

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LENI DE LIMA SANTANA

**PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES À SAÚDE DOS TRABALHADORES
APOIADAS EM INDICADORES**

CURITIBA

2013

LENI DE LIMA SANTANA

**PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES À SAÚDE DOS TRABALHADORES
APOIADAS EM INDICADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Leila Maria Mansano Sarquis
Coorientadora: Prof^a Dr^a Luciana Puchalski Kalinke

CURITIBA

2013

Santana, Leni de Lima

Propostas de intervenções à saúde dos trabalhadores apoiadas em indicadores / Leni de Lima Santana – Curitiba, 2013.

126 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Leila Maria Mansano Sarquis

Coorientadora: Professora Dra. Luciana Puchalski Kalinke

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Saúde do trabalhador. 3. Carga de trabalho.
4. Processo saúde-doença. 5. Pessoal de saúde. I. Sarquis, Leila Maria Mansano. II. Kalinke, Luciana Puchalski. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.7346

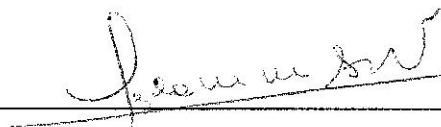
TERMO DE APROVAÇÃO

LENI DE LIMA SANTANA

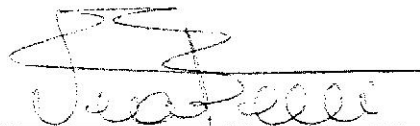
**PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES À SAÚDE DOS TRABALHADORES
APOIADAS EM INDICADORES**

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Prof^ª. Dra. Leila Maria Mansano Sarquis
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Prof^ª. Dra. Vanda Elisa Andres Felli
Membro titular: Universidade de São Paulo – USP



Prof^ª. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Membro titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 20 de setembro de 2013

*À minha família, especialmente aos meus pais, **José e Luzinete**, pela educação recebida, pelos valores repassados, pelo apoio e confiança em mim depositados.*

*Ao meu companheiro **Rodrigo**, pelo carinho, apoio e incentivo e pela dedicação com que cuidou do nosso filho nos meus momentos de ausência.*

*Ao meu filho **Gustavo Henrique**, detentor do meu mais sublime e incondicional amor,
presente de Deus na minha vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pelas oportunidades, pelo discernimento e sabedoria para enfrentar as situações difíceis e por colocar em meu caminho pessoas amigas e preciosas.

Aos meus irmãos Honaldo, Lealdo, Luzeni, Ronaldo e Juliana, pela presença constante em minha vida e por todo o apoio e incentivo.

Agradecimento especial à Professora Doutora Leila Maria Mansano Sarquis, orientadora deste estudo, por compartilhar comigo seus conhecimentos, me apoiando e direcionando no cumprimento desta etapa na minha vida. Obrigada pelo profissionalismo, pelo carinho e, sobretudo, pela compreensão, apoio e palavras de conforto.

À Professora Doutora Luciana Puchalski Kalinke, pelas valorosas contribuições.

À Professora Doutora Verônica de Azevedo Mazza, por ter me introduzido no mundo da pesquisa e me incentivado na continuação pela busca do conhecimento.

À família Padilha, sobretudo à Vane, pela amizade, acolhida e pelo amor dispensado ao meu filho nos meus momentos de ausência.

Às colegas da turma de Mestrado, solidárias em muitos momentos nesses dois anos de convívio. A troca de experiências nos fez crescer e tornou a caminhada mais agradável.

Aos membros do Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto, pelas contribuições e pelos momentos produtivos.

Aos integrantes das bancas de qualificação e defesa, cujas contribuições foram essenciais para a conclusão deste estudo.

Aos gestores e trabalhadores do Hospital do Trabalhador por abrirem portas e por contribuírem com o avanço da ciência.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo, meus sinceros agradecimentos.

"Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos para sabermos o que seremos."

Paulo Freire

RESUMO

SANTANA, L. L. **Propostas de intervenções à saúde dos trabalhadores apoiadas em indicadores.** 126f Dissertação [Enfermagem] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

Os trabalhadores de saúde interagem com uma variedade de cargas no seu ambiente de trabalho as quais são geradoras de desgastes. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e retrospectivo cujo objetivo foi propor estratégias de intervenção referentes à saúde dos trabalhadores hospitalares apoiadas em indicadores. O cenário do estudo foi uma instituição hospitalar em Curitiba, Paraná. Os dados foram obtidos das planilhas do Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem e a amostra composta por 1.050 registros de afastamentos de trabalhadores cadastrados no sistema no ano de 2011. A coleta de dados ocorreu entre março e junho de 2012 e incluiu afastamentos ocasionados por doenças decorrentes da exposição do trabalhador às cargas de trabalho. A análise de dados foi feita por meio do Microsoft Excel® 2010, utilizando-se procedimentos de análise estatística descritiva cujos resultados subsidiaram a construção de nove indicadores de saúde do trabalhador no ambiente hospitalar. Os resultados evidenciaram 2.478 dias de afastamentos, com prevalência entre as mulheres (80,8%) e idade entre 31 e 40 anos (34,2%). A enfermagem foi a categoria com o maior número de afastamentos (60,6%) e a Unidade de Terapia Intensiva foi o setor de trabalho com o maior número de registros (23,2%). Na análise dos indicadores de saúde, foi observado o risco para exposição à carga biológica (I_1) e o risco de ocorrência de desgastes biológicos (I_2). O índice de notificação de afastamentos (I_3) evidenciou uma média de 2,63 dias de afastamento entre os técnicos de enfermagem; o índice de notificação por doença (I_4) demonstrou 19,62% de frequência para as doenças respiratórias. A frequência de afastamentos notificados (I_5) foi mais expressivo para as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (360 dias) e o índice de afastamento por doença (I_6) mostrou a média de 7 dias de absenteísmo para os desgastes decorrentes da gestação, parto e puerpério. A frequência de dias de afastamento por doença (I_7) evidenciou a superioridade de transtornos mentais e comportamentais entre os técnicos de enfermagem, de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo entre os auxiliares de enfermagem e de doenças do aparelho respiratório entre os demais trabalhadores de saúde. O índice de afastamento por doença por categoria profissional (I_8) foi mais expressivo para as doenças respiratórias entre todos os trabalhadores. Os dias de afastamento por agrupamento de CID evidenciou que as maiores ausências decorreram das lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas entre os enfermeiros, de transtornos mentais e comportamentais entre os técnicos de enfermagem, de neoplasias entre os auxiliares e de problemas decorrentes da gravidez, parto e puerpério para os demais trabalhadores. Os resultados subsidiaram a elaboração de propostas de intervenção, que foram apresentadas aos gestores da instituição. Espera-se que este estudo contribua para reflexões sobre as influências do ambiente de trabalho nas condições de saúde do trabalhador e para o aprimoramento das condições de trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde do trabalhador; Carga de trabalho; Processo saúde-doença; Pessoal de saúde.

ABSTRACT

SANTANA, L. L. **Proposals for interventions to health workers supported by indicators.** 126p [Theses on Nursing] - Post-Graduate Program in Nursing. Federal University of Paraná, Curitiba City, Brazil, 2013.

Health workers interact with a variety of workloads in their work process, which are generating wear. So, this is an epidemiological, cross-sectional and retrospective study aimed to propose intervention strategies related to the health of hospital workers supported by indicators. The study setting was a hospital in Curitiba , Paraná, Brazil. Data were obtained from spreadsheets Monitoring System Occupational Health Nursing and the sample was composed by 1,050 records of absenteeism of workers registered in the system in 2011. Data collection occurred from March to June, 2012, and included absenteeism caused by illness resulting from worker's exposure to workloads. Data analysis was performed by Microsoft Excel® 2010 program, using procedures for descriptive statistical analysis. Resulting data from this analysis supported the construction of nine indicators of the worker health in the hospital environment. The results showed 2478 days of sickness leave , with the largest number of records among women (80.8 %) and aged between 31 and 40 years old (34.2%). Nursing was the category with the largest number of sickness leaves (60.6%), and Intensive Care Unit was the labor sector with the largest number of records (23.2%). In the health indicators analysis, the highest risk coefficient for exposure to biological workload (I_1) and the highest risk of biological wear occurrence (I_2) were observed. The rate of reported absenteeism (I_3) showed an average of 2.63 days of sick leave among nursing technicians, the rate of disease notifications (I_4) showed 19.62 % frequency for respiratory diseases. The frequency of absences reported (I_5) was more significant for diseases musculoskeletal and connective tissue (360 days) and the rate of sick leave (I_6) showed an average of 7 days of absenteeism for wear from pregnancy, childbirth and puerperium. The frequency of days of sickness leave (I_7) showed the superiority of mental and behavioral disorders among nursing technicians, diseases of the musculoskeletal system and connective tissue among nursing assistants, and respiratory diseases among the other health workers. The rate of sick leave by professional category (I_8) was more significant for respiratory illnesses among all workers. The days of removal by grouping ICD (I_9) showed that major absences resulted from the injury, poisoning and certain other consequences of external causes among nurses in mental and behavioral disorders among nursing technicians, neoplasm's among assistants and problems arising from pregnancy, childbirth and for other workers. The results allowed the intervention proposals development, which were presented to managers of the institution. It is expected that this study can contribute to reflections about the influences of the work environment in the Occupational Health conditions and the improvement of working conditions.

Keywords: Nursing, Occupational Health, Workload, Health-Disease Process; Health Personnel.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS AFASTAMENTOS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DO HT NO ANO DE 2011 QUANTO À FAIXA ETÁRIA - CURITIBA, 2013.....	48
GRÁFICO 2 - REGISTROS DE AFASTAMENTOS E CATEGORIA PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES DE SAÚDE - CURITIBA, 2013.....	49
GRÁFICO 3 - SETOR DE TRABALHO E NÚMERO DE AFASTAMENTOS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DO HT NO ANO DE 2011 - CURITIBA, 2013	50
GRÁFICO 4 - NÚMERO DE DIAS DE AFASTAMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NO HT EM 2011, SEGUNDO O MÊS DE OCORRÊNCIA - CURITIBA, 2013	51
GRÁFICO 6 - AFASTAMENTO DOS TRABALHADORES DO HT EM 2011, SEGUNDO DADOS DO SIMOSTE - CURITIBA, 2013	54

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - REGISTROS DE AFASTAMENTOS RELACIONADOS ÀS CARGAS DE TRABALHO NO HT EM 2011 - CURITIBA, 2013	53
TABELA 2 - NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES POR TIPO DE CARGA X TOTAL DE TRABALHADORES EXPOSTOS (I ₁) - CURITIBA, 2013.....	55
TABELA 3 - NÚMERO DE DESGASTES POR TIPO DE CARGA POR TRABALHADORES DE SAÚDE X NÚMERO TOTAL DE NOTIFICAÇÕES (I ₂) - CURITIBA, 2013.....	56
TABELA 4 - MÉDIA DE DIAS DE AFASTAMENTO X TOTAL DE NOTIFICAÇÕES (I ₃) - CURITIBA, 2013.....	56
TABELA 5 - INDICADORES POR CID, SEGUNDO DADOS DO SIMOSTE - CURITIBA, 2013 (I _{4, 5, 6})	58
TABELA 6 - NÚMERO DE DIAS DE AFASTAMENTO POR CATEGORIA PROFISSIONAL X AGRUPAMENTO DE CID (I ₇) NO HT EM 2011, SEGUNDO SIMOSTE - CURITIBA, 2013.....	60
TABELA 7 - NÚMERO DE AFASTAMENTO POR TRABALHADOR DE SAÚDE X AGRUPAMENTO DE CID (I ₈) NO HT EM 2011, SEGUNDO SIMOSTE - CURITIBA, 2013	61
TABELA 8 - NÚMERO DE DIAS DE AFASTAMENTO X TRABALHADOR DE SAÚDE (I ₉) POR AGRUPAMENTO DE CID NO HT EM 2011, SEGUNDO SIMOSTE - CURITIBA, 2013	63

LISTA DE SIGLAS

APM	– Associação Paulista de Medicina
AT	– Acidente de Trabalho
CAPS	– Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAT	– Comunicação de Acidente de Trabalho
CDC	– <i>Centers of Disease Control and Prevention</i>
Cebes	– Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
Cerest	– Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CEP	– Comitê de Ética e Pesquisa
CID	– Classificação Internacional de Doenças
Cipa	– Comissão Interna de Prevenção de Acidente
CLT	– Consolidação das Leis Trabalhistas
Cnes	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Cofen	– Conselho Federal de Enfermagem
CR	– Coeficiente de Risco
CRM/SP	– Conselho Regional de Medicina de São Paulo
Dieese	– Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos.
DORT	– Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EEUSP	– Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EPI	– Equipamento de Proteção Individual
EPC	– Equipamento de Proteção Coletiva
Fapesp	– Fundação de Apoio à Pesquisa de São Paulo
Funrural	– Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GM/MS	– Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde
HBV	– <i>Hepatitis B Vírus</i>
HCV	– <i>Hepatitis C Vírus</i>
HIV	– <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HT	– Hospital do Trabalhador
Ipas	– Instituto de Administração Financeira da Previdência Social
IAPs	– Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH-M	– Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
Inamps	– Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	– Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	– Instituto Nacional de Seguro Social
Ipardes	– Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
LER	– Lesão por Esforços Repetitivos
LOS	– Lei Orgânica da Saúde
M	– Média
MESP	– Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	– Ministério da Saúde
MT	– Ministério do Trabalho
MTE	– Ministério do Trabalho e Emprego
NTEP	– Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
Nost/SUS	– Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde
NR	– Norma Regulamentadora
PCMSO	– Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PIASS	– Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	– Produto Interno Bruto
RDC	– Resolução da Diretoria Colegiada
Renast	– Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RQP	– Resíduos Químicos Perigosos
Simoste	– Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem
Sinan	– Sistema Nacional de Agravos de Notificação
Sinpas	– Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	– Sistema Único de Saúde
SUDS	– Sistema Único e Descentralizado de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UST	– Unidade de Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 A RELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR: UM POUCO DA HISTÓRIA	21
3.2 O TRABALHADOR DE SAÚDE NO CONTEXTO NACIONAL	30
3.3 O TRABALHADOR DE SAÚDE E O PROCESSO DE ADOECIMENTO	33
3.4 VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR E O SIMOSTE	38
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	43
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	44
4.3 POPULAÇÃO	45
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	45
4.5 FONTE E COLETA DOS DADOS	45
4.6 VARIÁVEIS DA PESQUISA	46
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	46
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	46
5. RESULTADOS	48
5.1 CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS	48
5.2 PERFIL DE ADOECIMENTO DO TRABALHADOR DE SAÚDE	50
5.3 INDICADORES DE SAÚDE DO TRABALHADOR	55
6. DISCUSSÃO	64
6.1. ANÁLISE DO PERFIL PROFISSIONAL	64
6.2 ANÁLISE DO PERFIL DE EXPOSIÇÃO DO TRABALHADOR ÀS CARGAS DE TRABALHO	69
6.3 O ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DO HT	78
6.3.1 ANÁLISE DAS CARGAS E DESGASTE DE TRABALHO (I ₁ , I ₂)	78
6.3.2 ANÁLISE DOS AFASTAMENTOS SEGUNDO O CID 10 (I ₃ , I ₄ , I ₅ , I ₆)	79
6.3.3 ANÁLISE DOS AFASTAMENTOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL (I ₇ , I ₈ E I ₉)	86
7 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	91
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	112
ANEXOS	124

1 INTRODUÇÃO

O processo de adoecimento dos trabalhadores tem sido o foco de estudo para muitos pesquisadores nos últimos tempos. O que se observa, no entanto, é que, embora exista uma gama de estudos sobre a temática, ainda existem lacunas que precisam ser preenchidas neste campo de conhecimento.

Na área da saúde, é possível observar uma variedade de estudos envolvendo os profissionais de saúde, sobretudo os da enfermagem, excluindo os demais trabalhadores envolvidos no atendimento ao paciente, como profissionais da área técnica e dos serviços de apoio. Ressalta-se que estes profissionais convivem nos mesmos espaços e compartilham de condições de trabalho semelhantes, estando, assim, susceptíveis à ocorrência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

Compreender o processo de adoecimento dos trabalhadores não é uma tarefa fácil, vai além da identificação dos fatores de risco e das principais doenças, envolve a compreensão das mudanças no mundo de trabalho, das adversidades decorrentes dos modelos organizacionais, da incorporação de novas tecnologias, das exigências trabalhistas e das relações sociais. A associação de todos estes fatores influencia o desequilíbrio na relação saúde-doença, sendo condicionantes do adoecimento físico e mental dos trabalhadores (BRASIL, 2001; MANETTI; MARZIALE; ROBAZZI, 2008), razão que dificulta o desenvolvimento de ações que minimizem a morbidade decorrente deste processo.

O perfil de adoecimento da classe trabalhadora caracteriza-se pela coexistência de agravos comuns à população com doenças relacionadas ao trabalho, consequência da profissão ou das condições adversas em que a atividade laboral é exercida (BRASIL, 2012), o que dificulta o estabelecimento do nexo causal para a doença ocupacional.

O trabalhador de saúde, envolvido no seu ambiente de trabalho, convive com as transformações no mercado de trabalho e com as mudanças ocorridas no modelo organizacional, sofrendo suas consequências (BRASIL, 2008).

Entre estes trabalhadores, destaca-se a equipe de enfermagem, caracterizada por desenvolver ações de prevenção, promoção e recuperação da

saúde do ser humano em todas as suas fases de vida. Detentora de grande parcela da mão de obra multiprofissional na área da saúde, a enfermagem é uma das profissões mais afetadas pelas doenças ocupacionais neste setor (BARRETO; KREMPEL, HUMEREZ, 2011).

Apesar da sua importância no processo de saúde-doença e de sua representatividade numérica, a falta de reconhecimento, os baixos salários e a carga de trabalho extenuante são alguns dos fatores que contribuem para o adoecimento desta classe trabalhadora (DALRI; ROBAZZI; SILVA, 2010), o que se reflete negativamente na qualidade da assistência prestada (SÁPIA; FELLI; CIAMPONE, 2009), visto que os processos de desgastes sofridos levam à ocorrência de limitações ou afastamentos, comprometendo, desta forma, a continuidade e a qualidade do trabalho (SANCINETTI *et al.*, 2009).

Além dos danos pessoais, familiares e institucionais, há de se considerar, também, que os acidentes de trabalho e o adoecimento do trabalhador se refletem negativamente no sistema previdenciário do país devido às despesas com o pagamento de benefícios como o auxílio doença, às aposentadorias por invalidez, além das indenizações e pensões.

Dados da Previdência Social mostram que só em acidentes de trabalho o país gasta mais de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) na concessão de benefícios ao ano. Somente no ano de 2010, o país gastou 3,58 bilhões em benefícios previdenciários, dos quais, 41% foram destinados a auxílio-doença (BRASIL, 2010). Ressalta-se que estes benefícios são dispensados somente para os trabalhadores do mercado formal, os que contribuem com a Previdência Social.

Quanto aos custos das doenças ocupacionais para a instituição empregadora, um estudo realizado somente com trabalhadores de enfermagem de uma unidade hospitalar evidenciou que o absenteísmo-doença custou à empregadora o equivalente a R\$ 363.707,04 em um ano, considerando apenas o salário médio dos trabalhadores afastados (SANCINETTI, 2009), custos que poderiam ser evitados se houvesse investimentos em melhorias nas condições de trabalho.

Entre as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho que acometem os trabalhadores de saúde, muitos estão associados aos fatores adversos, presentes no ambiente de trabalho e às características das atividades

desenvolvidas pelo trabalhador, de forma que poderiam ser evitados ou minimizados com a adoção de medidas preventivas.

De acordo com Laurel e Noriega (1989), a ocorrência de doenças ocupacionais e de acidentes de trabalho resulta de desgastes decorrentes de processos de adaptação oriundos da exposição do trabalhador a elementos do ambiente de trabalho, denominados cargas de trabalho, que podem ter origem física, química, biológica, mecânica, fisiológica e psíquica.

Neste sentido, pesquisadores têm mostrado a estreita relação entre as condições de trabalho e o processo de adoecimento dos trabalhadores de saúde (SANCINETTI *et al.*, 2009; BARBOSA *et al.*, 2011), cujo absenteísmo-doença chega a ser responsável por grande parte das ausências no ambiente de trabalho. Reafirmando esta relação, estudos mostram que 92% dos acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem são gerados por más condições de trabalho (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

As doenças decorrentes desta relação também foram evidenciadas em estudo realizado em sete hospitais do cenário nacional, cujo objetivo foi monitorar a saúde dos trabalhadores de enfermagem. Neste estudo, o autor mostrou que o absenteísmo relacionado à exposição ocupacional frente às cargas de trabalho foi responsável por 8.555 dias de afastamento em um ano, o que representa quase 23 anos de trabalho perdidos (FELLI, 2010a).

Os problemas decorrentes da exposição do trabalhador às condições adversas do ambiente laboral são diversos e envolvem distúrbios de ordem física, mental e social (LEITÃO; FERNANDES; RAMOS, 2008), os quais interferem no convívio social, afetam a integridade moral e a dinâmica familiar (SARQUIS; FELLI, 2009), repercutindo também na vida profissional do indivíduo.

Entre os distúrbios físicos, estudos mostram uma diversidade de diagnósticos relacionados ao adoecimento do trabalhador envolvendo todos os sistemas corporais, porém, apontam o predomínio das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, de doenças do aparelho respiratório (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; ABREU; SIMÕES, 2009; SALA *et al.*, 2009) e de doenças do sistema cardiovascular (LEITE; SILVA, 2007; MAGALHÃES *et al.*, 2010).

Quanto aos transtornos mentais, evidencia-se a prevalência de estresse, de ansiedade (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011; SECCO *et al.*, 2010), de transtornos de humor (BRANTZ; MINAYO-GOMEZ, 2008) e de transtornos

depressivos (SANTOS; MATTOS, 2010; GALÁN-RODAS *et al.*, 2011), sintomas associados às pressões a que os trabalhadores são submetidos no desenvolvimento de suas funções.

Há também um alto índice de absenteísmo causado por sinais e sintomas cuja etiologia não é determinada como diagnósticos de cefaleia, mal-estar, tontura, instabilidade, entre outros (ABREU; SIMÕES, 2009) fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (CARVALHO *et al.*, 2010), e lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (SALA *et al.*, 2009).

Apesar da problemática envolvendo a relação entre as condições de trabalho e o processo de adoecimento, percebe-se, por meio de estudos científicos, que não é atribuída a devida importância a esta questão, tanto pelos trabalhadores afetados quanto pela instituição empregadora, visto que ainda há um alto índice de subnotificação das doenças ocupacionais (SARQUIS; FELLI; 2009; BAPTISTA *et al.*, 2011).

A subnotificação constitui um problema para a saúde do trabalhador, pois mascara a realidade, inviabiliza investimentos em políticas públicas efetivas por parte do governo e prejudica o planejamento de ações preventivas que visem à minimização das cargas de trabalho existentes nas instituições.

Evidenciando esta problemática, segundo o Ministério da Saúde, existem mais de 2,3 milhões de trabalhadores de saúde em nosso país (BRASIL, 2010a), porém, as notificações de acidentes de trabalho com trabalhadores hospitalares no ano de 2007 representaram somente 6% do registrado (BAPTISTA *et al.*, 2011; MIRANDA *et al.*, 2011), o que certamente não corresponde ao total de trabalhadores acidentados.

Estudo realizado por Felli (2010) evidenciou que, de 936 ocorrências relacionadas ao adoecimento de profissionais de saúde, apenas 138 (15%) foram notificadas. Verifica-se, assim, que muitos problemas apresentados não são reconhecidos como de origem ocupacional, sendo, desta forma, subnotificados e, conseqüentemente, invisíveis aos trabalhadores, empregadores e legisladores.

Com o intuito de reduzir os agravos relacionados à saúde do trabalhador, o Ministério da Saúde (MS) formulou, em 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Além de ações de prevenção, promoção, reabilitação e vigilância em saúde, esta política estabelece estratégias para a notificação compulsória dos

agravos relacionados à saúde do trabalhador, mediante o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan/NET e diretrizes para a garantia da atenção integral em saúde ocupacional por meio da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador - Renast (BRASIL, 2009).

A Renast possui entre seus componentes os Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e uma rede sentinela composta por serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade responsáveis por diagnosticar os acidentes e doenças relacionados ao trabalho e por registrá-los no Sinan (BRASIL, 2009).

O que se observa, entretanto, é que, apesar das iniciativas governamentais, as dificuldades organizacionais estabelecidas, o não cumprimento e o desconhecimento da legislação configuram-se como empecilhos para a efetividade destes instrumentos (BRASIL, 2007) e, conseqüentemente, para a adoção de medidas efetivas na identificação, intervenção e redução dos agravos à saúde dos trabalhadores.

A monitorização das condições de trabalho constitui uma ferramenta importante para a saúde do trabalhador uma vez que possibilita a construção de indicadores que favorecem a identificação de um diagnóstico situacional, fornecem subsídios para o aprofundamento de estudos sobre o evento estudado, permitindo, também, o planejamento de ações nas áreas de segurança e saúde do trabalhador.

Os Indicadores fornecem medidas quantitativas que contêm informações relevantes sobre determinadas características, condições e desempenho dos serviços prestados. Na área da saúde, constituem parâmetros, cuja análise deve refletir a situação sanitária de determinada população e servir de base para a vigilância das condições de saúde (BRASIL, 2008a).

Ressalta-se, porém, que o indicador por si só não é uma medida de qualidade, ele apenas identifica ou direciona atenção para resultados específicos, devendo ser interpretados para que sirvam como balizadores de propostas de intervenção (BITTAR, 2008).

Na área da saúde, os indicadores envolvem dados demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura assistencial, para a construção dos quais se pautou na sua relevância para a compreensão de saúde, em sua validade para orientar decisões políticas e apoiar

o controle social, na identidade com os processos de Gestão do SUS e na disponibilidade das fontes regulares (BRASIL, 2008a).

No campo da saúde do trabalhador, os indicadores possibilitam identificar o absenteísmo e a rotatividade dos trabalhadores, os acidentes de trabalho, a satisfação profissional, as horas de treinamento ou cursos realizados, a quantidade de atendimentos, quantidade de internações, taxa de ocupação, média de dias de internação (BITTAR, 2008).

No que se refere aos acidentes de trabalho, os indicadores servem para mensurar a exposição do trabalhador aos fatores de risco inerentes à atividade econômica, permitindo o acompanhamento das mudanças e tendências históricas bem como seus impactos nas instituições e na vida dos trabalhadores (BRASIL, 2008a), além de demonstrar os gastos públicos com benefícios previdenciários.

Destaca-se que os indicadores fornecidos pelo Ministério da Saúde não permitem apreender profundamente a relação entre o trabalho e o adoecimento do trabalhador. Diante desta realidade e da carência de instrumentos para a coleta de dados fidedignos sobre os agravos relacionados à saúde do trabalhador de enfermagem, o grupo “Estudos Sobre a Saúde do Trabalhador de Enfermagem”, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), desenvolveu um software de monitoramento da Saúde dos trabalhadores de enfermagem em parceria com sete hospitais no cenário nacional (FELLI, 2010).

Intitulado Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem (Simoste), ele constitui uma ferramenta tecnológica importante na captação e monitoramento dos determinantes geradores de desgastes entre trabalhadores de saúde. Os indicadores oriundos da sistematização dos dados captados por esta ferramenta podem ser utilizados na atuação de pesquisadores, gestores e trabalhadores de saúde interessados na temática (FELLI, 2010; BAPTISTA *et al.*, 2011), além de auxiliar o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) na análise das condições de trabalho de modo a promover a saúde e beneficiar o trabalhador.

Diante do exposto, a questão que norteia este estudo é: Quais os indicadores determinantes do processo de adoecimento do trabalhador de saúde em ambiente hospitalar?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Propor estratégias de intervenção referentes à saúde dos trabalhadores de saúde hospitalares apoiadas em indicadores.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar os indicadores de saúde dos trabalhadores de saúde em uma instituição hospitalar de forma a subsidiarem o desenvolvimento de estratégias de intervenções;

Caracterizar o adoecimento dos trabalhadores do Hospital do Trabalhador, atribuídos ao processo de trabalho.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi feita tendo como foco os temas relacionados aos objetivos da pesquisa, que englobam: a relação entre as condições de trabalho e a saúde do trabalhador, o trabalhador de saúde no contexto nacional, o trabalhador de saúde e o processo de adoecimento e a vigilância da saúde do trabalhador e o Simoste.

3.1 A RELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR: UM POUCO DA HISTÓRIA

Além de gerador de bens, o trabalho é percebido como um meio de adquirir identidade e produzir valores. Dependendo da sua organização e das relações existentes, ele pode repercutir tanto positiva como negativamente na vida do trabalhador (DEJOURS, 1992).

