

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

TALITA PADILHA PORTO

**ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DE DOIS  
MUNICÍPIOS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis  
2017



TALITA PADILHA PORTO

**ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DE DOIS  
MUNICÍPIOS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Área de Concentração: Atenção e Reabilitação Psicossocial

Linha de Pesquisa: Trabalho, ambiente e saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Augusto Menegon

Florianópolis  
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Porto, Talita Padilha  
Índice de Capacidade para o Trabalho de  
Profissionais de Saúde da Atenção Básica de dois  
Municípios da Grande Florianópolis / Talita Padilha  
Porto ; orientador, Prof. Dr. Fabrício Augusto  
Menegon, 2017.  
136 p.

Dissertação (mestrado profissional) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de  
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Saúde  
do Trabalhador. 3. Índice de Capacidade para o  
Trabalho. 4. Atenção Básica. I. Menegon, Prof. Dr.  
Fabrício Augusto . II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e  
Atenção Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
MESTRADO PROFISSIONAL**

**“Índice de Capacidade para o Trabalho de Profissionais de Saúde da  
Atenção Básica de dois Municípios da Grande Florianópolis”.**

**Talita Padilha Porto**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Atenção e Reabilitação Psicossocial

**Profa. Dra. Magda do Canto Zurba**

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Prof. Dr. Fabrício Augusto  
Menegon (Presidente)

---

Profa. Dra. Sheila Rubia Lindner  
(Membro)

---

Prof. Dra. Ana Luiza de Lima  
Curi Hallal (Membro)

---

Prof. Dr. Lúcio José Botelho  
(Membro)



## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador Prof. Dr. Fabrício Augusto Menegon pelo incentivo, empenho, paciência e sabedoria para me dar o tempo necessário para construir este trabalho.

A minha mãe MARLI DE FÁTIMA PADILHA por todo apoio, atenção, carinho, compreensão e motivação de superar comigo este desafio de forma integral.

Ao meu irmão NELSON PORTO NETO pelo esforço em atenuar os problemas de computação, impressão e sistema de informação, um verdadeiro herói recuperando arquivos, salvando documentos e fazendo backups.

A meu companheiro ISRAEL MENDES, por toda colaboração e trabalho duro na correção e normatização do trabalho, contar contigo nesta etapa da minha vida só reforçou nossos pilares e aumentou ainda mais o amor que temos um pelo outro.

A todos os professores do Curso pelo carinho, dedicação e entusiasmo demonstrado ao longo deste percurso.





*“A sabedoria não se transmite, é preciso que nós a descubramos fazendo uma caminhada que ninguém pode fazer em nosso lugar e que ninguém nos pode evitar, porque a sabedoria é uma maneira de ver as coisas.”*

*Marcel Proust*



## RESUMO

PORTO, Talita Padilha. **Índice de capacidade para o trabalho de profissionais de saúde da atenção básica de dois municípios da grande Florianópolis**. 2017. 136p. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

**Objetivo:** analisar os fatores associados a capacidade para o trabalho, relacionando-o às condições de trabalho, vida, estilo de vida e saúde dos trabalhadores da Atenção Básica de dois municípios da Grande Florianópolis. **Método:** Participaram do estudo 79 profissionais que atuam na atenção básica, e responderam um questionário virtual estruturado com perguntas sobre: condições de vida; hábitos de vida e saúde; condições de trabalho; cargas mentais, e capacidade para o trabalho (ICT). Os dados coletados dos questionários foram submetidos a análise estatística descritiva utilizado o programa computacional R, obtendo os valores de frequências absolutas de cada variável em estudo. Algumas variáveis apresentam medidas de tendência central e de dispersão. A associação entre a capacidade para o trabalho inadequada e as demais variáveis do estudo foi testada utilizando o teste não paramétrico de Qui-Quadrado de Person, ( $\chi^2$ ), com nível de significância de 5%. **Resultados:** O trabalho dos profissionais da atenção básica apresentou demandas no campo cognitivo e organizacional bem definidas com maior sobrecarga aos profissionais do que as demandas físicas propriamente ditas. Foi observada a prevalência de ICT adequado entre os profissionais da atenção básica. A única variável que mostrou associação com o ICT foi o uso de cigarro, e as variáveis mais próximas ao nível de significância considerado na análise foram as relativas aos hábitos de vida e saúde. Pode-se considerar que para esta amostra manter uma boa saúde e hábitos de vida saudáveis influenciam em uma boa capacidade para o trabalho. **Conclusões:** As condições de trabalho na atenção básica não mostraram significância estatística na promoção da capacidade para o trabalho adequada, embora muitos estudos apontem relação entre estas variáveis, demonstrando que para manutenção desta capacidade o olhar da instituição bem como do trabalhador deve estar voltado para atividades que valorizem os hábitos e estilos de vida saudável para estes profissionais, e não somente as condições de trabalho.

Palavras Chaves: Saúde do Trabalhador. Índice de Capacidade para o Trabalho. Atenção Básica de Saúde

## ABSTRACT

PORTO, Talita Padilha. **Index of capacity for the work of primary health care professionals from two municipalities in the greater Florianópolis**. 2017. 136p. Dissertation (Master's Degree in Mental Health and Psychosocial Attention) - Federal University of Santa Catarina, Florianópolis.

**Objective:** to analyze the factors associated with work ability, relating it to the working conditions, life, lifestyle and health of Primary Care workers in two municipalities of Greater Florianópolis. **Method:** Participated in the study 79 professionals who work in basic care, and answered a structured questionnaire with questions on: living conditions; habits of life and health; work conditions; mental loads, and work ability (ICT). The data collected from questionnaires were submitted to descriptive statistical analysis using the R program, obtaining the absolute frequency values of each variable under study. Some variables present measures of central tendency and dispersion. The association between inadequate work ability and the other variables of the study was tested using the non-parametric Chi-square test of Person, ( $\chi^2$ ), with a significance level of 5%. **Results:** The work of the primary care professionals presented well-defined demands in the cognitive and organizational fields with greater overload to the professionals than the physical demands themselves. The prevalence of adequate ICT was observed among primary care professionals. The only variable that showed association with ICT was cigarette use, and the variables closest to the level of significance considered in the analysis were those related to life and health habits. It can be considered that for this sample to maintain a good health and healthy habits of life influences in a good work ability. **Conclusions:** Working conditions in primary care did not show statistical significance in promoting adequate work ability, although many studies point to a relationship between these variables, demonstrating that to maintain this capacity, the institution's and worker's perspective should be focused on activities that value healthy habits and lifestyles for these professionals, not just working conditions.

Key Words: Worker's Health. Work Ability. Basic Health Care.



## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Prevalência de doenças relatadas com diagnóstico médico confirmado. Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017 (n=96) .....58
- Figura 2** - Prevalência de doenças relatadas pelos participantes, de acordo com opinião própria. Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017 (n=96).....59





## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Formas de organização da jornada de trabalho diária e semanal dos profissionais que atuam na atenção básica dos municípios do estudo (2016 – 2017).....	44
---	----



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Análise descritiva da amostra estudada. Profissionais que atuam na atenção básica de saúde 2016 – 2017 (n=96). Número de indivíduos na amostra (n), valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão. ....	521
<b>Tabela 2</b> - Características sócio-demográficas da amostra estudada. Profissionais da atenção básica de saúde 2016 – 2017 (n=96).....	53
<b>Tabela 3</b> - Características relacionadas ao trabalho. Profissionais da atenção básica de saúde 2016 – 2017 (n=96).....	543
<b>Tabela 4</b> - Características relacionadas aos hábitos e estilo de vida. Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017 (n=96) .....	565
<b>Tabela 5</b> - Características relacionadas à saúde. Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017 (n=95).....	576
<b>Tabela 6</b> - Distribuição dos distúrbios de sono auto-referidos. Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017 (n=91) .....	57
<b>Tabela 7</b> - Distribuição da classificação do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) da amostra estudada, em relação à idade. Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017 (n=96).....	60
<b>Tabela 8</b> - Principais variáveis associadas com a inadequada capacidade para o trabalho, obtidas por meio do Teste do Qui-Quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ). Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017 (n=96).....	61
<b>Tabela 9</b> - Distribuição das faltas ao trabalho assinaladas pelos profissionais da atenção básica da saúde nos últimos 12 meses 2016-2017 (n=71).....	63
<b>Tabela 10</b> - Distribuição das faltas ao trabalho assinaladas pelos profissionais da atenção básica da saúde de acordo com o sexo 2016-2017 (n=96).....	65



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

SUS – Sistema Único de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

CDC – Center for Disease Control and Prevention

ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho

UFSC – Universidade federal de Santa Catarina

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	21
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	23
3.1 O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA .....	24
3.2 OS RISCOS RELACIONADOS AO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	29
3.3 O ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO.....	34
<b>4 HIPÓTESE</b> .....	37
<b>5 OBJETIVOS</b> .....	39
5.1 OBJETIVO GERAL .....	39
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	39
<b>6 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	41
6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	41
6.2 ASPECTOS ÉTICOS .....	41
6.3 CAMPO DE PESQUISA.....	42
6.4 SUJEITOS DA PESQUISA.....	43
6.5 COLETA DE DADOS.....	45
6.5.1 Itens sobre Condições de Vida.....	48
6.5.2 Itens sobre Hábitos de Vida e Saúde.....	48
6.5.3 Itens sobre condições de trabalho.....	48
6.5.4 Itens sobre a Capacidade para o Trabalho.....	48
6.6 TRATAMENTO DESCRITIVO E ESTATÍSTICO DOS DADOS .....	51
<b>7 ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DOS QUESTIONÁRIOS</b> .....	52
7.1 PREVALÊNCIA DE DOENÇAS RELATADAS PELOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA .....	57
7.2 ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT) NOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE .....	60
7.2.1 Fatores associados ao ICT entre os profissionais que atuam na atenção básica.....	60
<b>9 CONCLUSÕES</b> .....	75
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	77

<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIOS APLICADOS NA PESQUISA .....</b>	<b>98</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Os processos de trabalho cada vez mais exigentes e complexos, determinantes de cargas horárias às vezes excessivas, bem como as transformações na vida familiar e social da população, têm gerado comprometimentos sérios à qualidade de vida e saúde do trabalhador (LIPP; TANGANELLI, 2002).

Crescentes transformações estão acontecendo diariamente, modificando processos produtivos e de prestação de serviço, determinando o aumento da produtividade, por meio da combinação do ritmo de trabalho, da carga de responsabilidade e da redução dos intervalos de descanso na jornada de trabalho.

Segundo Moura *et al.* (2013), as condições de trabalho e o processo de envelhecimento da população são dois dos fatores que exercem influência sobre a capacidade laborativa, o qual reflete no bem-estar e aptidão do trabalhador para executar suas atividades.

Hilleshein e Lautert (2012) explicam que as condições atuais de trabalho permeadas por modelos de produção e prestação de serviços funcionando em ritmo acelerado e intensificado, tem gerado uma tendência progressiva a riscos ocupacionais podendo originar efeitos crônicos à saúde e ao envelhecimento dos trabalhadores.

Discussões relacionadas ao envelhecimento funcional constituem prioridade no campo da saúde do trabalhador e fazem com que a capacidade para o trabalho seja um importante indicador por abranger aspectos relativos à saúde física, bem-estar psicossocial, competência individual e condições de trabalho (BANCO MUNDIAL, 2011).

De acordo com Beltrame (2009) a promoção da saúde e a prevenção de doenças ocupacionais são aspectos fundamentais na manutenção da capacidade laborativa, podendo apresentar profundo impacto econômico ao promoverem condições favoráveis ao trabalho e diminuir a incapacidade e a aposentadoria precoce.

Neste contexto, a realização de estudos relacionando trabalho e saúde são primordiais, justamente por desenvolver medidas de promoção à saúde e de manutenção da qualidade de vida, tanto no ambiente de trabalho quanto fora dele (ANDRADE; MONTEIRO, 2007).

