feito a maioria do tempo em pé, a tensão e a pressão psicológica, o excesso de cargas ao manipular pacientes, calçados fechados o tempo todo, a carga horária, a rotina estressante o excesso de atribuições, bactérias e vírus entre outros. Para ilustrar tais constatações transcrevemos alguns apontamentos dos profissionais entrevistados:

“Sobrecarga de serviço (P16).”

“Rotina, excesso de serviço, carga horaria para ser cumprida (P5).”

“Muito em pé (P15).”

“Por excesso de peso ao movimentar pacientes. Muita pressão psicológica com problema pessoais e tensão no trabalho (P14).”

“Bactérias, vírus (P18).”

Em relação aos pontos positivos e negativos do afastamento, identificamos como positivo a recuperação da saúde com repouso e os negativos foram descritos como a própria doença, sentir dores, a necessidade financeira e também as críticas dos colegas (alguns se sentiram constrangidos com afastamento) e outros acharam ruim se afastar. Notamos nestes discursos

um sentimento de culpabilidade por parte do trabalhador doente achando ruim se afastar (presenteísmo fortemente arraigado na classe) e alguns que alegaram se sentirem constrangidos com tal fato. Tais percepções vão além do convívio entre pares, transcendendo para o receio do afastamento frente a percepção da gestão e de supervisores quanto a seu atestado, o que, no entendimento de alguns entrevistados, pode ser visto como algo negativo.

Para ilustrar observe alguns discursos:

“Alguns sempre criticam (P14).”

“Tom de descaso (P15).”

“Problema (P5).”

“Equipe acha ruim. Apoiaram em parte outros criticam (P16).”

“Indiferentes mais acham que é por lerdeza. Infelizmente não gostam pra não desfaltar (P17).”

A partir destes discursos notamos que o profissional de saúde se sente desvalorizado com a sensação de valor apenas quando produtivo para a instituição e quando se encontra adoecido passa a ter a sensação de inutilidade. Assim, de acordo com relatos dos participantes fica comprovado que ainda existem dificuldades de relacionamentos entre os profissionais de enfermagem e sua supervisão imediata. A percepção de supervisores quanto às limitações adquiridas pelos profissionais de saúde após o afastamento é, conforme, Batista, Juliane e Ayres (2010) uma séria dificuldade para a recuperação bem como para a prevenção de novos episódios de doenças amplificado pelo despreparo da equipe em receber este profissional durante seu retorno ao trabalho.

4.3.5 Satisfação com a profissão

Apesar dos vários riscos do ambiente de trabalho em UTI para a saúde do profissional de enfermagem, o prazer da profissão e o amor pelo trabalho realizado foi citado pela maioria dos participantes como sendo o principal motivo de continuar na profissão. O prazer em servir o semelhante, no entanto, contrasta com alegações de alguns profissionais que relatam gostar da profissão, porém pretendem transferir seu trabalho para um “setor mais tranquilo”. As experiências de trabalho, quando positivas, enriquecem a identidade do indivíduo e promove sua realização pessoal, sentimento de utilidade e prazer em prestar seu trabalho (SCHMIDT *et al.*, 2013).

A relação de sentimento, de prazer no trabalho, sua identificação com as tarefas realizadas e a satisfação profissional encontram-se em níveis satisfatórios para a equipe de enfermagem. Tal fato decorre, em nosso entender, pelo ato de cuidar do outro que está frágil e

dependente, possibilitando aos trabalhadores de enfermagem experiências de sentimentos agradáveis, de estar sendo útil, conferindo a sensação de desenvolvimento de tarefa socialmente nobre, constatações encontradas em Schmidt et al. (2013) e Shimizu e Ciampone (2003).

A satisfação profissional no trabalho da enfermagem também está relacionada com a recuperação do paciente em que o profissional de enfermagem vê que seus esforços valeram a pena. Assim, vivencia uma sensação de prazer. É um sentimento de dever cumprido. Cumpriu sua missão que é cuidar, ser útil para sociedade (SHIMIZU, 2000).

Outros motivos menos citados sobre a satisfação em ser profissional da área de saúde e trabalhar em uma UTI, se relacionam à necessidade financeira (salário maior), a satisfação e realização pessoal, se sentir útil, e ainda alguns participantes citaram a estabilidade no trabalho e o compromisso com a profissão como motivos de se continuar na mesma. Segue alguns discursos:

“Gosto do meu trabalho, no entanto quero trabalhar em um setor mais tranquilo do que o da UTI (P2).”

“Gostar de servir meu semelhante (P10).”

“Gosto pela profissão, realização pessoal (P12).”

“Amo meu trabalho, amo a UTI tenho um grande prazer em vir trabalhar (P13).”

“Gosto da minha profissão dou o meu melhor pelos pacientes me sinto útil e também pelo salário (P3).”

“Concurso público, necessidade financeira (P9).”