A influência negativa envolve, historicamente, a insalubridade dos ambientes de trabalho como fator determinante da ocorrência de doenças e acidentes de trabalho (UVA, 2009). A relação entre o trabalho e o processo de adoecimento já era realidade nos primórdios da civilização, em que os trabalhos escravos e servis realizados de forma braçal e rudimentar, geralmente associados à subordinação, coerção, maus tratos e exploração da mão de obra, eram desenvolvidos sem qualquer tipo de preocupação com o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores (PORTÔ, 2006).

Com o advento da Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra em meados do século XVIII, o trabalho artesanal passou a ser substituído pela mecanização dos sistemas de produção. Com este novo modelo de produção, as máquinas passaram a substituir o trabalhador em algumas atividades e a auxiliá-los em outras, porém, as condições em que as atividades eram desenvolvidas e o processo de adoecimento continuaram a ser um problema para a classe trabalhadora (CARMO, 2009).

A produção em série, o esforço dispensado para o alcance de metas, as cargas horárias extensas, os ritmos extenuantes, as condições desfavoráveis bem

como a falta de higiene, a escassez no fornecimento de água e as extremas temperaturas no interior das fábricas eram fatores que contribuíam para a susceptibilidade às doenças relacionadas ao trabalho, nesse período (CARMO, 2009).

Associados a estes fatores, o período da Revolução Industrial também foi marcado pela exploração da população assalariada, a qual, desiludida, procurava refúgio no alcoolismo, na promiscuidade, na prostituição ou no suicídio. O êxodo rural também foi outra consequência deste período, contribuindo para a competitividade, baixos salários, desemprego e, conseqüentemente, conflitos, aumento da violência urbana e greves (DEJOURS, 1992; CARMO, 2009).

De modo geral, a forma de organização do trabalho, movida pelo capitalismo, visando à lucratividade, contribuiu significativamente para a ocorrência de problemas como a síndrome da fadiga patológica, estresse crônico, alcoolismo e distúrbios da sexualidade. As fábricas tinham um padrão organizacional direcionado à lucratividade, e para aumento dos lucros, os operários eram vigiados e castigados caso o trabalho não rendesse o esperado. As condições de aglomerações no interior das fábricas e a promiscuidade propiciaram a proliferação de doenças infectocontagiosas, enquanto o esgotamento físico e a periculosidade das máquinas eram responsáveis por mortes e mutilações entre os trabalhadores (MERLO; LAPIS, 2007; CARMO, 2009)

O século XIX, considerado um marco para a humanidade, sobretudo pelos avanços tecnológicos decorrentes da Revolução Industrial, foi marcado por importantes lutas dos trabalhadores que, insatisfeitos com a situação a que eram submetidos, reivindicaram a garantia de seus direitos e melhores condições de trabalho. No entanto, a morosidade do poder legislativo contribuiu para que somente no final do século fossem obtidas as primeiras leis voltadas à saúde do trabalhador, como a lei sobre a higiene e segurança dos trabalhadores da indústria, em 1890, a lei sobre os acidentes de trabalho e sua indenização, em 1898, e a lei da aposentadoria para trabalhadores acima de 65 anos, no ano de 1905 (DEJOURS, 1992).

Para a classe trabalhadora o século XIX representou um avanço no seu reconhecimento como classe organizada contra a opressão da qual era vítima e

na construção de espaços de discussão política, econômica e social (PINA; SOARES; RODRIGUES, 2009).

Entretanto, com o processo de globalização da economia, iniciado no século XVIII e fortalecido no século XIX, iniciou-se uma nova fase nas relações de trabalho e, conseqüentemente, nas condições de saúde da classe trabalhadora (GROSELLI, 2008).

Caracterizada pela competitividade, exportação, terceirização dos serviços e mão de obra barata, a globalização facilitou a expansão do conhecimento e o desenvolvimento de novas tecnologias. Como consequência, ela aumentou as exigências por maior produtividade, associada à redução no número de trabalhadores, aumento na complexidade das tarefas, relações de trabalho tensas e precárias, constituindo, deste modo, um sério agravante para o surgimento de doenças osteoarticulares e situações de estresse relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001).

Já no século XX, a saúde estava atrelada às condições de trabalho, à forma como ele estava organizado e ao enfrentamento das adversidades, não significando simplesmente ausência de sofrimento e angústia (DEJOURS, 1992). Sendo o trabalho uma garantia de subsistência, estar doente era motivo de preocupação e vergonha para o trabalhador, que sofria com o estigma de preguiçoso, vagabundo e passivo. Responsável pela manutenção da família, muitas vezes numerosa, o homem, geralmente único trabalhador, e a mulher, responsável pelo cuidado dos filhos, suprimiam a doença, indo procurar atendimento médico apenas em doenças graves, com sintomas muito evidentes (DEJOURS, 1992).

Nesta perspectiva, percebe-se o trabalho como um agravante das situações de doença. O convívio com o medo de perder o emprego, única forma de sustento para a família, e o receio de ser julgado pelas pessoas associavam o sofrimento ao fator patológico, agravando ainda mais o estado de saúde do trabalhador. As situações vivenciadas pelo trabalhador no século XIX caracterizavam-se pela luta pela sobrevivência, independentemente da doença (DEJOURS, 1992; MERLO; LAPIS, 2007).

A partir da primeira guerra mundial, as novas formas de organização do trabalho, pautadas no Taylorismo, trouxeram novas repercussões para a saúde do corpo. Esse novo sistema de trabalho, caracterizado pela disciplina, ritmo

acelerado e organização científica do trabalho, além de acentuar o desgaste físico, exerceu forte influência sobre a saúde mental do trabalhador ao separar o trabalho intelectual do manual (DEJOURS, 1992).

Sem um sistema de proteção eficiente para os trabalhadores, sucediam-se inúmeros acidentes de trabalho graves, com perdas de dedos, esmagamento de mãos, queimaduras e lesões decorrentes da queda de instrumentos sobre o corpo. Além dos acidentes, era comum o acometimento dos trabalhadores por doenças relacionadas ao trabalho, principalmente doenças pulmonares, cardíacas, cutâneas e estresse físico e mental (MERLO; LAPIS, 2007).

Com o Taylorismo o movimento dos trabalhadores foi fortalecido e as reivindicações pautaram-se na melhoria nas relações saúde-trabalho e na proteção do corpo. A preocupação voltara-se para a prevenção das doenças profissionais, intoxicações decorrentes dos produtos industriais e tratamentos adequados para os trabalhadores. Estes movimentos deram origem a conquistas como redução da carga horária de trabalho para 8 horas diárias, à lei que previa a criação de ambulatórios nas fábricas, instituição de exames médicos pré-admissionais e de controle e inspeção médica das fábricas, constituindo, assim, as bases do que viria a ser a Medicina do Trabalho (DEJOURS, 1992).

Independentemente do momento histórico, a força de trabalho sempre esteve ligada ao capitalismo, constituindo a base da economia, razão que motivou as poucas ações desenvolvidas pelos governantes cujo verdadeiro interesse era pautado na manutenção da mão de obra, responsável pela economia do país (FONTINELE JR, 2008). Percebe-se, contudo, que as adversidades nas condições de trabalho contribuíram para o fortalecimento da classe trabalhadora na defesa de interesses coletivos, cujas reivindicações culminaram em ações governamentais que constituíram a base para o que viriam a ser as primeiras leis trabalhistas.

No Brasil, o período compreendido entre os anos 1902 e 1906, epidemias de doenças como varíola, malária, febre amarela e peste bubônica configuravam-se como problemas para o desenvolvimento econômico do país. A economia baseava-se na agricultura e na exportação e a atividade laboral predominante era desenvolvida por trabalhadores agrícolas, responsáveis pela produção de produtos para exportação. Temendo comprometer as exportações e importações,

o Estado obrigou-se a desenvolver ações e programas para o combate às doenças (FONTINELE JR, 2008).

A primeira atuação concreta no campo da saúde do trabalhador ocorreu no século XIX com o Decreto nº 1.313, de 1891, que regulamentou o trabalho dos menores de 12 a 18 anos. No ano de 1912 foi fundada a Confederação Brasileira do Trabalho (CBT) que, entre suas reivindicações, lutava pela redução da jornada de trabalho para oito horas, fixação do salário mínimo, indenização para acidentes, contratos coletivos ao invés de individuais, entre outros (BRASIL, 2011).

Em 1923 ocorreu a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e da Lei Elói Chaves, que deu origem às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), organizadas pelas empresas, mantidas e geridas pelos patrões e empregados, apenas para funcionários urbanos. No entanto, só eram beneficiados com este modelo de atenção trabalhadores que pagavam uma contribuição estipulada e cujas atividades fossem de interesse para o desenvolvimento econômico do país, como trabalhadores de vias férreas e zonas portuárias (FONTINELE JR, 2008).

Além de assistência médica aos funcionários e seus familiares, as CAPS tinham como atribuição conceder preços especiais para os medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. Enquanto o trabalhador urbano recebia assistência advinda de contribuição previdenciária, o trabalhador rural ficou por séculos excluído de qualquer auxílio à saúde, somente em 1963, com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) é que o Estado começou a prever aposentadoria e assistência médica a essa classe trabalhadora (PAIM, 2002).

Esse modelo começou a mudar com o presidente da República Getúlio Vargas, a partir da Revolução de 1930, quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), e as CAPS foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que eram dirigidos por entidades sindicais e não mais pelas empresas, mantendo, contudo, atribuições semelhantes às da CAPS (BRASIL, 2007a). Um diferencial importante foi que com os IAP já iniciava a participação do Estado, sendo a previdência social um dos seus principais benefícios (FONTINELE JR, 2008).

Com a criação dos IAPs, as ações do governo foram centralizadas no seguro social por ser o trabalhador o detentor da capacidade produtiva que

impulsionava a atividade agroindustrial. Esse modelo de assistência predominou até a queda da ditadura e o início da república em 1964, quando ocorreu a unificação das Caixas de Aposentadorias e Pensões e os Institutos de Aposentadorias e Pensões, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), consolidando, assim, um modelo de seguro social e prestação de serviços médicos (FONTINELE JR, 2008).

No entanto, esse sistema só beneficiava os trabalhadores protegidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas, criada em 1943, excluindo quem não tinha carteira assinada, tais como trabalhadores rurais, empregadas domésticas e servidores públicos (BRASIL, 2007; FONTINELE JR, 2008).

No ano de 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), formado pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (Iapas), que cuidava da parte financeira da Previdência, e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), responsável pela assistência médica à população (FONTINELE JR, 2008). Com o mesmo modelo político de privilegiar as instituições privadas conveniadas, o Inamps passou a difundir que o aumento de serviços por meio de convênios era a solução para o Estado, ou seja, iniciou aí a privatização da saúde pública no país (BRASIL, 2007a).

O sucateamento desse sistema, caracterizado por filas intermináveis, precárias condições de trabalho, baixos salários, corrupção, mau gerenciamento de recursos públicos e insatisfação popular, levou ao colapso da Previdência. Com a abertura política a partir do início dos anos 80, surgiram os movimentos de defesa das políticas de saúde e reestruturação das organizações dos trabalhadores, iniciados por discussões acadêmicas que ficaram conhecidas por Movimento Sanitário, que teve uma atuação marcante nos sistemas de saúde do Brasil (FONTINELE JR, 2008).

O I Simpósio Nacional de Política de Saúde, ocorrido em 1979, bem como a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), constituem os marcos históricos do movimento sanitário. O Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), representante desse movimento, apresentou e discutiu uma proposta para a reorganização do sistema de saúde, que defendia, entre seus princípios, a universalização, racionalização, democratização, participação popular, bem como

ações de atenção primária e Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (FONTINELE JR, 2008).

Considerada um divisor do Movimento Sanitário, a VIII Conferência Nacional de Saúde contou com ampla participação popular, incluindo trabalhadores de saúde, usuários, lideranças sindicais, políticos e populares. Essa Conferência se constituiu no maior fórum de debates sobre a saúde, e seu relatório serviu como base para a reestruturação do sistema de saúde no país. Entre as propostas constantes no relatório, destacam-se o conceito de saúde e a colocação desta como direito de todos e dever do Estado (FONTINELE JR, 2008).

Outro tema bastante debatido foi a unificação do Inamps com o Ministério da Saúde, que previa o financiamento da saúde com recursos advindos de diferentes receitas e recursos orçamentários provenientes do Instituto Nacional de Previdência Médica e Assistência Social (BRASIL, 2007a).

Após a VIII Conferência Nacional da Saúde, foi constituída a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que influenciou a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), precursor do Sistema Único de Saúde, e a elaboração da Constituição Federal (BRASIL, 2007a).

O SUS, criado pela Constituição Federal e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Regula as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional, define uma política de saúde pautada no direito à cidadania e em deveres do Estado e estabelece ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde em todas as suas esferas, incluindo a saúde do trabalhador e o ambiente de trabalho (BRASIL, 1991).

Ao SUS competem as ações relacionadas à saúde do trabalhador por meio de secretarias de saúde, que são responsáveis tanto por programas preventivos quanto pelo atendimento de trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho ou portadores de doenças desenvolvidas em razão de sua atividade laboral (BRASIL, 2001).

Conforme a Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde é definido, pelo artigo 198, como ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui um sistema único organizado de acordo

com as diretrizes de Descentralização, Atendimento integral e Participação da comunidade (BRASIL, 1991).

A Constituição mostra que a concepção do SUS tem por base um modelo de saúde voltado às necessidades da população e com o compromisso do Estado com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (BRASIL, 2007a).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a implementação da Lei 8.080, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, o desenvolvimento de políticas voltadas à assistência, avaliação e controle dos riscos, agravos existentes no processo de trabalho, bem como a fiscalização e controle das condições que ofereçam riscos à saúde do trabalhador, passaram a ser responsabilidade do SUS (BRASIL, 1991).

A partir deste momento histórico, leis e portarias foram implementadas pelo Ministério da Saúde (MS) no sentido de prevenir os riscos ocupacionais e prestar assistência aos trabalhadores acometidos por doença profissional (SARQUIS *et al.*, 2004). Neste contexto, a Portaria n° 1.679/2002 do MS, que dispõe sobre a Rede Nacional de Assistência à Saúde do Trabalhador (Renast), surgiu como uma conquista para os trabalhadores, uma vez que define a organização de ações de assistência e vigilância em saúde ocupacional (SARQUIS *et al.*, 2004).

A Saúde do Trabalhador é definida pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) como:

“um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 1990, p.03).

Corresponde, no entanto, à resposta institucional aos movimentos populares ocorridos entre os anos 70 e 90, que reivindicaram o direito de inclusão da Saúde do Trabalhador no escopo da Saúde Pública, sendo parte do direito universal (BRASIL, 2005).

Atualmente, entre os instrumentos e regulamentos federais que orientam o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, estão a Portaria GM/MS n.º2.728/2009 que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), sobre os Centros de referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e dá outras providências, (BRASIL, 2009); a Portaria

GM/MS n.º 104/2011, que define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória além de determinar fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Além destes tem a Portaria/GM 3.214/1978 que Aprova as Normas Regulamentadoras relativas à Segurança e Medicina do Trabalho (BRASIL, 1978) e a Lei n.º 11.430/2006 que modificou a Lei n. 8.213, atribuindo ao empregador o ônus de provar que o adoecimento do trabalhador não possui nexos com o trabalho. Esta lei altera o nexo técnico previdenciário (NTP) para nexo técnico epidemiológico previdenciário (NTEP), passando do trabalhador para o empregador a responsabilidade do ônus da prova (BRASIL, 2006b).

Entre as Normas regulamentadoras relacionadas à saúde do trabalhador destacam-se à NR 4 que estabelece a obrigatoriedade de Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho; a NR 5 que tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho; a NR 6 que estabelece o fornecimento, pela empresa, e a utilização, pelo trabalhador, de Equipamentos de Proteção Individual; a NR 7 que estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO (BRASIL, 2013).

Também estão relacionadas à saúde do trabalhador a NR 9, que estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA; a NR 15 que estabelece limites de tolerância para ruído contínuo ou intermitente no ambiente de trabalho; a NR 17 que estabelece parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores e a NR 32 que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Além das legislações supracitadas, o adoecimento dos trabalhadores e sua exposição aos riscos ocupacionais levaram os Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e do Ministério da Saúde a instituir a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em 23 de agosto de 2012 por meio da Portaria GM/MS 1.823/2012. Esta política possui como estratégia fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais

componentes da Vigilância em Saúde visando a promoção da saúde e redução da morbimortalidade da saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2012a).

Destaca-se, porém, que, apesar dos avanços na legislação e das ações desenvolvidas em prol da saúde do trabalhador ainda há muito que avançar para que sejam cumpridas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da classe trabalhadora, como propõe o sistema.

3.2 O TRABALHADOR DE SAÚDE NO CONTEXTO NACIONAL

Trabalhador é todo ser humano que desenvolve suas atividades voltadas ao próprio sustento e/ou de seus dependentes, independentemente da remuneração e da inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2001). Nesta concepção, inclui-se toda pessoa que trabalha como assalariada, autônoma, doméstica, funcionários públicos, cooperativos, proprietários de pequenas e microunidades de produção, além de aprendizes, estagiários e pessoas afastadas do mercado de trabalho em função de aposentadorias ou doenças (BRASIL, 2001).

No Brasil, o número de trabalhadores ativos e inativos, incluindo empregados Celetistas, Estatutários, Avulsos, Temporários, entre outros, ultrapassa 73 milhões (BRASIL, 2012b). O setor de serviços, no qual se enquadram os serviços de saúde, é responsável por 43,3% da força de trabalho (GUIMARÃES, 2012).

Os trabalhadores de saúde compreendem todos aqueles que trabalham em serviços de saúde, públicos ou privados, cujas atividades estão direta ou indiretamente relacionadas à promoção e assistência à saúde. Estão incluídos nesta classificação, além de profissionais de medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, entre outros, os trabalhadores dos serviços de apoio como limpeza, lavanderia, reforma e manutenção (BRASIL, 2008).

A força de trabalho em saúde no país distribui-se de forma irregular, com maior concentração de trabalhadores na Região Sudeste, 46,9%, acompanhada pela Região Nordeste, com 24%, Região Sul, com 14,3%, Região Centro-Oeste, com 7,8%, e Região Norte, com apenas 7,1% (BRASIL, 2012c).

O Estado de São Paulo é o principal empregador do setor da saúde no país, com 24,8% da mão de obra, seguido por Minas Gerais, com 10,9%, e Rio de Janeiro, com 9,1% do total de trabalhadores. Em contrapartida, os Estados com o menor número são o Acre, com 0,4%, Amapá e Roraima, com apenas 0,3% de trabalhadores. O Estado do Paraná responde por 5,5% da mão de obra no setor de saúde em todo o território nacional, ocupando a quinta posição (BRASIL, 2012c).

Estudo realizado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) mostra um crescimento de 44,4% no número de trabalhadores de saúde ocupados nos últimos dez anos, superando o crescimento dos demais setores da economia nacional. O incremento no número de profissionais ocupados deve-se, entre outros fatores, à estabilização da economia e à recuperação do mercado de trabalho urbano. Também contribuíram para estes valores a forma de organização do setor, a formalização das relações de trabalho e a atuação articulada com pequenos empreendimentos e profissionais que se auto-ocupam (médicos, psicólogos, nutricionistas, entre outros) em consultórios ou clínicas, fator que contribui para a ocupação no setor da saúde (DIEESE, 2009).

Os trabalhadores de saúde estão distribuídos em mais de 240 mil estabelecimentos, entre os quais, o setor hospitalar é responsável por 37,5% da mão de obra e as unidades básicas de saúde, por 31,8%. Apesar de os estabelecimentos privados representarem 70% de todos os estabelecimentos ligados à saúde, o setor público é o que mais emprega, 68% dos trabalhadores (BRASIL, 2012c).

A enfermagem é a profissão que tem o maior número de profissionais trabalhando no Sistema Único de Saúde (SUS), 27,9% dos trabalhadores. O SUS também emprega 3,2% dos profissionais de medicina, 2,1% dos odontólogos, 1,2% dos farmacêuticos, 1,2% dos fisioterapeutas e 1,1% dos psicólogos (BRASIL, 2012c).

As profissões com o maior número de trabalhadores ocupados na rede privada são: farmácia com 19,3%, medicina com 19%, enfermagem com 18,2% e fisioterapia com 17%. Os serviços filantrópicos concentram 30% dos trabalhadores de medicina, 19,6% de enfermagem, 22% de fonoaudiologia e 18,7% de fisioterapia (BRASIL, 2012c).

Entre os profissionais de saúde ocupados e com registro nos conselhos de classe, a enfermagem é a categoria com maior representatividade, ocupando 35,9% dos postos de trabalho: 40,5% constituídos por auxiliares de enfermagem; 34,4%, por técnicos de enfermagem; e 25,1%, por enfermeiros. A medicina é a segunda profissão em número de profissionais ocupados, com 12,5%, seguida pela odontologia, com 6,4%, e pelos profissionais de farmácia, com 2,4% (BRASIL, 2012c).

Nos últimos anos, o setor da saúde apresentou um crescimento gradativo no contingente de profissionais ocupados, no entanto, a valorização profissional não acompanhou o mesmo desempenho, se comparado aos anos anteriores (DIEESE, 2009).

Os salários variam de acordo com a profissão, carga horária e nível de escolaridade dos trabalhadores. Os melhores salários são pagos a profissionais em cargos de direção (em média sete salários mínimos), médicos (seis salários mínimos) e odontólogos (quatro salários mínimos). Em contrapartida, os profissionais de nível técnico, como técnico de odontologia, técnicos e auxiliares de enfermagem, entre outros, recebem, em média, um a três salários mínimos (BRASIL, 2012c).

A remuneração dos trabalhadores de saúde difere entre as regiões do país, mostrando uma relação direta com a disponibilidade de recursos humanos, a estabilidade econômica, o tipo de vínculo e a concentração de renda dos empregadores. Os melhores salários concentram-se na região Sudeste, exceto para a medicina, que é mais bem remunerada na região Norte, e a pior remuneração é paga aos trabalhadores da região Nordeste (BRASIL, 2012c).

No que se refere à carga horária dos trabalhadores de saúde, ela também apresenta variações de acordo com a categoria profissional, o nível de escolaridade, a região do país, entre outros fatores. A medicina é a profissão que apresenta a menor média de horas trabalhadas, mais especificamente 24 horas semanais. A terapia ocupacional trabalha em média 29 horas semanais e o restante das profissões trabalha em média 39 a 43 horas por semana (BRASIL, 2012c).

Dados censitários mostram uma grande expressão da força de trabalho feminino em saúde, principalmente entre profissionais de enfermagem (90,4%) e Nutrição (95,3%). A feminização é ainda mais acentuada entre profissionais de

níveis técnicos e auxiliares, alcançando 73,7% do total. Também há um aumento gradativo da participação de mulheres em profissões como a medicina e a odontologia (WERMELINGER *et al.*, 2010).

Quanto à escolaridade, 28% têm ensino superior, 62%, ensino médio ou fundamental, e 10% não têm instrução. Entre os trabalhadores sem instrução, estão agentes de saúde, atendentes de enfermagem, parteiras e trabalhadores dos serviços de apoio. Os profissionais de nível superior estão mais concentrados na região Sudeste, enquanto a região Nordeste concentra a maior parcela de trabalhadores de saúde com ensino médio ou fundamental (WERMELINGER *et al.*, 2010).

3.3 O TRABALHADOR DE SAÚDE E O PROCESSO DE ADOECIMENTO

O contexto da Saúde do Trabalhador de Saúde no Brasil compila múltiplas situações caracterizadas por diversas formas de organização e gestão do trabalho, relações contratuais e incorporação tecnológica, que refletem diretamente na vida e no processo de adoecimento da classe, situações essas que têm se acentuado em decorrência das circunstâncias políticas e econômicas do país (BRASIL, 2001).

A deterioração das condições de saúde está atrelada à precarização dos postos de trabalho, à terceirização dos serviços, à intensificação do trabalho, ao aumento da jornada de trabalho, ao acúmulo de funções, à exposição aos fatores de risco, ao descumprimento de normas de segurança, aos baixos salários e à instabilidade no emprego (BRASIL, 2001).

As adversidades existentes entre os fatores organizacionais e as relações de trabalho exercem influência na relação saúde-doença, causando adoecimento físico e mental (MANETTI; MARZIALE; ROBAZZI, 2008). Correspondente à síntese do conjunto de determinações sociais que produzem riscos ou potencialidades característicos, manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde, o processo saúde-doença (GRANDA; BREILH, 1989) apresenta, desta forma, estreita relação com as relações de trabalho.

O processo saúde-doença se expressa no corpo biopsíquico do trabalhador pelo desgaste sofrido em função da exposição às cargas de trabalho geradas no processo de trabalho, podendo ser de origem física, química, biológica, mecânica, fisiológica e psíquica (LAURELL; NORIEGA, 1989).

As cargas físicas correspondem aos elementos que, ao entrarem em contato com o organismo, interatuam com ele, sofrendo uma mudança de qualidade, tornando-se processos intracorporais complexos, como, por exemplo, o calor, o ruído (LAURELL; NORIEGA, 1989), a umidade, a iluminação, as mudanças bruscas de temperatura, a eletricidade, o risco de incêndio e a radiação ionizante (FELLI, 2010).

A exposição às cargas físicas ocorre, geralmente, por problemas organizacionais, como a falta de manutenção e a inadequação de previsão e uso de equipamentos. Pode levar ao desenvolvimento de problemas auditivos, visuais, cutâneos, comportamentais, de fertilização, vasculares, reações alérgicas e intoxicações, no entanto, são pouco relacionadas ao processo de adoecimento pelos trabalhadores (FELLI, 2010).

As cargas químicas ocorrem pela exposição do trabalhador às substâncias químicas, que podem estar em estado sólido, líquido ou gasoso (FELLI, 2010a). Entre as substâncias químicas manipuladas pelos trabalhadores de saúde com potencial para causar danos à saúde, estão: os medicamentos, como os antineoplásicos, antibióticos, citostáticos, imunossupressores, imunomoduladores, antirretrovirais e hormonais; os produtos de limpeza; efluentes de processadores de imagem e de equipamentos automatizados; e os produtos tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos (BRASIL, 2005a).

Apesar da diversidade de produtos químicos manipulados diariamente por trabalhadores de saúde, muitos não são reconhecidos por eles como responsáveis por alterações de saúde, casos do glutaraldeído, álcool, água oxigenada, éter e nitrogênio (XALEGAT *et al.*, 2006).

Entre os problemas de saúde decorrentes deste tipo de exposição estão as reações cutâneas, alterações sanguíneas, diarreias, lacrimejamento, náuseas e/ou vômitos e a ocorrência de abortos espontâneos (XALEGAT *et al.*, 2006), doenças respiratórias, neoplasias, intoxicação, envenenamento, resistência medicamentosa, disfunções hepáticas e renais, alterações do nível de consciência e problemas gastrointestinais (XALEGATI *et al.*, 2006; FELLI, 2010).

As cargas estão diretamente relacionadas com a atividade desenvolvida e com o ambiente onde se desenvolve o processo de trabalho. Entre os trabalhadores de saúde, as cargas biológicas representam uma das principais preocupações da saúde do trabalhador, devido à possibilidade de aquisição de doenças infectocontagiosas pelo contato com os fluídos biológicos.

A maioria das doenças decorrentes deste tipo de carga ocorre pela exposição percutânea ocasionada por acidentes com materiais perfurocortantes, principalmente por agulhas contendo sangue contaminado. Os trabalhadores de saúde que mais sofrem com esta exposição são os profissionais de enfermagem, responsáveis pela administração de medicamentos injetáveis, e os trabalhadores da limpeza, devido a acidentes com agulhas e bisturis descartados ou acondicionados erroneamente pelos profissionais (ALMEIDA; BENATTI, 2007).

As cargas biológicas são importantes no processo de adoecimento do trabalhador pelas transformações que geram ao interagir com os processos corporais (LAURELL; NORIEGA, 1989). Decorrentes do contato do trabalhador com pacientes portadores de doenças infectocontagiosas, contato com secreções, pequenos insetos ou acidente com materiais contaminados, estas cargas são responsáveis pela ocorrência de diversas patologias entre profissionais de saúde, como hepatites, toxoplasmose, problemas respiratórios, infecções urinárias, infecções cutâneas, síndrome da imunodeficiência adquirida, entre outras (FELLI, 2010).

A vulnerabilidade dos trabalhadores frente aos problemas causados pela exposição às cargas biológicas aumenta devido, na maioria das vezes, ao déficit na cobertura vacinal e ao não uso de antirretrovirais, quando indicado, pelos profissionais acidentados (ALMEIDA; BENATTI, 2007).

As cargas mecânicas, decorrentes da manipulação de materiais pontiagudos e cortantes, quedas, preensão de partes do corpo e agressões físicas (FELLI, 2010), são mais facilmente identificadas por se converterem em ruptura da continuidade do corpo (LAURELL; NORIEGA, 1989), gerando desgastes como hérnias, dispneia, fraturas, contusões, perfurações, luxações, lombalgias, feridas, dor, incapacidade motora, hematoma e perda de dentes (FELLI, 2010). A visibilidade e a característica dos desgastes resultantes da exposição a esta carga fazem com que ela seja responsável pela grande maioria das notificações de acidentes de trabalho.