Moretti (2003) salienta ainda que o principal objetivo é buscar a manutenção da capacidade laboral associada a boas condições de trabalho e qualidade de vida. Essas relações podem ser cotidianamente

afetadas pelos impactos positivos ou negativos que o trabalho pode gerar nas pessoas, pois a qualidade de vida está interligada as variáveis de comprometimento organizacional, satisfação com o trabalho e satisfação em outros domínios da vida como: família, lazer, saúde, educação, cultura e status social. (SAMPAIO, 2012).

De acordo com Bellusci & Fischer (1999) a capacidade para o trabalho pode ser influenciada por inúmeros fatores, como as condições em que o trabalho é exercido, presença de doenças, acidentes relacionados ao trabalho e com as condições gerais da vida do trabalhador.

Como aponta Hilleshein *et al.* (2011), a capacidade para o trabalho é uma condição que resulta da combinação entre o ambiente de trabalho e o estilo de vida do trabalhador, e pode ser influenciada por fatores como características sócio demográficas, o estilo de vida e os aspectos intrínsecos da atividade exercida.

SILVA JUNIOR *et al* (2011) complementa destacando que a capacidade para o trabalho também é resultante das condições de saúde do trabalhador, suas capacidades físicas e mentais em relação às demandas que o trabalho apresenta, podendo ser mantida ou restaurada, se as medidas preventivas e terapêuticas forem tomadas em relação ao trabalhador.

Sendo assim, entende-se como descreve Tuomi; Ilmarinen(1997) que a capacidade para o trabalho é a base do bem-estar do indivíduo, e quando afetada por fatores tais como: o estilo de vida, o ambiente de trabalho, e a qualidade de vida na qual se encontra o trabalhador poderá trazer consequências positivas e/ou negativas na capacidade para o trabalho.

Entendemos que a configuração familiar, condição sociodemográfica e de saúde, bem como as relações sociais, também causam influências comprometedoras no processo de trabalho. Por isso, é importante relacionar a forma de organização do trabalho que cada grupo desempenha, estabelecer quais são as ligações entre os fatores profissionais, sociais e individuais, e como isso se manifesta na capacidade para o trabalho.

Para Moura *et al.* (2013), a diminuição da capacidade para o trabalho apresenta efeitos nocivos à saúde e a capacidade do trabalhador, pois gera alterações de natureza fisiológica, psicológica e comportamentais, com o agravante de estar afetando trabalhadores em plena vida ativa e ainda longe da aposentadoria.

No Brasil, diversos estudos têm apontado alta prevalência de adoecimento dos trabalhadores de todas as áreas, cujas consequências,

individuais e coletivas, só reforçam a necessidade de identificação precoce desses fatores, para orientar intervenções individuais e sociais que visem sanar ou minimizar o problema (Braga *et al.*, 2010).

A avaliação da capacidade para o trabalho possibilita a identificação de trabalhadores com necessidades ou que necessitarão brevemente do auxílio dos órgãos de saúde ocupacional, constituindo-se em uma política de natureza preventiva para a saúde do trabalhador. (SILVA *et al.*, 2010).

Uma das formas utilizadas atualmente para identificar o envelhecimento funcional precoce causado pelo trabalho e mensurar a capacidade para o trabalho é a utilização do índice de capacidade para o trabalho (ICT) que foi desenvolvido em meados dos anos de 1980 na Finlândia. Este instrumento de avaliação toma como base a auto percepção do trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho (RENOSTO *et al.*, 2009). Este instrumento vem sendo utilizado com frequência em estudos brasileiros com trabalhadores da saúde. Entretanto, se verifica que existem poucos estudos em trabalhadores da atenção básica.

A atenção básica à saúde ou atenção primária é o primeiro nível de contato que os indivíduos, famílias e comunidades têm quando necessitam de serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. É considerada como a primeira ligação que o paciente terá com o Sistema Único de Saúde (SUS) sendo, portanto, uma alternativa de modelo de atenção à saúde para população.

Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades do paciente, família e comunidade, e são a ponte de ligação e articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

Portanto, o resultado de seu trabalho passa a figurar diferentes fatores e dimensões que requerem alto grau de comprometimento com as normas técnicas, sociais e humanas, o que lhes exige, segundo Lorenz e Guirardello (2014), habilidades técnicas e interpessoais para o exercício da atividade real de trabalho mais complexas.

O ambiente de trabalho na atenção básica nem sempre é favorável a prática profissional, que muitas vezes acontece em ambientes físicos insalubres, com recursos humanos e materiais insuficientes, onde o profissional fica exposto a diferentes categorias de riscos e agravos à sua saúde e segurança.

Diariamente, os profissionais da atenção básica vivenciam diferentes formas de violência, se deparam com a alta rotatividade de

pessoas e experimentam diversos conflitos decorrentes da interação com os pacientes e familiares. Além desses fatores, o profissional sofre com a baixa remuneração que os leva a possuir mais de um emprego comprometendo a qualidade do trabalho, sua saúde e levando ao aumento das taxas de absenteísmo.

No caso dos profissionais da atenção básica, este desgaste se expressa “nas transformações negativas originadas pela interação dinâmica e constante das cargas existentes nos processos bio-psíquico humanos” (COSTA; FELLI, 2005 p. 502).

Outro aspecto fundamental que tem influência direta sobre o processo de adoecimento do trabalhador da atenção básica é apontado por Dimarzio (2011), ao relatar que por se caracterizar em um trabalho sempre coletivo, a responsabilidade sobre a saúde do indivíduo fica restrita ao grupo multiprofissional de trabalhadores da saúde ou aos demais profissionais que participam de funções administrativas e de suporte.

Martins *et al* (2014) explica que, no modelo brasileiro de atenção primária em saúde, que hoje é operacionalizado através da Estratégia de Saúde da Família, os profissionais de saúde necessitam utilizar tecnologias leves para resolução de problemas complexos, ficando em contato direto com pacientes e comunidades.

Nesse sentido, os autores explicam que estes profissionais lidam diretamente com demandas externas que exigem que a própria execução do trabalho envolva o relacionamento interpessoal direto e contínuo com o beneficiado pelo serviço prestado, expondo o profissional de saúde a importantes estressores psicossociais.

Silva e Marziale (2003) explicam que os riscos provenientes do ambiente e da própria forma de execução do trabalho estão promovendo acréscimo nas taxas de absenteísmo, rotatividade de profissionais, desestímulo ao trabalho, queda na produtividade e principalmente na qualidade de vida do trabalhador.

Como na atenção básica as ações de saúde concretizam-se predominantemente na dimensão das relações interpessoais, o papel dos trabalhadores da saúde é garantido através da estabilidade com o serviço público e o vínculo de trabalho dos profissionais das equipes. (LACAZ, 2008).

Todavia, embora a estabilidade de emprego e o vínculo de trabalho se configurem em um dos aspectos que garantem maior tranquilidade para o profissional, o ambiente de trabalho pode apresentar precárias condições para atuação, sobrecarga de atividades, diminuição da autonomia profissional, estresse e insatisfação, e

sentimento de impotência quanto à qualidade da assistência prestada ao usuário (REIS *et al.*, 2003).

Para o trabalhador que está sob essas condições, o trabalho, que deveria ser uma fonte de realização e reconhecimento, pode se tornar fonte de sofrimento e afetar a capacidade para o trabalho (DAL PAI; LAUTERT, 2008).

Para Andrade e Monteiro (2007) a manutenção da capacidade para o trabalho está relacionada a boas condições de trabalho e de saúde, o que reflete produtividade do profissional, em sua perspectiva para a aposentadoria e conseqüentemente na redução dos custos previdenciários.

Dessa forma, é importante considerar que as produções científicas publicadas abranjam uma análise estatística mais detalhada acerca dos fatores associados à incapacidade para o trabalho entre os profissionais da atenção básica especialmente, explorando as condições de vida, trabalho e saúde.

De fato, espera-se que os profissionais de saúde submetidos a condições inadequadas de trabalho e que possuam hábitos de vida ruins, inseridos em contextos desfavoráveis, apresentem comprometimento da capacidade para o trabalho.

Considerando a hipótese de que os aspectos sociodemográficos, de saúde e trabalho desempenham um papel importante na manutenção da capacidade para o trabalho dos profissionais da atenção básica, entende-se como relevante melhor descrever esta relação e identificar seus fatores associados.



## 2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo se propôs a descrever os fatores relacionados a baixa capacidade para o trabalho de profissionais que atuam na atenção básica.

Entende-se que os trabalhadores da saúde que atuam na atenção básica, além das exigências inerentes à atenção integral à saúde e à humanização das práticas, estão cotidianamente expostos às demandas e exigências psicobiológicas do processo de trabalho que geram, ao longo do tempo, desgaste das capacidades vitais do trabalhador.

Considerando às mudanças atuais no mundo do trabalho, que não pouparam o setor da saúde da precarização, o processo de trabalho na atenção básica passa a apresentar vários fatores agravantes, que tem relação direta na vida e saúde dos profissionais, desde a questão salarial e de carreira profissional até a carência de recursos técnicos e materiais que configuram, muitas vezes, as precárias condições de trabalho.

A Atenção Básica é a primeira porta de entrada do usuário com o sistema de saúde, e observou-se através deste estudo que sua configuração multiprofissional e integrada com enfoque no cuidado é permeada por diversos estressores provenientes da própria prestação de serviços básicos em saúde.

Ainda que os trabalhadores da atenção básica de saúde compreendam a maior força de trabalho do Sistema Único de Saúde, Tomasi *et al* (2008) salientam que pouco se sabe das condições de trabalho e da saúde desses trabalhadores.

Neste sentido, é importante conhecer o impacto do trabalho na saúde e na vida destes trabalhadores, e como esses fatores se manifestam na capacidade que o profissional tem para realizar suas atividades laborais de acordo com seu estado de saúde físico e mental e com as exigências do próprio trabalho.

No Brasil, a utilização do índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) em estudos realizados com trabalhadores da saúde da atenção básica ainda é reduzido. Alguns estudos trazem dados sobre a aplicabilidade do índice de capacidade para o trabalho avaliado em profissionais que atuam nos serviços hospitalares, porém a poucos estudos abordam o tema com trabalhadores das unidades básicas de saúde.

Raffone & Hennington (2005) avaliaram a capacidade funcional de 885 trabalhadores de enfermagem e sua relação com características individuais e de trabalho, mas no campo hospitalar. Uma pesquisa realizada por Moreira (2013) aplicou o ICT na equipe de enfermagem de

um hospital sem distinção de escolaridade. Já Magnago *et al* (2013) também fez avaliação da capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem de pronto-socorro levando em conta turnos e cargas horárias, porém não há nenhum trabalho que aplique o instrumento considerando a natureza multiprofissional das ações na atenção básica.

A justificativa para o desenvolvimento do estudo se fundamentou na perspectiva de que a utilização do índice de capacidade para o trabalho se configura num importante instrumento que permite avaliar os fatores que impactam diretamente na qualidade de vida e na saúde dos trabalhadores.

Além disso, possibilita o diagnóstico precoce da perda de capacidade para o trabalho e possível adoecimento do trabalhador fornecendo subsídios para o planejamento de ações voltadas à melhora da condição biopsicosocial e da capacidade laboral do trabalhador da atenção básica de saúde.

Para isso, é imprescindível a realização de uma análise integrativa das condições sócio demográficas, de saúde e de trabalho destes profissionais e como estas características se manifestam nos índices de capacidade para o trabalho.

Segundo Santos; Soares; Campos, (2007), para analisar a saúde dos profissionais, principalmente aqueles que atuam na Atenção Básica, é necessário que sejam consideradas as questões de caráter macroestrutural, a exemplo das situações de vivência cotidiana destes trabalhadores, pois estas também se articulam com a configuração dos processos de trabalho e de saúde e adoecimento destes profissionais.

Bellusci e Fischer (1999) destacam que as avaliações do ambiente de trabalho, da capacidade para o trabalho e a influência da organização nos aspectos físicos e ergonômicos do trabalho propiciam a construção de soluções para aumentar o equilíbrio da relação das capacidades e das demandas de trabalho que os profissionais enfrentam.