Segundo Schmidt *et al.* (2013) em estudo sobre a avaliação da Qualidade de Vida Trabalho (QVT) em um setor de UTI revelou uma população com alta satisfação no trabalho, no entanto, compreende-se que os elementos das UTI's, tais como o contato contínuo com o sofrimento e a morte, o uso abundante de tecnologias sofisticadas e a complexidade do cuidado, entre outros, pode levar a insatisfação e comprometer a QVT desses profissionais, caso não exista ações gerenciais que contribuam para a manutenção do nível de satisfação entre os trabalhadores da área de saúde.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou conhecer o perfil dos profissionais de enfermagem que trabalham na UTI Adulto, identificar as causas de adoecimento que resultaram em afastamento e conhecer a visão da equipe de enfermagem sobre o processo de adoecimento e afastamento na UTI Adulto através de uma pesquisa qualitativa e quantitativa e de acordo com os objetivos foi possível detectar os seguintes resultados: a população de estudo possui maioria na categoria de técnicos de enfermagem, do sexo feminino, na faixa etária de 31 a 40 anos, solteiros e com tempo de trabalho na instituição de menos de um ano. As causas de afastamentos em sua maioria foram relacionadas aos grupos de doenças e problemas relacionados a transtornos mentais comportamentais, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, do grupo de doenças relacionados a fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde (como especificado no CID-10). O último não foi relevante para nossa pesquisa já que apresenta afastamentos pontuais e que, aparentemente, não possuem nexos causais com as atividades laborais.

Identificamos que as relações do trabalhador de enfermagem com o paciente em estado grave de sofrimento, dor e morte trabalhando com posturas e cargas inadequadas, juntamente com o ambiente da UTI e suas peculiaridades (local fechado com luz artificial, isolado dos demais, com vestimentas próprias do local, ambiente refrigerado com presença de intercorrências e manobras de ressuscitação constantes) se relaciona com as causas de afastamentos, especialmente, induzidas a adoecimentos relacionados a distúrbios mentais e comportamentais bem como a doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Assim, de acordo com o referencial teórico que aborda o processo de trabalho da equipe de enfermagem de uma UTI, no caso a UTI/Adulto, podemos inferir que o ambiente e a natureza do tipo de trabalho interferem diretamente na saúde desses profissionais da área de saúde.

Observamos que o profissional de enfermagem em UTI's vê seu local de trabalho como um lugar desgastante com uma rotina de trabalho exaustiva, múltiplas atribuições acarretando cansaço físico e mental com consequente estresse, manipulação e transporte de pacientes o tempo todo causando dores na coluna, lombar e até varizes, posturas inadequadas, pois o trabalho é feito na maioria do tempo em pé, riscos recorrentes de contaminação por sangue e fluídos corporais, manipulação de material perfuro-cortantes, pacientes contaminados com diversas bactérias e vírus, rotina corrida com alto risco de acidentes.

Percebemos que para a maioria dos participantes o ambiente da UTI é diretamente relacionado ao adoecimento do mesmo, pois os riscos são cotidianos, acarretando afastamentos para recuperação da saúde, o que é visto pelo profissional como bom para reabilitar sua saúde e negativo em relação a parte financeira já que grande parte dos trabalhadores complementam sua renda com horas extras ou Adicionais de Plantão Hospitalar (APH) que se refere a 12 horas extras trabalhadas. Também observamos que o trabalho noturno foi identificado pelos profissionais como grande causador de desgaste mental e físico com consequente prejuízo nas relações sociais e familiares.

A maioria dos participantes percebem que há relação do ambiente de trabalho com seu adoecimento e se veem desvalorizados quando se afastam relatando serem vistos pelos superiores e pela organização como um problema, porém mesmo com este sentimento de desvalorização e com os riscos e implicações que esse ambiente e tipo de trabalho trazem a saúde, os mesmos identificam prazer e gosto pela profissão, relatam satisfação e realização em servir o semelhante sendo esse o principal motivo de continuarem nesse trabalho.

Assim, ao associar as doenças que mais atingiram os profissionais durante os cinco anos do estudo (2012/2017), com as percepções a partir dos relatos, nos permitiu identificar e compreender que o trabalhador de enfermagem da UTI Adulto do Hospital Universitário de Uberlândia percebe as implicações que esse ambiente e natureza/tipo de trabalho podem causar à sua saúde e as sérias inferências físicas e mentais, com consequente e recorrente estresse. Mesmo sendo impossível mudar o objeto de trabalho da enfermagem que é o ser humano/paciente com sofrimento, dor e morte em um ambiente nocivamente insalubre e penoso para o indivíduo trabalhador é possível, em conjunto com a gerência da instituição, tomar medidas que minimizem as cargas inerentes a este ambiente com peculiar natureza e tipo de trabalho. Medidas e normativas mais humanizadas e de promoção de saúde devem ser encontradas com esforço coletivo para, enfim, dirimir os desgastes e a exaustão de todos os envolvidos, o que de fato permitirá a recuperação da força de trabalho do indivíduo trabalhador no local de labuta bem como regras mais libertárias e adequadas de descanso, que invariavelmente darão mais fôlego para um novo dia de trabalho com saúde e qualidade de vida.