O fato de os desgastes serem evidenciados no momento do acidente contribui para seu reconhecimento e notificação como acidentes de trabalho. Outro fator que contribui para que os trabalhadores registrem esta exposição é o medo de complicações à saúde, uma vez que os acidentes com materiais perfurocortantes os expõem ao risco de contaminação por vírus como os da Hepatite B e C e o vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (MIRANDA *et al.*, 2011).

Decorrentes do uso inadequado ou incorreto do corpo, as cargas fisiológicas também estão presentes no cotidiano dos trabalhadores de saúde, manifestando-se em diversas formas de desgaste. Diferentemente das cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas, estas cargas não têm materialidade visível, não sendo, portanto, possível conceituá-las senão em relação com o corpo (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Resultante da manipulação de peso excessivo, trabalho em pé, posições inadequadas, incômodas, trabalho noturno e rodízios de turno, a exposição às cargas fisiológicas está associada aos problemas de coluna, dores nos membros inferiores, dores musculares e osteoarticulares, problemas vasculares, distúrbios do sono, alterações do apetite, déficits cognitivos, desgaste físico, entre outros (FELLI, 2010).

As lesões por esforços repetitivos (LER) e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) configuram-se como importantes processos de desgastes decorrentes da exposição às cargas fisiológicas. Resultantes da utilização excessiva do sistema musculoesquelético caracterizam-se por vários sintomas de aparecimento insidiosos, geralmente acometendo os membros superiores (BRASIL, 2006a).

A alta prevalência desses desgastes está associada às transformações do mercado de trabalho e à sua forma de organização. A busca incessante pelo aumento da produtividade e pelo alcance de metas culmina na intensificação do trabalho, no aumento das jornadas, em exigências psicossociais não compatíveis com as condições humanas, na alta demanda de movimentos repetitivos, na necessidade de permanência em determinadas posições por longos períodos, além do uso de equipamentos e instrumentos desconfortáveis (BRASIL, 2006a).

A interação direta com pacientes, a sobrecarga de tarefas, a alta exigência das chefias para o cumprimento de metas, o convívio diário com morte,

doenças, estresse, tensões por atendimento imediato, cuidado a pacientes graves (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007), atenção constante, a monotonia das atividades diárias (LAURELL; NORIEGA, 1989), a manipulação de drogas psicoativas, falta de reconhecimento profissional, baixos salários, entre outras situações, expõem constantemente o trabalhador de saúde às cargas de trabalho psíquicas (FELLI, 2010).

A este tipo de exposição, atribui-se o objeto de trabalho dos profissionais de saúde, o “ser humano, que sofre, sente dor e morre”, bem como às formas de organização do trabalho (FELLI, 2008, p. 7). As consequências deste tipo de desgaste afetam negativamente o funcionamento do trabalho e podem trazer graves riscos para os pacientes e profissionais de saúde (GARTNER *et al.*, 2012).

Assim como as cargas fisiológicas, as cargas psíquicas têm materialidade por meio da corporeidade humana e podem ser classificadas em dois grupos em função das manifestações somáticas. O primeiro grupo abrange tudo o que envolve sobrecarga psíquica, como situações de tensão prolongada, e o segundo, a subcarga psíquica, ou seja, a impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica (LAURELL; NORIEGA, 1989).

O surgimento de doenças psíquicas nos trabalhadores deve-se, entre outros fatores, às transformações no mercado de trabalho (BRASIL, 2001) e interferem de forma significativa nas relações de trabalho, exercendo influência na produtividade e no índice de absenteísmo entre profissionais de saúde (KIRCHHOF *et al.*, 2009).

As cargas de trabalho estão presentes em todos os ambientes de trabalho dos trabalhadores de saúde, mas é no ambiente hospitalar que ficam mais evidentes, tendo em vista as circunstâncias desgastantes presentes no cotidiano laboral. A exposição a um ou mais fator produtor de doenças e sofrimento, decorrente da natureza do trabalho hospitalar e sua organização, é evidenciada por sinais e sintomas, justificando, desta forma, a insalubridade e a penosidade característica no ambiente (KIRCHHOF *et al.*, 2009).

A adoção de novas tecnologias, aliada à intensificação do trabalho e aos métodos gerenciais, modifica o perfil de adoecimento dos trabalhadores, expressando-se pelo aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, tais como lesões por esforços repetitivos, estresse, fadiga física e mental e outras manifestações relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001). O fato de a

saúde do trabalhador estar atrelada às condições de trabalho faz com que o perfil de adoecimento se modifique com o tempo, acompanhando as transformações do mercado de trabalho.

De modo geral, o perfil de morbidade dos trabalhadores caracteriza-se pela coexistência de agravos diretamente relacionados com as condições de trabalho, como os acidentes de trabalho típicos, as doenças profissionais e as doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001).

O processo de adoecimento traz consequências diretas tanto para o trabalhador e sua família como para a instituição empregadora e para o sistema previdenciário (BRASIL, 2001; FERRIE *et al.*, 2009). O reconhecimento do processo saúde-doença e sua relação com o trabalho configuram-se como situação *sine qua non* para o desenvolvimento de ações voltadas à melhoria nas condições de trabalho.

Frente à realidade envolvendo as condições de saúde do trabalhador e seus impactos econômicos e sociais, fazem-se necessárias mudanças sociais, organizacionais bem como mudanças no modo de valorização do trabalho para que sejam garantidas a segurança e a qualidade de vida do trabalhador (MAYNARDES; SARQUIS; KIRCHHOF, 2009).

3.4 VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR E O SIMOSTE

Os trabalhadores de saúde compartilham a problemática envolvendo todos os trabalhadores brasileiros, uma vez que vivenciam as mesmas políticas sociais e de saúde. Compreender a relação entre o trabalho e a saúde destes profissionais possibilita a formulação de políticas voltadas à proteção e promoção da sua saúde (FELLI, 2008). Por meio de ações de vigilância, é possível identificar os problemas envolvendo as condições de trabalho e desenvolver ações interventivas que visem a interromper o ciclo processo/ambiente de trabalho-doença-morte no país (BRASIL, 2001).

Reconhecendo a problemática que envolve a saúde do trabalhador, o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, institui a Portaria GM/MS nº

3252, de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para a execução e financiamento das ações de vigilância da saúde, as quais visam a

promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (BRASIL, 2009, p.3).

O sistema de vigilância, no entanto, depende da obtenção de informações a partir da base de dados de sistemas de informação consolidados, além de outras bases criadas a nível local (BRASIL, 2001).

Entre os sistemas de informação consolidados, o Sinan (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) é uma ferramenta do governo utilizada para notificar e investigar as doenças e agravos de notificação compulsória, entre elas, os registros sobre acidentes de trabalho graves. De forma semelhante, o Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) é um sistema utilizado pela Previdência Social para estabelecer o perfil de morbimortalidade da população trabalhadora (BRASIL, 2001; BRASIL, 2007).

O monitoramento da saúde do trabalhador constitui, assim, um valioso instrumento de gestão na detecção antecipada das condições anormais bem como para conhecer, acompanhar os problemas de saúde no trabalho e intervir neles (RHEE; CHOE, 2010). Ressalta-se, porém, que, apesar das iniciativas públicas ainda existem dificuldades na operacionalização e captação dos dados que subsidiem propostas de intervenção (BAPTISTA *et al.*, 2011). Problemas de infraestrutura, falta de capacitação e número insuficiente de recursos humanos contribuem para a subnotificação de acidentes de trabalho no Sinan (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012).

A subnotificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho mascara a realidade e compromete a adoção de medidas de intervenção. Em 2010, o país registrou 701.496 acidentes de trabalho, destes, 73.701 foram trabalhadores da área de serviços, na qual está inserida a área de saúde (BRASIL, 2010). No entanto, apesar do alto índice registrado, muitos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho envolvendo trabalhadores de saúde deixam de ser registrados todos os anos (MIRANDA *et al.*, 2011).

Diante da falha na notificação de doenças e acidentes relacionados à saúde do trabalhador nos sistemas governamentais e devido à carência de

instrumentos para captação de dados fidedignos envolvendo esta problemática, evidencia-se a necessidade de desenvolver estratégias de monitoramento eficientes que auxiliem no diagnóstico das condições de trabalho.

Frente a esta realidade, o Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de enfermagem foi desenvolvido com o intuito de captar dados sobre as exposições e agravos ocorridos entre estes trabalhadores, permitindo delinear o perfil de saúde e das condições de trabalho e, desta forma, desenvolver medidas preventivas nos cenários onde o programa está implantado (BAPTISTA *et al.*, 2011).

O Simoste consiste em uma ferramenta de inovação tecnológica voltada à captação dos agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem e dos demais trabalhadores de saúde, captação das cargas de trabalho determinantes destes agravos, dos processos geradores de desgaste, assim como monitorar a saúde destes trabalhadores por meio de indicadores (BAPTISTA *et al.*, 2011).

O software foi construído com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) após a identificação do diagnóstico situacional das condições de saúde dos trabalhadores de enfermagem em hospitais universitários de cinco regiões do país (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul) e com a constatação da falta de visibilidade e percepção da problemática pelos trabalhadores, pela instituição e pelos órgãos competentes (BAPTISTA *et al.*, 2011).

A construção do Simoste foi fundamentada na determinação social do processo saúde-doença e alicerçada nas categorias processo de trabalho, cargas de trabalho, processo de desgaste e perfil patológico. As cargas de trabalho e os processos de desgastes contidos no sistema foram determinados após a avaliação do processo de trabalho dos profissionais de enfermagem nos cinco cenários de estudo (BAPTISTA *et al.*, 2011).

O conteúdo do software está estruturado em três módulos. O primeiro direciona-se à caracterização da instituição (nome, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Cnes, endereço, número total de trabalhadores, número de trabalhadores de enfermagem, número de leitos, atendimentos ambulatoriais e emergenciais, consultas médicas, consultas de enfermagem e taxa de ocupação) e à caracterização do trabalhador (FELLI, 2010; BAPTISTA *et al.*, 2011).

As informações institucionais são preenchidas na primeira tela do programa Simoste. Após o preenchimento desta etapa, os registros são gravados, e o profissional é direcionado para a segunda tela na qual constam informações referentes ao trabalhador (iniciais do nome, data de nascimento, sexo, categoria profissional, setor de trabalho, número de vínculos, empregatícios, carga horária de trabalho e faixa salarial), cargas a que os trabalhadores estão expostos e as consequências desta exposição como o tipo e dias de afastamento, a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o período de ocorrência (FELLI, 2010).

O segundo módulo é composto por seis abas alfanuméricas contendo a descrição das cargas de trabalho, o mecanismo de exposição e os desgastes dela decorrentes. A descrição do tipo de exposição às cargas e desgastes gerados ocorre por meio de seleção de uma ou mais opções descritas no sistema (abas 1-6). Todas as abas contêm campos alfanuméricos abertos para observações complementares estritamente necessárias (BAPTISTA *et al.*, 2011).

A descrição das cargas ocorre por meio da seleção de uma ou mais carga descrita no sistema, e o preenchimento das consequências ocorre por meio de digitação em campos próprios destinados ao tipo de afastamento, CID, número de dias e período do afastamento e campo para descrever alguma observação necessária (BAPTISTA *et al.*, 2011). Os CID encontrados neste estudo estão descritos no Apêndice 1.

Após a alimentação do sistema, os dados obtidos nas unidades regionais são encaminhados ao coordenador nacional do projeto, que é o responsável pelo seu tratamento e sua devolução às instituições de origem. A partir das análises realizadas, são propostas intervenções nos ambientes laborais, visando à melhoria nas condições de trabalho bem como à redução dos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores (BAPTISTA *et al.*, 2011).

O terceiro módulo, de caráter administrativo, é utilizado pelos pesquisadores e idealizadores do software para a análise epidemiológica dos dados. Por meio de estudos específicos, é feita a interpretação das informações registradas no sistema por indicadores que são disponibilizados ao público em uma página na internet (BAPTISTA *et al.*, 2011)

Para sua funcionalidade, o sistema depende da vontade política da instituição porque estão na dependência da instituição hospitalar o registro e o

encaminhamento dos dados para análise. A partir do monitoramento dos problemas de saúde dos trabalhadores, torna-se possível adotar medidas preventivas e, assim, melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores (FELLI, 2008).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo epidemiológico do tipo transversal e retrospectivo com base na coleta sistemática e na quantificação de informações sobre eventos ligados à saúde (MEDRONHO, 2009) dos trabalhadores do Hospital do Trabalhador.

O estudo epidemiológico permite descrever as situações de saúde que acometem determinada população, explicar a ocorrência, as causas e os determinantes da distribuição de doenças e prever a frequência destas enfermidades, possibilitando o controle dos eventos negativos por meio de estratégias de intervenção (MEDRONHO, 2009).

A epidemiologia tem caráter empírico, é considerada ciência básica da saúde coletiva, e utiliza o cálculo matemático e as técnicas estatísticas de amostragem e de análise para efetuar o tratamento numérico dos fatores investigados. Permite ao pesquisador medir e comparar a ocorrência de agravos relacionados à saúde, de modo que seus achados ampliem o conhecimento sobre o processo de adoecimento e sejam capazes de subsidiar ações de intervenção e de elaboração de políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde da população (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2002; MEDRONHO, 2009).

No contexto da saúde do trabalhador, a epidemiologia auxilia na investigação de danos à saúde, decorrentes da atividade laboral, tanto na dimensão individual quanto na coletiva, por meio de estudos descritivos, retrospectivos e pela avaliação quantitativa do ambiente de trabalho (MEDRONHO, 2009).

Na enfermagem, a epidemiologia tem papel fundamental nas ações do enfermeiro, tanto nos aspectos de promoção, prevenção, vigilância em saúde, como no desenvolvimento de pesquisas e na utilização dos seus resultados na prática profissional (FRANCIONI *et al.*, 2008; KIRCHHOF, 2009).

O estudo também se caracteriza como transversal, pois a coleta de dados ocorreu em um ponto determinado do tempo. Este tipo de delineamento fornece informações sobre a prevalência de determinada doença ou condição clínica em certo momento. É considerado estudo rápido e de baixo custo, e os resultados contribuem para a definição das características demográficas (HULLEY *et al.*, 2008).

É considerado retrospectivo, pois a mensuração das informações se dá após a ocorrência dos fatos, por meio da utilização de dados contidos em registros (HULLEY *et al.*, 2008).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Saúde do Trabalhador (UST), do Hospital do Trabalhador (HT), situado no município de Curitiba, capital do Estado do Paraná, geograficamente localizado no Primeiro Planalto Paranaense, na região sul do Brasil.

Fundada em 1693, com a emancipação de Paranaguá, Curitiba é considerada hoje a cidade com melhor qualidade de vida do estado. A população residente está estimada em 1.751.907, sendo 100% na área urbana cujo território é de 435, 495 km, com uma taxa de crescimento anual de 1,86 (IPARDES, 2011).

A população economicamente ativa de Curitiba é de 1.672 mil pessoas, a ocupada é de 1.609 mil, compreendendo 48.945 trabalhadores de serviços de saúde ou de áreas sociais, lotados em 850 estabelecimentos de saúde do município. O índice de desenvolvimento humano – IDH-M é o primeiro do Estado e 17º do país, com valor correspondente a 0, 856. O IDH-MI varia de 0 a 1, sendo considerados altos os valores superiores a 0, 800. A expectativa de vida da população curitibana é superior a 71 anos e as principais causas de morte da população são relacionadas às doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias e causas externas (IPARDES, 2012).

4.3 POPULAÇÃO

A população foi composta por 1.050 registros de afastamentos de trabalhadores de saúde (médicos, profissionais de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, profissionais de áreas de apoio como lavanderia, limpeza, reforma e manutenção, entre outros) cadastrados no Simoste no ano de 2011.

Os registros correspondem aos trabalhadores lotados ou prestadores de serviços no referido hospital, independentemente da categoria profissional e do vínculo empregatício, que tenham sofrido acidente de trabalho ou desenvolvido alguma doença atribuída à exposição às cargas de trabalho.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo todos os trabalhadores do HT que apresentaram CAT, declaração médica ou atestado médico cuja patologia possa ter decorrido da sua exposição a alguma carga de trabalho no período compreendido entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2011.

4.5 FONTE E COLETA DOS DADOS

Os dados foram adquiridos de relatórios gerenciais, fornecidos pela instituição e inseridos no Banco de dados do Simoste, do qual foram coletados para a análise. Tais relatórios contêm informações relacionadas à identificação profissional, (idade, sexo, categoria profissional), tipo de vínculo, setor e turno de trabalho, causas de afastamentos (de acordo com o CID-10) e número de dias e o tipo de afastamento.

A coleta de dados foi feita pela pesquisadora no período de março a junho de 2012.

4.6 VARIÁVEIS DA PESQUISA

As variáveis da pesquisa foram estabelecidas com base nas informações identificadas no banco de dados do Simoste no cenário do HT e incluíram os dados referentes ao cadastro do trabalhador.

Entre as variáveis de identificação foram considerados o nome (iniciais), a data de nascimento, o sexo, o setor de trabalho, a categoria profissional, o tipo de vínculo, a faixa salarial e a carga horária semanal. Quanto às consequências do afastamento foram considerados o tipo de afastamento (CAT, atestado ou ausência no trabalho), o CID principal e secundário, o número de dias de ausência, a classificação de CID, o campo de observações e o período da ocorrência. Nas cargas e desgastes, foram utilizados todos os dados contidos no banco, ou seja, cargas e desgastes biológicos, fisiológicos, físicos, mecânicos, psíquicas e químicas.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, os relatórios gerenciais disponibilizados pela instituição foram processados no programa *Microsoft Excel*[®] 2010, utilizando procedimentos de análise estatística descritiva, com os resultados expressos em frequência relativa (*n*) e absoluta (%). Com os resultados desta primeira análise, foram construídos os indicadores de saúde do trabalhador (Apêndice 2) com o auxílio de um especialista em estatística.

A construção dos indicadores foi baseada em 13 indicadores de saúde do trabalhador propostos pelo SIMOSTE (FELLI, 2010a) (Apêndice 2), .

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa é um subprojeto do estudo “Implantação e Avaliação do Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem - Simoste”,

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob Protocolo n° 718/2008/CEP-EEUSP (Anexo 1) e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HT (Anexo 2).

Ressalta-se que, por se tratar de pesquisa documental, não foi necessária a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e não houve identificação dos sujeitos.

5. RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados são apresentados de acordo com as características profissionais, com o perfil de adoecimento e com os indicadores de saúde do trabalhador de saúde do HT, no ano de 2011. Para facilitar a visualização e a compreensão, estes resultados são descritos em subcapítulos.

5.1 CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS

Foram identificados 1.050 registros de afastamento dos trabalhadores de saúde, que revelaram a o maior número de registros de afastamentos entre os trabalhadores do sexo feminino, correspondente a 80,8%.

Em relação à faixa etária, observou-se maior concentração de trabalhadores entre 31 e 40 anos, totalizando 34,2%.

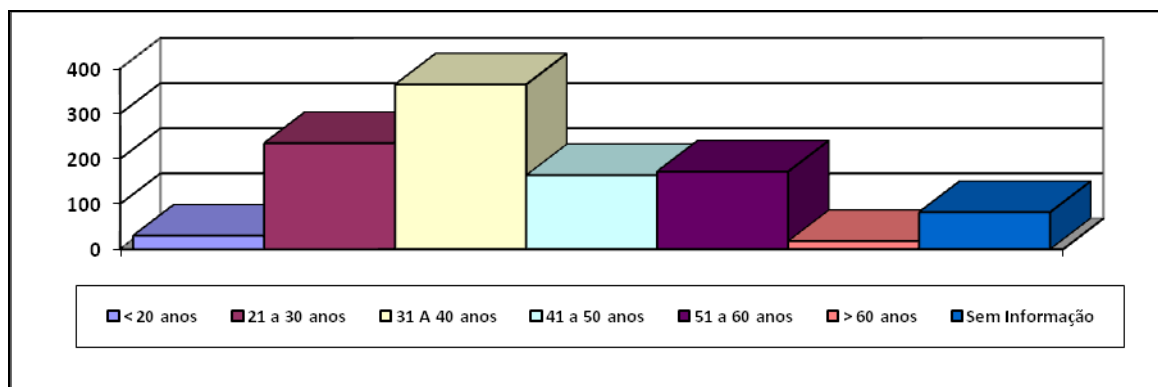


GRÁFICO 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS AFASTAMENTOS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DO HT NO ANO DE 2011 QUANTO À FAIXA ETÁRIA - CURITIBA, 2013

FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

Ao avaliar o número de afastamento em relação à categoria profissional, Gráfico 2, observou-se que entre os profissionais de enfermagem eles totalizaram 636 registros, o equivalente a 60,6%. Entre eles, 49,7% dos registros foram para auxiliares de enfermagem, 36,5%, para os técnicos de enfermagem, e 13,8%, para os enfermeiros. Os profissionais que trabalham no setor administrativo foram notificados 195 vezes, o que corresponde a 18,3% do total registrado.

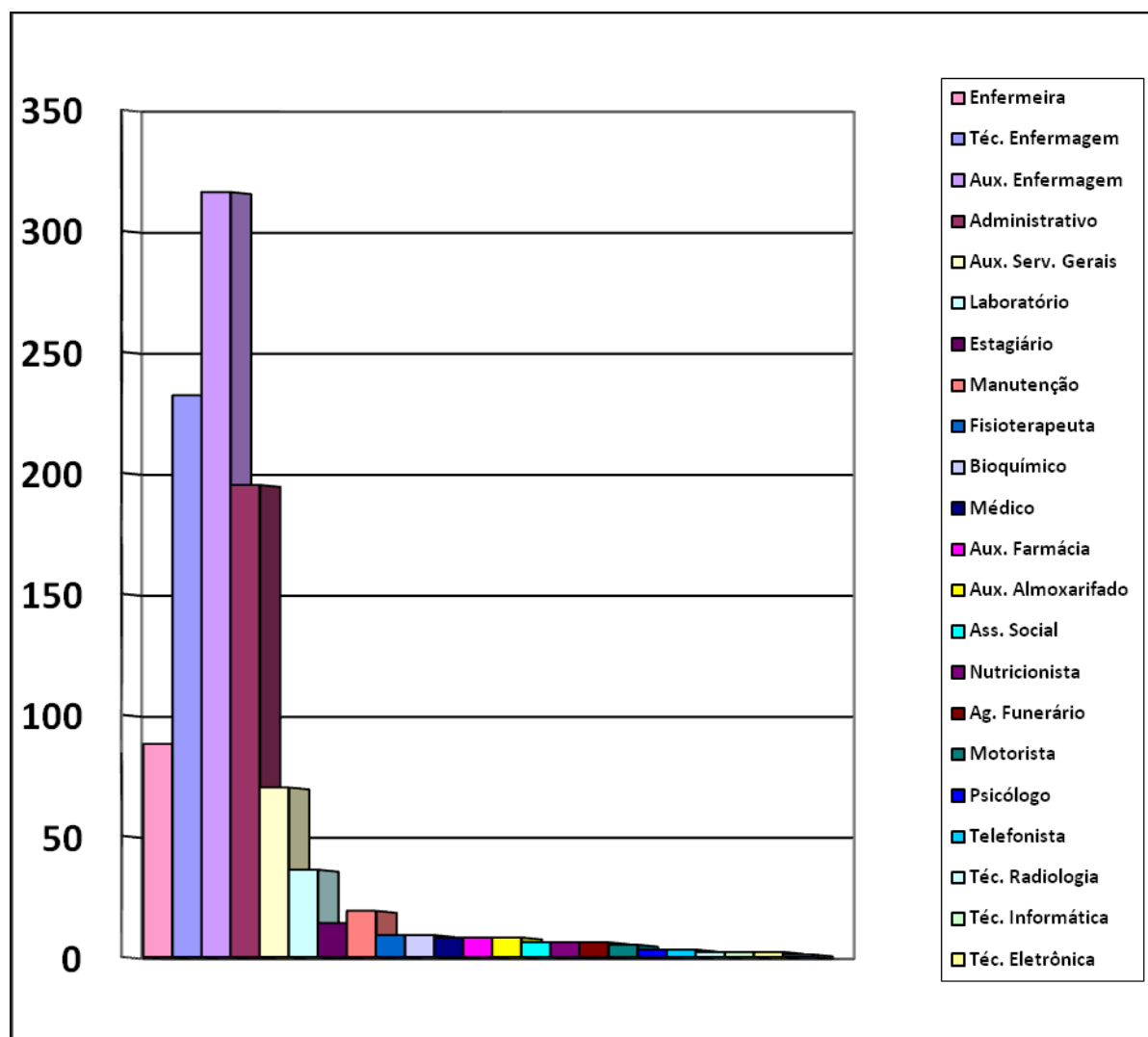


GRÁFICO 2 - REGISTROS DE AFASTAMENTOS E CATEGORIA PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES DE SAÚDE - CURITIBA, 2013
 FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

No que se refere à faixa salarial dos trabalhadores, o maior número de registros de afastamentos entre aqueles com renda entre R\$ 501 a R\$ 1.500, o correspondente a 86,4%. Os trabalhadores que receberam acima de R\$ 2.000 reais representaram o equivalente a 1,6% no período avaliado.

Entre os setores que obtiveram mais registros de afastamento destacaram-se as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), com 23,2%, os setores de pronto atendimento (emergência e pronto socorro), com 13,2%, e as unidades cirúrgicas, com 9,8% (Gráfico 3). Ao avaliarmos a carga horária semanal dos trabalhadores de saúde, notamos uma superioridade de dados referentes às cargas entre 21 e 40 horas semanais, cuja frequência foi de 98,1%.

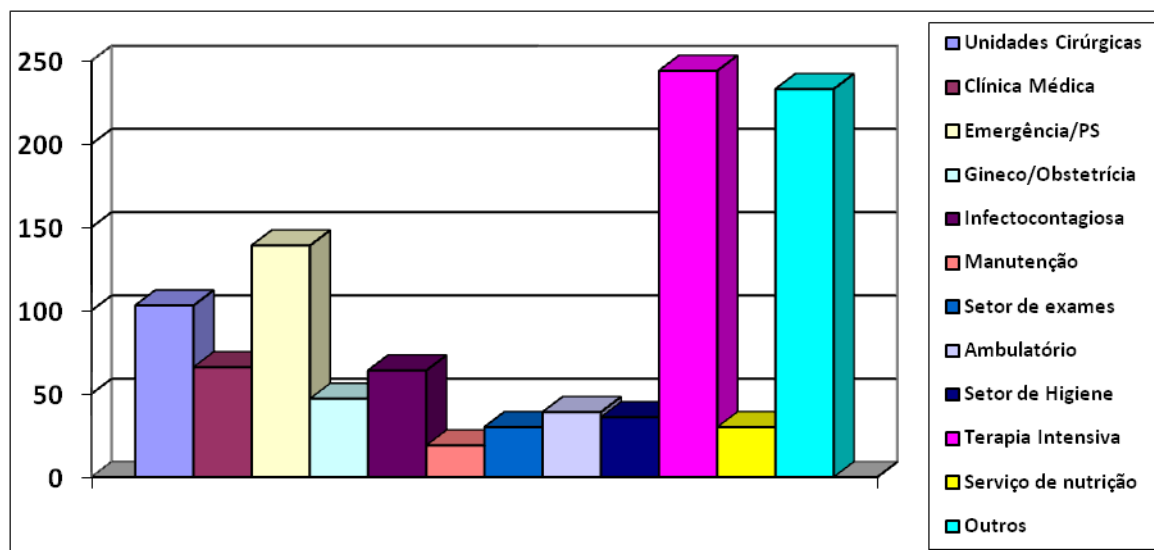


GRÁFICO 3 - SETOR DE TRABALHO E NÚMERO DE AFASTAMENTOS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DO HT NO ANO DE 2011 - CURITIBA, 2013
 FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

5.2 PERFIL DE ADOECIMENTO DO TRABALHADOR DE SAÚDE

A avaliação do perfil de adoecimento do trabalhador de saúde no HT no ano 2011 apontou que a Licença Médica foi o tipo de ocorrência que mais afastou os trabalhadores. Com o equivalente a 99% dos registros, foi responsável por 2.454 dias de afastamentos no período. Os acidentes de trabalho representaram apenas 1% das ocorrências, com 24 dias registrados.

Em relação ao mês de ocorrência dos afastamentos, houve destaque para o número de registros nos meses de junho, maio e agosto (Gráfico 4).