Sob essa ótica é que o tema escolhido para realização deste estudo permitiu o conhecimento de alguns desses fatores e contribuiu para uma melhor compreensão de como ocorre a associação das características profissionais e de vida

Tendo em vista os aspectos apresentados, este estudo se configura num registro das condições de saúde dos profissionais que atuam na atenção básica. Além disso, fornece subsídios para elaboração de projetos que nortearão o desenvolvimento de ações mais eficientes para a promoção da saúde, qualidade de vida e melhoria das condições de trabalho destes profissionais.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta pesquisa foi desenvolvido utilizando uma revisão narrativa da literatura, sobre o ponto de vista teórico e contextual, sendo de grande valia para o reconhecimento do “estado da arte” de determinado assunto (ROTHER, 2010).

Para tanto, primeiramente foi realizado o reconhecimento do objeto de estudo, a fim de levantar as principais publicações e palavras-chaves mais utilizadas por cada base de dados. As principais bases de dados utilizadas foram SCIELO, LILACS, IBICS, e COCHRANE via BVS (1010) e Google Acadêmico (146).

Após este reconhecimento, utilizou-se estratégias de buscas específicas para cada base ou editor científico, limitando-se às publicações disponíveis em textos completos, ocorridas nos últimos 10 anos (2007 a 2017) nos idiomas português, espanhol e inglês.

Foram excluídos uma diversidade de artigos que se repetiam ao compilar as diferentes bases de literaturas e/ou que não atendiam aos critérios estabelecidos. Para todos os demais, foi realizada leitura dos resumos disponíveis. Foram selecionadas 54 publicações para leitura e reconhecimento do tema, e destes, cerca 28 artigos foram utilizados para a sustentação. Além disso, foram utilizados livros e outros documentos importantes como dissertações sobre o tema.

Poucos estudos foram encontrados publicados em nosso país sobre a temática “fatores associados a capacidade para o trabalho de profissionais que atuam na atenção básica”. Diante disso, optou-se pela construção deste referencial a partir de três conteúdos relevantes ao enfoque temático: O trabalho na atenção básica; Riscos relacionados ao trabalho na Atenção Básica; e O índice de capacidade para o trabalho.

### 3.1 O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

Elaborado com o objetivo de efetivar o direito constitucional à saúde como dever do estado provendo condições para o seu exercício, o Sistema Único de Saúde - SUS foi criado em 1988 pela constituição brasileira, e regulamentado em 1990 pelas leis orgânicas da saúde número 8080 e 8142 (BRASIL, 1990a, 1990b).

É considerado um conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados pelas três esferas governamentais (municipal, estadual e federal) com o objetivo de garantir assistência à saúde da população através da promoção, prevenção e recuperação da saúde, sendo criado, portanto, com o objetivo de implementar políticas de atenção à saúde que pudessem nortear e efetivar essas ações (Brasil, 1990).

Responsável pela atenção à saúde pública do país, o SUS orienta a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e também norteia à participação da comunidade na gestão do serviço e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Tem como princípios e diretrizes a universalização do atendimento, a igualdade e equidade na atenção a população, a integralidade das ações, a participação da comunidade e controle social, a descentralização na saúde e a regionalização e hierarquização da rede e das ações.

Assim, permitiu que a orientação e regulamentação da oferta de serviços de saúde passasse a abranger três níveis de atenção: primário, secundário e terciário (Brasil, 1990).

A Atenção Básica à Saúde, primeiro nível de atenção proposto pelo SUS, se configura na porta de entrada do usuário aos serviços de saúde oferecidos para população. Tem por objetivo, promover assistência e cuidados essenciais à saúde utilizando tecnologias acessíveis, contribuindo para uma aproximação do serviço com o ambiente de vida e trabalho dos indivíduos.

É definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias

democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p. 12.)

De acordo com Matta e Morosini (2009), com a designação da Atenção Básica à Saúde, o modelo assistencial foi reorientado a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, proposto como eixo da organização do sistema de saúde, para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada as necessidades de saúde da população, integrando ações de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde dos indivíduos e comunidades (BRASIL, 2006).

Em 1994, as bases práticas da atenção básica foram reorganizadas com foco na família, substituindo o modelo tradicional de assistência através da criação do Programa de Saúde da Família - PSF. Segundo Roncalli e Lima (2006) o principal propósito do PSF era fazer a saúde chegar mais perto das famílias, a fim de que houvesse uma melhoria na qualidade de vida dos indivíduos considerando sua realidade.

Posteriormente denominada Estratégia de Saúde da Família - ESF através da Portaria n.º 648 de 28 de março de 2006, a expansão do PSF como estratégia prioritária de reorganização da atenção básica com foco na família possibilitou a mudança de paradigma de produção social de saúde de uma abordagem curativista para uma assistência à população de maneira integral, contínua e de qualidade, se configurando para ser o primeiro ponto de atenção e a principal porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Para efetivar esses pressupostos e proporcionar a cobertura de toda a população, a ESF foi edificada por uma equipe multiprofissional,

responsável por contemplar um conjunto de ações coordenadas e orientadas, de caráter individual e coletivo, que promovesse desde a reabilitação da doença, a fim de modificar a situação de saúde da população, seus determinantes e condicionantes, até ações de prevenção e autocuidado (BRASIL, 2011).

Abraão (2007) explica que a configuração multiprofissional da ESF possibilitou a ruptura da assistência centrada no médico e do modelo hegemônico de organização do trabalho em saúde, levando à reestruturação da produção do cuidado, tornando as atribuições e responsabilidades profissionais mais dinâmicas e democráticas.

Fazem parte da equipe multiprofissional da ESF os médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos em enfermagem, e os agentes comunitários de saúde, podendo ainda serem incorporados à equipe o cirurgião dentista, técnico em higiene dental e o auxiliar de consultório dentário, que constituem a equipe de saúde bucal (SILVA, 2012; BRASIL, 2011a).

Suas ações têm por objetivo, promover assistência e cuidados essenciais à saúde utilizando tecnologias acessíveis, contribuindo para uma aproximação do serviço com o usuário e sua família e comunidade.

Cada equipe é responsável por uma população adscrita, de em média 3.000 habitantes, cumprindo com uma jornada de trabalho de 40 horas semanais (SOUZA; HAMANN, 2009).

No âmbito da prática, a configuração de equipe multiprofissional vai além da assistência prestada a população pela ESF. Para otimizar o atendimento as necessidades da família e à qualificação da assistência na atenção aos indivíduos em seu contexto familiar e comunitário, muitos outros profissionais estão envolvidos no processo ocupando um papel importante neste trabalho.

Com o propósito de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços em saúde e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como as ações da atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, através da Portaria GM nº 154 (BRASIL, 2010).

O NASF é constituído de profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atuam em conjunto com as equipes de ESF fornecendo apoio e compartilhando práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes. A composição de profissionais é definida pelos gestores municipais e equipes de ESF considerando critérios de prioridades identificadas, necessidades locais específicas e disponibilidade de profissionais.

Nos termos da Portaria no 154 de 2008, existem duas modalidades de NASF: o NASF 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de saúde da família. O NASF 2 contendo no mínimo três profissionais dos já citados, vinculados a no mínimo três equipes de ESF (BRASIL, 2011).

Suas ações estruturadas de forma interdisciplinar, viabilizam o atendimento compartilhado, embasado na troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos.

A atuação de todos estes profissionais da ESF e NASF permite que os seus membros se articulem subsidiados por suas práticas e saberes de forma conjunta, propondo soluções resolutivas para o enfrentamento das situações de saúde-doença da população, inclusive com relação à organização do serviço de saúde e participação na gestão dos processos. (FREITAS;; NUNES, 2010).

Considerando a configuração organizacional dos profissionais que atuam na atenção básica até aqui exposta, Fontana *et al* (2016) relatam que o processo de trabalho em saúde é um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas por diversos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde.

Como a equipe de profissionais compõe um dos principais instrumentos de desenvolvimento das ações de atenção básica nos serviços prestados à população, entende-se que ao abordar e atuar na manutenção da saúde da comunidade, o profissional também deve seguir as orientações necessárias para uma saúde de qualidade (DAUBERMANN; TONETE, 2012).

Para tanto, esse profissional que também é parte da população deve ter as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos voltadas a ele, objetivando qualidade de vida e bem-estar principalmente no trabalho. Para Abranches (2005), a forma de organização do serviço, as condições de trabalho existentes e a concepção e o ambiente das atividades laborais ao qual esses profissionais estão inseridos podem influenciar sobre a condição de saúde devido à complexidade do serviço.

O mesmo autor acrescenta ainda que, os profissionais de saúde por representarem uma numerosa força de trabalho, enfrentam complexas demandas profissionais, decorrentes do impacto causado pelo trabalho, seja um desgaste físico ou uma patologia psíquica, e salientam que esse impacto deve ser investigado nas diversas categorias profissionais que compõem a equipe de saúde (ABRANCHES, 2005).

De acordo com Braga (2007), as condições impostas pelo trabalho podem se correlacionar com a satisfação dos indivíduos, com o estresse, a qualidade de vida, a socialização, e influenciar diretamente sobre a saúde (BRAGA, 2007).

E como na atenção básica o trabalho não fica restrito a uma atividade isolada, a interdisciplinaridade necessária para a realização de atividades em equipe exige muito do profissional, pois abrange o aprimoramento de habilidades múltiplas e o desenvolvimento do potencial criativo adequado as necessidades populacionais (SILVA, 2012).

De acordo com Rocha (1014), as condições de trabalho englobam diversos fatores seja em nível de execução, remuneração, ambiente de trabalho, exigências, organização, que influenciarão na resposta do indivíduo diante das situações impostas. Como consequência, a resposta desses profissionais as diversas variáveis relacionadas ao trabalho resultam em insatisfação, fadiga, estresse, acidentes e doenças influenciando diretamente na sua capacidade para o trabalho e no envelhecimento funcional deste trabalhador.

### 3.2 OS RISCOS RELACIONADOS AO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

Cavassani *et al* (2006) explicam que o homem passa a maior parte de sua vida em seus locais de trabalho, dedicando sua força, energia e esforços para as organizações. Por isso, é importante considerar que o trabalho intervém na integração social das pessoas tendo grande importância e influência no seu modo de vida e, portanto, na sua saúde física e mental (BRASIL, 2001).

Oliveira (2001) destaca que por meio da reestruturação produtiva e do incremento da globalização, mudanças nas formas de organização da gestão do trabalho que incentivam a precariedade e a fragilidade na relação entre saúde e trabalho vem repercutindo, diretamente, nas condições de vida dos profissionais e suas famílias.

Para compreensão de como se estabelece essas relações que podem gerar adoecimento, é necessário conhecer as condições de trabalho das pessoas e identificar os fatores patológicos aos quais estes indivíduos estão expostos no seu dia a dia, e de que forma influenciam no cotidiano destes profissionais.

Além disso, é importante pensar na saúde individual deste trabalhador e como fatores contextuais estão associadas as características de vida e de trabalho deste indivíduo. Segundo Santos *et al.* (2007), a saúde individual varia em diferentes contextos, áreas e países e essas variações podem ser determinadas pelas características situacionais comuns a um conjunto de pessoas, ou apenas por características relacionadas ao sexo, idade e posição social. Os autores explicam que crescem evidências de que os problemas de saúde estão fortemente associados à natureza das comunidades, e não somente às características individuais.

Entende-se que a correlação de um determinado evento de saúde, seja ele individual ou coletivo, a uma condição de trabalho depende primeiramente da identificação dos fatores de risco para a saúde (BRASIL, 2001).

Pois ao analisarmos a importância do trabalho no processo saúde-doença e conhecermos os motivos pelos quais os trabalhadores adoecem, quais os fatores de risco a que estão expostos, e se eles sofrem influência ou se relacionam com o trabalho, interferindo assim na sua capacidade para o trabalho, é importante para a sensibilização dos atores envolvidos na formulação de políticas que visem prevenir e/ou minimizar os problemas encontrados.