Uma das medidas que ajudaria reduzir estes prejuízos à saúde é a redução da jornada de trabalho para 30 horas que tem sido pauta de diversas discussões no Brasil por sindicatos e órgãos regulamentadores como COFEN e CORENs. Uma outra que poderia reduzir a taxa de afastamentos por doenças relacionadas a distúrbios mentais e comportamentais, seria o trabalho de profissionais da psicologia na instituição e que trabalharia com a equipe de

enfermagem com livre acesso ao ambiente da UTI para realizar orientações em grupos e atendimento individual, com observação dos comportamentos dos profissionais para uma possível abordagem caso identifique sinais sugestivos de um possível adoecimento futuro.

Outra medida proposta seria a inserção de um fisioterapeuta para atendimento ao profissional, com observação contínua das posturas durante o período de trabalho e corrigir quando estiverem inadequadas através da reeducação postural do profissional de enfermagem desse ambiente, o que proporcionaria maior conforto ao trabalhador quando em manipulação e transporte de pacientes ou equipamentos pesados.

E por ultimo porem não menos importante seria a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares- PICs, na promoção e tratamento da saúde destes profissionais da enfermagem.

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) vem proporcionando melhoria na qualidade de vida de indivíduos acometidos por diversas doenças, dentre elas o estresse, através de diversas terapias entre elas: a homeopatia, a fitoterapia, a imunoterapia, o toque terapêutico, o Reiki, o desbloqueio/alinhamento de chakras, a terapia artística, a eurritmia curativa, o relaxamento, a visualização, a troca de convivência em grupo, a meditação e o trabalho biográfico antropológico (WHO,2002).

No entanto, estudos futuros são necessários para reforçar a utilização desse tipo de terapias e explorar sua relação com o estresse.

A utilização destas práticas no tratamento de algumas doenças vem aumentando muito, e várias pesquisas vem mostrando resultados significativos na redução dos níveis de ansiedade, de sintomas depressivos, de estresse, de alívio da dor, e da compulsão alimentar (KEMPER et.al, 2011).

Assim, para além de uma conclusão, visto que o assunto não se encerra aqui, cremos que nossos resultados apontam para a urgente necessidade de mudanças nas condições de trabalho desse grupo de profissionais com medidas locais (serviços permanentes de psicologia, fisioterapia e da inclusão das Práticas Integrativas Complementares) voltados ao cuidado ao profissional, e medidas burocráticas e organizacionais como a redução da carga horária para de fato promover-se o bem-estar do indivíduo no trabalho, sua efetiva valorização e melhor qualidade de vida, aumentando a qualidade da assistência prestada ao cliente/paciente/usuário.

REFERÊNCIAS

- ADIMANDO, A. Preventing and Alleviating Compassion Fatigue Through Self-Care. **Journal of Holistic Nursing**, v.20, n.10, p. 1-14, 2017.
- ABREU, N. R. *et al.* Trabalhos em turnos noturnos: implicações na qualidade de vida profissional e pessoal dos trabalhadores. **Revista Gestão e Tecnologia**, Pedro Leopoldo, v. 12, n. 3, p. 103-131, set. /dez. 2012.
- ALBUQUERQUE, N. M. G. **Vivencia do enfermeiro no cuidado humano na Unidade de Terapia Intensiva Adulto**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.
- AMES, Margaret et al. Strategies that reduce compassion fatigue and increase compassion satisfaction in nurses: a systematic review protocol. **JBIS Database System Rev Implement Rep**, v. 15, n.7, p. 1800-1804, 2017.
<https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003142>
- ANDRADE, D. L. B. *et.al.* Repercussões do trabalho noturno na saúde da enfermagem. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 164-71, 2015.
- AQUINO, R. L.; ARAGÃO, A. S. **Impacto do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro: um olhar na equipe do gênero masculino**. Editora Novas Edições Acadêmicas, 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Seção Minas Gerais. **História**. ABEn MG: Belo Horizonte, 2011.Disponível em:
<http://www.abennacional.org.br/secaomg/historia.html>. Acesso em: 17 jan. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Seção Pernambuco. **As práticas de saúde ao longo da história e o desenvolvimento das práticas de enfermagem**. ABEn PE: Recife, 2013.Disponível em: [http:// www.abenpe.com.br](http://www.abenpe.com.br). Acesso em: 13 fev. 2019.
- ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.
<https://doi.org/10.7476/9788575413760>
- BATISTA J. M.; JULIANI, C. M. C. M; AYRES, J. A. O processo de readaptação funcional suas implicações no gerenciamento em enfermagem. **Revista Latino Americana em Enfermagem**, São Paulo, 2010.
- BAPTISTA, P. C. P. **Incapacidade no trabalho: a compreensão de gerentes de enfermagem**. 2014. Tese (Concurso de livre docente) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- BECK, C. L. C. *et al.* Identidade profissional de enfermeiros de serviços de saúde municipal. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 14, n. 1, p. 114-119, mar. / maio 2009.

BECK, C. L. C. **O sofrimento do trabalhador:** da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem. Tese (Doutorado), Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BERTHELSEN, P. G.; CRONQUIST, M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen, 1953. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. Copenhagen, v. 47, n. 10, p. 1190-1195, 2003.
<https://doi.org/10.1046/j.1399-6576.2003.00256.x>

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (org.). **Burnout:** quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BRAND, C. I., FONTANA, R. T. Biossegurança na perspectiva da equipe de enfermagem de Unidades de Tratamento Intensivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 78-84, 2014.