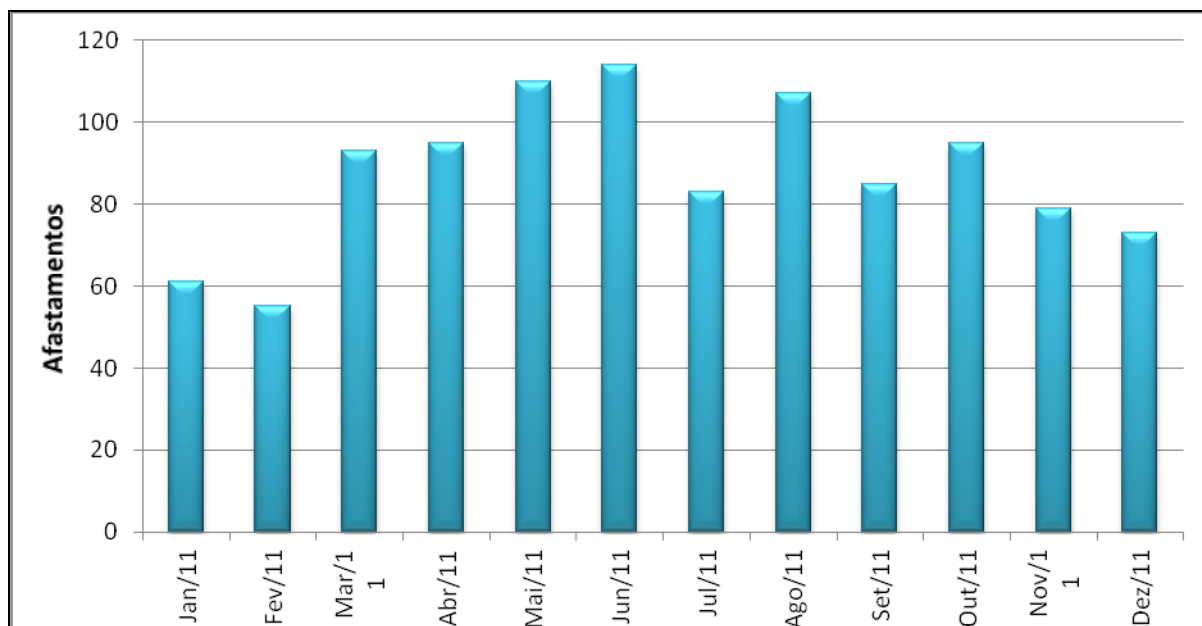


GRÁFICO 4 - NÚMERO DE DIAS DE AFASTAMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NO HT EM 2011, SEGUNDO O MÊS DE OCORRÊNCIA - CURITIBA, 2013
 FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

Quanto às cargas de trabalho, o estudo nos permitiu observar que todas foram registradas. Entre elas, 39,4% corresponderam às cargas biológicas; 20,2%, às cargas fisiológicas; 16,0%, às psíquicas; 13,2%, às cargas mecânicas; 8,6%, às cargas físicas; e 2,4%, às cargas químicas.

Ao analisarmos o Gráfico 5, que caracteriza a notificação das cargas de trabalho segundo o mês de ocorrência, percebemos que a carga biológica foi a mais registrada em quase todos os meses, representando 50% do total no mês de julho. A carga fisiológica predominou no mês de dezembro, com 34%, e foi a segunda carga mais registrada em junho, agosto, setembro, outubro e novembro. Os registros de exposição à carga mecânica totalizaram 22% dos registros no mês de janeiro e 21% em fevereiro. O menor índice para esta carga foi registrado no mês de maio, com apenas 8% do total.

A carga psíquica obteve poucos registros em todos os meses do ano, menos que 23% em cada mês. De forma semelhante, a carga física obteve poucos registros todos os meses, tendo o maior número de ocorrências no mês de julho, aproximadamente 13%. A carga química foi a que obteve o menor número de registros, com o maior representatividade no mês de agosto, o equivalente a 6%.

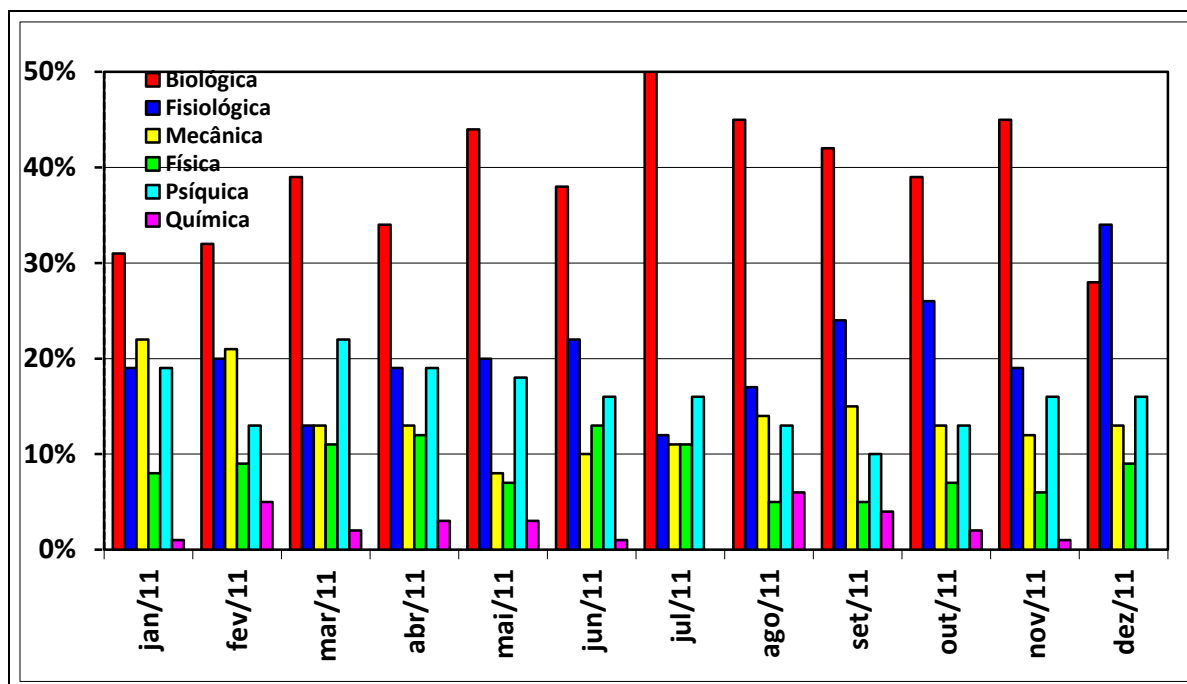


GRÁFICO 5 - CARGAS DE TRABALHO* NOTIFICADAS NO HT NO ANO DE 2011, SEGUNDO O MÊS DE OCORRÊNCIA - CURITIBA, 2013

FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

NOTA: Uma ocorrência pode ter gerado mais de uma carga de trabalho

A Tabela 1 mostra que a exposição biológica foi a principal causa de desgastes para os profissionais de enfermagem, auxiliares de serviços gerais, administrativos, auxiliares e técnicos de laboratório, trabalhadores da manutenção, bioquímicos, estagiários, fisioterapeutas, motoristas, psicólogos, técnicos de informática e técnicos em radiologia. A exposição à carga fisiológica foi mais notificada para as telefonistas; as cargas físicas sobressaíram entre os profissionais de farmácia e medicina; as cargas mecânicas entre os trabalhadores do almoxarifado e entre os técnicos de radiologia; a carga psíquica predominou entre os assessores, os telefonistas e os profissionais de medicina; e a carga química entre os técnicos de eletrônica.

TABELA 1 - REGISTROS DE AFASTAMENTOS RELACIONADOS ÀS CARGAS DE TRABALHO NO HT EM 2011 - CURITIBA, 2013

Categoria	Cargas						(n) registros	(n) dias	Média (dias)
	Biológica	Fisiológica	Física	Química	Mecânica	Psíquica			
Enfermeiro	29,3	24,2	12,1	1,01	16,2	17,2	88	189	2,14
Téc. Enfermagem	39,8	19,7	8	2	10,4	20,1	232	633	2,72
Aux. Enfermagem	38,9	21,2	7,3	1,7	15,7	15,1	316	704	2,22
Aux. Serviços Gerais	35,1	14,9	8,1	1,4	10,8	16,2	68	157	2,30
Ag. Funerário	28,6	28,6	14,3	-	14,3	14,3	6	14	2,33
Assist. social	28,6	28,6	-	14,3	28,6	-	6	25	3,57
Aux/Téc administrativo	43,5	22	10,5	4,8	8,1	12	198	467	2,35
Assessor	-	-	-	-	-	100	1	10	10
Aux. Almoxarifado	25,0	-	-	-	62,5	12,5	8	29	3,62
Aux. Farmácia	33,3	8,3	33,3	-	-	25,1	8	8	1
Aux/Téc laboratório	72	12	-	-	-	16	25	36	1,44
Manutenção	64,1	12,8	10,3	2,6	5,1	5,1	19	36	1,89
Bioquímico	70	20	-	-	-	10	10	16	1,6
Estagiário	62,5	12,5	12,5	-	16,3	16,3	15	35	2,33
Fisioterapeuta	44,4	22,2	-	-	22,2	11,1	9	30	3,33
Médico	33,3	-	33,3	-	-	33,3	14	42	3
Motorista	60	-	-	20	-	20	5	12	2,4
Nutricionista	-	33,3	-	-	33,3	33,3	6	12	1,83
Psicólogo	50	50	-	-	-	-	2	2	1
Téc. Eletrônica	33,3	-	-	33,3	-	33,3	2	3	1
Téc. Informática	66,7	-	-	-	-	33,3	3	4	1,33
Téc. em radiologia	50	-	-	-	50	-	2	3	1,5
Telefonista	-	25	-	25	-	50	3	7	2,33

FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

A exposição às diferentes cargas ocasiona uma variedade de processos de desgastes que podem ou não configurar uma doença propriamente dita. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as patologias responsáveis pelo afastamento dos trabalhadores foram diversas, predominando as doenças do aparelho respiratório (J00-J99), com 19,62%. Também tiveram destaque os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99), com 15,71%; as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99), com 14,29%; e as doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99), com 11,05% (Gráfico 6).

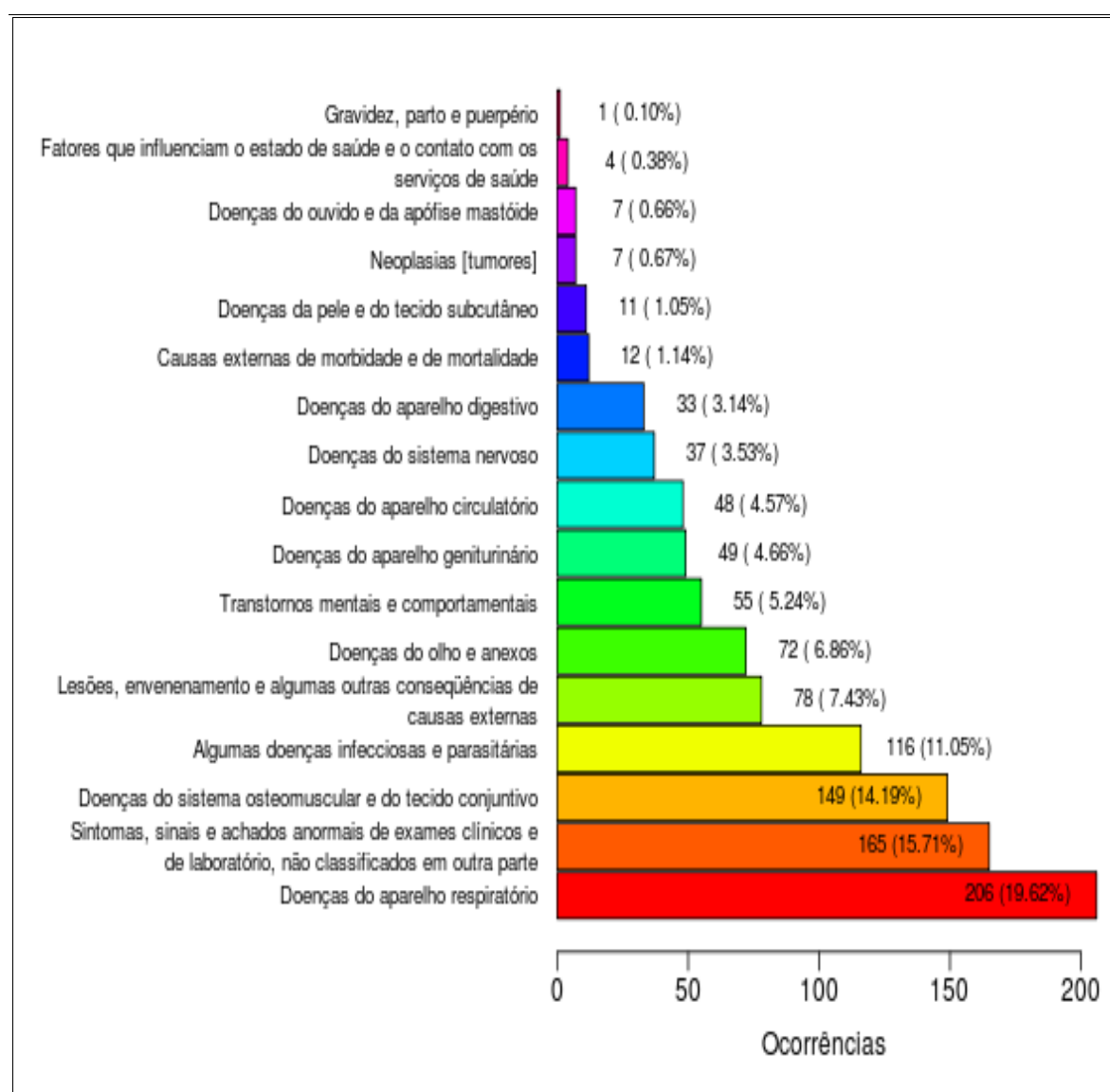


GRÁFICO 6 - AFASTAMENTO DOS TRABALHADORES DO HT EM 2011, SEGUNDO DADOS DO SIMOSTE - CURITIBA, 2013

FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

5.3 INDICADORES DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Os indicadores apresentados nas tabelas a seguir se referem aos problemas de saúde apresentados pelo trabalhador no ano de 2011. Para facilitar a compreensão eles foram nominados de forma a representar o objetivo da avaliação.

O Indicador 1 (I_1 = número de notificações por tipo de cargas / total de trabalhadores expostos x 100) indica o **Risco de exposição para as Cargas de Trabalho**. Este indicador apontou que para cada grupo de 100 enfermeiros o coeficiente de risco de exposição para a carga biológica foi 0,63, para a carga fisiológica CR=0,52 e para a carga psíquica CR=0,37. Entre os técnicos de enfermagem observou-se o que o coeficiente de risco para a carga biológica foi CR=1,21, para a carga psíquica CR=0,61 e para a carga fisiológica CR=0,60. Já entre os auxiliares de enfermagem, observou-se CR=0,51 para a carga biológica, CR=0,28 para a carga fisiológica e CR=0,21 para a mecânica.

Os resultados apresentados pelos demais trabalhadores de saúde assemelham-se aos apresentados pelos enfermeiros, com o coeficiente de risco para a carga biológica equivalente a 0,17, para a carga fisiológica CR=0,08 e para a carga psíquica CR= 0,06 (Tabela 2).

TABELA 2 - NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES POR TIPO DE CARGA X TOTAL DE TRABALHADORES EXPOSTOS (I_1) - CURITIBA, 2013

Carga	Enfermeira (o)	Técnico de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Outro
Biológica	0,63	1,21	0,51	0,17
Física	0,26	0,24	0,10	0,04
Fisiológica	0,52	0,60	0,28	0,08
Mecânica	0,35	0,32	0,21	0,05
Psíquica	0,37	0,61	0,20	0,06
Química	0,02	0,06	0,02	0,01

FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

NOTA: Uma ocorrência pode ser decorrente da exposição a mais de uma carga de trabalho

A Tabela 3 nos mostra o **Risco de desgaste por tipo de carga** (I_2 = número de desgastes por tipo de carga (biológica, física, química, mecânica, fisiológica, psíquica) / número total de notificações x 100).

O índice de desgaste pela carga biológica, fisiológica e psíquica apresentou maior CR de ocorrência para os profissionais de enfermagem e para o agrupamento dos demais trabalhadores. Em contrapartida, as cargas físicas e

químicas apresentaram os menores coeficientes de risco em todas as categorias. Ressalta-se, porém, que as doenças decorrentes da exposição às cargas físicas ou químicas geralmente ocorrem de forma insidiosa com a manifestação dos sintomas tardiamente, o que pode ter contribuído para o resultado obtido.

TABELA 3 - NÚMERO DE DESGASTES POR TIPO DE CARGA POR TRABALHADORES DE SAÚDE X NÚMERO TOTAL DE NOTIFICAÇÕES (I₂) - CURITIBA, 2013

Carga	Desgastes			
	Enfermeira (o)	Téc. de Enfermagem	Aux. de Enfermagem	Outro
Biológica	29,29	39,76	38,95	41,87
Física	12,12	8,03	7,27	9,32
Fisiológica	24,25	19,68	21,22	19,53
Mecânica	16,16	10,44	15,7	11,93
Psíquica	17,17	20,08	15,12	13,88
Química	1,01	2,01	1,74	3,47

FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

NOTA: Uma ocorrência pode ser decorrente da exposição a mais de uma carga de trabalho

O **Índice de notificação de afastamento** (I₃ = número de afastamentos/número total de notificações x 100) apontou a maior média de afastamento para os técnicos de enfermagem (M=2,63 dias), seguida pelos outros trabalhadores de saúde (M=2,21 dias) e pelos auxiliares de enfermagem (M=2,19 dias). Os enfermeiros apresentaram a menor média de afastamento pelo número total de notificações (M=2,02 dias) (Tabela 4).

TABELA 4 - MÉDIA DE DIAS DE AFASTAMENTO X TOTAL DE NOTIFICAÇÕES (I₃) - CURITIBA, 2013

Trabalhadores	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Outros
Média de afastamentos	2,02	2,63	2,19	2,21

FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

Em relação ao **Índice de notificação por doença**, (I₄ = número de notificações por agrupamento de CID / número total de registros x 100), percebe-se a maior frequência para as doenças do aparelho respiratório (J00-J99), com 19,62% (206 registros e M=1,70 dias de afastamento por registro), sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99), com 15,71% (165 registros, M= 1,52 dias de afastamento por registro), e Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99), com 14,19% (149 registros, M= 2,41 dias de afastamento por registro).

A menor frequência foi observada na gravidez, parto e puerpério (O00-O99), com 0,09%, fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99), com 0,38%, neoplasias (C00-D48) e doenças do ouvido e apófise mastoide (H60-H95), com 0,67% cada

Ao verificarmos a **Frequência de afastamentos notificados** (I_5 = número de afastamentos/número total de notificações), notamos que as doenças do sistema osteomuscular e dos tecidos conjuntivos (M00-M99) foram as que mais afastaram os trabalhadores de saúde no HT no ano de 2011, com 360 dias. As doenças do aparelho respiratório (J00-J99) foram responsáveis por 351 dias de afastamentos, seguidas dos transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), com 317 dias, os sintomas, sinais e resultados de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99) foram responsáveis por 251 dias e as doenças do aparelho circulatório, por 126 dias de afastamentos.

Nesta análise, a gravidez, parto e puerpério (O00-O99) foram o diagnóstico que menos afastaram os trabalhadores (7 dias), seguidos pelas doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60-H95), representadas pelas otites (16 dias) e fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99) (20 dias) (Tabela 5).

Verificou-se também o **Índice de afastamento por doença** (I_6 = número de registro de afastamentos/agrupamento de CID). Este indicador apontou a maior média de dias para os desgastes decorrentes da gravidez, parto e puerpério (O00-O99) com $M=7$. Os transtornos mentais e comportamentais (F00-F99) obtiveram a segunda maior média, com $M= 5,76$ dias, seguidos pelos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde (Z00-Z99), $M= 5,00$ dias, e pelas neoplasias (C00-D48), cujos afastamentos totalizaram em média 4,57dias.

Em contrapartida, a menor média de dias de afastamento ficou para as doenças do aparelho geniturinário (N00-N99), $M=1,31$ dias; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99), $M=1,52$ dias; e algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99), com $M=1,73$ dias.

TABELA 5 - INDICADORES POR CID, SEGUNDO DADOS DO SIMOSTE - CURITIBA, 2013 (I₄, I₅, I₆)

Classificação Internacional de Doenças	N	Número de notificações X agrupamento de CID X número total de notificações (I ₄)	Número de afastamentos X CID X número total de notificações (I ₅)	Número de dias de afastamentos X CID (I ₆)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	116	11,05	201	1,73
Causas externas de morbidade e de mortalidade	12	1,14	26	2,17
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	11	1,05	33	3
Doenças do aparelho circulatório	48	4,57	126	2,63
Doenças do aparelho digestivo	33	3,14	64	1,94
Doenças do aparelho geniturinário	49	4,67	64	1,31
Doenças do aparelho respiratório	206	19,62	351	1,70
Doenças do olho e anexos	72	6,86	228	3,17
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	7	0,66	16	2,29
Doenças do sistema nervoso	37	3,53	102	2,76
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	149	14,19	360	2,42
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	4	0,38	20	5
Gravidez, parto e puerpério	1	0,09	7	7
Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	78	7,43	280	3,59
Neoplasias [tumores]	7	0,67	32	4,57
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	165	15,71	251	1,52
Transtornos mentais e comportamentais	55	5,24	317	5,76
Total	1050	100	2478	1,73

FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

NOTA: CID agrupado em grandes grupos, conforme agrupamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b).

Do total de 2.478 dias de afastamentos registrados, a categoria dos auxiliares de enfermagem foi a que apresentou o maior índice de afastamentos, 704 dias. Os técnicos de enfermagem totalizaram 633 dias e os enfermeiros, 189 dias de ausências. Todos os demais trabalhadores de saúde somaram 952 dias, o correspondente a mais de dois anos de trabalho.

Ao avaliar a **Frequência de dias de afastamento por doença** (I_7 = número de dias de afastamentos/agrupamento de CID), observa-se que entre os enfermeiros as patologias que geraram mais dias de afastamentos foram as doenças do aparelho respiratório (J00-J99) e as lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98), com 33 dias cada, e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99), com 24 dias.

Os técnicos de enfermagem tiveram mais dias de afastamentos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), 162 dias, seguidos por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98), com 78 dias, e doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99), com 72 dias.

As doenças responsáveis pelo maior número de afastamentos entre os auxiliares de enfermagem foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99), com 99 dias, os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99), com 91 dias, e as doenças do aparelho respiratório (J00-J99), com 87 dias de afastamentos.

Entre os outros trabalhadores da saúde, as doenças que mais os afastaram foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99), com 164 dias. As doenças do aparelho respiratório (J00-J99) foram responsáveis por 162 dias de afastamento e os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99), por 85 dias (Tabela 6).

TABELA 6 - NÚMERO DE DIAS DE AFASTAMENTO POR CATEGORIA PROFISSIONAL X AGRUPAMENTO DE CID (I₇) NO HT EM 2011, SEGUNDO SIMOSTE - CURITIBA, 2013

Classificação Internacional de Doenças	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Outros	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10	52	64	75	201
Causas externas de morbidade e de mortalidade	-	8	12	6	26
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	3	22	8	33
Doenças do aparelho circulatório	22	39	23	42	126
Doenças do aparelho digestivo	7	21	10	26	64
Doenças do aparelho geniturinário	15	6	17	26	64
Doenças do aparelho respiratório	33	69	87	162	351
Doenças do olho e anexos	8	50	85	85	228
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	7	9	-	16
Doenças do sistema nervoso	5	6	25	66	102
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	24	73	99	164	360
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	-	7	-	13	20
Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	7	7
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	33	78	85	84	280
Neoplasias [tumores]	1	-	11	20	32
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	22	52	91	86	251
Transtornos mentais e comportamentais	9	162	64	82	317
Total	189	633	704	952	2478

FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

A análise do **Índice de afastamento por doença por categoria profissional** (I_8 = número de afastamentos por trabalhador de saúde/agrupamento de CID) identificou 88 registros de afastamento entre os enfermeiros, 232 entre os técnicos de enfermagem, 316 entre os auxiliares de enfermagem e 414 registros entre os outros trabalhadores da saúde (Tabela 7).

Nos profissionais de enfermagem, as doenças que tiveram o maior número de registros foram as doenças do aparelho respiratório (J00-J99), com 115 ocorrências, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99), com 101 ocorrências, e os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99), com 98 ocorrências.

Nos demais trabalhadores da saúde, as doenças que mais apresentaram registros foram as do aparelho respiratório (J00-J99), com 91 ocorrências, os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99), com 67 ocorrências, e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99), com 48 ocorrências.

TABELA 7 - NÚMERO DE AFASTAMENTO POR TRABALHADOR DE SAÚDE X AGRUPAMENTO DE CID (I_8) NO HT EM 2011, SEGUNDO SIMOSTE - CURITIBA, 2013

Classificação Internacional de Doenças	Enfermeiro	Téc. Enf.	Aux. Enf.	Outros
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6	34	35	41
Causas externas de morbidade e de mortalidade	-	4	5	3
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	1	5	5
Doenças do aparelho circulatório	8	10	8	22
Doenças do aparelho digestivo	6	6	8	13
Doenças do aparelho geniturinário	11	5	15	18
Doenças do aparelho respiratório	18	42	55	91
Doenças do olho e anexos	2	17	22	31
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	4	3	-
Doenças do sistema nervoso	4	5	11	17
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	11	38	52	48
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	-	1	-	3
Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	1
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	7	17	27	27
Neoplasias [tumores]	1	-	2	4
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	10	32	56	67
Transtornos mentais e comportamentais	4	16	12	23
Total	88	232	316	414

FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

Ao analisar os **Dias de afastamento por agrupamento de CID** (I_9 = número de dias de afastamento s/trabalhador de saúde conforme agrupamento de CID), observa-se que as categorias profissionais apontaram diferentes resultados para os motivos de afastamento (Tabela 8).

Entre os enfermeiros, as patologias que afastaram os trabalhadores por mais tempo foram as decorrentes de lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98), com $M=4,71$ dias, as doenças dos olhos e anexos (H00-H59), com $M=4$ dias, e as doenças do aparelho circulatório (I00-I99), com $M=2,75$ dias. Na categoria de técnicos de enfermagem, o maior número de dias de afastamento foi devido a transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), $M=10,13$ dias; fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99), $M=7$ dias e lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98), com $M=4,59$ dias.

Entre os auxiliares de enfermagem, a maior média de dias afastados do trabalho foi devida a neoplasias (C00-D48), com $M=5,50$ dias, seguida pelos transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), com $M=5,33$ dias, e pelas doenças do olho e anexos (H00-H59), $M=3,86$ dias. Para os demais trabalhadores de saúde, a maior relação dias de afastamento/CID agrupado foi para gravidez, parto e puerpério (O00-O99), com $M=7$ dias, neoplasias (C00-D48), com $M=5$ dias, e fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde (Z00-Z99), cuja média foi de $4,33$ dias (Tabela 8).

TABELA 8 - NÚMERO DE DIAS DE AFASTAMENTO X TRABALHADOR DE SAÚDE (I9) POR AGRUPAMENTO DE CID NO HT EM 2011, SEGUNDO SIMOSTE - CURITIBA, 2013

Classificação Internacional de Doenças	Enfermeiro	Téc. Enf.	Aux. Enf.	Outros
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1,67	1,53	1,83	1,83
Causas externas de morbidade e de mortalidade	-	2	2,40	2
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	3	4,40	1,60
Doenças do aparelho circulatório	2,75	3,90	2,88	1,91
Doenças do aparelho digestivo	1,17	3,50	1,25	2
Doenças do aparelho geniturinário	1,36	1,20	1,13	1,44
Doenças do aparelho respiratório	1,83	1,64	1,58	1,78
Doenças do olho e anexos	4	2,94	3,86	2,74
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	1,75	3	-
Doenças do sistema nervoso	1,25	1,20	2,27	3,88
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2,18	1,92	1,90	3,42
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	-	7	-	4,33
Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	7
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	4,71	4,59	3,15	3,11
Neoplasias [tumores]	1	-	5,50	5
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados	2,20	1,63	1,63	1,28
Transtornos mentais e comportamentais	2,25	10,13	5,33	3,57

FONTE: Dados extraídos do Simoste no cenário HT (2011)

6. DISCUSSÃO

Assim como na apresentação dos resultados, a discussão será apresentada em subcapítulos, e os indicadores serão agrupados em categorias da seguinte forma: Análise das Cargas e desgastes de trabalho (I₁ e I₂); Análise dos afastamentos segundo o CID-10 (I₃, I₄, I₅, I₆, I₇); e Análise dos afastamentos por categoria profissional (I₈ e I₉).

6.1. ANÁLISE DO PERFIL PROFISSIONAL

Ao avaliarmos o perfil dos trabalhadores de saúde no HT, percebemos a prevalência de afastamentos entre mulheres, resultado esperado dada a superioridade de trabalhadores de enfermagem, profissão em que o sexo feminino é predominante. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem, no ano de 2011 os profissionais de enfermagem do sexo feminino correspondiam a 87,35% do total de profissionais com registros ativos nos conselhos de classe (COFEN, 2011). O cenário do estudo não dispõe de informações sobre os trabalhadores de saúde no período avaliado, motivo que inviabilizou o estabelecimento de relação entre os resultados locais e os dados nacionais.