Assim torna-se possível propor ações para a melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores, bem como dos serviços por eles prestados, e a implementação de medidas de controle e prevenção de agravos. Como aponta Magnago *et al* (2013), os problemas de saúde relacionados ao trabalho são frequentes entre os trabalhadores, e estes podem afetar a capacidade funcional do trabalhador, por isso a importância de medidas de prevenção e controle.

De acordo com Forte, *et al.*, (2014) as instituições de saúde são insalubres. Elas ainda se fundamentam em gestões que não consideram a organização do trabalho como espaços coletivos de aprender e compartilhar, e acabam produzindo profissionais rotinizados e fragmentados, com baixa autonomia e pouco satisfeitos (PEREIRA, *et al.*, 2009).

Um estudo realizado por Chiodi e Marziale (2006), referente as pesquisas que descreviam os riscos ocupacionais para trabalhadores de unidades básicas de saúde, observou que entre as publicações analisadas 100% evidenciavam riscos psicossociais, principalmente relacionados ao estresse e a violência ocupacional; 66,7% riscos biológicos, 58,3% riscos físicos, 50% riscos químicos e 33,3% relacionados às condições ergonômicas do profissional.

Os autores constataram ainda que muitos profissionais de saúde não conseguem identificar os riscos ocupacionais a que estão expostos, e que ainda há poucos estudos nessa área, mesmo sendo um tema de relevância e de grande importância para a saúde do trabalhador.

Outro estudo, realizado com os profissionais das equipes de saúde da família da Paraíba, constatou um número elevado da Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012). Tal síndrome é caracterizada pelos autores como uma resposta do indivíduo frente a estressores crônicos no ambiente de trabalho, e se caracteriza por três fatores: exaustão emocional, desumanização e decepção. Albuquerque, Melo e Araújo Neto (2012) caracterizam de maneira prática tais estressores:

“Por um lado, encontra-se a gestão que busca o cumprimento de metas, e realização de atividades paralelas ao atendimento curativo (atividades de grupos, palestras, visitas domiciliares, preventivos), buscando resultados, sem ao menos disponibilizar recursos para boas condições para operacionalização do trabalho. E, por outro lado, os usuários que, tanto por não compreenderem as



diretrizes da estratégia em priorizar o trabalho preventivo, como por não questionarem-se onde encontram-se os responsáveis pela deficiência, culpam e pressionam os profissionais que não conseguem atender toda a demanda (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012, p. 543).

Braga (2007) verificou em outro estudo que a prevalência de transtornos mentais comuns entre os trabalhadores da rede básica corresponde a duas vezes aquela observada na população geral de Botucatu, constatando que tais profissionais estavam submetidos a fatores de estresse no trabalho, interferindo na qualidade de vida dos servidores.

Outro estudo, realizado por Tomasi (2008) com trabalhadores da atenção básica de municípios da região Sul e Nordeste do Brasil, mostra dados significativos. Os resultados apontaram que 46% dos participantes consideravam o ambiente físico das unidades de saúde inadequado para realização das suas atividades, mais de 90% da amostra acusaram inadequação também das relações pessoais, um terço dos trabalhadores declarou estar um pouco ou muito insatisfeito com sua saúde, 42% referiram problemas de saúde, 20% relataram a automedicação e 16% dos participantes apresentavam transtornos mentais comuns.

A insatisfação no trabalho por exemplo é apontada por Melo, Barbosa e Souza (2011) como um dos fatores influenciadores no comportamento do profissional, podendo acarretar em implicações no processo de adoecimento, contribuir para a ocorrência de acidentes de trabalho, interferir nas taxas de absenteísmo e nos erros cometidos pelo trabalhador.

Além disso, Camarano e Pasinato (2008) relacionam as características individuais, de estilo de vida e condições de trabalho dos trabalhadores com a diminuição da capacidade funcional e envelhecimento do indivíduo.

Os relatos de redução da capacidade para o trabalho, associados à perda de saúde, incluem doenças tais como dores no corpo, problemas na coluna, déficit de aptidão física, até sintomas que envolvem questões emocionais, como ansiedade, depressão, burnout e estresse (FISCHER *et al.*, 2006; FASSI *et al.*, 2013; KLASAN *et al.*, 2014).

Considerado todos esses fatores citados na literatura, é importante destacar que os ambientes de trabalho das unidades básicas

de saúde concentram, por sua natureza, uma série de riscos que podem trazer diversos agravos à saúde dos profissionais (SILVA; FELLI, 2002).

De acordo com Braga (2007) é comum os trabalhadores se depararem com estruturas físicas deficientes, carência de recursos humanos, dificuldades de acesso aos meios de trabalho, tensões decorrentes da organização dos serviços, a inserção da população nas práticas de saúde e precarização dos contratos de trabalho.

São diversos estímulos nocivos que o profissional da atenção básica fica exposto e que resultam em impacto na saúde geral e na qualidade de vida desses indivíduos, influenciando inclusive na assistência prestada.

Estes profissionais protagonizam diariamente uma estratégia de saúde, que por si só representa um desafio, pois desenvolvem entre diversas atividades ações educativas em variados espaços, atendimentos em domicílios ou com coletividade e, desse modo, estão expostos a diferentes ambientes e situações com potencial estressor (TRINDADE *et al.*, 2010).

Além disso, estes trabalhadores deparam-se em seu cotidiano diário com conflitos familiares e sociais, bem como o estresse gerado pela violência urbana e das áreas rurais, afetando-lhes diretamente (SIQUEIRA, *et al.*, 2013).

Siqueira *et al.*, (2013) explicam que a falta de estrutura física para o desempenho de atividades é um dos estressores que influencia na relação do profissional com a população, levando a um prejuízo na assistência prestada, como também interfere na qualidade de vida desses trabalhadores.

Profissionais com elevados índices de estresse e/ou doenças ocupacionais têm a qualidade da assistência e produtividade comprometidas, e podem ter sua capacidade para o trabalho afetada. Apesar da indiscutível relevância do assunto, muitas instituições ainda não foram sensibilizadas a investir recursos para interromper ou minimizar a exposição ocupacional e adoecimento do trabalhador (MININEL *et al.*, 2013).

Há uma quantidade considerável de estudos realizados a respeito dos riscos ocupacionais no ambiente hospitalar, mas existem poucos sobre a saúde dos profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde (LIMA, *et al.*, 2013).

Devido a diversidade de fatores a que estão expostos os profissionais, dependendo da atividade pode-se dizer que a presença de

risco ocupacional no desempenho das atividades laborais apresenta uma visibilidade multifatorial (DUARTE; MAURO, 2010).

Estudos apontam que más condições de trabalho podem resultar em um envelhecimento funcional precoce (CALDAS *et al.*, 2011) e que a existência do envelhecimento funcional está diretamente ligada ao desequilíbrio entre as capacidades funcionais do trabalhador e as exigências do trabalho (FISCHER *et al.*, 2005).

É necessário refletir que a capacidade para o trabalho é resultado da interação do indivíduo com o ambiente de trabalho, podendo ser influenciada positiva ou negativamente, e até mesmo restaurada, quando adotadas as medidas preventivas e corretivas necessárias (SILVA JUNIOR *et al.*, 2011; PALERMO *et al.*, 2013).

Considerando os diversos estudos que demonstram a vulnerabilidade a que o profissional da atenção básica está exposto, reforçamos a necessidade de conhecer melhor as condições de trabalho e saúde destes profissionais.

Como afirma SILVA (2011, p. 3401) “A adoção de formas isoladas de compreensão da dinâmica do trabalho tem-se distanciado da atividade real dos trabalhadores e produzido condições de trabalho inadequadas, precárias condições de saúde, baixa eficácia produtiva e sofrimento no trabalho”.

O mesmo autor destaca que o impacto destes fatores não recai apenas na qualidade do serviço prestado ao usuário, mas também se manifesta em prejuízo à saúde dos trabalhadores.

### 3.3 O ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Desde 1990, questões referentes à capacidade para o trabalho têm sido debatidas em estudos que abordam a saúde do trabalhador, em função de suas implicações individuais, sociais e econômicas (Martinez; Latorre, 2006; Martinez; Latorre; Fischer, 2009).

Silva Junior *et al* (2011) explicam que a Capacidade para o Trabalho pode ser entendida como resultado das condições de saúde do trabalhador no que se refere a capacidade física e mental em relação às demandas mentais, sociais e físicas que o trabalho apresenta.

Na área de saúde ocupacional, Tuomi *et al* (2005) descrevem que a capacidade para o trabalho permite conceituar o quão bem um trabalhador está no presente ou estará num futuro próximo, e quão capaz ele pode executar seu trabalho considerando as exigências de seu estado de saúde e as exigências de sua capacidade física e mental.

Um dos instrumentos utilizados para mensurar a capacidade para trabalho, é o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), desenvolvido por um grupo multidisciplinar de pesquisadores do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (SILVA JÚNIOR, 2010).

O propósito do instrumento era de acompanhar trabalhadores municipais em processo de envelhecimento, tendo como principal objetivo mensurar as perdas de capacidade de trabalho, e desenvolver métodos de intervenção que promovessem e prevenissem essas perdas. (TUOMI; ILMARINEN, 1997).

O estudo revelou que havia uma baixa capacidade para o trabalho entre pessoas em atividades com maior exigência física. Também descreveu que trabalhadores em processo de aposentadoria apresentaram menores índices de capacidade para o trabalho, salientando que a auto avaliação de capacidade por parte do profissional, tende a ser considerada menor no período final da vida laboral (TUOMI; ILMARINEN, 1997).

Reflexões que relacionam o envelhecimento funcional com a saúde do trabalhador descrevem a capacidade para o trabalho como um importante indicador que abrange aspectos relativos saúde física, bem-estar psicossocial, competência individual e condições de trabalho.

Renosto *et al.* (2009) explica que a criação do instrumento ocorreu com o intuito de detectar precocemente possíveis alterações que os trabalhadores venham a apresentar em sua funcionalidade e desempenho no ambiente de trabalho, prevenindo assim riscos de incapacidade.

Teoricamente, o índice de capacidade para o trabalho se refere a uma junção complexa que busca interações entre o volume de atividades físicas e mentais, a avaliação subjetiva do estado de saúde e a capacidade funcional dos trabalhadores em condições sociais e organizacionais específicas (TUOMI; ILMARINEN, 1997).

Assim, contextualizam uma nova forma de abordagem onde o próprio trabalhador é o centro do estudo e possui a autonomia de perceber sua condição de trabalho, fazendo um comparativo com seu melhor estado de produtividade durante a vida, possibilitando prognosticar de forma precoce a perda de capacidade do trabalho (TUOMI; ILMARINEN, 1997).

A Organização Mundial de Saúde demonstra uma série de preocupações com a questão da diminuição da capacidade para o trabalho de profissionais ativos. No Brasil, os primeiros trabalhos desenvolvidos utilizando o instrumento, foram elaborados na Universidade de São Paulo, por pesquisadores e estudantes de pós-graduação de diversas universidades, que segundo Moreira (2013), fizeram a tradução e adaptação do instrumento, permitindo sua aplicabilidade nos trabalhadores brasileiros.

O conceito de capacidade teve sua origem teórica por Rohmert e Rutenfranz (2013) que a caracterizaram como “estresse desgaste”, descrevendo o desgaste como resultado de cargas físicas e mentais do trabalho, podendo gerar a diminuição da capacidade funcional e também o relacionando com o surgimento de doenças.

É importante compreender, como destacado por Araújo *et al* (2013), que a vulnerabilidade para o adoecimento no trabalho não se distribui de modo homogêneo, mas depende de outros fatores que, associados, se constituirão em recursos para que o trabalhador possa enfrentar as adversidades.

A determinação do índice de capacidade para o trabalho é feita utilizando um instrumento que aborda 7 constructos que integram diversas questões que levam em consideração as demandas físicas e mentais, bem como o estado de saúde e a capacidade dos trabalhadores para exercerem suas funções, revelando a percepção que eles têm da própria capacidade de trabalho (TUOMI *et al.*, 2005).