BRASIL. **Lei 2.604 de 17 de setembro de 1955.** Regulamenta o exercício da enfermagem profissional. Rio de Janeiro: Presidência da República Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1955. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L2604.htm. Acesso em: 13 fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº. 8.213 de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm. Acesso em: 13 fev. 2019.

BRASIL. **Lei 7.498 de 25 de junho de 1986.** Dispõem sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e da outras providências. Brasília: Presidência da República Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1986. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm. Acesso em: 13 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n 285 de 24 de março de 2015.** Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Brasília: MS, 2015. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html. Acesso em: 07 out. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dor relacionada ao trabalho:** lesão por esforço repetitivo (LER), lesões por esforços, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Saúde do trabalhador, protocolos de complexidade diferenciada. Brasília: DF: MS, 2012. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_%20trabalho_lesoes_ler.pdf. Acesso em: 13 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 895, de 31 de março de 2017.** Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: MS, 2017. Disponível em: www.sgms.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/.../Portaria_895_2017_UTI_UCO.pdf. Acesso em: 07 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 3390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: MS, 2013. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/outras-relevantes/portaria - politica nacional de atencao hospitalar - ministerio da saude.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/outras-relevantes/portaria_-_politica_nacional_de_atencao_hospitalar_-_ministerio_da_saude.pdf). Acesso em: 07 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES: Versão 2: Atualização 2008.** Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Projeto REFORSUS. Equipamentos Médico-Hospitalares e o Gerenciamento da Manutenção: capacitação à distância.** Brasília: MS, 2002. Disponível em: www.anvisa.gov.br/.../Microsoft%20Word%20-%20BIT%204%20VENT%20PULMO. Acesso em: 13 fev. 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria GM n.º 485.** NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2005.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria 25 de 29 de dezembro de 1994.** Norma Regulamentadora 9. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. Brasília: Diário Oficial da União, 1994.

BOSCHCO, C. R. Implicações do afastamento do trabalho por adoecimento na subjetividade do auxiliar de enfermagem. Tese (mestrado). Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes Programa de Pós Graduação em Psicologia. Curitiba, 2011.

CARVALHO, C. G., MAGALHÃES, S. R. Quem cuida do cuidador: principais fatores que interferem na saúde dos profissionais de enfermagem, uma visão biopsicossocial. **Journal of Research: Fundamental Care On Line**, v. 5, n. 3, p. 122-131, 2013.

CARVALHO, L. S. F. *et al.* Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 60-66. jan/ mar.2010.
<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i1.10530>

CARVALHO, K. K.; TUERCINCKX, P.; LUNARDI, V. L. **Educação em saúde em uma unidade de terapia intensiva “percepção dos trabalhadores de enfermagem.** Instituição/Departamento: Fundação Universidade Federal do Rio Grande/Enfermagem. Disponível em: http://www2.ufpel.edu.br/cic/2004/arquivos/conteudo_CS.html#00783. Acesso em: 13 fev. 2019.

CAVALCANTE, C. A. A. *et.al.* Riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem: uma análise contextual. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 88-97, 2006.

CÉLIA, R. C. R. S; ALEXANDRE, N.M.C. Aspectos ergonômicos e sintomas osteomusculares em um setor de transporte de pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 25 n. 1, p. 33-43, 2004.

CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C. P. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: Editora Martinari, 2010.

CHERES, J. E. C. *et.al*. Trabalho noturno: A inversão do relógio biológico. **Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas**, Ipatinga, 2011. Disponível em: <http://fadipa.educacao.ws/ojs-2.3.3-3/index.php/cjuridicas/article/view/68/pdf>
Acesso em: 13 fev. 2019.

CHIAVENATO, F. L. G.; PEREIRA, J. A. LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 149-162, 2004.
<https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100009>

COLE, A. High anxiety. *In*: STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, 2001, v. 9, n. 2, p. 17-25.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000200003>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN. **O COFEN**. Brasília: Cofen, 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/o-cofen>. Acesso em: 17 jan. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN. **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil**, Brasília: Fiocruz, 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>. Acesso em: 14 maio 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN. **Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/loais em que são realizadas atividades de enfermagem**, Brasília: Cofen, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html Acesso em: 13 .fev. 2019.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A. S.; SENA R. R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100006>

CORONETTI, A.; NASCIMENTO, E. R.; BARRA, D. C. C.; MARTINS, J. J. Estresse da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis**, v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

BRASIL. Departamento de informática do SUS- DATASUS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID- 10** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/apresent.htm> : Acesso em: 13 fev. 2019.

DEJOURS, C. ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: Contribuições da Escola Djouriana à análise da relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1994.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14 n. 3, p. 27-34, 2004.
<https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: **CHALAT, J. (coord.). O indivíduo na organização-dimensões esquecidas**, v.1. 3 ed. São Paulo. Editora Atlas, 2007, p 150-173.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

DIAS, E. C.; HOFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p. 817-827, 2005.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400007>

ELLIS, J. R.; HARTLEY, C. L. **Enfermagem contemporânea: desafios questões e tendências**. 5 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 1998.

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**, São Paulo, v. 3n. 4, p. 178-181, 2012.