Observou-se também o maior índice de afastamentos entre trabalhadores com idade entre 31 a 40 anos, ou seja, pessoas em plena idade produtiva, o que nos chama a atenção para a necessidade de adoção de medidas interventivas com o intuito de prevenir limitações e comprometimentos futuros.

A predominância de trabalhadoras do sexo feminino também foi evidenciada por outros pesquisadores tanto em nível nacional como internacional, já a faixa etária dos trabalhadores afastados diverge do resultado encontrado neste estudo. Ao avaliar o afastamento por doenças entre trabalhadores de saúde no cenário nacional, Martins *et al.* (2009) constataram o predomínio do sexo feminino, com 91,0%, sendo que 60,7% dos trabalhadores tinham idade igual ou superior a 40 anos. De forma semelhante, estudo desenvolvido por Sala *et al.* (2009) para caracterizar o perfil de licenças médicas entre funcionários da

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo apontou prevalência de trabalhadoras do sexo feminino, o equivalente a 70,6%, com uma média de idade de 45,1 anos.

As mulheres também foram responsáveis por 81% dos afastamentos por doenças ocupacionais entre trabalhadores de saúde, segundo estudo sobre o absenteísmo entre os funcionários de um hospital canadense (DONOVAN; MOORE; VANDENKERKHOF, 2008), e por 62% entre os afastamentos de trabalhadores de um hospital público na Costa Rica (GIMENO *et al.*, 2007).

A superioridade de afastamento entre trabalhadoras do sexo feminino pode ser explicada pela prevalência de mulheres nas profissões da área da saúde, sobretudo na enfermagem, categoria com maior número de representantes neste estudo, e pelo acúmulo das atividades profissionais com as atividades domésticas, o que, inevitavelmente, gera sobrecarga de trabalho e desgaste dessa classe trabalhadora.

Considerando o tempo dispensado em atividades produtivas, as mulheres consomem em média 65,4 horas por semana, enquanto os homens gastam em média 57,7 horas semanais. Ao considerar apenas o tempo dispensado em atividades domésticas, os homens gastam, em média, 10,3 horas, enquanto as mulheres consomem aproximadamente 26 horas semanais nesse tipo de atividade (FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS, 2007).

No que se refere à categoria profissional com o maior número de registros de afastamentos, observou-se a prevalência de profissionais de enfermagem, sendo a maior frequência registrada para os profissionais de nível médio e técnico, realidade em consonância com estudos nacionais e internacionais sobre a temática.

Ao caracterizar os trabalhadores de saúde, as cargas e os desgastes de trabalho em um hospital universitário no sul do Brasil, Santana *et al.* (2013) mostraram que a enfermagem foi responsável por 64,8% dos afastamentos entre trabalhadores de saúde no ambiente hospitalar: 53,1% destes afastamentos corresponderam à categoria de auxiliares de enfermagem e 11,75%, à categoria de técnicos de enfermagem.

A enfermagem também foi a categoria profissional que mais se afastou por licença médica em estudo desenvolvido por Alves, Godoy e Santana (2006), representando 78% dos afastamentos entre trabalhadores da saúde de uma

instituição hospitalar. De forma semelhante, D'Érrico *et al.* (2007), ao descreverem o risco de acidentes de trabalho por status socioeconômico em trabalhadores hospitalares, constataram o maior risco de lesão entre trabalhadores menos qualificados, incluindo auxiliares de enfermagem, cujo risco foi quase quatro vezes maior que o dos demais trabalhadores.

Além do fato de ser, notadamente, a profissão mais representativa entre os trabalhadores de saúde, os profissionais de enfermagem atuam diretamente no cuidado com pacientes, realizando atividades que incluem levantamento de peso, realização de procedimentos invasivos, manipulação de substâncias corporais, relacionamento com familiares e outros membros da equipe multidisciplinar, o que os expõem às cargas de trabalho, geradoras de desgastes associados aos acidentes e às doenças relacionadas ao trabalho.

Outro fator que contribui para a prevalência de afastamento entre trabalhadores de enfermagem, principalmente os de nível técnico, está relacionado ao duplo vínculo empregatício, à baixa remuneração, à menor exigência de instrução técnico-científica e à maior necessidade de esforço físico na execução do cuidado ao paciente (BECKER; OLIVEIRA, 2008). A extensa jornada de trabalho semanal, associada com as atividades domésticas, sobrecarrega o trabalhador, ocasionando desgastes de ordem física e mental, o que, conseqüentemente, se reflete no índice de absenteísmo desta classe trabalhadora.

Este dado se confirma ao avaliarmos a renda dos trabalhadores afastados no período avaliado. Aqueles que têm faixa salarial compatível com a remuneração do nível técnico foram os que obtiveram o maior número de registros de afastamentos para tratamento de saúde no período avaliado.

Os baixos salários desta categoria profissional se confirmam ao observarmos os indicadores de gestão do trabalho em saúde do Ministério da Saúde (2007). De acordo com esta fonte, a média salarial por hora trabalhada é de R\$ 23,05 para os médicos; de R\$ 11,07 para os enfermeiros; R\$ 8,70 para os psicólogos; R\$ 8,38 para farmacêuticos; R\$8,22 para fisioterapeutas; R\$ 8,14 para os assistentes sociais; R\$ 6,91 para nutricionistas; e R\$ 4,15 para técnicos e auxiliares de enfermagem.

Quanto aos setores de trabalho com o maior número de registros de afastamentos para tratamento de saúde, destacaram-se as Unidades de Terapia

Intensiva, os setores de Pronto Atendimento (Pronto Socorro e Emergência) e as unidades cirúrgicas. Destaca-se que estas unidades concentram pacientes potencialmente críticos com instabilidade clínica, o que exige maior atenção por parte dos profissionais que prestam o cuidado. Além disso, há de se considerar também a dinâmica de trabalho nestas unidades, caracterizada por rotatividade de pacientes e grande circulação de profissionais de diferentes áreas.

A superioridade de absenteísmo em trabalhadores atuantes nestes setores também foi evidenciada por outros autores. Em um hospital público do estado da Bahia, foi evidenciado 30% de afastamento em trabalhadores do setor de emergência e 9,4% entre os atuantes na UTI (MARTINS *et al.*, 2009). Em um hospital público de Minas Gerais, a UTI também foi o setor com o maior número de afastamentos, representando 16,1% do total registrado (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Opondo-se a estes resultados, estudo canadense sobre o absenteísmo em ambiente hospitalar evidenciou o maior índice de ausências entre trabalhadores do departamento de Medicina Geral, com uma média de 1,9 ausências em 1.000 horas trabalhadas. O setor de serviços intensivos obteve em média 1,8 ausências para cada 1.000 horas trabalhadas (DONOVAN; MOORE; VANDENKERKHOF, 2008).

Carvalho *et al.* (2010), por sua vez, ao estudarem os motivos de afastamento por licença de saúde nos trabalhadores de enfermagem, constataram a maior frequência entre os trabalhadores atuantes na clínica médica (33,93%), clínica cirúrgica (27,08%) e Serviço de Pacientes Externos (20,54%). Os autores atribuíram tais resultados à inadequação da planta física e ao déficit de recursos humanos nestes setores.

Analisando estes resultados, percebe-se que não existe consenso quanto ao setor hospitalar responsável pela maior frequência de absenteísmo entre os trabalhadores. Os estudos revisados nos apontam que este resultado está relacionado a características próprias de cada instituição e envolve peculiaridades como o número de recursos humanos disponíveis no setor, o tipo de paciente atendido, o tipo de atendimento prestado, a estrutura física local, entre outros fatores. Em outras palavras, as cargas de trabalho existentes no ambiente laboral determinam o número de comorbidades e absenteísmo por doença no setor.

Em relação à carga horária semanal dos trabalhadores de saúde, percebeu-se que 98,1% dos registros apontaram carga horária entre 21 e 40 horas semanais. Este resultado é semelhante ao encontrado em estudo realizado em um hospital do sul do Brasil, cujo registros de afastamentos totalizaram 82,8% entre trabalhadores com carga horária entre 20 a 40 horas semanais (SANTANA *et al*, 2013).

Ressalta-se, porém, que este dado corresponde apenas à carga horária desenvolvida no HT, não sendo considerados outros vínculos empregatícios e nem atividades domésticas. Informações estas que não foram analisadas por não estarem disponíveis nos documentos utilizados para a alimentação do banco de dados.

Destacou-se também o predomínio de afastamentos decorrentes de Licença Médica, 2.454 dias, o que representa mais de seis anos consecutivos. Por outro lado, evidenciou-se o baixo número de registros de acidentes de trabalho, que totalizou apenas 24 dias de afastamentos. Ao considerarmos o número de trabalhadores expostos, o número de tarefas e a complexidade dos procedimentos realizados, inferimos que ou houve subnotificação de acidentes de trabalho (AT) no período estudado ou que eles não resultaram em afastamento do trabalhador, não sendo, desta forma, incluídos neste estudo.

Segundo Ribeiro e Shimizu (2007), aproximadamente 88% dos acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem não resultam em afastamentos, principalmente os acidentes tipo com material biológico porque, em geral, não geram incapacidade, requerem apenas orientação e cuidados locais.

A subnotificação de AT entre trabalhadores de saúde é motivo de preocupação visto as consequências que podem trazer aos trabalhadores, às suas famílias, às instituições empregadoras, ao sistema previdenciário e ao Sistema Único de Saúde.

Conforme dados do Ministério de Previdência Social, em 2010, foram registrados 711.164 acidentes e doenças de trabalho entre profissionais assegurados pela Previdência Social: 62.772 destes registros relacionados aos trabalhadores dos serviços de saúde humana e serviço social. Do total de registros, 172.684 (24,3%) não continham Comunicado de Acidente de Trabalho (BRASIL, 2010)

A subnotificação de acidentes de trabalho também foi evidenciada em estudo desenvolvido por Vieira, Padilha e Pinheiro (2011). Segundo estes autores, entre 118 acidentes de trabalho ocorridos entre trabalhadores de saúde, apenas 26, ou seja, 22% deles emitiram o CAT.

A subnotificação de AT varia conforme a categoria profissional. Entre os profissionais de medicina, os cirurgiões gerais são os que menos notificam os acidentes sofridos, cerca de 20%, já na equipe de enfermagem, o menor número de notificação ocorre entre profissionais de nível superior (OLIVEIRA, DIAZ, TOLEDO, 2010).

Destaca-se que a notificação é o principal mecanismo pelo qual são fornecidos dados epidemiológicos necessários para a adoção de medidas interventivas cabíveis. No Brasil, apesar da obrigatoriedade de notificação compulsória de doenças relacionadas ao trabalho e da obrigatoriedade do preenchimento da CAT observa-se precariedade neste sistema, o que evidencia grave problema de saúde pública.

6.2 ANÁLISE DO PERFIL DE EXPOSIÇÃO DO TRABALHADOR ÀS CARGAS DE TRABALHO

Esta seção traz discussões acerca do perfil de adoecimento do trabalhador de saúde do HT, segundo o mês de ocorrência e a exposição às cargas de trabalho.

Por esta análise, percebemos uma disparidade no registro de afastamentos, tanto no que se refere ao total notificado quanto à exposição por carga de trabalho, demonstrando, assim, uma influência sazonal no número de ocorrências. Comparando o registro de afastamentos com o período do ano em que eles mais ocorreram (maio, junho, agosto), percebe-se a superioridade destes acidentes nos meses compatíveis com o período de inverno, época em que aumenta o número de algumas doenças na população, principalmente as respiratórias.

Em temperaturas baixas, há maior probabilidade de ocorrência de acidentes e de efeitos adversos na saúde do trabalhador, comprometendo sua produtividade e seu desempenho, além de agravar as doenças crônicas

existentes, principalmente as que envolvem o aparelho respiratório, o sistema cardiovascular, osteomuscular e dermatológico (MÄKINEN *et al.*, 2009). Outro fator a se considerar em relação ao inverno é a tendência de manter os ambientes fechados para evitar o frio, o que, conseqüentemente, culmina na concentração e disseminação de microrganismos patogênicos.

Reafirmando as influências sazonais no perfil de morbidade relacionada ao trabalho, contrapondo-se aos resultados obtidos neste estudo, pesquisa desenvolvida em um hospital baiano constatou o maior número de afastamento entre trabalhadores de enfermagem nos meses de fevereiro e dezembro (CARNEIRO; FAGUNDES, 2012), compatíveis com o período de verão, cujas temperaturas são elevadas, predispondo a ocorrência de doenças cardiovasculares, desidratações e aumentando o nível de estresse (MURARA; COELHO; AMORIM, 2010).

Quanto às cargas de trabalho existentes no HT, o estudo evidenciou que o trabalhador de saúde está exposto a todas elas, prevalecendo o número de registros para a carga biológica, que obteve o maior número de registros em 11 dos 12 meses do ano. Este tipo de carga está presente em todos os ambientes relacionados à prestação de cuidados em saúde, porém, no ambiente hospitalar, há uma maior concentração de pacientes portadores de doenças infectocontagiosas, contribuindo, assim, para o aumento no risco de exposição a esta modalidade de doença (MIRANDA *et al.*, 2011).

À medida que aumenta a exposição do trabalhador aos microrganismos patogênicos, eleva-se o risco de ele ser contaminado e de adquirir doenças. Este dado se confirma ao observarmos estudo sobre a pandemia de H1N1 no Brasil em 2009. Enquanto os casos confirmados apresentaram uma frequência de 0,014% na população em geral, entre os trabalhadores de enfermagem, este número alcançou 0,463% (FELLI *et al.*, 2012).

Fatores como o número de pessoas infectadas e o tipo de contatos influenciam a exposição ocupacional aos agentes biológicos e determinam o risco de infecção. Segundo relatório do *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC (2013), os trabalhadores de saúde estão expostos aos microrganismos patogênicos, incluindo o HIV, cujo risco de transmissão é de 0,3% após exposição a sangue infectado.

As hepatites virais, principalmente a hepatite B e a hepatite C, também estão entre as doenças passíveis de transmissão por meio de fluidos corporais contaminados, sendo os acidentes com material perfurocortante sua principal forma de transmissão entre trabalhadores de saúde. Estima-se que cerca de 66.000 casos de infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) e 16.000 pelo vírus da hepatite C (HCV) ocorram mundialmente em decorrência deste tipo de acidente (RAPITI; PRUSS-USTUN; HUTYN, 2005).

Diante desta problemática, medidas de biossegurança devem ser adotadas pelas instituições para minimizar este tipo de exposição (SOARES *et al.*, 2011), sendo imprescindível a adoção de medidas preventivas como a adesão às precauções padrão, imunização vacinal e quimioprofilaxia antirretroviral, em caso de exposição ao vírus HIV (BRASIL, 2006; CDC, 2013).

A Norma Regulamentadora 32 reforça estas orientações, ressalta a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individuais e atribui aos serviços de saúde a obrigatoriedade pelo seu cumprimento bem como a responsabilidade por manter o ambiente de trabalho livre de riscos ocupacionais (BRASIL, 2013).

Apesar da gravidade das doenças supracitadas, não é somente a elas que o trabalhador de saúde está susceptível quando exposto às cargas biológicas. É necessário considerar também o risco de aquisição de outras patologias, menos graves, mas responsáveis por grande parte do absenteísmo por doença, decorrentes deste tipo de exposição, como é o caso das doenças respiratórias agudas, gastroenterites de origem infecciosa, conjuntivites, entre outras.

Também foi expressivo e significativo o registro de afastamento dos trabalhadores de saúde pela exposição à carga fisiológica, cujos desgastes trazem sérias consequências para o indivíduo afetado. Geralmente associada ao desenvolvimento do trabalho de forma rotineira, mecânica e repetitiva, pode resultar na perda ou redução da capacidade produtiva, no aparecimento ou agravamento de doenças osteoarticulares (SANTANA *et al.*, 2013), no comprometimento das funções vitais (SANCINETTI *et al.*, 2009), em esgotamento físico, dores de cabeça, transtornos digestivos (ANSOLEAGA *et al.*, 2011) além de sinais e sintomas muitas vezes inespecíficos e de difícil correlação com o trabalho (FELLI, 2010).

Particularmente entre os trabalhadores de saúde, a exposição à carga fisiológica está relacionada à sua interação com o paciente, seu objeto de trabalho. Está associada à forma como o trabalho é organizado, ao tempo dispensado na prestação do cuidado, à postura mantida durante a jornada de trabalho, aos rodízios de turno (SÁPIA; FELLI; CIAMPONE, 2009) e, sobretudo, às questões ergonômicas.

Entre as telefonistas, categoria com o maior número de registro de exposição a esta carga neste estudo, a exposição à carga fisiológica e o surgimento de doenças estão relacionados ao mobiliário fixo, com baixos níveis de adaptabilidade ao corpo, às pressões exercidas pelos clientes, à repetitividade de movimentos e à permanência na mesma posição por longos períodos (VENCO, 2008).

Quanto aos trabalhadores de enfermagem, está principalmente relacionada ao trabalho em pé, às posições inadequadas e incômodas e à manipulação de pesos excessivos. Na percepção dos trabalhadores, as dores (principalmente nos membros superiores e inferiores, nas articulações, lombalgias e hérnias de disco), o aparecimento de varizes e microvasos e o desenvolvimento de calos são processos de desgastes relacionados a esta exposição (SÁPIA; FELLI; CIAMPONE, 2009).

A carga fisiológica está entre as mais frequentes entre trabalhadores de saúde, sendo uma das principais responsáveis pelo absenteísmo no ambiente hospitalar. Evidenciando este dado, estudo conduzido em um hospital universitário no sul do Brasil constatou que os desgastes decorrentes deste tipo de exposição foram responsáveis por 33,06% dos afastamentos, cujas principais causas foram atribuídas às doenças osteoarticulares (SANTANA *et al.*, 2013).

A postura em pé, sem a liberdade de se sentar de acordo com a vontade do trabalhador, a elevação de cargas, o caminhar prolongado e os movimentos repetitivos mantêm estreita relação com o desenvolvimento de doenças osteoarticulares e circulatórias. As principais partes do corpo afetadas por estes fatores são as pernas, tornozelos e pés, os quais, mediados por mecanismos que envolvem o sistema cardiovascular e o sistema muscular, constituem fatores de risco para a ocorrência de doenças osteoarticulares e cardiovasculares pela dificuldade de retorno venoso (MESSING; TISSOT; BANCO, 2008).

A exposição do trabalhador a este tipo de carga está associada a fatores multicausais, que englobam as rotinas diárias, a estrutura física do ambiente, o acúmulo de tarefas, recursos tecnológicos, os mobiliários inadequados e, sobretudo, pelo desconhecimento ou pela não obediência aos princípios ergonômicos, tanto pelos trabalhadores como pelas instituições empregadoras.

A organização e a adequação do ambiente de trabalho configuram-se como medidas indispensáveis para a prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores. Como forma de garantir condições adequadas de trabalho com o máximo de conforto e segurança, foi aprovada, em 1978, pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), a Norma Regulamentadora 17 (NR-17), que, além de regulamentar as questões referentes à ergonomia, visa a estabelecer parâmetros para a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores (BRASIL, 2013).

No entanto, acredita-se que a legislação por si só não produzirá efeitos positivos se o trabalhador não tiver consciência dos riscos a que está exposto e não conhecer as condições seguras de trabalho. Somente por meio de informação e conscientização é possível exigir os direitos instituídos e cobrar melhorias nas condições de trabalho.

No tocante à carga psíquica, exposição com o terceiro maior número de registros neste estudo, ela geralmente está associada aos transtornos mentais e comportamentais (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011), que, por sua vez, estão associados à sobrecarga do trabalhador ante as demandas trazidas pelos pacientes e seus familiares e pela equipe multidisciplinar (BAGATINI; SELLI; RIVERO, 2006) bem como pela dinâmica de trabalho e pelos fatores organizacionais (PACHECO; CORREIA; SCHLINDWEIN, 2012). Acresce-se a isso as condições de trabalho da profissão, caracterizada por desvalorização, baixos salários, longas jornadas de trabalho além de falta de recursos materiais e precárias condições de trabalho, em muitas ocasiões.

Entre telefonistas atuantes no ambiente hospitalar, esta exposição está associada, entre outros fatores, à falta de educação dos usuários, ao excesso de ruído, à demanda excessiva de trabalho, à interação com outros trabalhadores e às condições de trabalho (WENCESLAU, 2011). Já para os profissionais de medicina, além dos fatores já mencionados, a carga psíquica está relacionada à demanda excessiva, maior que a capacidade de resposta da equipe, à

ausência/insuficiência de recursos humanos e materiais e ao contato próximo com a dor e o sofrimento (ALMEIDA; PIRES, 2007).

Estudo desenvolvido por Braga *et al.* (2013) entre trabalhadores de saúde de João Pessoa - PB evidenciou que 30% dos entrevistados referiram algum tipo de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. Entre os sintomas apresentados, os trabalhadores referiram a ocorrência de tensão muscular, insônia, problemas de memória, esquecimento, sensação de desgaste físico constante, cansaço e irritabilidade excessiva, angústia, ansiedade, mudança de apetite, entre outros fatores.

A prevalência de exposição à carga psíquica também foi observado em estudo sobre as cargas e os desgastes de trabalho entre trabalhadores de um hospital universitário no sul do Brasil. Responsável por 19,35% das exposições foi associada à ocorrência de transtornos mentais e comportamentais, que foram responsáveis por 20,5% dos afastamentos para tratamento de saúde no decorrer de um ano (SANTANA *et al.*, 2013).

Independentemente do ambiente de trabalho e da função que desempenhe, o trabalhador de saúde expõe-se diariamente à carga psíquica, fonte de sofrimento psíquico e adoecimento físico. No entanto, devido à dificuldade de estabelecimento de nexos causais e pela manifestação tardia de muitos sinais e sintomas, nem sempre a função é relacionada ao perfil de morbidade desta população.

A carga mecânica, por sua vez, por ser caracterizada pelo acometimento de lesões físicas no organismo (FELLI, 2010) e estar associada à ocorrência de acidentes decorrentes da manipulação de materiais perfurocortantes, ao excesso de carga, ao risco de quedas e agressões físicas, que se convertem em lesões como contusões, feridas, fraturas (KIRCHHOF *et al.*, 2011), entorses e lombalgias, é evidenciada mais facilmente e, conseqüentemente, mais fácil de ser relacionada à ocorrência de acidente de trabalho ou doença ocupacional.

Neste estudo, no entanto, constatou-se baixo índice de registro de desgastes decorrentes desta exposição, com apenas 13,2% do total anual. Este resultado contrasta com o evidenciado por Santana *et al.* (2013), cujo índice de registros de afastamentos decorrentes da exposição à carga mecânica entre trabalhadores de saúde foi de 33,06%.

Ao avaliar a exposição do trabalhador às cargas de trabalho em sete hospitais no cenário nacional Felli (2010a) confirma esta divergência de resultados. De um total de 936 notificações realizadas nos sete cenários, a exposição à carga mecânica foi a segunda com o maior índice de registros, totalizando 28,6%. No entanto, ao analisar as frequências por cenário, os resultados obtidos variaram de 8,3% a 78,9% de registros para esta exposição.

Considerando que a exposição à carga mecânica agrega condições do ambiente, dos meios técnicos, instrumentos, materiais e instalações utilizados no processo de trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989), compreende-se a prevalência de registros por esta exposição em trabalhadores do almoxarifado e técnicos de radiologia, visto serem profissões cujas atividades estão relacionadas à manipulação de pesos, utilização de equipamentos, posições incômodas e, em muitas situações, ergonomicamente incorretas.

Em se tratando da exposição ocupacional à carga física, observaram-se poucos registros no ano 2011, com baixa frequência em todos os meses do ano. Resultados semelhantes foram obtidos por Santana *et al.* (2013) em estudo sobre a exposição dos trabalhadores de saúde às cargas de trabalho em um hospital de ensino no sul do Brasil. Os pesquisadores evidenciaram que entre as cargas e desgastes a que ficaram expostos os trabalhadores de saúde, apenas 0,80% corresponderam à carga física. De forma semelhante, o baixo número de registros a esta exposição também foram evidenciados em estudo realizado em sete hospitais no cenário nacional (SILVA *et al.*, 2013).

No cenário internacional também se observa baixa frequência de registros de afastamentos decorrentes desta exposição. Estudo desenvolvido na Costa Rica (GIMENO *et al.*, 2007) evidenciou que, entre as exposições ocupacionais entre trabalhadores de saúde hospitalar, a carga física foi a que obteve o menor número, com 23% dos registros.

Entre as causas atribuídas a estes resultados, estão a pouca valorização da exposição a este tipo de carga pelos trabalhadores, ao pouco conhecimento sobre os desgastes decorrentes dela (SECCO *et al.*, 2011) e à cronicidade dos efeitos à saúde (SILVA *et al.*, 2013).

Por estar associada aos agentes físicos presentes no ambiente e pela introdução de novas tecnologias nos hospitais, a carga física tem sido associada principalmente à exposição ocupacional dos profissionais de enfermagem (FELLI,

2008a; SECCO *et al.*, 2011). Neste estudo, porém, apresentou a maior frequência de registros entre trabalhadores da farmácia e da medicina. O fato de não ter sido feita inspeção nos postos de trabalho não nos permite inferir sobre as razões da maior frequência entre estes trabalhadores. Também não foram encontrados na literatura estudos que justificassem tais resultados.

Assim como as cargas físicas, as cargas químicas também obtiveram poucos registros neste estudo, apenas 2,4% do total identificado, resultado semelhante ao evidenciado por Santana *et al.* (2013) em hospital de ensino no sul do Brasil, cuja exposição registrada foi de 4,03%. Corroborando estes achados, Silva *et al.* (2013) evidenciaram baixos números de registros por esta exposição em sete hospitais do cenário nacional, embora em dois deles tenham sido descritas como desencadeantes de dermatites e alergias entre os trabalhadores de saúde.

Estes resultados não significam ausência de fatores de risco associados à carga química. A relação de substâncias químicas manipuladas pelos trabalhadores de saúde é extensa e envolve desde medicamentos, produtos de limpeza, inflamáveis, corrosivos, entre outras substâncias tóxicas, a diferentes aparelhos e tecidos corporais. Existem aproximadamente 387 tipos de produtos químicos utilizados no ambiente hospitalar, entre os quais, 134 são classificados como geradores de resíduos químicos perigosos (RQP), segundo o Grupo B da RDC 306/04 (COSTA *et al.*, 2013).

Entre os trabalhadores do ambiente hospitalar, os profissionais de enfermagem são os que mais se expõem a este tipo de carga pela manipulação constante de medicamentos como os antimicrobianos, quimioterápicos, contrastes iônicos, gases anestésicos, além do manuseio de substâncias como sabões, hipoclorito de sódio, desinfetantes, formol, glutaraldeído, iodios, entre outros (SILVA *et al.*, 2013).

De forma semelhante, os trabalhadores que executam a limpeza do ambiente hospitalar estão expostos a diversos produtos químicos com substâncias irritantes capazes de desencadear problemas respiratórios (VIZCAYA *et al.*, 2011), dermatites e reações alérgicas. No entanto, apesar dos desgastes decorrentes desta exposição, ela é pouco reconhecida como carga de trabalho por estes trabalhadores (MARTINS *et al.*, 2013).

A maior frequência de exposição por carga química observada neste estudo entre os técnicos de eletrônica corrobora as informações supracitadas. Apesar de os trabalhadores de enfermagem e higienização manipularem com maior frequência os produtos químicos, os desgastes decorrentes da exposição surgem em longo prazo, enquanto o contato com substâncias corrosivas, comuns entre os técnicos de eletrônica, provoca lesões imediatamente evidenciadas.

Os números registrados para a carga química foram semelhantes em todos os meses do ano, com frequências inferiores a 6%. Esse fator pode ser justificado pela constância dos fatores de risco durante todo o ano, os quais independem de influências externas como sazonalidade ou disponibilidade de recursos humanos, estando mais relacionados ao desconhecimento e a pouca importância atribuída a esta carga.

A monitorização das condições de saúde e da exposição às cargas de trabalho constitui etapa indispensável quando se pretende traçar o perfil de morbidade do trabalhador da saúde em ambiente hospitalar. O diagnóstico situacional subsidia ações e planos de intervenções direcionados à prevenção, promoção e recuperação da saúde do trabalhador, repercutindo, assim, em melhoria na qualidade de vida e da assistência prestada.

De forma semelhante, os indicadores de saúde permitem identificar e medir (BRASIL, 2010b) os aspectos relacionados à saúde ocupacional, por meio da captação e organização das informações relevantes (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALES, 2009).