A determinação da pontuação final leva em conta a somatória da pontuação em cada item. Portanto a cada resposta é creditado um número de pontos (score) que serão classificados em quatro categorias: escores de 7 a 27 pontos equivalem a capacidade baixa para o trabalho; escores de 28 a 36, capacidade moderada para o trabalho; escores de 37

a 43, capacidade boa para o trabalho, e escore de 44 a 49, capacidade ótima para o trabalho (TUOMI *et al.*, 2005).

Os mesmos autores acima citados explicam, que para ICT baixo, será necessária uma resposta de ação por meio da qual o objetivo é de restaurar a capacidade para o trabalho do indivíduo. Já o ICT moderado, sugere ações no sentido de melhorar a capacidade para o trabalho. Para o ICT bom o objetivo deve se concentrar em apoiar a capacidade para o trabalho do indivíduo. Por fim, o ICT ótimo descreve que os esforços devem ser voltados à manutenção da aptidão ao trabalho (TUOMI *et al.*, 2005).

O instrumento pode ser preenchido pelo próprio trabalhador e utilizado desde o ingresso do profissional nas atividades laborais, sendo uma ferramenta auxiliar para avaliação e manutenção da capacidade laboral ao longo de sua trajetória funcional. (TUOMI *et al.*, 2005).

Todavia, considerando que as classificações da capacidade para o trabalho apresentadas até aqui se desenvolveram de uma pesquisa com uma população com idade variada de 45 a 58 anos, seu uso em trabalhadores jovens pode subestimar o verdadeiro valor da capacidade para o trabalho (CHANG *et al.*, 2000; POHJONEN *et al.*, 2001).

Dessa forma, optamos por utilizar uma nova classificação da capacidade para o trabalho baseada na pontuação do ICT, desenvolvida por Kujala *et al* (2005), levando em conta a idade dos trabalhadores avaliados conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 1: classificação da capacidade para o trabalho segundo seus escores, conforme proposto por Kujala *et al.*, (2005):

IDADE $\leq$ 35anos		IDADE $>$ 35 anos	
Pontos	Capacidade para o Trabalho	Pontos	Capacidade para o Trabalho
- 27	Baixa	1 - 36	Baixa
28 - 36	Moderada	37 - 40	Moderada
37 - 43	Boa	41 - 44	Boa
44 - 49	Ótima	45 - 49	Ótima

## **4 HIPÓTESE**

A partir do referencial teórico apresentado anteriormente, tem-se como hipótese para o presente estudo que as características do processo de trabalho na atenção básica geram estressores que interferem na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores, influenciando a capacidade para o trabalho.





## 5 OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados a capacidade para o trabalho, relacionando-o às condições de trabalho, vida, estilo de vida e saúde dos trabalhadores da Atenção Básica de dois municípios da Grande Florianópolis.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Descrever as características sociodemográficas, condições e hábitos de vida, características de saúde e condições de trabalho dos profissionais da Atenção Básica;

b) Analisar os fatores relacionados a capacidade para o trabalho inadequada de trabalhadores da atenção básica a partir de características sócio demográficas, hábitos e estilos de vida, condições de trabalho e saúde.



## 6 MATERIAL E MÉTODO

### 6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa de natureza quantitativa, descritiva de tipo transversal.

A decisão de se utilizar este método de pesquisa vem da necessidade de estudar as relações existentes entre as variáveis de um dado fenômeno, que se manifestam espontaneamente em fatos, situações e condições já existentes (VERGARA, 2000). O processo de trabalho na Atenção Básica já é uma condição estabelecida nos serviços de saúde, o que buscamos foi entender como esse processo de trabalho se relaciona com a vida e saúde dos profissionais e como se manifesta nos índices de capacidade para o trabalho.

A abordagem descritiva, segundo Aragão (2011) descreve a realidade. Não se destina a explicá-la ou nela intervir. Possibilita o levantamento de dados característicos das demandas de serviços, se configurando numa ferramenta de gestão muito importante em sistemas de saúde já que os dados são frequentemente tabulados e se transformam em indicadores.

Gil (2010) salienta que, dentre outras finalidades, as pesquisas do tipo descritivas retratam as características de uma população, fenômeno, ou de uma experiência, permitindo que o pesquisador levante dados como idade, sexo, faixa etária, renda e ocupação. O autor reforça que todos estes dados são utilizados para descrever e caracterizar a população pesquisada, possibilitando a tabulação dos dados e sua transformação em indicadores de extrema importância para profissionais e gestores, principalmente do setor de saúde.

Rouquayrol e Filho (2003) colocam que nos estudos transversais pode-se investigar “causa” e “efeito” de maneira simultânea e averiguar a associação existente entre a exposição e a doença ou agravo, produzindo “instantâneos” da situação de saúde de uma determinada população.

A escolha do método quantitativo se deu porque permitiu, como destaca Portela (2014), exprimir as relações de dependência funcional entre variáveis para tratar dos fenômenos, identificando os elementos constituintes do objeto estudado e estabelecendo a estrutura e a evolução das relações entre os elementos.

### 6.2 ASPECTOS ÉTICOS

As questões éticas foram contempladas respeitando as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, definidas na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza que todos os estudos relativos a seres humanos (direta ou indiretamente) respeitem os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) apreciado e aprovado de acordo com o parecer nº 1.520.131 de 2016, CAAE 51673315.4.0000.0121 (Anexo 1).

Todos os participantes da pesquisa receberam individualmente via e-mail as orientações referentes ao desenvolvimento do estudo, sendo previamente esclarecidos quanto a metodologia, os objetivos e as finalidades da pesquisa. Foi garantido o sigilo absoluto das informações coletadas, uma vez que só o pesquisador tinha a senha de acesso ao sistema de coleta de dados. Dúvidas e esclarecimentos por parte dos voluntários puderam ser sanadas, utilizando o endereço de e-mail do pesquisador ou através de contato telefônico.

Anexo ao convite enviado, constava um link de direcionamento ao formulário de pesquisa online dando ao participante acesso ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 1). Só participaram da pesquisa os voluntários que após lerem o termo de consentimento selecionaram a opção “Aceito Participar do Estudo”, confirmando sua concordância com os termos da pesquisa.

### 6.3 CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada em dois municípios de pequeno porte da Grande Florianópolis – SC, sendo eles o município de Antônio Carlos e o município de Governador Celso Ramos, ambos com população inferior a 20.000 habitantes.

O município de Antônio Carlos, está localizado a 32 quilômetros de Florianópolis - capital do Estado de Santa Catarina, compreende 233.574 km<sup>2</sup> de área, sendo conhecido hoje por ser o maior produtor de hortaliças do estado. De acordo com o IBGE (2016), a população atual deste município é composta por 8.223 habitantes. O município conta com uma Unidade de Saúde, localizada no centro da cidade, anexo a Secretaria Municipal de Saúde. A soma total de trabalhadores que atuam na Atenção Básica deste município e de 86 profissionais, atuando nas diversas áreas de atenção à saúde da população.

Já o município de Governador Celso Ramos, está localizado a 41 quilômetros da capital Florianópolis. Abrange, segundo dados do IBGE (2016), uma área de unidade territorial de 117.185 km<sup>2</sup>, e tem sua economia fortemente baseada no cultivo de marisco, pesca e turismo. A população atual do município, segundo dados do IBGE de 2016, é de 14.087 habitantes. A Rede de Atenção Básica deste município está dividida em 8 unidades básicas de saúde, totalizando 229 profissionais que atuam na área, desde profissionais técnicos até administrativos.

#### 6.4 SUJEITOS DA PESQUISA

A população do estudo abrangeu todos os profissionais que faziam parte do quadro de funcionários da Saúde e estavam atuando na Atenção Básica dos municípios no período de realização da pesquisa.

Uma lista contendo informações dos profissionais foi fornecida pelo setor de recursos humanos dos municípios, totalizando 315 registros. Devido a inconsistência de dados como telefone ou e-mail, foram eliminados todos os profissionais que não possuíam essas informações primordiais para proceder com a coleta de dados.

Alguns profissionais listados possuíam apenas contato telefônico, sendo este o meio utilizado para solicitação do endereço de e-mail dos mesmos. Na oportunidade, um convite prévio para participação no estudo justificou a solicitação do endereço de e-mail, sendo que parte dos profissionais sinalizou que não gostaria de participar da pesquisa, recusando-se a fornecer os dados requeridos; outros justificaram a recusa relatando que não estariam enquadrados nos critérios de inclusão no estudo.

Do total de profissionais levantados, 179 foram considerados aptos a receber o convite para participação no estudo. Todos foram convidados, independente do vínculo empregatício, concursado ou contratado, sem distinção de idade ou sexo, e com jornada de trabalho semanal de 40 horas nas instituições.

Para participação no estudo, os profissionais deveriam estar atuando de forma multiprofissional na atenção básica dos municípios há pelo menos 6 meses antes do início da coleta de dados.

Aqueles que apresentassem ao menos uma das seguintes condições a seguir, foram excluídos da pesquisa:

1. Afastados por razões médicas ou outro motivo que os impedisse de responder os questionários;
2. Emprestados para trabalhar em outros setores que não os da Atenção Básica;

3. Reinseridos para atuar na atenção básica por período de tempo inferior a 6 meses.

Foram convidados para participar de forma voluntária do estudo noventa e seis (96) participantes que se enquadraram nos requisitos, entre eles estavam Médicos de diferentes especialidades, Enfermeiros, Psicólogos, Fisioterapeutas, Farmacêuticos, Odontólogos, Assistentes Sociais, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Auxiliares e Técnicos Administrativos, Agentes Comunitários de Saúde, Motoristas, Técnico em Vigilância Sanitária, Atendente Farmacêutico, e uma diretora administrativa de uma das unidades básicas de saúde. Destes, setenta e nove (79) compuseram a amostra analisada.

O horário de funcionamento dos Serviços de Atenção Básica dos municípios era de segunda a sexta-feira, das 7:00 até às 17:00 horas para algumas unidades e das 7:00 até às 21:00 horas em outras unidades que prestavam assistência em horário estendido. Um dos municípios abria o serviço também aos sábados das 7:00 às 12:00 horas.

Os trabalhadores tinham jornadas diárias divididas durante o horário de funcionamento das unidades, conforme descrevemos no quadro 1:

**Quadro 1** - Jornadas de trabalho diária e semanal dos profissionais que atuam na atenção básica dos municípios do estudo (2016 – 2017).

<b>Dia da semana</b>	<b>Entrada</b>	<b>Saída</b>	<b>Intervalo Programado de Almoço</b>	<b>Carga horária diária</b>	<b>Carga horária semanal</b>
2ª a 6ª	7:30	17:00	11:30 às 13:00	8 horas diária	40 horas
2ª a 6ª	8:00	17:00	12:00 às 13:00	8 horas diária	40 horas
2ª a 6ª	7:00	21:00	11:00 às 12:00 12:00 às 13:00 13:00 às 14:00	8 horas normais 4 horas extras	40 horas normais e horas extras conforme escala de distribuição de extras

2ª a 6ª	13:00	21:00	Não possui	8 horas	40 horas
Sábados	7:00	12:00	Não possui	5 horas Extra	_____

Completadas as 8 horas de trabalho diárias, alguns profissionais ainda realizavam horas extras para cobertura do quadro de funcionários necessários nos horários estendidos de algumas unidades e aos sábados.

Durante a jornada de trabalho os profissionais de algumas unidades tinham direito a cento e vinte minutos de intervalo para realização de almoço e em outras unidades o intervalo de almoço acordado era de 60 minutos. Para a maioria dos profissionais era previsto 2 intervalos de quinze minutos de duração não programáveis para realização de lanche ou café.

Em um dos municípios do estudo, a equipe que iniciava suas atividades às 13 horas trabalhava de forma ininterrupta por 8 horas seguidas, tendo apenas 1 intervalo de quinze minutos não programável para realização de lanche ou café.