<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2012.v3.n4.379>

FELLI, V. E. A. *et al.* The impact of illness among nursing staff in public hospitals in Brazil according to working days lost. **Pan American Nursing Research Coloquium**, Miami, 2012.

FERNANDES, J. .D. A enfermagem no Ontem, Hoje e Amanhã. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 1, 1985.

<https://doi.org/10.1590/S0034-71671985000100006>

FILHO, A. N.; BARBOSA, Z. **O papel dos hospitais nas redes de atenção a saúde: elementos para pensar uma agenda estratégica para o SUS**, Brasília, 2014. Disponível em:

www.conass.org.br/consensus .Acesso em: 13 fev. 2019.

FOGAÇA, M.C. *et al.* Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, 2008.

<https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000300009>

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2008.

FREITAS, J. R .S. *et al.* Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 904-911, 2009.

<https://doi.org/10.5216/ree.v11i4.5240>

GALLAS, S. R.; FONTANA, R. T. Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 786-792, 2010.

<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500015>

GAMEZ, P.*et al.* – Study of the work climate in four critical care units in a hospital. **Enfermeria Intensiva**, National Library of Medicine National Institutes of Health dos United States of America, v. 10, n.3, p. 120-128, 1999.

GARCIA, J. N. R.; NEVES, M. L.; CAMARGO, M. C. História da enfermagem. *In*: MURTA, G. F. **Saberes e Práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. 5. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da Enfermagem. *In*: GEOVANINI, T. *et al.* **História da enfermagem versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GOMES, J. R. – Saúde ocupacional no hospital. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, 1974, v. 22, n. 6, p. 274-276

GOMES, V. L. *et al.* Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Revista Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v.17, n. 2, p. 108-115, 2007.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

GUIMARÃES, R. B.; PICKENHAYN, J. A.; LIMA, S. C. **Geografia e saúde sem fronteiras**. Uberlândia : Assis Editora, 2014.

HARRIS, C.; GRIFFIN, M. T. Nursing on empty: Compassion fatigue signs, symptoms and system interventions. **Journal of Christian Nursing**, v. 32, n.2, p. 80- 87, 2015.
<https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000155>

HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA-HC/UFU. **Institucional**. Uberlândia,2019. Disponível em
[:https://www.hc.ufu.br/pagina/institucional](https://www.hc.ufu.br/pagina/institucional). Acesso em: 14 maio 2019.

IDE, C. A. C. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 23, n. 1,p. 91-98, 1989.
<https://doi.org/10.1590/0080-6234198902300100091>

JANSEN, K. *et al.* The impact of existential vulnerability for nursing home doctors in end-of-life care: A focus group study. **Patient Education and Counseling**, Los Angeles, v. 99, n. 12,p. 2043–2048, 2016. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399116303111?via%3Dihub>. Acesso em 30 maio 2019.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.016>

KEMPER, K.; BULLA, .; KRUEGER D.; OTT M.J.; MCCOOL, J.A.; GARDINER, P. **Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress**. BMC Complementary Alternative Medicine. 2011.Disponível em: <https://bmccomplementaltermmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6882-11-26>. Acesso em 02 de dezembro de 2019.
<https://doi.org/10.1186/1472-6882-11-26>

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (org.). **Christopher Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

LANCMAN, S. GHIRARDI, M. I. G. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 44-45, 2002.

<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i2p44-50>

LEITÃO, I. M. T. A.; FERNANDES, A. L.; RAMOS, I. C. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados a equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 4, p. 476-84, 2008.

<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v7i4.6630>

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 145-50, 2005.

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200003>

LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 4, n. 41, p. 25-29, 2001.

LIMA, M. L.; BACELAR, W. K. A. **Trabalho, adoecimento, volta e readaptação dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital**. Tese (mestrado) - Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.

LISBOA, M.T.L.; OLIVEIRA, M.M.; REIS, L.D. O trabalho noturno e a prática de enfermagem: uma percepção dos estudantes de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 393-398, 2006.

<https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300006>

LUCCHESI, F.; MACEDO, P. C. M.; MARCO, M. A. Saúde Mental na Unidade de Terapia Intensiva Mental Health in the Intensive Care. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 1, 2008.

MARCELINO FILHO, A.; ARAÚJO, T. M. Estresse ocupacional e saúde mental dos profissionais do centro de especialidades médicas de Aracaju. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462015000400177&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 fev. 2019.

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00016>

MARTINS, J. T. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em unidades de terapia intensiva: estratégias defensivas**. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de São Paulo. Ribeirão Preto, 2002.

MARTINS, D. F.; BENITO, L. A. O. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 153-166, 2016.

<https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 52-58, 2009.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MELO, C. **Divisão Social do Trabalho e Enfermagem**. São Paulo Editora Cortez, 1986.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2010.

MININEL, V. A.; *et al.* Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1290-1297, 2013.

MOONEY, C. et al. A Preliminary Analysis of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue With Considerations for Nursing Unit Specialization and Demographic Factors. **Journal of Trauma Nursing**, v. 24, n. 3, p. 158-163, 2017.
<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000284>

MONTEIRO, A. L.; BERTAGNI, R. F. S. **Acidentes do Trabalho e Doenças Ocupacionais: conceito, processos de conhecimento e execução e suas questões polêmicas**. 2. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2000.