Para este estudo, foram eleitos 09 indicadores referentes à dinâmica do trabalho e ao processo de adoecimento dos trabalhadores. Por meio deles, foi possível caracterizar o perfil de morbidade dos trabalhadores de saúde do HT, o que permitiu a elaboração de propostas de intervenções, que foram apresentadas à instituição no intuito de minimizar as exposições ocupacionais, melhorar as condições de trabalho e, conseqüentemente, reduzir o índice de adoecimento desta classe trabalhadora.

6.3 O ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DO HT

Esta seção apresenta as análises dos principais motivos de adoecimento do trabalhador de saúde no HT, no ano de 2011, segundo os dados coletados no banco Simoste. Ressalta-se que, para a alimentação do sistema, foram considerados todos os diagnósticos que pudessem ter relação entre a exposição do trabalhador às cargas de trabalho e o desencadeamento da doença, independentemente denexo causal, motivos estes que nos permitiram incluir os diagnósticos de transtornos mentais, doenças decorrentes da gravidez, parto e puerpério, assim como alguns casos de neoplasia.

6.3.1 Análise das Cargas e desgaste de trabalho (I_1 , I_2)

A análise das cargas e os desgastes de trabalho (I_1 e I_2), identificados pelo **Risco de exposição para as cargas de trabalho** (I_1) e pelo **Risco de desgaste por tipo de carga** (I_2), mostraram o maior coeficiente de risco de exposição para a carga biológica, para todas as categorias profissionais, com consequente elevado número de desgastes dela decorrentes.

Na análise individual das categorias, evidenciou-se que entre os enfermeiros e os técnicos de enfermagem os maiores coeficientes de risco se concentraram nas cargas biológicas, fisiológicas e psíquicas. Já entre os auxiliares de enfermagem, a carga mecânica se sobrepôs à psíquica, constituindo o terceiro maior coeficiente de risco de exposição.

Apesar de as cargas biológicas, fisiológicas e psíquicas apresentarem o maior coeficiente de risco para a maioria dos trabalhadores, os resultados mostram que são os técnicos de enfermagem aqueles que apresentam o maior risco de exposição a elas. Resultados estes que se justificam pelo objeto de cuidado e pelas atividades inerentes a esta categoria profissional no ambiente hospitalar.

O fato de permanecerem a maior parte do tempo na assistência, realizando procedimentos invasivos ou manipulando materiais perfurocortantes, expõe os trabalhadores da enfermagem, sobretudo os auxiliares e técnicos, aos líquidos corporais (BALSAMO; FELLI, 2006), principal fator de risco para a carga biológica. De forma semelhante, os fatores biomecânicos e as pressões

psicossociais, característicos das cargas fisiológicas e psíquicas, são evidentes e constantes no cotidiano destes trabalhadores.

Além dos desgastes biológicos, o Risco de desgaste por tipo de carga (I_2) evidenciou o elevado risco de ocorrência de desgastes decorrentes da exposição do trabalhador da saúde às cargas fisiológicas e psíquicas. Embora com diferenças mínimas entre os índices obtidos, os resultados mostram que, independentemente da categoria profissional, há uma concentração maior de fatores de risco associados à ocorrência de desgastes provenientes destas cargas, evidenciando, assim, a necessidade de medidas interventivas no intuito de reduzi-las.

A exposição às cargas de trabalho pode gerar mais de um tipo de desgaste (FELLI, 2010), do mesmo modo que um desgaste pode ter origem em mais de um tipo de exposição. A cefaleia, por exemplo, pode resultar de uma exposição à carga física ou à carga fisiológica, assim como as rinites podem ter origem biológica, física ou química (FELLI, 2010). Por esta razão, pode haver diferenças entre o número de registros de exposição às cargas de trabalho e o número de desgastes sofridos. Neste estudo, no entanto, os resultados obtidos não mostraram disparidade nesta relação.

6.3.2 Análise dos afastamentos segundo o CID 10 (I_3 , I_4 , I_5 , I_6)

No que se refere aos afastamentos dos trabalhadores, medidos pelo **Índice de notificação de afastamento** (I_3), **Índice de notificação por doença** (I_4), **Frequência de afastamentos notificados** (I_5) e pelo **Índice de afastamento por doenças** (I_6) constatou-se que os profissionais de enfermagem, sobretudo os de nível médio e técnico, foram os que apresentaram a maior média de dias ausentes do trabalho.

Entre as doenças responsáveis pelos afastamentos, observou-se o maior número de registros para as doenças do aparelho respiratório (J00-J99), sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99) e pelas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99). Estes resultados vêm ao encontro do evidenciado no registro de exposição dos trabalhadores às cargas de trabalho.

No entanto, ao avaliarmos as doenças que obtiveram mais registros de dias de afastamentos observamos que as mais registradas não necessariamente foram as que geraram mais absenteísmo. Nesta análise, percebemos o maior índice apresentado pelas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99), seguidas pelas doenças do aparelho respiratório (J00-J99) e pelos transtornos mentais e comportamentais (F00-F99).

Exceto para os transtornos mentais e comportamentais, cuja média de dias de afastamento foi de 5,76 dias, as outras duas categorias diagnósticas destacadas nesta análise apresentaram uma média inferior a três dias de afastamentos, indicando, assim, baixa gravidade dos sintomas.

Quando avaliamos a média de dias de afastamento por doença, observamos o maior valor atribuído à categoria gravidez, parto e puerpério, cujo único registro, referente a um episódio de hipertensão preexistente complicando a gestação, afastou a trabalhadora de suas atividades por sete dias consecutivos. Sabe-se que a hipertensão gestacional tem causas fisiológicas, não atribuídas ao trabalho, porém, os quadros hipertensivos podem ser potencializados por situações desfavoráveis como pressões e estresse no ambiente de trabalho, razões estas que nos motivaram a incluir o registro de hipertensão preexistente complicando a gestação.

Apesar de apresentar a maior média de afastamentos, os desgastes vinculados aos fatores gestacionais, por mais que se configurem como um problema que mereça atenção especial, não são a principal fonte de preocupação neste estudo, por corresponder a um caso isolado.

Em contrapartida, destacam-se o alto índice de afastamentos devidos aos transtornos mentais e comportamentais bem como a média de dias de absenteísmo deles decorrentes. Estes valores são preocupantes, pois mostram o adoecimento psíquico destes trabalhadores, cujo nexos causal com as condições de trabalho dificilmente é estabelecido. No entanto, embora de difícil associação com o trabalho, estas patologias estão entre as mais onerosas para as instituições empregadoras por resultarem em afastamentos mais longos.

Os resultados aqui apresentados assemelham-se parcialmente aos encontrados em estudos sobre a temática no cenário nacional e internacional (INOUE; MATSUDA; SILVA, 2008; LIMA, 2011), principalmente no que se refere à

categoria profissional mais afetada, aos principais motivos de adoecimento e ao alto índice de absenteísmo decorrente das doenças ocupacionais.

De forma geral, os estudos apontam que os trabalhadores de nível médio e técnico, principalmente os auxiliares e técnicos de enfermagem, são os mais expostos aos fatores de risco no ambiente de trabalho, apresentando o maior índice de afastamento por doenças relacionadas ao trabalho (INOUE; MATSUDA; SILVA, 2008). Corroborando estes resultados, Lima (2011), ao investigar a ocorrência de absenteísmo não previsto por causas evitáveis entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital público de Goiânia (GO), constatou que os técnicos de enfermagem têm maior probabilidade de apresentar absenteísmo por causas evitáveis que os demais integrantes da equipe.

De acordo com a organização do trabalho das diferentes categorias de enfermagem, os trabalhadores de nível técnico são aqueles responsáveis por executar atividades de média e alta complexidade. A diversidade de atividades desenvolvidas, o contato próximo com médicos, pacientes e familiares, a repetitividade das tarefas e o esforço físico exigido para sua realização podem contribuir para um absenteísmo mais significativo nesta categoria (CARMO *et al.*, 2010).

O contingente de ausências entre os auxiliares e técnicos de enfermagem pode ser até seis vezes maior que o apresentado por enfermeiros (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009), podendo o índice apresentado pela enfermagem ser até 8,5 vezes maior que o apresentado por trabalhadores de medicina, 2,88 dias maior que os auxiliares administrativos e 2,41 vezes a mais que o apresentado por trabalhadores dos serviços de apoio (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006).

Além dos fatores relacionados às atividades inerentes a cada categoria profissional, o maior índice de dias perdidos pode apresentar relação direta com o nível de instrução pessoal. Quanto menor o nível de instrução, maior é a probabilidade de o trabalhador se ausentar do trabalho por acidentes e doenças ocupacionais (MARTINS; SILVA; CORREIA, 2012).

No tocante às doenças responsáveis pelo afastamento dos trabalhadores de saúde no HT, os resultados coincidem parcialmente com os encontrados na literatura, que indicam, em alguns casos, as doenças respiratórias e osteomusculares como as mais frequentes entre os trabalhadores de saúde. Costa, Vieira e Sena (2009), ao avaliarem as causas de absenteísmo entre

trabalhadores de enfermagem de um hospital escola em Montes Claros (MG), constataram que 28,6% dos afastamentos foram devidos às doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo e 10,8% decorrentes de doenças do aparelho respiratório.

De forma semelhante, as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo foram responsáveis por 14,68% do absenteísmo-doença em trabalhadores de um hospital de grande porte, especializado no atendimento de urgência e emergência em Belo Horizonte - MG. Neste mesmo estudo, os fatores que influenciam o estado de saúde foram responsáveis por 13,59% dos afastamentos e as doenças do aparelho respiratório, por 13,32% (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006).

A maior causa de absenteísmo na equipe de enfermagem de um hospital federal no Triângulo Mineiro no ano de 2009 também esteve relacionada às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, representadas por 18,86%. Também foram estabelecidos os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, que compreenderam 12,86% dos afastamentos, e as doenças do aparelho respiratório, responsáveis por 10,48% do absenteísmo (ABREU; SIMÕES, 2009).

As doenças do aparelho respiratório e do sistema osteomuscular também constituem umas das principais causas de absenteísmo entre trabalhadores de saúde no cenário internacional. Estudo desenvolvido em um hospital geral canadense evidenciou que estas patologias foram responsáveis por 31% e 15% do absenteísmo hospitalar, respectivamente (DONOVAN; MOORE; VANDENKERKHOF, 2008).

Estudo desenvolvido na população sueca demonstrou que os trabalhadores de saúde estão mais propensos ao adoecimento por doenças respiratórias que o restante da população. O índice de ausências no trabalho por causas respiratórias foi relatado por 1,4% da população geral, por 3,0% dos trabalhadores de limpeza hospitalar, por 2,9% dos enfermeiros e por 1,6% dos auxiliares de enfermagem daquele país (KIM *et al.*, 2013).

Quanto às doenças osteomusculares, pesquisa envolvendo enfermeiros e técnicos de enfermagem de um centro cirúrgico nos Estados Unidos revelou que estas patologias constituem um significativo índice de absenteísmo na equipe, estando associadas a fatores ergonômicos no ambiente de trabalho (SHEIKHZADEH; GORE; NORDIN, 2009).

Estudo desenvolvido com 163 médicos de 23 unidades de medicina da família em Guadalajara (México) apontou as doenças musculoesqueléticas e respiratórias como as doenças ocupacionais mais frequentes entre estes profissionais, com uma frequência de 20% e 19,2%, respectivamente (BELTRAN; MORENO, 2007).

Neste estudo, os principais diagnósticos de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo registrados se referem às dores musculares, sinovites, lesões de ombro, síndrome do manguito rotador, epicondelite, radiculopatia e às dores lombares e cervicais, enfermidades comumente relacionadas às Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT).

As artralguas, lombalgias e as dores musculares foram os diagnósticos mais frequentes em estudo com profissionais de medicina mexicanos (BELTRAN; MORENO, 2007). Entre cirurgiões colombianos, estudo evidenciou que a frequência de sintomatologia referente às dores osteomusculares, referida pelos trabalhadores, diverge no momento pré e pós-operatório. O índice passa de 69% antes dos procedimentos cirúrgicos para 80% após a cirurgia. Entre as doenças mais diagnosticadas nestes trabalhadores, estão as lombalgias, cervicalgias, dores nos ombros e dores nos punhos (RAMÍREZ; SARMIENTO; CUÉLLAR, 2012).

Em médicos do Irã, a prevalência de queixas musculoesqueléticas foi menor que entre outros trabalhadores da área da saúde, assemelhando-se ao índice encontrado na população em geral, e sua ocorrência estava associadas a fatores ergonômicos do ambiente de trabalho (MEHRDAD; DENNERLEIN; MORSHEDIZADEH, 2012).

Estudo conduzido com profissionais de enfermagem de Ibadan, no sudoeste da Nigéria, mostrou que 84% dos trabalhadores avaliados já sofreram por DORT uma ou mais vezes em sua vida ocupacional e entre as queixas mais relatadas por estes profissionais destacaram-se as dores lombares, com 44,1% dos casos, cervicalgias, com um total de 28%, e dor nas pernas, com uma frequência de 22,4% (TINUBU *et al.*, 2010).

As doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo também se destacam entre as mais comuns entre os fisioterapeutas (NORDIN; LEONARD; THYE, 2011), trabalhadores dos serviços de apoio e entre auxiliares administrativos

(ALVES; GODOY; SANTANA, 2006), sendo uma das principais causas de absenteísmo entre estes profissionais.

Além de ser uma das mais registradas entre os trabalhadores de saúde do HT, as doenças do tecido osteomuscular e do tecido conjuntivo foram também aquelas responsáveis pelo maior número de dias de afastamento, conforme evidenciado na análise do índice de afastamentos notificados (I_5). O absenteísmo decorrente destes distúrbios totalizou 360 dias, no ano de 2011, ou seja, um ano de trabalho perdido por doenças que poderiam ser evitadas com medidas preventivas.

Apesar das consequências pessoais, familiares, sociais e, principalmente, institucionais envolvendo os afastamentos por doenças ocupacionais, a literatura nos mostra que ainda são poucos os investimentos institucionais em medicina preventiva. Comprovando estes dados, estudo desenvolvido sobre a prevalência de DORT em 118 trabalhadores de um hospital nigeriano evidenciou que apenas 33,6% deles referiram já ter passado por algum tipo de treinamento para evitar estes tipos de distúrbios no ambiente de trabalho (TINUBU *et al.*, 2010).

Além da falta de treinamento, fatores como extensas jornadas de trabalho, pressões exercidas pelos chefes imediatos e presença de riscos ergonômicos no ambiente influenciam o desencadeamento de DORT, refletindo-se no afastamento do trabalhador (PESSOA; CARDIA; SANTOS, 2010). Diante disso, defendem-se a elaboração de programas de saúde ocupacional bem como a implementação de programas ergonômicos e a capacitação profissional para auxiliar na prevenção das DORT, melhorar as condições de trabalho e, assim, reduzir o índice de afastamentos decorrentes destes agravos.

Além de limitações físicas, as DORT causam aos trabalhadores alterações de ordem psicológica e psicossociais. A cronicidade da doença leva o portador de DORT a desenvolver sinais de estresse, depressão, ansiedade, insegurança, hostilidade, adoção de posturas introvertidas e alterações de humor, comprometendo, assim, a vida social e financeira (LIN; TEIXEIRA; BARBOSA, 1998). Os sintomas físicos levam a afastamentos frequentes do trabalhador, gerando clima de desconfiança entre colegas de trabalho e de tensão, interferindo, assim, na motivação da equipe e na qualidade do cuidado.

Percebe-se, com o exposto, uma associação entre as doenças osteomusculares e os transtornos psíquicos, cujos registros de afastamentos

somaram 677 dias de trabalho perdidos. Também foram elevados os índices de afastamentos por sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, reforçando a hipótese de correlação entre as diferentes cargas e os desgastes de trabalho.

Atribuídos à exposição ocupacional e à carga psíquica, os transtornos mentais e comportamentais podem prejudicar a atividade profissional e a qualidade da assistência, além de interferirem no desempenho pessoal do trabalhador, comprometendo sua saúde e seu bem-estar. Há de se considerar que, geralmente, a causa destes transtornos não está no indivíduo que o sofre, mas nas condições desfavoráveis da organização do trabalho (GIL-MONTE, 2012).

As transformações no mundo de trabalho, associadas às inovações tecnológicas e às exigências do mercado, têm contribuído para o aumento dos fatores psicossociais responsáveis pelo adoecimento psíquico do trabalhador (GIL-MONTE, 2012). Como consequência destas mudanças, é cada vez mais comum o adoecimento do trabalhador por não suportar as pressões do ambiente de trabalho. Estes fatores podem estar associados ao alto índice de adoecimento por transtornos mentais entre os trabalhadores de saúde do Hospital do Trabalhador.

Estudo desenvolvido sobre a saúde psíquica dos profissionais de saúde de hospitais públicos no Rio Grande do Norte mostrou que 5,2% da população estudada apresentava transtorno psíquico grave e 30,5% estava na fase de agravamento, necessitando de atenção profissional (OLIVEIRA; CHAVES-MAIA, 2008).

Transtornos mentais como a ansiedade, o estresse e a depressão influenciam negativamente a qualidade de vida, interferem na capacidade funcional, afetam a percepção do trabalhador (ADÁN *et al.*, 2011), interferem nas atividades de lazer e na vida social e estão significativamente associados à ocorrência de problemas de saúde de ordem física (HOLMGREN *et al.*, 2009; ANDRADE; ALBUQUERQUE; ANDRADE, 2011), constituindo sinais de alerta que indicam a necessidade de intervenções no local de trabalho.

Quanto aos diagnósticos correspondentes à categoria sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra

parte (R00-R99), neste estudo prevaleceu o registro das dores abdominais, cefaleia, edema e dor de membros inferiores.

No CID-10, esta categoria é utilizada quando os sinais e sintomas não têm etiologia definida, quando podem conduzir a duas ou mais doenças em diferentes sistemas corporais. São classificadas desta forma quando não é possível realizar estudos para definir um diagnóstico final, quando as afecções ou sintomas apresentam caráter transitório ou sintomas que, independentemente da etiologia, representam importantes problemas na assistência médica (CBCD, 2008).

As patologias classificadas nesta categoria são comuns na população em geral, constituindo uma das principais causas de procura pelos serviços de saúde. A dor abdominal, por exemplo, segundo estudo desenvolvido por enfermeiros de Minas Gerais, está entre umas das principais queixas do paciente que procura os serviços de emergência, representando 31,5% da procura. De forma semelhante, a cefaleia e os problemas nos membros inferiores estão entre as principais queixas dos pacientes daquele serviço, representando 14% e 10,8%, respectivamente (SOUZA *et al.*, 2011).

Entre os trabalhadores de saúde, estes diagnósticos podem estar relacionados com a exposição à carga fisiológica (FARIAS; ZEITOUNE, 2005; MININEL, 2006), física (MORAIS; DUTRA; FONTANA, 2012), química (PINTO JÚNIOR; BRAGA; ROSELLI-CRUZ, 2012), mecânica (MORAIS; DUTRA; FONTANA, 2012), biológica e psíquica (FELLI, 2010).

No entanto, devido à dificuldade em definir a etiologia dos problemas associados a esta categoria de doenças, associada ao fato de serem transtornos comuns ao restante da população, não é possível afirmar que todos os trabalhadores de saúde que foram afastados por estes diagnósticos tenham adoecido em decorrência do trabalho.

6.3.3 Análise dos afastamentos por categoria profissional (I₇, I₈ e I₉)

A análise da **Frequência de dias de afastamento por doença (I₇)**, do **Índice de afastamento por doença por categoria profissional (I₈)** e dos **Dias de afastamento por agrupamento de CID (I₉)** nos possibilitou identificar os

principais motivos de adoecimento dos trabalhadores do HT bem como identificar quais patologias os mantêm mais tempo afastados de suas atividades.

Assim como nas discussões anteriores, a análise destes indicadores foi realizada individualmente para os trabalhadores de enfermagem, por ter sido esta a categoria profissional com a maior representatividade no estudo, e de modo coletivo, sob a denominação de outros, para os demais trabalhadores afastados no ano 2011.

Percebe-se, por meio dos resultados, que, apesar de alguns diagnósticos comuns evidenciados nas diferentes categorias, há uma divergência entre os principais diagnósticos responsáveis pelo afastamento dos trabalhadores, até mesmo entre os profissionais das três categorias profissionais que representam a enfermagem.

Entre os enfermeiros, observa-se o predomínio de doenças do aparelho respiratório (J00-J99) e de lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98). Das três categorias que compõem a enfermagem, foi a que obteve as menores médias de dias de ausência do trabalho para tratamento de saúde, conforme I₉.

Entre os técnicos de enfermagem, observa-se a superioridade de diagnósticos referentes aos transtornos mentais e comportamentais (F00-F99) e às lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98), um elevado índice de registro de afastamentos (633 dias), além da maior média de dias de ausências no trabalho.

Na categoria dos auxiliares de enfermagem, ressalta-se o elevado número de ausências (704 dias), a superioridade de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99) e de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99). Destaca-se que, para estes trabalhadores, os principais motivos de afastamento não corresponderam às maiores médias de dias afastados do trabalho, resultado atribuído ao diagnóstico de neoplasia (M=5,50).

Considera-se que estes resultados traduzem a divisão de papéis e as atribuições de cada categoria. Conforme estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Lei do Exercício Profissional (Lei 7.498/86), ao enfermeiro cabe a realização de procedimentos de maior complexidade e as atividades relativas ao gerenciamento e supervisão da equipe (COFEN, 1986).

Sendo eles os responsáveis pela continuidade da assistência, pode ser que, para não deixar a equipe sem uma pessoa de referência, optem por trabalhar doentes a se afastar por períodos curtos (GEHRING JUNIOR *et al.*, 2007).

Os técnicos de enfermagem são responsáveis por realizar atividades de nível médio, orientar e acompanhar o trabalho dos auxiliares de enfermagem, auxiliar no planejamento da assistência (COFEN, 1986). No HT, estes profissionais estão lotados principalmente nas unidades de terapia intensiva, nos centros cirúrgicos e nos serviços de pronto atendimento, setores cujas atividades exigem maior concentração, habilidade técnica, raciocínio rápido e atenção contínua. Além disso, pode-se considerar também a dinâmica do trabalho nestes setores, caracterizada pelo fluxo e rotatividade intensa de pacientes, na maioria das vezes com patologias graves, além do contato constante com o sofrimento e com a finitude da vida, fatores que contribuem para a ocorrência de doenças físicas e sofrimento psíquico entre estes trabalhadores.

Os desgastes psíquicos decorrentes das inter-relações pessoais, da complexidade técnica, tecnológica, das divisões de tarefas (SECCO *et al.*, 2010), da gravidade das patologias, bem como da falta de autonomia para solucionar as situações adversas juntamente com as pressões e exigências familiares, são notórios na equipe de enfermagem, contribuindo para o número de transtornos mentais entre estes profissionais.

Estes transtornos se manifestam no trabalhador quando há grande demanda psicológica no ambiente laboral associada ao baixo controle sobre o processo de trabalho (SILVA; YAMADA, 2008). De modo geral, os sintomas estão associados significativamente a diferenças individuais, como a ausência de *coping* emocional e *coping* de esquiva (RINCÓN; GUARINO, 2008).

Verifica-se que o tempo médio de afastamento para estes transtornos foi o maior evidenciado no estudo, o que significa que as doenças mentais exigem mais tempo para a recuperação do que aquelas de ordem física, o que, conseqüentemente, resultará em maiores gastos para a instituição e para o sistema previdenciário.

Considera-se que, além dos gastos diretos relacionados ao tratamento, as doenças mentais submetem o trabalhador a um estado de pessimismo, indiferença e falta de estímulo, que se traduzem em despesas adicionais para a

instituição pelo comprometimento da continuidade do trabalho e por influenciar negativamente na qualidade da assistência.

A depressão do trabalhador, por exemplo, induz a ocorrência de tensão no ambiente de trabalho, influenciando na saúde física e psíquica dos profissionais, resultando em insatisfação, absenteísmo, rotatividade nos serviços e prejuízo na qualidade da assistência (MANETTI; MARZIALE, 2007).

Reforçando a relação entre as causas de afastamento e a atividade desenvolvida pelo trabalhador, observamos a prevalência de distúrbios osteomusculares e do tecido conjuntivo entre os auxiliares de enfermagem. Entre as três categorias que representam a profissão, estes trabalhadores são os responsáveis pelas atividades de natureza repetitiva, como ações de higiene e conforto (COFEN, 1986), atividades penosas, eminentemente manuais (CARVALHO *et al.*, 2010), realizadas, na maioria das vezes, sem as condições ergonômicas necessárias e em número reduzido de trabalhadores

No entanto, apesar de as DORT terem apresentado a maior frequência de registros para estes trabalhadores, a maior média de dias de afastamento foi evidenciada para as neoplasias e para os transtornos mentais e comportamentais. Como já exposto anteriormente, não é nossa intenção neste trabalho estabelecer nexos causais para as doenças de trabalho, e, sim, identificar aquelas que podem ter sua origem relacionada ao processo de trabalho, motivo este que nos permitiu incluir estes casos de neoplasias. Os casos aqui registrados se referem ao diagnóstico de câncer de pele em trabalhadores de enfermagem e serviços de apoio atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva e na Central de Material e esterilização.

A literatura revisada aponta o câncer como uma das possíveis consequências da exposição do trabalhador às cargas químicas, principalmente pela manipulação de medicamentos geradores de resíduos químicos perigosos, como as drogas antineoplásicas e antimicrobianas, gases anestésicos, além de substâncias como a benzina e o formaldeído (COSTA *et al.*, 2013), utilizadas diariamente pelos trabalhadores de enfermagem.

Pode ocorrer também pela exposição do trabalhador à carga psíquica, que tem o estresse como fator associado. De acordo com pesquisadores norte-americanos, o estresse altera as funções imunológicas, neuroquímicas e endocrinológicas, eleva a produção de hormônios adrenérgicos, acentuando o

desenvolvimento de vasos sanguíneos que contribuem para o desenvolvimento de células tumorais (THAKER *et al.*, 2006). Para pesquisadores americanos e chineses, o estresse atua unindo células portadoras de mutações genéticas com outras portadoras de gene supressor defeituoso por meio da produção de proteínas marcadoras que induzem o desenvolvimento de células tumorais (WU; PASTOR PEREJA; XU, 2010).

Diante do exposto e considerando que o estresse foi o principal diagnóstico relacionado aos transtornos mentais entre os trabalhadores de saúde do HT no ano de 2011, foram incluídos os registros referentes ao diagnóstico de neoplasias neste estudo.

A análise da frequência de dias de afastamentos por doença (I₇), índice de afastamentos por doença por categoria profissional (I₈) e dos dias de afastamento por agrupamento de CID (I₉) entre os demais trabalhadores de saúde do HT mostraram resultados semelhantes aos apresentados pelos profissionais de enfermagem. Entre as doenças que mais os afastaram do trabalho estão as osteomusculares e do tecido conjuntivo (M00-M99), as doenças do aparelho respiratório (J00-J99) e os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99), ou seja, fatores associados principalmente à exposição às cargas biológicas e mecânicas, além de sintomas cuja causa não foi estabelecida podendo estar ou não relacionada à atividade desenvolvida.

Quanto à média de afastamento por agrupamento de CID, perceberam-se os maiores índices para as doenças decorrentes da gravidez, parto e puerpério (devido ao afastamento de uma trabalhadora por doença hipertensiva complicada pela gestação), pelo diagnóstico de neoplasia (referente ao câncer de pele em uma trabalhadora do serviço de apoio) e pelos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde.

Ressalta-se, ainda, que o registro relacionado às causas gestacionais foi feito apenas uma vez no período analisado e que os quatro registros de afastamento por neoplasia nesta categoria profissional correspondem ao mesmo trabalhador. Evidencia-se, com isso, que, apesar de não serem doenças comuns, o absenteísmo decorrente delas é bastante expressivo, o que representa um custo elevado para a instituição se comparadas com outras patologias.

7 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Frente aos resultados obtidos neste estudo, considera-se que medidas de intervenção são necessárias para a mudança da realidade estabelecida. Estratégias precisam ser desenvolvidas no sentido de minimizar as cargas de trabalho existentes no ambiente e contribuir para a prevenção de problemas de saúde da classe trabalhadora.

Quanto ao Simoste, a aproximação com o mesmo evidenciou que para que seja um fiel instrumento na vigilância da saúde do trabalhador, no que se refere à caracterização profissional, ao número de vínculos empregatícios e à origem do problema apresentado, faz-se necessária a implementação da consulta de enfermagem com o trabalhador afastado após retorno deste às suas atividades.

Com a consulta de enfermagem, o profissional terá condições de saber se as condições vivenciadas pelo trabalhador no ambiente de trabalho possuem relação com o quadro apresentado alimentando o banco com mais fidedignidade. Além disso, a alimentação do Simoste após a consulta de enfermagem se fará por profissional qualificado, evitando, assim, erros de concepção, principalmente no que se refere às cargas e desgastes de trabalho.