## 6.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados com os profissionais dos municípios no período de outubro de 2016 a janeiro de 2017. É importante salientar que todo o processo de coleta de dados envolveu contato prévio com os secretários de saúde para apresentação da proposta de pesquisa, discussão sobre a metodologia de execução do trabalho, e explanação sobre a importância da proposta da pesquisa e sua contribuição para o levantamento de indicadores como subsídio na construção de melhorias das condições de trabalho dos profissionais da Atenção Básica.

Considerando a coleta de dados aplicada na modalidade digital, após a aprovação e liberação para realização da pesquisa por parte dos secretários uma lista de todos os profissionais foi fornecida pelo setor de recursos humanos das instituições, contendo número de inscrição profissional, nome completo do trabalhador, função dentro da instituição, tipo de vínculo, telefone e endereço de e-mail.

Muitos profissionais listados não possuíam endereço de e-mail para envio do convite e participação na pesquisa. Para tanto, foi necessária a atualização da lista através de contato telefônico, o que refletiu em atraso na coleta de dados. Outros candidatos da lista não

possuíam informação que permitisse o contato, seja por e-mail ou telefone. Esta atualização também permitiu a correção das informações e exclusão de alguns participantes que já se identificaram não atendendo os critérios para participação do estudo, o que reduziu significativamente a amostra conforme descrevemos anteriormente nos sujeitos da pesquisa.

Outro fator que influenciou na coleta de dados é que muitos profissionais tinham vínculo de contrato temporário com a instituição, e embora se enquadrassem nos critérios para participação no estudo, não aceitaram participar pois estavam se afastando das atividades institucionais naquele momento para realização de ações em campanha político partidária devido ao processo eleitoral vigente no período de coleta de dados.

A coleta se deu por meio de formulário digital estruturado numa plataforma virtual. Um e-mail convidativo foi enviado para cada participante, contendo todas as informações da pesquisa juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido. A aceitação dos participantes se deu através de um click no link de aceitação, redirecionando-o para o questionário virtual de perguntas já estruturadas no sistema FORMSUS – Formulário de registro, armazenamento e envio de dados em saúde, destinados ao uso pelo Sistema Único de Saúde.

O FORMSUS é um serviço oferecido pelo Departamento de Informática do SUS, desenvolvido para dar agilidade, estruturação e qualidade aos processos de coleta de dados virtual compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS (DATASUS, 2017). É um serviço de criação de formulários em ambiente virtual acessível através do endereço eletrônico do DATASUS: (<http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php>).

A utilização do serviço como ferramenta para coleta de dados permite, segundo o DATASUS (2017), o estabelecimento de mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde; a ampliação da produção e da disseminação de informações de saúde; e o acesso livre a bases de dados em saúde de forma responsável, respeitados os preceitos éticos a dados individuais identificados, garantindo a privacidade e confidencialidade dos respondentes.

A opção pela modalidade de aplicação de formulário digital foi pensada considerando a natureza quantitativa do trabalho, que tinha como necessidade contemplar uma amostra significativa de participantes para representatividade dos dados. Outra vantagem da utilização de formulários virtuais é a otimização do processo de coleta dos dados,



diminuindo o tempo necessário para realização desta etapa da pesquisa, o que facilita, de acordo com Boni *et al* (2006), a compilação e o processamento dos dados e minimiza a ocorrência de erros durante a aquisição das respostas.

A fim de garantir a confidencialidade dos dados e evitar erros amostrais, os participantes foram identificados utilizando o número de inscrição profissional fornecido pela instituição, sendo omitido o nome e quaisquer características que pudessem identifica-los, respeitando o anonimato dos participantes.

O questionário continha noventa e três perguntas estruturadas sobre as condições de vida dos profissionais, hábitos de vida e saúde, condições de trabalho, cargas mentais e capacidade para o trabalho (Apêndice 2). As respostas foram agrupadas em um banco de dados em formato DBF e foram submetidos a um tratamento estatísticos para verificar diferenças, associações e relações entre as variáveis, conforme será descrito posteriormente neste capítulo.

O questionário para coleta de dados foi elaborado utilizando diferentes instrumentos de pesquisa já citados por outros autores em estudos anteriores, alguns padronizados e validados para Língua Portuguesa.

Os questionários que levantaram informações sobre as condições de vida, hábitos de vida e condições de trabalho foram elaborados de acordo com instrumentos já utilizados em pesquisas com profissionais de saúde por Borges (2006).

Os questionários que investigaram capacidade para o trabalho e cargas mentais foram traduzidos e validados para uso no Brasil (ALVES *et al.*, 2004; KARASEK, 1985; MARTINEZ *et al.*, 2009)

Alguns participantes do estudo retornaram o e-mail enviado com o convite relatando sua experiência para responder o questionário. Informaram que o tempo de resposta durou cerca de 20 a 30 minutos dependendo do sinal de internet do local, e relataram que muitas vezes esse problema técnico aumentou o tempo de resposta. Também descreveram que em muitas perguntas, conforme clicavam na resposta, eram redirecionados para novas perguntas relacionadas aquela resposta, e nesse processo de alternar páginas acabavam se perdendo, tendo que reiniciar o questionário.

Os itens que compunham os questionários utilizados serão descritos a seguir.

### **6.5.1 Itens sobre Condições de Vida**

Para poder caracterizar a população estudada quanto as variáveis sociodemográficas, o questionário foi composto de 38 questões (Apêndice 2: 01-38) elencadas com base no questionário utilizado por Borges (2006). As principais variáveis foram: idade, sexo, categoria profissional, tipo de vínculo institucional, escolaridade, estado civil, número de filhos, trabalho do cônjuge, renda familiar, realização de trabalho doméstico e hábitos de lazer.

### **6.5.2 Itens sobre Hábitos de Vida e Saúde**

O questionário que avaliou hábitos de vida e saúde foi elaborado com 10 perguntas (Apêndice 2: 39-49) que continham subitens utilizados para levantar dados sobre a prática de atividades física, consumo de cafeína, bebidas alcóolicas, cigarro e outras substâncias, hábitos de sono e repouso e uso de medicamentos contínuos.

### **6.5.3 Itens sobre condições de trabalho**

Com intuito de identificar dados sobre o trabalho atual dos profissionais na atenção básica bem como informações sobre trabalhos anteriores, o questionário sobre as condições de trabalho foi composto de 28 questões (Apêndice 2: 50-78). As variáveis de interesse foram: tempo de trabalho, tempo de trabalho na função, caracterização do ambiente de trabalho, exigências físicas e posturais do trabalho, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, número de faltas ao trabalho, causas de faltas ao trabalho, número de horas extras realizadas, treinamento para o trabalho, e tempo de transporte até o trabalho.

### **6.5.4 Itens sobre a Capacidade para o Trabalho**

O questionário que avalia o Índice de Capacidade para o trabalho foi composto de 10 questões (Apêndice 2: 84-93) subdivididas em subitens, que tiveram como objetivo detectar e avaliar como descreve Tuomi *et al.*, (2005) a capacidade para o trabalho a partir da percepção do próprio trabalhador. O autor explica que o questionário, além de ter valor preditivo, pode subsidiar informações que direcionarão a tomada de medidas preventivas no trabalho.

Ilmarinen (2005) relata que o instrumento se tornou um importante indicador por englobar aspectos relativos à saúde física, bem-estar psicossocial, competência individual e condições de trabalho. E ainda oferece facilidades por ser um instrumento simples, de preenchimento rápido, autoaplicável desde que a escolaridade mínima seja o ensino fundamental, e de baixo custo (FISCHER, 2005).

O Índice de Capacidade para o trabalho foi traduzido do inglês para o português, e validado no Brasil por Martinez *et al.*, (2009). É composto originalmente por 7 dimensões, e avaliado utilizando um escore que varia de 7 a 49 pontos conforme as seguintes instruções descritas por Tuomi *et al.*, (2005):

1. Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda vida representada por escore de 0 a 10 pontos conforme assinalado pelo participante;
2. Capacidade para o trabalho em relação a exigências do trabalho, composto por duas questões, uma sobre a capacidade física para o trabalho e outra sobre a capacidade mental para o trabalho. A média ponderada das respostas das 2 questões fornecem um escore de 2 a 10 pontos;
3. Número de doenças atuais auto referidas e diagnosticadas pelo médico, obtido a partir de uma lista de 51 doenças, com um escore que varia de 1 a 7 pontos. Para o cálculo considera-se: 7 pontos – nenhuma doença; 5 pontos – 1 doença; 4 pontos – 2 doenças; 3 pontos – 3 doenças; 2 pontos – 4 doenças e 5 doenças ou mais – 1 ponto.
4. Perda estimada da capacidade para o trabalho causada por doenças. Esta escala varia de 1 ponto que corresponde a opinião do trabalhador se está totalmente incapacitado para trabalhar, até 6 pontos correspondente a não ter doenças ou impedimentos para o trabalho. É uma questão de múltipla escolha onde o participante pode assinalar mais de uma alternativa. Neste caso, para o cálculo do índice é considerado a alternativa de menor valor.
5. Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses: com um escore que varia de 1 a 7 pontos. Para o cálculo considera-se: Nenhuma falta – 5 pontos; até 9 dias – 4 pontos; de 10 a 24 dias – 3 pontos; de 25 a 99 dias – 2 pontos; de 100 a 365 dias – 1 ponto.
6. Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho nos próximos 2 anos. Esta questão apresenta somente 3

alternativas: improvável – 1 ponto; não estou muito certo – 4 pontos; e bastante provável – 7 pontos.

7. Recursos mentais: obtido pela ponderação das respostas de 3 questões com escalas que vão de 0 pontos (nunca) até 4 pontos (sempre). Este item refere-se tanto a vida e ao trabalho em geral. Para calcular o índice deve-se primeiro somar a pontuação das 3 questões desta seção e considerar os valores conforme descritos: soma de 0 a 3 – 1 ponto; soma de 4 a 6 – 2 pontos; soma de 7 a 9 – 3 pontos; soma de 10 a 12 – 4 pontos.

Os resultados dos índices calculados para as sete dimensões do questionário fornecem uma medida da capacidade para o trabalho que varia de 7 a 49 pontos, conforme a pontuação descrita por Tuomi *et al.*, (2005):

- De 7 a 27 pontos: ICT baixo;
- De 28 a 36 pontos: ICT moderado;
- De 37 a 43 pontos: ICT bom;
- De 44 a 49 pontos: ICT ótimo.

Optou-se por classificar os participantes de acordo com o valor obtido no ICT conforme proposto por KUJALA *et al.*, (2005) e utilizado por FISCHER *et al.*, (2007) considerando que a amostra é composta em sua maioria por profissionais jovens. Esta classificação foi mantida para análise dos dados desta pesquisa.

Profissionais com idade < 35 anos:

- Adequado ( $ICT \geq 40$  pontos)
- Inadequado ( $ICT < 40$  pontos)

Profissionais com idade  $\geq 35$  anos:

- Adequado ( $ICT \geq 37$  pontos)
- Inadequado ( $ICT < 37$  pontos)

Também foi utilizada a listagem de doenças apresentadas no próprio questionário para estimar a prevalência de doenças referidas pelos participantes ou com diagnóstico médico confirmado.

## 6.6 TRATAMENTO DESCRITIVO E ESTATÍSTICO DOS DADOS

As análises estatísticas dos dados foram realizadas utilizando o programa computacional R. Um programa de livre manipulação de dados, cálculo e confecção de gráficos estatísticos. O programa é disponibilizado endereço eletrônico <http://www.r-project.org/>.

As variáveis foram submetidas a análise estatística descritiva, obtendo os valores de frequências absolutas de cada variável em estudo. Algumas variáveis apresentam medidas de tendência central e de dispersão. Nem todos os indivíduos responderam a todas as questões, sendo possível que para algumas variáveis a frequência observada seja menor que o total da amostra analisada.