MUROFUSE, N. T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho**. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem/ USP, Ribeirão Preto, 2004.

MUROFUSE, N. T.; ABRANVHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200019>

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zederad. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, 2004.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200015>

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. – Occupational risks among a nursing staff working in an intensive care unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, p. 406-414, 2004.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000400006>

OLIVEIRA, M. A. **O ambiente de trabalho e as doenças ocupacionais na perspectiva dos profissionais de enfermagem que atuam em hemodiálise do HC/UFU**. Tese (mestrado) - Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia UFU, Uberlândia, 2017.

OLIVEIRA, E. C. N. – O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 22, p. 30-41, 2002.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932002000200005>

OLIVEIRA, B. R.; MUROFUSE, N. T. – Occupational accidents and occupational disease: study of the hospital workers' knowledge about health risks of their work. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2001, v. 9, p. 109-115, 2001.

OLIVEIRA, B. R. G., MOROFUSE, N. T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.109-115, 2001. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000100016>

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da enfermagem: Uma abordagem médico-legal**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 3 ed. 2010.

OSORIO, S. **Curar adoecendo** Tese (mestrado) -Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.

OSORIO *et.al.* O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2011.

PARREIRA, S.M.C.P; SALA, A. O trabalho no setor hospitalar: adoecimento e afastamentos por motivos de saúde. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento na área da saúde. In: PESSINI, L; BERTACHINI, I. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, p. 12-30, 2004.

PINHO, P. S.; ARAÚJO T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 329-336, 2007.

PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. São Paulo : Editora Hucitec, 1990.

PORTO, M. F. S. Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar. **Caderno de Saúde do Trabalhador**, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: https://normasregulamentadoras.files.wordpress.com/2008/06/riscos_trabalho.pdf .Acesso em: 13 fev. 2019.

RAPPARINI, C. CARDO; D. M. Principais doenças infecciosas diagnosticadas em profissionais de saúde. In: MASTROENI, M. F. **Biossegurança aplicada a laboratórios e serviços de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004, c.12. p. 205-218.

REZENDE, A. L. M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, R. P. *et al.* O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo v. 46, n. 2, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200031>

RODRIGUES, T. D. F. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 454-462, 2012

ROSADO, I.V.M. *et al.* Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3021-3032, 2015.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13202014>

SANCINETTI, T. R. **Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa diagnóstico médico e perfil profissional**. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2009.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600023>

SANTINI, A. M. *et al.* Estresse: vivencia profissional de enfermeiras que atuam em UTI neonatal. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 3, p. 14-22, 2005.
<https://doi.org/10.5380/ce.v10i3.5388>

SANTOS, J. M.; OLIVEIRA, E. B.; MOREIRA, A. C. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2006.

SAVOLDI, N. A. M. – **Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem da UTI Pediátrica**. Tese (mestrado) - Faculdade de Enfermagem - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SCHMIDT, D. R. C. *et al.* Qualidade de vida no trabalho e Bournout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 13-7, 2013.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000100002>

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 623-30, 2003.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000400007>

SHIMUZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital escola. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 95-106, 1999.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62341999000100010>

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidade de terapia intensiva em um hospital-escola. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 148-55, 2002.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000200007>

SHIMIZU, H. E.; COUTO, D. T.; MERCHAN-HAMANN, E. Prazer e sofrimento de trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, p. 3, 2011.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300016>

SHIMIZU, E. H. **As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidade de terapia intensiva em um hospital-escola.** Tese (mestrado) - Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SELLIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: O direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, J.; ARAÚJO, M. M.; PUGGINA, A.C. Humanização em terapia intensiva. *In*: PADILHA, K. G. *et al.* (org.). **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico.** Barueri: Manole; 2010.

SILVA, J. L. L. et al. Acidentes com perfuro cortante nas equipes de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, p. 1-4, 2012.

SILVA, V. E. F. **Estudo sobre acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino.** Tese (mestrado)- Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2003.
<https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v25i2.2232>

SILVA JUNIOR, S. H. A. **Avaliação de qualidade psicométricas da versão brasileira do índice de capacidade para o trabalho.** Tese (mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz - FioCruz, Rio de Janeiro, 2010.

SIMÃO, A. T. **Terapia intensiva.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1976.

SOUTO, M. C. – **CTI Oncológico: As Experiências do Trabalhador de Enfermagem com os Riscos, Sofrimento e Prazer.** Rio de Janeiro; 2003.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Mulher e trabalho-A História de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 593-600, 2003.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000500005>

SOARES, R. E. S. **Tempo, Trabalho e modo de vida: estudo de caso entre profissionais de enfermagem.** Tese (mestrado)- Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2005.

VILA, V. S.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 137-44, 2002.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000200003>

WAITZKIN, H. **Unidade de cuidados coronarianos: crecimiento y desarrollo de su tecnología.** Cuad Medico Sociales, Santiago, v. 16, p. 31-41, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **The world health report: improving performance.** Geneva, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATIO- WHO. **Tradicional Medicine Strategy. 2002-2005.** Geneva: WHO,2002.Disponivel em:
http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005. Acesso em 02 de dezembro de 2019.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO ADAPTADO SEMIESTRUTURADO.