Considerando a demanda de afastamentos durante o ano e a dificuldade em obter enfermeiros suficientes para realizar consulta para todos os profissionais afastados, sugere-se que ela seja realizada com trabalhadores cujos atestados médicos somem três dias ou mais de afastamento ao mês. Acredita-se que a consulta de enfermagem possibilitará ao enfermeiro saber as reais causas de afastamento, podendo, assim, caracterizar melhor a influência do trabalho no processo de adoecimento do trabalhador, recomendando ações frente à problemática.

No que se refere aos problemas de saúde evidenciados propomos que seja facilitado o atendimento médico no hospital para o trabalhador em horário de serviço, o que evitaria atestados médicos quando o profissional não necessita de repouso, mas apenas declaração médica que justifique a procura pelo serviço de saúde.

Os resultados apontaram também a necessidade de reestruturar o processo de trabalho, implementando um Plano de Gestão por Competências, que beneficiará os trabalhadores mais comprometidos, evitando, assim, o presenteísmo e a recorrência a atestados médicos para justificar ausências.

Outra necessidade emergente se refere à Gestão Participativa com a criação de espaços de discussão sobre as condições de trabalho, dos quais os trabalhadores de todos os níveis possam participar, expressando os problemas individuais, setoriais e coletivos, contribuindo, desta forma, para ações mais efetivas, condizentes com cada realidade.

Além disso, os trabalhadores de saúde precisam conhecer os agentes envolvidos no processo de adoecimento para que saibam que atitude tomar frente à exposição a eles. Desta forma, sugere-se a participação dos membros da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa) no treinamento e capacitação dos trabalhadores quanto à identificação e caracterização dos fatores de risco inerentes aos processos produtivos.

Frente ao elevado índice de absenteísmo recomenda-se também a reavaliação e supervisão dos gestores do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e do cumprimento legal da vigilância da saúde do trabalhador.

Além das recomendações gerais, sugerem-se também algumas ações específicas frente às necessidades observadas.

Diante do alto índice de exposição à carga biológica e a ocorrência de doenças respiratórias, propõe-se: realizar capacitação permanente dos trabalhadores quanto à adoção de precauções padrões, quanto à higienização correta das mãos e quanto ao uso de Equipamentos de proteção Individual e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC); disponibilizar equipamentos e materiais necessários para a proteção dos trabalhadores; supervisionar e cobrar o uso dos EPI e EPC; orientar/oferecer e exigir dos trabalhadores esquema vacinal completo, segundo calendário de vacina ocupacional; proporcionar ambientes arejados, facilitando a circulação de ar ambiente; e orientar/supervisionar a notificação de acidentes com material biológico.

Diante do elevado número de registros de adoecimento por doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, recomendam-se: realização de análise ergonômica dos postos de trabalho; cálculo de dimensionamento de pessoal e

ajuste dos recursos humanos à demanda de trabalho de forma a evitar sobrecarga; dispor de macas, camas, cadeiras e demais equipamentos utilizados no cuidado ao paciente em boas condições de uso; fazer manutenção preventiva nos equipamentos, evitando que eles se danifiquem durante a realização do cuidado; disponibilizar cadeiras ajustáveis à altura do trabalhador; e evitar o acúmulo de equipamentos em desuso nos ambientes de trabalho.

Recomenda-se, ainda, instituir rotinas de ginástica laboral com profissionais de educação física ou de fisioterapia, o que poderá ser viabilizado por convênios com universidades; treinar princípios de mecânica corporal; instituir pausas durante a jornada de trabalho; disponibilizar espaço adequado para o descanso dos trabalhadores; reavaliar/orientar o uso de calçados adequados; disponibilizar acessórios antiderrapantes nas rampas; e reavaliar/readequir o dimensionamento de portas para a passagem de macas, camas e cadeiras.

Quanto ao número expressivo de afastamentos por transtornos mentais e comportamentais, propõe-se reavaliar as estratégias gerenciais e a adaptabilidade do trabalhador com a chefia imediata e com o posto de trabalho; realocar os trabalhadores para os setores com os quais tenham mais afinidade; desenvolver estratégias de conscientização sobre a importância do trabalho em equipe; desenvolver estratégias para melhorar a comunicação entre a equipe multidisciplinar; desenvolver estratégias de incentivo/motivação aos funcionários; disponibilizar suporte psicológico para o trabalhador no ambiente de trabalho; estabelecer divisão de tarefas entre equipes e entre turnos; controlar o fluxo de pessoas circulando pelos setores; melhorar a segurança nas entradas e nos setores; e desenvolver estratégias de orientação aos familiares quanto às normas e rotinas da instituição.

No que se refere aos setores de trabalho com o maior índice de absenteísmo (UTI, CC e PS), recomenda-se reavaliar o ritmo de trabalho assim como o dimensionamento de pessoal e readequir o número de trabalhadores para evitar sobrecarga dos trabalhadores; reavaliar a dinâmica de trabalho, bem como a divisão de tarefas e o relacionamento interpessoal; reavaliar as estratégias gerenciais; reavaliar a satisfação do trabalhador com o posto de trabalho; reavaliar questões estruturais e de engenharia como espaço físico, luminosidade e ventilação adequada; reavaliar o relacionamento interdisciplinar; e

desenvolver estratégias que melhorem a comunicação e o relacionamento entre os diferentes profissionais da equipe de saúde.

Tais recomendações foram apresentadas aos gestores do HT em reunião realizada no dia 31 de julho de 2013 com o diretor administrativo. Após apresentação dos resultados, o diretor referiu discutir com a direção geral da instituição a possibilidade de implementação das propostas apresentadas (Apêndice 3).

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar os indicadores de saúde dos trabalhadores de saúde em uma instituição hospitalar, por meio de dados disponíveis no Simoste. Os resultados obtidos permitiram identificar o perfil de morbidade da população estudada, mostrando o alcance dos objetivos propostos.

Destaca-se ser o Simoste uma excelente ferramenta para a captação dos problemas de saúde apresentados pelo trabalhador, cuja análise possibilita a proposição de intervenções que possibilitem a melhoria nas condições de trabalho e minimização do adoecimento relacionado ao trabalho.

Quanto aos resultados obtidos com a pesquisa, eles mostraram as características e a dinâmica do trabalho no ambiente hospitalar, caracterizado pelo predomínio de profissionais de enfermagem, cujas atividades desenvolvidas os tornam mais susceptíveis ao adoecimento pela exposição aos fatores de risco ambientais, principalmente nos setores em que as rotinas são mais intensas e desgastantes, casos da UTI, do CC e do PS.

No que tange às cargas de trabalho, evidenciou-se a exposição do trabalhador a todas elas, embora as biológicas, fisiológicas e mecânicas tenham se destacado com o maior índice de ocorrências. Estes dados refletem a dinâmica do serviço, cujas atividades estão vinculadas ao contato próximo com o paciente, à manipulação de pesos e às rotinas intensas e desgastantes, favorecendo, assim, esse tipo de exposição.

Destaca-se o alto índice de absenteísmo por doença entre os trabalhadores de enfermagem, cujos afastamentos totalizaram 1.526 dias. Os indicadores de saúde do trabalhador apontaram que estes trabalhadores padecem tanto por doenças físicas como psicológicas, dado o elevado número de registro de doenças respiratórias, doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo e transtornos mentais e comportamentais.

Estes resultados, porém, não mostram apenas as condições adversas presentes no HT, refletem também a realidade nacional vivenciada pela profissão a qual é caracterizada por baixos salários e duplos vínculos empregatícios. Soma-se a isso a exploração da força de trabalho, caracterizada pela extensa carga

horária semanal e pelo número reduzido de trabalhadores nas instituições, muito abaixo do ideal para a demanda existente.

O contexto revelado pelo estudo mostra a necessidade de reavaliação do processo de trabalho, do processo de gestão, dos papéis assumidos pelos trabalhadores no desempenho de suas funções. A estrutura organizacional e os processos de trabalho devem proporcionar um ambiente saudável, com ações pautadas na ética, no respeito, na comunicação interdisciplinar, na responsabilidade técnica e na resolutividade, primando sempre pela coletividade. Evidencia também a necessidade de programas de educação permanente focada na promoção da saúde e na prevenção de doenças provocadas pela exposição às cargas de trabalho.

Destarte, frente ao diagnóstico situacional evidenciado e visando à prevenção de doenças e promoção da saúde do trabalhador hospitalar, construiu-se um plano de intervenções, que foi apresentado aos gestores do HT em reunião administrativa realizada nas dependências do hospital, em 31 de julho de 2013. Entre as propostas apresentadas, algumas serão implementadas no período de outubro e novembro do corrente ano por um mestrando do Programa de Pós-graduação de Enfermagem da UFPR, como continuidade desta pesquisa (Apêndice 3).

Por fim, espera-se que este estudo possa contribuir para novas reflexões sobre as influências do ambiente de trabalho nas condições de saúde do trabalhador bem como para o aprimoramento das condições de trabalho no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

ABREU, R. M. D.; SIMÕES, A. L. A. Ausências por adoecimento na equipe de enfermagem de um hospital de ensino. **Cienc Cuid Saude**, v. 8. n. 4, p. 637-44, 2009.

ADÁN, J. C. M.; CUADRADO, P. del P.; ALAEJOS, R. S.; HERRER, M. G.; GARCIA, M. D. G. El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. **Med Segur Trab** [Internet], v. 57, suplemento 1, p. 188-205, 2011. Disponível em:<<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion10.pdf>>. Acesso em 20 de agosto de 2012.

ALMEIDA, C. A. F.; BENATTI, M. C. C. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo (SP), v. 41, n.1, p.120-6, 2007.

ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Rev Eletr Enf** [Internet], v. 9, n.3, p. 617-29, 2007. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>. Acesso em 18 de junho de 2013.

ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 195-200, mar-abr, 2006.

ANDRADE, A. N. M.; ALBUQUERQUE, M. A. C.; ANDRADE, A. N. M. Avaliação do Nível de Estresse do Anestesiologista da Cooperativa de Anestesiologia de Sergipe. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 61, n. 4, p. 486-94, 2011.

ANSOLEAGA, E.; TORO C, J. P.; GODOY C, L.; STECHER, A.; BLANCH, J. M. Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. **Rev Med Chile**, v.139, p. 1185-91, 2011.

BAGATINI, T; SELLI, L; RIVERO, N. O sofrimento psíquico do trabalhador de saúde na perspectiva do cuidado. **Bioética**, v. 14, n.2, p. 193-217. Disponível em:<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/22/26>. Acesso em 16 de junho de 2013.

BALSAMO, A. C.; FELLI, V. E. A. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n.3, p. 346-53, maio-junho, 2006.

BARBOSA, R.; LABRONICI, L. M.; SARQUIS, L. M. M.; MANTOVANI, M. F. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo (SP), v. 45, n.1, p.26-32, 2011.

BARRETO, I. S.; KREMPEL, M. C.; HUMEREZ, D. C. O Cofen e a enfermagem na América Latina. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n.4, p. 251-4, 2011.

BAPTISTA, P. C. P. *et al.* A inovação tecnológica como ferramenta para monitoramento da saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo (SP), v. 45, Esp., p. 1621-6, 2011.

BECKER, S. G.; OLIVEIRA, M. L. C. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem** [online], v. 16, n.1, 2008. Disponível em: < www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 10 de janeiro de 2013.

BELTRAN, C. A.; MORENO, M. P. Factores psicosociales asociados a patologias laborales en médicos de nivel primario de atencion en Guadalajara, México. **Rev Med Urug**. v. 23, p. 251-59, 2007.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Rev Admin Saude**. v. 10, n.40, p.87-93, jul-set, 2008.

BRAGA, L. S.; PEREIRA, V. C. L. S.; CORDEIRO, C. A.; MORAES, M. N.; ARAÚJO, V. S.; DIAS, M. D. Sofrimento psíquico em trabalhadores da estratégia da saúde da família. **Rev enferm UFPE** [online], v. 7, n.2, p. 345-54, fev, 2013. Disponível em:< www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem>. Acesso em 18 de março de 2013.

BRANTZ, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. **Interface**, v. 12, n.26, p.667-76, jul./set. 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Normas de proteção para trabalhador de saúde**. Guia técnico: os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora Nº. 32. Brasília (DF): 2008. Disponível em:< http://www.mte.gov.br/seg_sau/guia_tecnico_cs3.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2012.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília (DF): Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa, 2008a. [internet]. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em 14 de julho de 2013.

_____. Ministério da Previdência Social. **Censo 2010: um panorama da cobertura previdenciária no Brasil**. Informe de Previdência Social. v. 24, n. 7, 2012.

_____. _____. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2010**. 2010 [internet]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1144>. Acesso em 10 de outubro de 2012.

_____. _____. **Anuário estatístico de acidentes de trabalho 2008.** 2008b. [internet]. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=911>>. Acesso em 14 de julho de 2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria do planejamento e investimentos estratégicos. **Indicadores de programas: guia metodológico.** Brasília : MP, 2010a [internet]. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/publicacoes/1003_24_indicadores_programas-guia_metodologico.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Constituição Federativa do Brasil.** Brasília, 1991.

_____. _____. **Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011.** 2011a. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. [internet]. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/federal/legislacao/portariagmmsn104de25012011list0>> . Acesso em 04 de setembro de 2013.

_____. _____. **Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. [internet]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf>. Acesso em 04 de setembro de 2013.

_____. _____. **Portaria nº 312 de 02 de maio de 2002.** Dispõe sobre a padronização da nomenclatura no censo hospitalar. [internet]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-312.htm>>. Acesso em 15 de julho de 2013.

_____. _____. **Doenças relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A. Normas e manuais técnicos, n.114. Brasília (DF): 2001.

_____. _____. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. “Trabalhar sim, adoecer não”.** Textos de apoio. Coletânea n. 1. Brasília, 2005.

_____. _____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas. **Exposição a materiais biológicos.** Brasília (DF), 2006.

_____. _____. **Protocolos de atenção à saúde do trabalhador de complexidade diferenciada.** Brasília (DF), 2006a.

_____. _____. **Manual do Sistema de Informação Agravos de Notificação – SINAN**. Brasília, 2007.

_____. _____. Departamento de Informática do SUS. **CID-10**. 2008c. [internet]. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em 10 de setembro de 2013.

_____. _____. **Indicadores de recursos. Número de profissionais de saúde por habitante**. 2010a [internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/e01.def>>. Acesso em 13 de fevereiro de 2013.

_____. _____. **Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a [internet]. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0158_M.pdf>. Acesso em 06 de junho de 2013.

_____. _____. **Portaria GM/MS nº 3252 de dezembro de 2009**. 2009a. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências [internet]. Disponível em: < <http://renastonline.org/recursos/portaria-3252-vigilancia>>. Acesso em 02 de outubro de 2012.

_____. _____. **Informações de saúde**. Notas Técnicas. 2012b. [internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/prid02br.def>. Acesso em 13 de setembro de 2012.

_____. _____. **Sinais do Mercado de Trabalho no Brasil**. Boletim. Ano 10, n. 1, jan-mar, 2011b.

_____. _____. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador – PNST**. V Encontro Nacional da RENAST. Brasília, 2011c.

_____. _____. **Portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012**. 2012a. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.. 2012. [internet]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em 02 de julho de 2013.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Entrega de RAIS/2011 supera expectativa do MTE**. 2012c. [internet]. Disponível em: < <http://portal.mte.gov.br/imprensa/entrega-da-rais-2011-supera-expectativa-do-mte.htm>>. Acesso em 12 de setembro de 2012.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Guia de análises acidente de trabalho**. 2010d. [internet]. Disponível em: <

http://www.mte.gov.br/seg_sau/guia_analise_acidente.pdf>. Acesso em 11 de julho de 2013.

_____. _____. **Normas Regulamentadoras**. 2013 [internet]. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm>>. Acesso em 02 de fevereiro de 2013.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA. **Resolução nº 358 de 29 de abril de 2005**. 2005a. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências [internet]. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res05/res35805.pdf>>. Acesso em 30 de setembro de 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [internet]. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 13 de abril de 2013.

_____. _____. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 11.430/2006**. Altera as Leis nos 8.213, de 24 de julho de 1991, e 9.796, de 5 de maio de 1999, aumenta o valor dos benefícios da previdência social; e revoga a Medida Provisória no 316, de 11 de agosto de 2006; dispositivos das Leis nos 8.213, de 24 de julho de 1991, 8.444, de 20 de julho de 1992, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e a Lei no 10.699, de 9 de julho de 2003. 2006b. [internet]. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11430.htm>. Acesso em 13 de agosto de 2013.

BRASIL. Portal Brasil. **Evolução das relações trabalhistas**. 2011. [internet]. Disponível em: <www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2011/04/evolucao-das-relacoes-trabalhistas>. Acesso em 23 de agosto de 2013.

CARMO, T. M. D.; MOURA, J. P.; ROSSI, V. E. C.; CARMO, D. R.; FERNANDES, J. E.; ARAÚJO, M. A. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar. **Ciência et Praxis**, v. 3, n. 6, 2010.

CARMO, M. I. M. **As condições da classe operária à época da Revolução Industrial**. Núcleo De Estudos Contemporâneos (NEC), 2009 [internet]. Disponível em: <http://www.historia.uff.br>. Acesso em 14 de março de 2012.

CARNEIRO, T. M.; FAGUNDES, N. C. Absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Universitário. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 84-9, jan/mar, 2012.

CARVALHO, L. S. F.; MATOS, R. C. S.; SOUZA, N. V. D. O.; FERREIRA, R. E. D. S. Motivos de afastamento por licença de saúde dos Trabalhadores de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v. 9. n. 1, p. 60-66, jan-mar, 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Division of HIV/AIDS Prevention. **Occupational HIV Transmission and Prevention Among Health Care Workers**. 2013 [internet]. Disponível em: http://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk_occupational_factsheet.pdf>. Acesso em 05 de junho de 2013.

CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS - CBCD. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em 21 de março de 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Lei N 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 25 de junho de 1986. [internet] Disponível em:<<http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4161>>. Acesso em 10 de julho de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Atlas de Enfermagem. **Profissionais de Enfermagem no Brasil por sexo**. 2011. [internet]. Disponível em:<www.portalcofen.gov.br/atlas>. Acesso em 10 de setembro de 2013.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado às doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n.1, p. 38-44, jan-fev, 2009.

COSTA, T. F.; FELLI, V. E. A.; TAKAYANAGUI, A. M. M.; ALBERTINI, L. B.; BAPTISTA, P. C. P. Caracterização dos produtos geradores de resíduos químicos perigosos: estudo em um hospital público universitário. **Cogitare Enferm**, v. 18, n. 1, p. 109-16, jan-mar, 2013.

DALRI, R. C. M. B.; ROBAZZI, M. L. C. C.; SILVA, L. A. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. **Ciência y Enfermería XVI**, Concepcion, Chile, v. 2, p. 69-81, 2010.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho, 1949. Tradução: FERREIRA, L. L; PARAGUAY, A. I. 5. Ed. Ampliada - São Paulo, Cortez - Oboré, 1992.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Boletim trabalho na Saúde**. Ano 1, n. 1, dez, 2009. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/esp/boletimTrabalhoSaude1209.pdf>. Acesso em 17 de setembro de 2012.

D'ÉRRICO, A.; PUNNETT, L.; CIFUENTES, M.; BOYER, J.; TESSLER, J.; GORE, R.; *et al.* Hospital injury rates in relation to socioeconomic status and working conditions. **Occup Environ Med**, v. 64, n.5, p. 325-33, may, 2007. [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2092542/>. Acesso em 01 de fevereiro de 2013.

DONOVAN, T. L.; MOORE, K. M.; VANDENKERKHOF, E. G. Employee Absenteeism Based on Occupational Health Visits in an Urban Tertiary Care Canadian Hospital. **Public Health Nursing**, v. 25, n.6, p. 565–75, 2008.

FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. **R Enferm UERJ**, v. 13, p. 167-74, 2005.

FELLI, V. E. A.; MARZIALLE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C.; ALEXANDRE, N. M. C. **Assistência à saúde do trabalhador no contexto da saúde do adulto**. In: Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto – PROENF. Ciclo I, Módulo 4. Porto Alegre: ABEn/ArtMed/Panamericana, 2007.

FELLI, V. E. A. **Monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem promovendo a qualidade de vida no trabalho**. [relatório de pesquisa]. São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo/FAPESP; 2008.

FELLI, V. E. A. **Manual de uso e instruções para preenchimento SIMOSTE**: Sistema de Monitoramento da Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2010.

FELLI, V. E. A. **Implantação e Avaliação do Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem (SIMOSTE)**. [relatório de pesquisa]. São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/FAPESP; 2010a.

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**, v. 3, n.4, p. 178-81, 2012.

FELLI, V.; SARQUIS, L.; BASTOS, M.; BAPTISTA, P.; MININEL, V. **Respiratory diseases among nursing workers in Brazil**: a report of pandemic influenza. In: Anais 30th International Congress on Occupational Health; 2012 mar 18-23; Cancun (México); 2012. Disponível em: <<http://icoh.confex.com/icoh/2012/webprogram/Paper7492.html>>. Acesso em 04 de junho de 2013.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas**: o modelo lógico do programa segundo tempo. Texto para discussão. Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

FERRIE, J. E. *et al.* Diagnosis-specific sickness absence and all-cause mortality in the GAZEL study. **J. Epidemiol Community Health**, v. 63, n. 1, p. 50-5, jan, 2009.

FONTINELE JR, K. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Coleção Curso de Enfermagem. 2ª ed. Goiânia: Editora AB, 2008.

FRANCIONI, F. F.; SOUZA, S. S.; COSTA, R.; PIRES, D. E. P.; NASCIMENTO, K. C. A Epidemiologia como Instrumental na Produção de Conhecimento em Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, n. 16, v. 1, p. 58-63, 2008.

FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. **Mulheres, trabalho e família**, 2007 [online]. Disponível em: <www.fcc.org.br>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2013.

GALDINO, A.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.1, p.145-159, jan, 2012.

GALÁN-RODAS, E.; GÁLVEZ-BUCCOLLINI, J.A.; VEGA-GALDÓS, F.; OSADA, J.; GUERRERO-PADILLA, D.; VEGA-DIENSTMAIER, J. *et al.* Salud mental en médicos que realizan el servicio rural, urbano-marginal en salud en el Perú: un estudio de línea base. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**. v. 28, n. 2, p. 277-81, 2011.

GARTNER, F. R.; NIEUWENHUIJSEN, K.; DIJK, F. J. H. V.; SLUITER, J. K. Impaired work functioning due to common mental disorders in nurses and allied health professionals: the Nurses Work Functioning Questionnaire. **Int Arch Occup Environ Health**, v. 85, n.2, p. 125-38, fev, 2012.

GEHRING JUNIOR, G.; CORRÊA FILHO, H. R.; VIEIRA NETO, J. D.; FERREIRA, N. A.; VIEIRA, S. V. R. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, n.3, p.401-9, 2007.

GIL-MONTE, P. R. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**. v. 29, n.2, p. 237-41, 2012.

GIMENO, D.; FELKNOR, S. A.; BURAU, K. D.; DELCLOS, G. L.; BARRIENTOS-GUTIERREZ, T. Association of occupation and safety practices with workinjury absence among public hospital employees in Latin America: a study from Costa Rica. **Injury Prevention**, v. 13, n. 4, p. 264-9, 2007. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17686938>>. Acesso em 23 de fevereiro de 2013.

GRANDA, E.; BREILH, J. **Saúde na sociedade**. São Paulo: Cortez, 1989.

GROSELLI, R. **Globalização e seus impactos no mercado de trabalho**. Gerenciamento econômico, 2008. Disponível em: <http://www.gerenciamentoeconomico.com.br/economia/globalizacao-e-seus-impactos-no-mercado-de-trabalho-no-brasil/>. Acesso em 20 de setembro de 2012.

GUIMARÃES, J. R. S. **Perfil do Trabalho decente no Brasil**: um olhar sobre as Unidades da Federação. Brasília: OIT, 2012.

HOLMGREN, K.; DAHLIN-IVANOFF, S.; BJÖRKELUND, C.; HENSING, G. The prevalence of work-related stress, and its association with self-perceived health and sick-leave, in a population of employed Swedish women. **BMC Public Health**,

v. 9, n.73, 2009. Disponível em:< <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/73>>. Acesso em 04 de março de 2013.

HULLEY, S. B. *et al.*. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P. Absenteísmo em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, suplemento 1, p. 11-7, 2008.

IPARDES, Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico Município de Curitiba**. 2011. [internet]. Disponível em:<<http://www.ipardes.gov.br>. Acesso em: 04/04/2012.

_____. **Caderno Estatístico do Paraná**. 2011. [internet]. Disponível em:<<http://www.ipardes.gov.br>. Acesso em: 12 de setembro de 2012.

_____. **Pesquisa Mensal de Emprego na Região Metropolitana de Curitiba**. 2012. [internet]. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/pdf/pme/pme_jul_12.pdf. Acesso em 12 de setembro de 2012.

KIM, J. L.; TORÉN, K.; LOHMAN, S.; EKERLJUNG, G.; LOTVALL, J.; LUNDBACK, B.; ANDERSSON, E. Respiratory symptoms and respiratory-related absence from work among health care workers in Sweden. **J Asthma**, v. 50, n.2, p. 174-9, mar, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23294229>. Acesso em 02 de julho de 2013.

KIRCHHOF, A. L. C. A epidemiologia e a pesquisa na saúde e na enfermagem (Editorial). **Cogitare Enfermagem**, Curitiba (PR), v.14, n. 2, p.212-216, 2009.

KIRCHHOF, A. L. C. *et al.* Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios Psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n.2, p.215-23, abr-Jun, 2009.

KIRCHHOF, A. L. C, LACERDA, M.R.; SARQUIS, L. M. M.; MAGNAGO, T. S. B.; GOMES, I. M. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. **Colombia Médica**, v. 42, n. 2 (supl. 1), p. 113-19, 2011.

LAUREL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEITÃO, I. M. T. A.; FERNANDES, A. L.; RAMOS, I. C. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. **Ciênc. cuid. Saúde**, Maringá (PR), v. 7, n. 4, p. 476-84, out-dez. 2008.

LEITE, P.C.; SILVA, O. Morbidade referida em trabalhadores de enfermagem de um centro de material e esterilização. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 1, p. 95-102, jan-mar, 2007.

LIMA, M. C. C. **Absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem de um hospital público de Goiânia**. 125f. [Dissertação]. Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás, 2011.

LIN, T. Y.; TEIXEIRA, M. J.; BARBOSA, H.F. **Fisiopatologia da dor nos doentes com LER**. In: Oliveira CR, organizador. Manual Prático de LER - lesões por esforços repetitivos. 2ª ed. Belo Horizonte: Health; 1998.

MAGALHÃES, N. A. C.; FARIAS, S. N. P.; MAURO, M. Y. C.; DONATO, M. D.; DOMINGOS, A. M. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n.2, p. 224-30, abr/jun, 2011.

MÄKINEN, T. M.; RAATIKKA, V. P.; RYTKÖNEN, M.; JOKELAINEN, J.; RINTAMÄKI, H.; RUUHELA, R.; NÄYHÄ, S.; HASSI, J. Factors affecting outdoor exposure in winter: population based study. **International Journal of Biometeorology**, v. 51, n. 1, p. 27-63, jun, 2006.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 9, n.1, p. 111-19, 2008.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n.1, p. 79-85, 2007.

MARTINS, P. F; SOBRINHO, C. L. N; SILVA, M. V; PEREIRA, N. B; GONÇALVES, C. M; REBOUÇAS, C. S; CARTAXO, L. A. Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 34, n. 120, p.172-8, 2009.

MARTINS, M. D. S.; SILVA, N. A. P.; CORREIA, T. I. G. Acidentes de trabalho e suas repercussões num hospital ao Norte de Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.2, [09 telas], mar.-abr, 2012.

MARTINS, J. T.; RIBEIRO, R. P.; BOBROFF, M. C. C.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C.; MENDES, A. C. Significado de cargas de trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n.1, p.63-70, 2013.

MAYNARDES, D. C. D.; SARQUIS, L. M. M.; KIRCHHOF, A. L. C. Trabalho noturno e morbidades de trabalhadores de enfermagem. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.14, n.4, p. 703-8, out-dez, 2009.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MEHRDAD, R.; DENNERLEIN, J. T.; MORSHEDIZADEH, M. Lesões músculo-esqueléticas e riscos ergonômicos entre os médicos iranianos. **Arch Irã Med**, v. 15, n.6, p. 370-4, jun, 2012.

MERLO, A. R. C; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface na psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**. v. 19, n. 1, p. 61-8, jan-abr, 2007.

MESSING, K.; TISSOT, F.; STOCK, S. Distal Lower-Extremity Pain and Work Postures in the Quebec Population. **Am J Public Health**, v 98, n. 4, p. 705-13, abril, 2008.

MININEL, V. A. **Promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem: responsabilidade gerencial do enfermeiro**. 195f. [dissertação]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], v. 19, n.2 [09 telas], mar-abr, 2011.