A associação entre a capacidade para o trabalho inadequada e as demais variáveis do estudo foi testada utilizando o teste não paramétrico de Qui-Quadrado de Person, ( $\chi^2$ ), com nível de significância de 5%.

## 7 ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DOS QUESTIONÁRIOS

Neste capítulo apresenta-se a descrição dos resultados obtidos no estudo. A forma de apresentação é dada, principalmente, por meio de tabelas descritiva de frequência dos dados.

A tabela 2 apresenta os valores mínimo, máximo, média, mediana e desvio-padrão.

**Tabela 2** - Análise descritiva da amostra estudada. Profissionais que atuam na atenção básica de saúde 2016 – 2017. Número de indivíduos na amostra (n), valores mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão.

Variável	n	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão
Idade (anos)	79	22	57	33,6	31	7,6
Renda familiar mensal (R\$)	73	1.900,00	18.000,00	7.051,84	6184	3.962,1
Idade em que começou a trabalhar (anos)	78	12	38	18,9	18	4,5
Tempo de trabalho no Centro de Saúde (anos)	73	1	31	7,1	4	7,4
Tempo de trabalho na atenção básica (anos)	53	1	31	9,7	6	8,2

Pelos dados apresentados na Tabela 2 podemos observar que a população participante do estudo é caracterizada como jovem, a média de idade dos profissionais que atuam na atenção básica dos municípios é de 33,6 anos. Observa-se ainda que cada profissional trabalha em média a 9,7 anos na atenção básica de saúde, sendo parte desse tempo, em média 7,1 anos, dedicados ao trabalho no Centro de Saúde.

A tabela 3 apresenta a frequência das características sociodemográficas da amostra.

**Tabela 3** - Características sócio-demográficas da amostra estudada. Profissionais da atenção básica de saúde 2016 – 2017.

Variável	Categorias	n	%
Sexo	Feminino	6	79,
		3	7
	Masculino	1	20,
		6	3
Idade	Entre 20 e 30 anos	3	39,
		1	2
	Acima de 30 anos	4	60,
		8	8
Estado Civil	Solteiro/ divorciado /viúvo	3	40,
		2	5
	Casado / vive com alguém	4	59,
		7	5
Tem filhos sob sua guarda	Sim	4	56,
		3	6
	Não	3	43,
		3	4
Renda Familiar mensal	Menor que R\$ 2.500,00	6	8,2
	R\$ 2.500,00 a R\$ 4.000,00	1	21,
		6	9
	Mais de R\$4.000,00	5	69,
		1	9
Realiza trabalho doméstico	Não realiza	1	15,
		2	2
	Até 8 horas	3	49,
		9	4
Mais que 8 h/semana	2	35,	
	8	4	
Idade em que começou a trabalhar	Menos de 18 anos	3	39,
		1	7
	18 anos ou mais	4	60,
		7	3

A tabela 3 mostra que o sexo feminino constitui a maioria dos participantes da amostra estudada, sendo 79,7% do total. Nota-se que a maioria dos profissionais apresenta idade acima dos 30 anos, sendo 60,8%. Ser casado ou ter um companheiro é característico da amostra estudada correspondendo a 59,5% dos profissionais. Poucos profissionais demonstraram não realizar nenhum trabalho doméstico. A maior parte da amostra começou a trabalhar após os 18 anos.

A seguir a tabela 4 apresenta as variáveis relacionadas ao trabalho.

**Tabela 4** - Características relacionadas ao trabalho. Profissionais da atenção básica de saúde 2016 – 2017.

Variável	Categorias	n	%
Categoria Funcional	Agente Comunitário de Saúde	1	1,3
	Assistente Social	2	2,5
	Atendente de Farmácia	4	5,1
	Cirurgião Dentista Residente	1	1,3
	Dentista	1	1,3
	Enfermeiro	28	35,4
	Farmacêutico	3	3,8
	Fisioterapeuta	3	3,8
	Médico	14	17,7
	Psicólogo	2	2,5
	Tec. Enfermagem	20	25,3
Horário de Trabalho (horas por dia)	Até 6 horas	15	19,5
	De 6 a 12 horas	58	75,3
	Mais de 12 horas	4	5,2
Vínculo empregatício	Concursado	54	70,1
	Contratado	23	29,9
Tempo de trabalho na Unidade de Saúde	Menos que 5 anos	37	50,7
	Mais que 10 anos	36	49,3
Tem outro emprego	Sim	19	24,1
	Não	60	75,9



Horas trabalhadas por semana	Até 40 horas	24	31,2
	Mais de 40 horas	53	68,8
Acidentes de trabalho sofridos no trabalho	Nenhum	4	23,5
	Um	6	35,3
	Dois	5	29,4
	Três ou mais	2	11,8
Recebe adicional de insalubridade	Sim	64	81,0
	Não	15	19,0
Conflitos com superiores	Nunca / Às vezes	53	68,8
	Frequentemente/sempre	17	22,1
	Não se aplica	7	9,1
Conflito com colegas	Nunca / Às vezes	53	67,9
	Frequentemente/sempre	19	24,4
	Não se aplica	6	7,7
Trabalho exige esforço mental	Sim	67	89,3
	Não	8	10,7

Podemos verificar através da tabela 4 que a categoria profissional dos Enfermeiros foi a mais expressiva dentre os participantes do estudo, compondo um total de 35,4%. Se observa também que 75,3% dos participantes da amostra trabalha entre 6 a 12 horas por dia e mais de 40 horas por semana, sendo 68,8% do total. Apenas 5,2% do total dos profissionais da amostra alegaram ter uma jornada de trabalho superior a 12 horas. A maioria dos profissionais, um total de 70,1% tem vínculo concursado com a instituição e pouco mais que a metade da amostra demonstra trabalhar menos de 5 anos na unidade de saúde, sendo 50,7% do total.

Somente 24,1% tem outro emprego e 68,8% alegam trabalhar mais de 40 horas semanais.

Com relação aos conflitos no ambiente de trabalho, ainda a maioria dos profissionais relataram que nunca tem conflito com os superiores, sendo 55,8% do total, no entanto 22,1% relatam que tem conflitos frequentemente ou sempre.

Quando perguntados sobre a existência de conflitos com colegas de trabalho, o percentual se mantém próximo quanto aos que

nunca tiveram conflitos (59%) e os que tem frequentemente e sempre (24,4).

A grande maioria dos entrevistados relatou que o trabalho exige esforço mental, sendo 89,3% do total.

A seguir a tabela 5 apresenta as variáveis relacionadas aos hábitos e estilo de vida dos profissionais da amostra.

**Tabela 5** - Características relacionadas aos hábitos e estilo de vida. Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017.

Variável	Categorias	n	%
Fumante	Sim	5	6,3
	Não	62	78,5
	Ex-fumante	12	15,2
Tempo de fumante	Até 5 anos	2	40,0
	Mais que 5 anos	3	60,0
Álcool	Sim	42	53,2
	Não	37	46,8
Café	Sim	69	87,3
	Não	10	12,7
Prática regular de exercício físico	Sim	32	40,5
	Não	47	59,5

Verifica-se que 78,5% dos questionados alegou não ser fumante, contudo 53,2% alegou que consome bebidas alcoólicas. O consumo de cafeína é expressivo sendo que 87,3% dos questionados alegou ter o hábito de consumir algum tipo de café. Tampouco a prática regular de exercícios físicos é feita pela maioria da amostra, somente 40,5% dos participantes alegaram realizar atividades físicas regularmente.

A tabela 6 apresenta as características relacionadas a saúde dos profissionais entrevistados, como uso de medicamentos e distúrbios do sono.

**Tabela 6** - Características relacionadas à saúde. Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017.

Variável	Categorias	n	%
Uso de calmantes ou ansiolíticos	Sim	10	12,8
	Não	68	87,2
Medicamento de uso contínuo	Sim	31	39,2
	Não	48	60,8
Sonolência durante o trabalho	Sim	65	83,3
	Não	13	16,7
Distúrbios do sono	Sim	26	38,8
	Não	41	61,2
Percepção sobre a própria saúde	Regular	6	7,6
	Boa	57	72,2
	Excelente	16	20,3

De acordo com os resultados apresentados na tabela 4, uma pequena proporção dos profissionais da amostra estudada faz uso de calmante ou ansiolítico, 12,8%. Já para os medicamentos de uso contínuo, o total de profissionais que fazem uso sobe para 39,2%. Uma proporção um pouco menor apresentou problemas de distúrbios do sono, sendo 38,8% do total. Por outro lado, 83% da população estudada relatou sonolência durante o trabalho. Contudo, 92,5% alegaram ter uma percepção boa e excelente de sua própria saúde, o que é um indicativo de que as pessoas consideram que estão com boa saúde.

## 7.1 PREVALÊNCIA DE DOENÇAS RELATADAS PELOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA

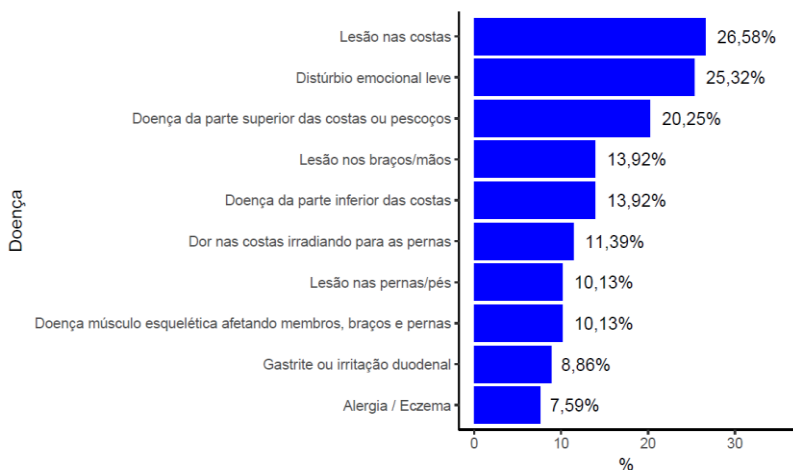
Baseado nas respostas obtidas através do questionário relativo ao ICT foi possível estimar as prevalências das doenças confirmadas por diagnóstico médico e das doenças auto referidas pelos profissionais da atenção básica. As figuras 2 e 3 mostram as doenças relatadas pelos profissionais através do questionário do ICT.



**Figura 1** - Prevalência de doenças relatadas com diagnóstico médico confirmado. Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017

É possível observar, de acordo com os resultados apresentados na figura 2, que a maior prevalência de doenças confirmadas por diagnóstico médico se refere a lesões nas costas e seguida por lesões nos braços e/ou mãos com e distúrbio emocional leve com 8,86% de relatos. Logo aparecem doença dos rins com 7,59% do total. Dor nas costas irradiando para as pernas, hipertensão arterial e infecções do trato respiratório aparecem com 6,33% dos relatos. Doença da parte superior das costas ou pescoço, parte inferior das costas e sinusite crônica foram citadas 5,06% como sendo diagnosticadas pelo médico.

A figura 3 apresenta as doenças relatadas pelos questionados de acordo com a opinião própria, ou seja, sem diagnóstico médico, mas que eles acreditavam estar sendo acometidos no momento em que responderam ao questionário.



**Figura 2** - Prevalência de doenças relatadas de acordo com opinião própria dos profissionais. Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017.

Assim como nas doenças com diagnóstico médico confirmado, os problemas relacionados a lesão nas costas e distúrbio emocional leve foram as doenças mais auto referidas pelos profissionais, porém com uma frequência muito maior, sendo quase 26% dos profissionais com a queixa de cada doença.

Em comparação com o diagnóstico médico em que apenas 5% dos profissionais tinham doenças das costas e do pescoço aqui 20,25% alegam ter o problema. É possível verificar um aumento na frequência das respostas em lesão nos braços e/ou mãos, doença na parte inferior das costas e dor nas costas irradiando nas pernas. Algumas doenças que aparecem entre os profissionais são doença músculo esquelética afetando membros, braços e pernas, gastrite ou irritação duodenal e alergia, eczema.