Nº: _____ Idade: _____ Sexo: (M) (F) Turno: _____

Afastamento: Motivo (s) _____ CID: _____ Período/Tempo: _____

Cargo: de nível médio () superior ()

1. Como era/é um dia de trabalho seu?
2. Quando você começou a sentir alterações na sua saúde?
3. Como é/era o seu trabalho?
4. Quando ocorreu seu afastamento?
5. O que aconteceu nesta época?
6. Qual o motivo do seu afastamento?
7. Como ocorreu o processo de afastamento?
8. Quais os procedimentos organizacionais a que você foi submetido antes e após o afastamento?
9. Como as pessoas que se afastam do trabalho são tratadas na organização?
10. Como os supervisores reagiram ao afastamento?
11. Por que você acha que ficou doente?
12. Como é para você estar afastado do trabalho?
13. O que aconteceu de pior a partir de sua situação de afastamento?
14. O que aconteceu de melhor a partir de sua condição de afastamento?
15. Quais mudanças ocorreram em sua vida após o afastamento do trabalho?
16. O que aconteceu com sua saúde depois do afastamento?
17. Você identifica alguma relação entre seu trabalho e sua saúde? Exemplifique.
18. Relate situações de risco que vivenciou em seu trabalho.
19. O que faz você continuar neste trabalho?

Fonte: (BOSCHCO, 2011).

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**AFASTAMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UTI/ADULTO DO HC/UFU: PERCEPÇÃO DO PROCESSO**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Juliana Alves de Jesus, aluna do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT/UFU), orientanda do professor Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar.

Nesta pesquisa nós estamos buscando investigar as causas associadas aos afastamentos de profissionais da equipe de enfermagem da UTI/Adulto do HC/UFU, no período de 2012 a 2017 (cinco anos).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido pela pesquisadora Juliana Alves de Jesus no momento da entrega do questionário que ocorrerá no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC/UFU) no setor de UTI Adulto, antes ou após o turno de trabalho dos profissionais previamente acordado com os mesmos.

Na sua participação, você responderá a um questionário adaptado do roteiro de entrevista semiestruturado elaborado por BOSCHCO, (2011) em sua dissertação de mestrado e intitulada como de “Implicações do afastamento do trabalho por adoecimento na subjetividade do auxiliar de enfermagem” e readaptado para esta pesquisa, questões referentes ao adoecimento que culminou em seu afastamento.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem em sua identificação e os pesquisadores se comprometem manter o sigilo.

Os benefícios são relacionados à produção de conhecimento e de um banco de dados para o setor de UTI/Adulto do HC/UFU que contribuirão em possíveis soluções e estratégias metodológicas que contribuirão em mitigar problemas na equipe de enfermagem desse setor.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados, devendo o pesquisador responsável devolver-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por você.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar, fones: (34) 3239-4591, endereços: Avenida João Naves de Ávila, nr 2121, Bloco 3E – sala 128, Santa Mônica, Uberlândia-MG. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 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 para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

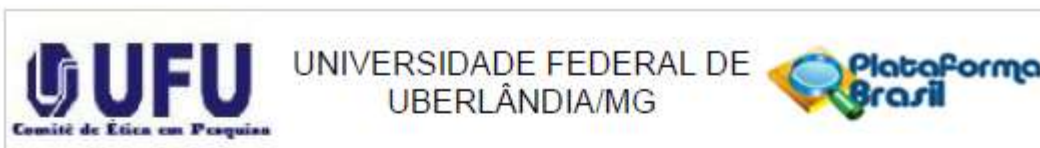
Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

Rubrica do Participante da pesquisa

Rubrica do Pesquisador

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AFASTAMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UTI/ADULTO DO HC/UFU: PERCEPÇÃO DO PROCESSO.

Pesquisador: WINSTON KLEIBER DE ALMEIDA BACELAR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83031318.3.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.699.547

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.570.061, de 28 de Março de 2018.

O projeto discute as condições de trabalho de uma categoria profissional que na literatura especializada é tida como uma das que mais causam psicopatologias no trabalhador, a autoria apresenta um número considerável de estudos que comprovam tal perspectiva. Condições de trabalho que expõem o trabalhador a risco, sofrimento, condições para decisão que envolve alto grau de estresse, comprometimento da saúde, insatisfação, sobrecarga de trabalho, relações de poder e hierarquia, entre outros. A partir de tais aspectos o estudo ganha relevância sob o ponto de vista prático (associados as diferentes práticas que envolvem a categoria) e sob o ponto de vista social já que trata-se de uma categoria profissional com grande relevância para a área de saúde. O projeto apresentará situações que aconteceram no setor de UTI adulto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, caso extremo e de relevância dado as especificidades que envolvem a Instituição (maior hospital da região e 3º em procedimento em nível nacional). O estudo está ligado a um curso de mestrado profissional.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme projeto: "Objetivo geral: Investigar as causas associadas aos afastamentos de