MIRANDA, F. M. D. A. *et al.* Uma contribuição à saúde dos trabalhadores: um guia sobre exposição aos fluídos biológicos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo (SP), v. 45, n. 4 p. 1018-22, 2011.

MORAIS, E. M.; DUTRA, L. M.; FONTANA, R. T. La cefalea y la salud del trabajador de enfermería: análisis de una realidad. **Enfermería Global** [online], n. 26, p. 117-25, 2012. Disponível em: <<http://www.um.es/eglobal>>. Acesso em 13 de abril de 2013.

NORDIN, N. A. M.; LEONARD, J. H.; THYE, N. C. Work-related injuries among physiotherapists in public hospitals a Southeast Asian picture. **Clinics**. v. 66, n. 3, p. 373-8, 2011.

OLIVEIRA, L. C. B.; CHAVES-MAIA, E. M. Saúde Psíquica dos Profissionais de Saúde em Hospitais Públicos. **Rev. salud pública**, v. 10, n.3, p. 405-13, 2008.

OLIVEIRA, A, C; DIAZ, M. E. P; TOLEDO, A, D. Acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes entre a equipe multiprofissional de uma unidade de emergência. **Cienc Cuid Saude**, n. 9, v. 2, p. 341-9, abr/jun, 2010.

PACHECO, T. P.; SCHLINDWEIN, V. L. D. C. **Um estudo sobre a saúde mental dos cuidadores de um hospital público na Amazônia**. Anais do I Encontro Brasileiro de Psicanálise e Sedução Generalizada: sofrimento psíquico. 2012. Disponível em: < <http://www.ppi.uem.br/eventos/artigos/25.pdf>>. Acesso em 17 de junho de 2013.

PAIM, J. S. **Política e Reforma Sanitária**. Bahia: ISC, 2002.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. **Hospitais e Unidades Próprios**. [Online]. 2012. Disponível na internet: <http://www.sesa.pr.gov.br>. Acesso em 20 de julho de 2012.

PESSOA, J. C. S.; CARDIA, M. C. G.; SANTOS, M. L. C.; Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT–LER: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 821-30, 2010.

PINA, A.; SOARES, B.; RODRIGUES, M. **Os miseráveis do século XIX: cotidiano e condições de trabalho da classe operária na revolução industrial. Núcleo de estudos contemporâneos**. 2009. Disponível em: <http://www.historia.uff.br>. Acesso em 02 de novembro de 2012.

PINTO JÚNIOR, A. G.; BRAGA, A. M. C. B.; ROSELLI-CRUZ, A. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2841-9, 2012.

PORTÔ, Â. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos (RJ), v. 13, n. 4, p. 1019-27, out.-dez, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMÍREZ, N. P.; SARMIENTO, D. R.; CUÉLLAR, G. O. A. Prevalencia de dolor osteomuscular en cirujanos artroscopistas y su relación con el entrenamiento en ergonomía y las posturas adecuadas. **Rev Col Or Tra**, v. 26, n. 2, p. 120-8, 2012.

RAPITI, E.; PRUSS-USTUN, A.; HUTYN, Y. **Sharps injuries: Assessing the burden of disease from sharps injuries to health-care workers at national and local levels**. World Health Organization. Protection of the Human Environment. Environmental Burden of Disease Series, n. 11. Geneva: 2005. Disponível em :< http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/ebd11.pdf>. Acesso em 05 de junho de 2013.

RHEE, K. Y.; CHOE, S. W. Management System of Occupational Diseases in Korea: Statistics, Report and Monitoring System. **J Korean Med Sci**. 25(Suppl): S119–S126, December, 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-21258584>. Acesso em 08 de outubro de 2012.

RIBEIRO, E. J. G.; SHIMIZU, H. E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 60, n. 5, p. 535-40, set-out, 2007.

RINCÓN, L. B.; GUARINO, L. Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. **Revista Colombiana de Psicología** n.17, P. 47-58, 2008. Disponível em:<

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1188/10030>>. Acesso em 14 de janeiro de 2013.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Introdução à epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

SALA, A.; CARRO, A. R. L.; CORREA, A. N.; SEIXAS, P. H. D. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Cad Saude Publica**, v. 25, n.10, p. 2168-78, out. 2009.

SANCINETTI, R. T. *et al.* Absenteísmo – doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo (SP), v. 43, Esp 2, p.1277-83, 2009.

SANCINETTI, T. R. **Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa diagnóstica médica e perfil profissional**. 115f. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2009a.

SANCINETTI, R. T. *et al.* Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Rev Esc Enferm USP**. [online], v. 45, n. 4, p. 1007-12, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/reeusp>>. Acesso em 14 de julho de 2013.

SANTANA, L. L; MIRANDA, F. M. D.; KARINO, M. E.; BAPTISTA, M. E.; FELLI, V. E. A. SARQUIS, L. M. M. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n.1, p. 64-70, 2013.

SANTOS, J. P.; MATTOS, A. P. Absentismo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v. 35, n.121, p. 148-56, 2010.

SÁPIA, T.; FELLI, V. E. A.; CIAMPONE, M. H. T. Problemas de saúde de trabalha-dores de enfermagem em ambulatórios pela exposição à cargas fisiológicas. **Acta Paul Enferm**, São Paulo (SP), v. 22, n. 6, p. 808-13, 2009.

SARQUIS, L. M. M.; CRUZ, E. B. S.; HAUSMANN, M.; FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e os avanços da Legislação trabalhista. **Cogitare enferm.**, v. 9, n. 1, p. 15-24, jan.-jun. 2004.

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 62, n. 5, p. 701-4, set-out, 2009.

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A.; MANTOVANI, M. F.; MIRANDA, F. M. D.; SHIRAIWA, C. P. A adesão ao protocolo de monitoramento biológico entre trabalhadores de saúde. **Ciencia y Enfermería**, Concepcion, Chile, v. 15, n.2, p. 107-13, 2009.

SECCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. L. C. C.; SOUZA, F. E. A.; SHIMIZU, D. S. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de Enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **SMAD**, v.6, n.1, artigo 15, 2010.

SECCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. L. C. C.; SOUZA, F. E. A.; SHIMIZU, D. S. Cargas de trabalho de materialidade externa na equipe de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **Ciência y Enfermería XVII**, n. 3, p. 69-81, 2011.

SHEIKHZADEH, A.; GORE, C.; ZUCKERMAN, J. D.; NORDIN, M. Perioperating nurses and technicians' perceptions of ergonomic risk factors in the surgical environment. **Appl Ergon**, v. 40. n. 5, p. 833-9, 2009. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19027099>>. Acesso em 02 de julho de 2013.

SILVA, S. M.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A.; MARTINS, A. C.; SARQUIS, L. M. M.; MININEL, V. A. Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. Rev. **Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 21, n.1, 09 telas, jan-fev, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100003&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em 13 de março de 2013.

SILVA, L. G.; YAMADA, K. N. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma Unidade de internação de um hospital-escola. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n.1, p. 98-105, jan-mar, 2008.

SOARES, L. G.; LABRONICI, L. M; MAFTUM, M. A.; SARQUIS, L. M. M.; KIRCHHOF, A. L. C. Risco biológico em trabalhadores de enfermagem: promovendo a reflexão e a promoção. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 2, p. 261-7, abr-jun, 2011.

SOUZA, C. C.; TOLEDO, A. D.; TADEU, L. F. R.; CHIANÇA, T. C. M. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 190, n.1, 08 telas, jan-fev, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf>. Acesso em 04 de julho de 2013.

THAKER, P. H, *et al.* Chronic stress promotes tumor growth and angiogenesis in a mouse model of ovarian carcinoma. **Nature Medicine** [online], v. 12, p. 939 – 44, 2006. Disponível em:<<http://www.nature.com/nm/journal/v12/n8/full/nm1447.html>>. Acesso em 10 de julho de 2013.

TINUBU, B. M. S.; MBADA, C. E.; OYEYEMI, A. L.; FABUNMI, A. A. Work-Related Musculoskeletal Disorders among Nurses in Ibadan, South-west Nigeria: a cross-sectional survey. **BMC Musculoskeletal Disorders**, 2010. Disponível em:<<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/11/12>>. Acesso em 26 de junho de 2013.

UVA, A. S. Enfermedades profesionales: nuevos desafíos en su prevención. **Med Segur Trab**. V. LIV, n. 210, p. 01-9, 2008.

VENCO, S. Quando o trabalho adocece: uma análise sobre o teleatendimento. **INTERFACEHS– Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente** - v.3, n.3, artigo 1, ago./ dez, 2008.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I.; PINHEIRO, R. D. C. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 19, n.2 [08 telas], mar-abr, 2011. Disponível em:< www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 24 de maio de 2013.

VIZCAYA, D.; MIRABELLI, M. C.; ANTÓ, J. M.; ORRIOLS, R.; BURGOS, F.; ARJONA, L.; *et al.* A workforce-based study of occupational exposures and asthma symptoms in cleaning workers. **Occup Environ Med**, v. 68, n. 12, p. 914-9, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21558474>>. Acesso em 22 de junho de 2013.

WENCESLAU, V. C. **O estresse no processo de trabalho de telefonista do hospital de ensino do norte do Paraná**. 77f. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Pós graduação em Gestão Hospitalar e Serviço de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, 2012.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M. H.; TAVARES, M. F, L.; OLIVEIRA, E, S.; MOYSÉS, N. M. N. A força de trabalho no setor de saúde no Brasil: focando a feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010.

WU, M.; PASTOR-PEREJA, J. C.; XU, T. Interaction between RasV12 and scribbled clones induces tumour growth and invasion. **Nature** [online], v. 463, p. 545-48, January, 2010. Disponível em:< <http://www.nature.com/nature/journal/v463/n7280/full/nature08702.html>>. Acesso em 10 de julho de 2013.

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P.; HAAS, V. J. Riscos ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.14 n.2 mar/abr, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – RELAÇÃO DE CID RESPONSÁVEIS PELO AFASTAMENTO DO TRABALHADOR DE SAÚDE DO HT, PELA EXPOSIÇÃO ÀS CARGAS DE TRABALHO, NO ANO 2011.

A09	Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível
A04	Outras infecções intestinais bacterianas
A04.9	Infecção intestinal bacteriana não especificada
A08.2	Enterite por adenovírus
B07	Verrugas de origem viral
B26.9	Caxumba (parotidite epidêmica) sem complicações
B30.9	Conjuntivite viral não especificada
B34.9	Infecção viral não especificada
B35.1	Tinha das unhas
B86	Escabiose (sarna)
C44	Outras neoplasias malignas da pele
C44.5	Neoplasia maligna da pele do tronco
D23	Outras neoplasias benignas da pele
F31.5	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
F30	Episódio maníaco
F32	Episódios depressivos
F32.1	Episódio depressivo moderado
F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
F34	Transtornos de humor (afetivos) persistentes
F39	Transtorno do humor (afetivo) não especificado
F41	Outros transtornos ansiosos
F41.1	Ansiedade generalizada
F41.2	Transtorno misto ansioso e depressivo
F41.9	Transtorno ansioso não especificado
F43	"Reações ao ""stress"" grave e transtornos de adaptação"
F43.0	"Reação aguda ao ""stress"""
F43.1	"Estado de ""stress"" pós-traumático"
F51.0	Insônia não-orgânica
F90.0	Distúrbios da atividade e da atenção
G43	Enxaqueca
G43.0	Enxaqueca sem aura (enxaqueca comum)
G43.9	Enxaqueca, sem especificação
G44	Outras síndromes de algias cefálicas
G44.2	Cefaléia tensional
G56.0	Síndrome do túnel do carpo
H10	Conjuntivite
H10.2	Outras conjuntivites agudas

H10.9	Conjuntivite não especificada
H53	Distúrbios visuais
H57.1	Dor ocular
H60.9	Otite externa não especificada
H61	Outros transtornos do ouvido externo
H65.9	Otite média não-supurativa, não especificada
H66	Otite média supurativa e as não especificadas
H81.1	Vertigem paroxística benigna
H83	Outros transtornos do ouvido interno
H90.3	Perda de audição bilateral neuro-sensorial
H91.8	Outras perdas de audição especificadas
I87	Outros transtornos das veias
I10	Hipertensão essencial (primária)
I11.9	Doença cardíaca hipertensiva sem insuficiência cardíaca (congestiva)
I20	Angina pectoris
I20.9	Angina pectoris, não especificada
I83	Varizes dos membros inferiores
I83.2	Varizes dos membros inferiores com úlcera e inflamação
I83.9	Varizes dos membros inferiores sem úlcera ou inflamação
J00	Nasofaringite aguda (resfriado comum)
J01	Sinusite aguda
J02	Faringite aguda
J03	Amigdalite aguda
J03.0	Amigdalite estreptocócica
J03.9	Amigdalite aguda não especificada
J04	Laringite e traqueíte agudas
J05	Laringite obstrutiva aguda (crupe) e epiglote
J06	Infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas
J06.9	Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada
J10	Influenza devida a outro vírus da influenza (gripe) identificado
J10.0	Influenza com pneumonia devida a outro vírus da influenza (gripe) identificado
J11	Influenza (gripe) devida a vírus não identificado
J11.1	Influenza (gripe) com outras manifestações respiratórias, devida a vírus não identificado
J11.8	Influenza (gripe) com outras manifestações, devida a vírus não identificado
J15	Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte
J15.9	Pneumonia bacteriana não especificada
J18	Pneumonia por microorganismo não especificada

J18.0	Broncopneumonia não especificada
J18.9	Pneumonia não especificada
J20	Bronquite aguda
J20.9	Bronquite aguda não especificada
J22	Infecções agudas não especificada das vias aéreas inferiores
J30	Rinite alérgica e vasomotora
J30.4	Rinite alérgica não especificada
J31	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas
J32	Sinusite crônica
J40	Bronquite não especificada como aguda ou crônica
J45	Asma
J45.0	Asma predominantemente alérgica
J45.9	Asma não especificada
K25	Úlcera gástrica
K29	Gastrite e duodenite
K29.7	Gastrite não especificada
K40.9	Hérnia inguinal unilateral ou não especificada, sem obstrução ou gangrena
K42	Hérnia umbilical
K43	Hérnia ventral
K52	Outras gastroenterites e colites não-infecciosas
K52.8	Outras gastroenterites e colites especificadas, não-infecciosas
K52.9	Gastroenterite e colite não-infecciosas, não especificadas
K59.1	Diarréia funcional
L02.4	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz do(s) membro(s)
L02.9	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz de localização não especificada
L30	Outras dermatites
L52	Eritema nodoso
L60	Afecções das unhas
L98.9	Afecções da pele e do tecido subcutâneo, não especificados
M13.9	Artrite não especificada
M23	Transtornos internos dos joelhos
M25	Outros transtornos articulares não classificados em outra parte
M25.5	Dor articular
M25.9	Transtorno articular não especificado
M43.6	Torcicolo
M45	Espondilite ancilosante
M53	Outras dorsopatias não classificadas em outra parte
M53.9	Dorsopatia não especificada
M54	Dorsalgia
M54.1	Radiculopatia

M54.2	Cervicalgia
M54.4	Lumbago com ciática
M54.5	Dor lombar baixa
M54.9	Dorsalgia não especificada
M62	Outros transtornos musculares
M65.9	Sinovite e tenossinovite não especificadas
M75	Lesões do ombro
M75.1	Síndrome do manguito rotador
M75.4	Síndrome de colisão do ombro
M77.1	Epicondilite lateral
M79	Outros transtornos dos tecidos moles, não classificados em outra parte
M79.1	Mialgia
N20	Calculose do rim e do ureter
N23	Cólica nefrética não especificada
N30	Cistite
O10	Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério
R05	Tosse
R07	Dor de garganta e no peito
R10	Dor abdominal e pélvica
R10.2	Dor pélvica e perineal
R10.4	Outras dores abdominais e as não especificadas
R11	Náusea e vômitos
R20	Distúrbios da sensibilidade cutânea
R30	Dor associada à micção
R42	Tontura e instabilidade
R45	Sintomas e sinais relativos ao estado emocional
R45.2	Tristeza
R51	Cefaléia
R52	Dor não classificada em outra parte
R52	Dor não classificada em outra parte
R55	Síncope e colapso
R69	Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade
S02	Fratura do crânio e dos ossos da face
S05.1	Contusão do globo ocular e dos tecidos da órbita
S06	Traumatismo intracraniano
S09	Outros traumatismos da cabeça e os não especificados
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça
S10	Traumatismo superficial do pescoço
S20.2	Contusão do tórax

S30	Traumatismo superficial do abdome, do dorso e da pelve
S32	Fratura da coluna lombar e da pelve
S32.0	Fratura de vértebra lombar
S40	Traumatismo superficial do ombro e do braço
S40.0	Contusão do ombro e do braço
S43	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos da cintura escapular
S50.0	Contusão do cotovelo
S52.4	Fratura das diáfises do rádio e do cúbito (ulna)
S60	Traumatismo superficial do punho e da mão
S60.2	Contusão de outras partes do punho e da mão
S61	Ferimento do punho e da mão
S63.4	Ruptura traumática do ligamento do dedo nas articulações metacarpofalangianas e interfalangianas
S63.6	Entorse e distensão do(s) dedo(s)
S64.8	Traumatismo de outros nervos ao nível do punho e da mão
S66	Traumatismo de músculo e tendão ao nível do punho e da mão
S80.0	Contusão do joelho
S83	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do joelho
S83.4	Entorse e distensão envolvendo ligamento colateral (peronial) (tibial) do joelho
S83.7	Traumatismo de estruturas múltiplas do joelho
S89.9	Traumatismo não especificado da perna
S90	Traumatismo superficial do tornozelo e do pé
S91	Ferimentos do tornozelo e do pé
S91.0	Ferimento do tornozelo
S91.3	Ferimento de outras partes do pé
S92.0	Fratura do calcâneo
S93	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé
S93.4	Entorse e distensão do tornozelo
S93.5	Entorse e distensão do(s) artelho(s)
T07	Traumatismos múltiplos não especificados
T14	Traumatismo de região não especificada do corpo
T15.0	Corpo estranho na córnea
T23	Queimadura e corrosão do punho e da mão
T23.2	Queimadura de segundo grau do punho e da mão
T23.2	Queimadura de segundo grau do punho e da mão
T26.1	Queimadura da córnea e do saco conjuntival
T78.4	Alergia não especificada
Y64.9	Medicamento e substância biológica contaminados, administrada por

- meios não especificados
- Z57** Exposição ocupacional a fatores de risco
- Z73** Problemas relacionados com a organização de seu modo de vida
- Z73.3** Stress não classificado em outra parte

APÊNDICE 2. INDICADORES PROPOSTOS PARA O MONITORAMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DO HT

1. Número de notificações por tipo de cargas X número total de trabalhadores expostos

$$I_1 = \frac{\text{Número de notificações por tipo de carga (biológica, física, química, mecânica, fisiológica e psíquica)}}{\text{Total de trabalhadores expostos}} \times 100$$

2. Número de desgastes X tipo de cargas X número total de notificações

$$I_2 = \frac{\text{Número de desgastes por tipo de carga (biológica, física, química, mecânica, fisiológica e psíquica)}}{\text{Número total de notificações}} \times 100$$

3. Número de afastamentos X número total de notificações

$$I_3 = \frac{\text{Número de afastamentos}}{\text{Número total de notificações}} \times 100$$

4. Número de notificações por agrupamento de CID X número total de notificações

$$I_4 = \frac{\text{Número de notificações por agrupamento de CID}}{\text{Número total de notificações}}$$

5. Número de afastamentos por agrupamento de CID X número total de notificações

$$I_5 = \frac{\text{Número de afastamentos}}{\text{Número total de notificações}}$$

6. Número de dias de afastamento X agrupamento de CID

$$I_6 = \frac{\text{Número de afastamentos}}{\text{Agrupamento de CID}}$$

7. Número de dias de Afastamento X agrupamento de CID

$$I_7 = \frac{\text{Número de dias de afastamentos}}{\text{Agrupamento de CID}}$$

8. Número de afastamentos por trabalhador de saúde X agrupamento de CID

$$I_8 = \frac{\text{Número de afastamentos por trabalhador de saúde}}{\text{Agrupamento de CID}}$$

9. Número de dias de afastamento por trabalhador de saúde X agrupamento de CID

$$I_9 = \frac{\text{Número de dias de afastamentos}}{\text{Trabalhador de saúde conforme agrupamento de CID}}$$

FONTE: Felli (2010), modificado.

APÊNDICE 3. PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO APRESENTADAS AOS GESTORES DO HT.

Propostas Gerais:

SITUAÇÃO EVIDENCIADA	PROPOSTAS	PÚBLICO	JUSTIFICATIVA
Elevado índice de absenteísmo (1.050 registros = 2.478 dias de afastamentos)	Instituir a Consulta de Enfermagem	Trabalhadores com 3 dias ou mais de afastamento/mês	Avaliar a real relação da doença apresentada pelo trabalhador com a atividade desenvolvida, visando intervenções mais efetivas; Implementar Plano de Gestão por Competências, o qual beneficiará os trabalhadores mais comprometidos, evitando, assim, o presenteísmo e à recorrência a atestados médicos para justificar ausências.
Elevado índice de atestados médicos (1.490), relato de trabalhadores sobre a dificuldade de obter consulta no ambiente de trabalho	Facilitar atendimento médico	Trabalhadores de saúde em horário de trabalho	Evitar atestados médicos quando o profissional não necessita de repouso, mas apenas declaração médica que justifique a procura pelo serviço de saúde
Alto índice de absenteísmo decorrente de transtornos mentais e comportamentais	Implementar Gestão Participativa com a criação de espaços de discussão	Trabalhadores de saúde	Possibilitar a criação de espaços de discussão sobre as condições de trabalho, onde os trabalhadores de todos os níveis possam participar expressando os problemas individuais, setoriais e coletivos, contribui para ações mais efetivas, condizentes com cada realidade
Alto índice de doenças preveníveis e evidências de subnotificação de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho	Realizar capacitação dos trabalhadores sobre as cargas de trabalho (envolver a Cipa)	Trabalhadores de saúde	Conhecer os agentes envolvidos no processo de adoecimento auxilia na tomada de decisão quanto à atitude a tomar frente à exposição aos fatores de risco
Elevado número de afastamentos, Relato de trabalhadores sobre a não realização de exames periódicos	Reavaliar e supervisionar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)	Gestores	Prevenir e diagnosticar precocemente os agravos relacionados ao trabalho, constatar a existência de casos de doenças ocupacionais ou danos irreversíveis à saúde do trabalhador além do cumprimento legal das ações de vigilância ocupacional

Propostas específicas:

SITUAÇÃO EVIDENCIADA	PROPOSTAS	PÚBLICO	JUSTIFICATIVA
Elevado índice de exposição à carga biológica e a ocorrência de doenças respiratórias	<p>Realizar capacitação permanente quanto à adoção de precauções padrões, higienização correta das mãos e quanto ao uso de Equipamentos de proteção Individual e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);</p> <p>Disponibilizar equipamentos e materiais necessários para a proteção dos trabalhadores;</p> <p>Supervisionar e cobrar o uso dos EPI e EPC;</p> <p>Orientar/oferecer e exigir dos trabalhadores esquema vacinal completo, segundo calendário de vacina ocupacional;</p> <p>Proporcionar ambientes arejados, facilitando a circulação de ar ambiente;</p> <p>Orientar/supervisionar a notificação de acidentes com material biológico.</p>	Trabalhadores de saúde	<p>Possibilitar espaços de ensino-aprendizagem com vistas à conscientização, aperfeiçoamento e aproximação com os problemas coletivos de forma a desenvolver estratégias de enfrentamento e mudanças;</p> <p>Prevenir problemas relacionados à exposição do trabalhador às cargas de trabalho;</p>
Elevado índice de adoecimento por doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo	<p>Realizar análise ergonômica dos postos de trabalho;</p> <p>Realizar cálculo de dimensionamento de pessoal e ajustar os recursos humanos à demanda de trabalho;</p> <p>Disponibilizar cadeiras ajustáveis à altura do trabalhador;</p> <p>Disponibilizar macas, camas, cadeiras e demais equipamentos utilizados no cuidado ao paciente em boas condições de uso;</p> <p>Realizar manutenção preventiva nos equipamentos evitando que estes se danifiquem durante a realização do cuidado;</p> <p>Evitar o acúmulo de equipamentos em desuso nos ambientes de trabalho;</p> <p>Reavaliar/readequar o dimensionamento de portas para a passagem de macas, camas e cadeiras;</p> <p>Disponibilizar acessórios antiderrapantes nas rampas;</p> <p>Instituir rotinas de ginástica laboral com profissionais de educação física ou de fisioterapia, o que poderá ser viabilizado por convênios com universidades;</p> <p>Treinar princípios de mecânica corporal;</p> <p>Instituir pausas durante a jornada de trabalho;</p> <p>Disponibilizar espaço adequado para o descanso dos trabalhadores;</p>	Gestores	<p>Evitar sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, reduzir o comprometimento osteomuscular;</p> <p>Averiguar a adequação dos postos de trabalho em relação às posturas corporais adotadas;</p> <p>Garantir condições favoráveis a execução das atividades dos trabalhadores de saúde em todos os postos de trabalho;</p> <p>Possibilitar conforto ao trabalhador e proporcionar a prevenção de acidentes e o aparecimento de patologias relacionadas às questões ergonômicas;</p> <p>Reduzir o índice de absenteísmo decorrente de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo;</p> <p>Melhorar a qualidade da assistência e garantir a segurança do paciente.</p>

	Reavaliar/orientar o uso de calçados adequados;		
Elevado índice de absenteísmo decorrente de transtornos mentais e comportamentais	Reavaliar as estratégias gerenciais e a adaptabilidade do trabalhador com a chefia imediata e com o posto de trabalho; Realocar os trabalhadores para os setores com os quais tenham mais afinidade; Desenvolver estratégias de conscientização sobre a importância do trabalho em equipe; Desenvolver estratégias para melhorar a comunicação entre a equipe multidisciplinar; Desenvolver estratégias de incentivo/motivação aos funcionários; Disponibilizar suporte psicológico para o trabalhador no ambiente de trabalho; Estabelecer divisão de tarefas entre equipes e entre turnos; Controlar o fluxo de pessoas circulando pelos setores; Melhorar a segurança nas entradas e nos setores; Desenvolver estratégias de orientação aos familiares quanto às normas e rotinas da instituição.	Gestores / trabalhadores de saúde	Evitar conflitos no ambiente de trabalho; Favorecer a satisfação profissional; Evitar a tensão e a sobrecarga psicológica aos trabalhadores;
Elevado índice de absenteísmo entre trabalhadores da UTI, PS E CC	Reavaliar o ritmo de trabalho assim como o dimensionamento de pessoal; Readequar o número de recursos humanos; Reavaliar a dinâmica de trabalho, bem como a divisão de tarefas e o relacionamento interpessoal; Reavaliar as estratégias gerenciais; Reavaliar satisfação do trabalhador com o posto de trabalho; Reavaliar questões estruturais e de engenharia como espaço físico, luminosidade e ventilação adequada; Reavaliar relacionamento interdisciplinar e desenvolver estratégias que melhorem a comunicação e o relacionamento entre os diferentes profissionais da equipe de saúde.	Gestores	Evitar sobrecarga dos trabalhadores; Favorecer a satisfação do trabalhador; Melhorar o relacionamento interdisciplinar; Reduzir o absenteísmo; Melhorar a qualidade da assistência

ANEXOS

ANEXO 1 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone: 3061-7548 - Fax: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 18 de abril de 2008.

Il.^{ma} Sr.^a
Prof.^a Dr.^a Vanda Elisa Andres Felli

Ref.: Processo nº 718/2008/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Implantação e avaliação do Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem - SIMOSTE**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fat Prando Fernandes
Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DO NOME DA INSTITUIÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Av. Prof. Lothario Meissner, 632 3º andar - Jardim Botânico
CEP: 80210-170 Curitiba-PR - Fone/Fax: (41) 3361-3756 3361-3757
e-mail: ppgenf@ufpr.br

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Curitiba, 21 de novembro de 2012.

Ilmo. Sr. Iwan Augusto Colaço
Diretor Acadêmico

Venho por meio deste documento solicitar a autorização de V. S.^a para divulgação do nome desta instituição (Hospital do Trabalhador) em uma Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) a qual possui como objetivo "Avaliar os indicadores de saúde do trabalhador de saúde em uma instituição hospitalar".

O estudo é parte de um projeto desenvolvido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), intitulado "Implantação e avaliação do Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem – SIMOSTE", previamente aprovado no Comitê de Ética desta instituição.

Curitiba (PR), 21 de novembro de 2012

Mda. Leni de L. Santana

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leila M. M. Sarquis

Coorientadora: Prof^a. Dr^a Luciana P. Kalinke

Ciente e de acordo: _____

Dr. Iwan Augusto Colaço
Diretor Acadêmico
Hospital do Trabalhador

Dr Iwan Augusto Colaço

Diretor Acadêmico do Hospital do Trabalhador