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.699.547

profissionais da equipe de enfermagem da UTI/Adulto do HC/UFU, no período de 2012 a 2017 (cinco anos).
Objetivos específicos: Conhecer o perfil da equipe de enfermagem da UTI/Adulto do HC/UFU; Identificar as causas dos afastamentos na equipe de enfermagem da UTI/Adulto do HC/UFU; Analisar a percepção do trabalhador no processo de afastamento."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com projeto: "Os benefícios são relacionados à produção de conhecimento e de um banco de dados para o setor de UTI/Adulto do HC/UFU que contribuirão em possíveis soluções e estratégias metodológicas que contribuirão em mitigar problemas na equipe de enfermagem desse setor. Os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo absoluto da identidade dos sujeitos participantes desta pesquisa, conforme estabelece a resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). Principal risco da pesquisa é o sigilo, considerando que é uma pesquisa de avaliação do serviço e que tem o risco de exposição do funcionário. Para proteção dos participantes da pesquisa, não haverá identificação dos mesmos na ficha e as entrevistas receberão identificação alfanumérica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta temática interessante e pertinente à proposta de um curso de mestrado profissional – avalia as condições de trabalho da equipe de enfermagem da UTI de um dos maiores hospitais universitários do Brasil, sob essa perspectiva possibilita, conforme projeto "...reflexões sobre a dimensão do problema e poderá subsidiar ações de controle dos afastamentos, absenteísmo e presenteísmo na equipe de enfermagem contribuindo para criação de possibilidades de tratamento deste fenômeno. Espera-se que o resultado estimule reflexões e ações objetivando esforços para obtenção de uma organização que diminua ou elimine os efeitos nocivos à saúde destes trabalhadores refletindo assim em uma assistência de qualidade"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.570.061, de 28 de Março de 2018, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.699.547

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Fevereiro de 2019.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.699.547

projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1065090.pdf	08/05/2018 09:46:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPNovo.docx	08/05/2018 09:45:58	WINSTON KLEIBER DE ALMEIDA BACELAR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLENovo.doc	08/05/2018 09:45:46	WINSTON KLEIBER DE ALMEIDA BACELAR	Aceito
Outros	RespostasPendencias.docx	08/05/2018 09:44:25	WINSTON KLEIBER DE ALMEIDA BACELAR	Aceito
Folha de Rosto	folhaRostoCEPNova1.pdf	08/02/2018 14:15:06	WINSTON KLEIBER DE ALMEIDA BACELAR	Aceito
Outros	InstrumentColetDados.doc	29/01/2018 13:55:15	WINSTON KLEIBER DE ALMEIDA BACELAR	Aceito
Outros	TemoComprEqExec.pdf	18/01/2018 15:10:12	WINSTON KLEIBER DE ALMEIDA BACELAR	Aceito
Outros	LinkCurrLattes.doc	18/01/2018 15:05:15	WINSTON KLEIBER DE ALMEIDA BACELAR	Aceito
Outros	DeclaraHCU.pdf	18/01/2018 15:04:29	WINSTON KLEIBER DE ALMEIDA BACELAR	Aceito
Outros	DeclaracaoSESMT.pdf	18/01/2018 15:03:36	WINSTON KLEIBER DE ALMEIDA BACELAR	Aceito
Outros	DeclaracaoDIRQS.pdf	18/01/2018 15:03:02	WINSTON KLEIBER DE ALMEIDA BACELAR	Aceito
Outros	AutorizacaoUTI.pdf	18/01/2018 15:02:32	WINSTON KLEIBER DE ALMEIDA BACELAR	Aceito
Outros	AutorizacaoSESMT.pdf	18/01/2018	WINSTON KLEIBER	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.699.547

Outros	AutorizacaoSESMT.pdf	15:02:04	DE ALMEIDA BACELAR	Aceito
Outros	AutorizacaoDIRQS.pdf	18/01/2018 15:01:32	WINSTON KLEIBER DE ALMEIDA BACELAR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 07 de Junho de 2018

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

ANEXO D

Quadro 1- CID-10. Lista de tabulação para morbidade

Capítulos	Códigos CID-10 categorias	Grupo de Doenças e problemas relacionados à saúde inseridas nestas categorias
I	A00 B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias.
II	C00 D48	Neoplasmas (tumores).
III	D50 D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários.
IV	E00 E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.
V	F00 F99	Transtornos mentais e comportamentais.
VI	G00 G99	Doenças do sistema nervoso.
VII	H00 H59	Doenças do olho e anexos.
VIII	H60 H95	Doenças do ouvido e da apófise mastoide.
IX	I00 I99	Doenças do aparelho circulatório.
X	J00 J99	Doenças do aparelho respiratório.
XI	K00 K93	Doenças do aparelho digestivo.
XII	L00 L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo. (continua)
XIII	M00 M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.
XIV	N00 N99	Doenças do aparelho geniturinário.
XV	00 O99	Gravidez, parto e puerpério
XVI	P00 P96	Algumas afecções originadas no período perinatal.
XVII	Q00 Q99	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.
XVIII	R00 R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.
XIX	S00 T98	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.
XX	V01 Y98	Causas externas de morbidade e de mortalidade.
XXI	Z00 Z99	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.
XXII	U00 U99	Códigos para propósitos especiais

Fonte: JESUS, J.A. Adaptado de Brasil (2008).