As figuras se construíram utilizando a mesma escala para facilitar a visualização das frequências referentes às doenças que foram efetivamente diagnosticadas pelo médico e as doenças segundo a opinião dos profissionais questionados. É possível identificar que a frequência de respostas de doenças auto referidas conforme a opinião própria é, em alguns casos, maior que as diagnosticadas pelo médico e aparecem doenças auto referidas sem diagnóstico médico, mas existentes na opinião dos profissionais. Uma justificativa possível para esta distorção pode ser devido a que os profissionais, a pesar de sentirem

os sintomas de alguma doença ou dor específica não procurem um médico para um diagnóstico preciso ou realizar um tratamento, contudo, apresentam sintomas ou dores e alegam ter as doenças auto referidas sem diagnóstico médico.

## 7.2 ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT) NOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Por se tratar de uma amostra de profissionais com idade média de 33 anos, o ICT apresentado pelos profissionais que atuam na Atenção Básica foi calculado de acordo com Kujala *et al.*, (2005) e é apresentado na tabela 7.

**Tabela 7** - Distribuição da classificação do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) da amostra estudada, em relação à idade. Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017

Capacidade para o Trabalho (ICT)	Trabalhadores com idade < 35 anos	%	Trabalhadores com idade ≥ 35 anos	%	TOTAL
ICT adequado	29	55,8	23	44,2	52
ICT inadequado	20	74,1	7	25,9	27

Em ambas as categorias de idade, observa-se que a maior proporção de profissionais apresentou ICT adequado. O ICT adequado e inadequado apresenta maior proporção entre os profissionais com menos de 35 anos. Contudo o ICT inadequado é mais proeminente entre os mais jovens sendo 74,1% do total contra 25,9% dos profissionais com 35 anos ou mais.

### 7.2.1 Fatores associados ao ICT entre os profissionais que atuam na atenção básica

Através dos questionários aplicados aos profissionais da atenção básica foi possível a coleta de informações de interesse. Estas informações foram testadas através do uso de variáveis com o ICT

calculado para cada profissional a fim de verificar possíveis associações entre si. As tabelas 8 a 10 a seguir apresentam os resultados para o teste Qui-quadrado de Pearson que foi utilizado com o objetivo de testar essas associações. As frequências são apresentadas na tabela conforme a linha.

**Tabela 8** - Principais variáveis associadas com o ICQ referentes às condições de vida, resultado do teste Qui-Quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ). Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017.

Variável	ICT				p( $\chi^2$ )
	Adequado	%	Inadequado	%	
Sexo					
Feminino	40	63,5	23	36,5	0,56
Masculino	12	75,0	4	25,0	
Idade					
Entre 20 e 30 anos	21	67,7	10	32,3	0,81
Acima de 30 anos	31	64,6	17	35,4	
Categoria Profissional					
Agente Comunitário de Saúde	1	100,0	0	0,0	0,10
Assistente Social	1	50,0	1	50,0	
Atendente de Farmácia	1	25,0	3	75,0	
Cirurgião Dentista Residente	1	100,0	0	0,0	
Dentista	1	100,0	0	0,0	
Enfermeiro	14	50,0	14	50,0	
Farmacêutico	3	100,0	0	0,0	
Fisioterapeuta	1	33,3	2	66,7	

Médico	11	78,6	3	21,4	
Psicólogo	2	100,0	0	0,0	
Tec. Enfermagem	16	80,0	4	20,0	
<hr/>					
Tipo de vínculo institucional					
Concursado	35	64,8	19	35,2	0,80
Contratado	16	69,6	7	30,4	
<hr/>					
Carga horária semanal					
Até 6 horas	12	80,0	3	20,0	
De 6 a 12 horas	37	63,8	21	36,2	0,37
Mais de 12 horas	2	50,0	2	50,0	
<hr/>					
Situação conjugal					
Casado/ vive com alguém	32	68,1	15	31,9	0,64
Solteiro/divorciado/viúvo	20	62,5	12	37,5	
<hr/>					
Estuda atualmente					
Sim	16	66,7	8	33,3	0,79
Não	36	72,0	14	28,0	
<hr/>					
Tem filhos sob sua guarda					
Sim	24	55,8	19	44,2	0,05
Não	26	78,8	7	21,2	
<hr/>					
Renda Familiar					
Menor que R\$2500	4	66,7	2	33,3	
R\$2500 a R\$4000	10	62,5	6	37,5	0,78
Mais do R\$4000	36	70,6	15	29,	



De acordo com os resultados obtidos no teste Qui-quadrado de Pearson apresentado na tabela 8, que se refere as variáveis sobre condições de vida dos profissionais questionados, das variáveis que poderiam interferir no índice de capacidade de trabalho nenhuma se mostrou significativa. A variável tem filhos sob sua guarda tem p-valor 0,05, ou seja, igual ao nível de significância considerado para o teste de hipóteses, e neste caso não se considera significativo. Contudo, esta é a variável que mais se aproxima do resultado significativo. Ainda assim, considera-se que para as análises aqui realizadas as variáveis referentes às condições de vida não estão associadas ao ICT.

A tabela 9 apresenta as variáveis referentes aos hábitos de vida dos profissionais.

**Tabela 9** - Principais variáveis associadas com o ICQ referentes a hábitos de vida e saúde, resultado do teste Qui-Quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ). Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017.

Variável	ICT				p( $\chi^2$ )
	Adequado	%	Inadequado	%	
Pratica atividade física					
Não	28	59,6	19	40,4	0,23
Sim	24	75,0	8	25,0	
Uso de álcool					
Sim	29	69,0	13	31,0	0,64
Não	23	62,2	14	37,8	
Uso de cigarro					
Ex-fumante	12	100,0	0	0,0	0,01
Não	37	59,7	25	40,3	
Sim	3	60,0	2	40,0	
Toma remédio para dormir					

Sim	10	62,5	6	37,5	0,77
Não	42	66,7	21	33,3	
<hr/>					
Sente sonolência durante o trabalho					
Sim	40	61,5	25	38,5	0,20
Não	11	84,6	2	15,4	
<hr/>					
Faz uso de medicação contínua					
Não	36	75,0	12	25,0	0,05
Sim	16	51,6	15	48,4	
<hr/>					
Distúrbios do sono					
Não	30	73,2	11	26,8	0,07
Sim	13	50,0	13	50,0	
<hr/>					

Para os hábitos de vida dos profissionais existe significância estatística em uso de cigarro. A variável faz uso de medicação contínua ficou igual ao nível de significância considerado, ou seja, não se considera significativo, mas é o resultado mais próximo do nível de significância nesta tabela depois de uso de cigarro.

A tabela 10 apresenta as variáveis referentes às condições de trabalho.

**Tabela 10** - Principais variáveis associadas com o ICQ referentes às condições de trabalho, resultado do teste Qui-Quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ). Profissionais da atenção básica de saúde 2016-2017.

Variável	ICT				p( $\chi^2$ )
	Adequado	%	Inadequado	%	
Tempo de trabalho no centro de saúde					
Menos que 5 anos	22	59,5	15	40,5	0,18
Entre 5 e 10 anos	10	55,6	8	44,4	
Mais que 10 anos	15	83,3	3	16,7	
Tempo de trabalho na atenção básica					
Menos que 5 anos	9	52,9	8	47,1	0,31
Entre 5 e 10 anos	11	61,1	7	38,9	
Mais que 10 anos	14	77,8	4	22,2	
Exigência mental no trabalho					
Sim	48	67,6	23	32,4	0,60
Não	2	50,0	2	50,0	
Realiza horas extras					
Não	26	63,4	15	36,6	0,81
Sim	26	68,4	12	31,6	
Acidentes de trabalho					
Nenhum	2	40,0	3	60,0	0,83
Um	3	75,0	1	25,0	
Dois	1	50,0	1	50,0	

Três ou mais	4	66, 7	2	33, 3	
<hr/>					
Tem outro vínculo empregatício					
Não	41	68, 3	19	31, 7	0,42
Sim	11	57, 9	8	42, 1	

O resultado da realização do teste de hipóteses referente a estas variáveis também não resultou significativo. Ou seja, às condições de trabalho não estão associadas ao resultado do ICT.

A única variável que mostrou associação com o ICT foi o uso de cigarro, e as variáveis mais próximas ao nível de significância considerado na análise foram as relativas aos hábitos de vida e saúde. Pode-se considerar que para esta amostra manter uma boa saúde e hábitos de vida saudáveis influenciam em uma boa capacidade para o trabalho.

## 8 DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu verificar como está configurada a equipe de atenção básica nos serviços de saúde, e como acontecem os processos de trabalho considerando a forma de organização do serviço e o perfil de saúde dos profissionais, com foco na capacidade para o trabalho.

Foi evidenciado na pesquisa uma predominância de profissionais do sexo feminino atuando no serviço. Estudo realizado anteriormente por Cotta (2006), descrevendo o perfil dos profissionais que atuam na atenção básica de um município de Minas Gerais também destaca a predominância de profissionais mulheres nestas equipes.

Outro estudo realizado por Marsiglia (2011) que também caracterizava o perfil dos trabalhadores da atenção básica detectou que 79,4% dos membros das equipes eram mulheres independentemente do modelo de organização da unidade.

De acordo com Dias (2015) as mulheres são a principal força de trabalho da saúde. Representam 65% dos mais de 6 milhões de profissionais ocupados no macro setor, tanto nas atividades diretas de assistência, quanto nas atividades indiretas, como produção e comercialização de produtos, ensino e pesquisa, e saneamento básico.

Como na atenção básica o vínculo de cuidado com a família é um fator de extrema importância para o trabalho, confirma-se o que aponta Pastore *et al.*, (2008) quando fala que o setor da saúde tem se caracterizado pela forte existência da divisão sexual do trabalho predominantemente realizado por mulheres que atuam nas funções voltadas essencialmente ao cuidar, como um fenômeno naturalizado por origens biológicas e/ou culturais.

Isso fica evidente no presente estudo considerando a prevalência de mulheres entre os profissionais pesquisados. Para Girardi e Carvalho (2002) a feminização encontrada entre os profissionais da saúde, principalmente os da Estratégia de Saúde da Família são compatíveis com os de pesquisas de outros autores, que revelam esse fator como uma das tendências do trabalho em saúde.

Neste sentido, a presença majoritária de mulheres já era esperada, devido a existir culturalmente uma segmentação por sexo no mercado de trabalho em saúde, principalmente pelas ações de cuidar serem atividades consideradas tipicamente femininas.

Embora outros estudos já publicados evidenciem uma relação entre o ICT e o sexo dos profissionais, no presente trabalho este dado não se mostrou significativo. Podemos encontrar na literatura vários

estudos que descrevem maior prevalência de ICT inadequado entre as mulheres que atuam em outras áreas da saúde como descrito por Marqueze e Moreno (2009). Todavia, o mesmo não foi evidenciado nesta pesquisa para o campo da Atenção Básica, pois os dados apontam que a maioria dos profissionais de ambos os sexos masculino e feminino possuem ICT adequado. Mas, quando avaliamos o percentual de profissionais com ICT inadequado, observa-se como apontam outras pesquisas maior percentual entre as profissionais do sexo feminino, o que pode se justificar considerando uma amostra predominantemente feminina.

Quanto ao estado conjugal, observou-se predomínio de trabalhadores casados ou que vivem com companheiro. Associado ao predomínio do sexo feminino entre os profissionais, o estado conjugal representa, muitas vezes, uma dupla jornada de trabalho para as mulheres que atendem as obrigações profissionais, do trabalho doméstico e o cuidado com os filhos. Essa dupla jornada pode acarretar desgaste, tanto físico quanto mental, principalmente quando compromete a vida sócio-familiar do trabalhador.

Todavia, os resultados do estudo não demonstraram relação significativa entre essa variável e a capacidade para o trabalho, uma vez que os resultados descrevem maior prevalência de ICT adequado tanto para os profissionais solteiros quanto para os casados ou que vivem com companheiros. Diferentemente desta pesquisa, outros estudos apontam que pessoas que vivem com companheiro tendem a apresentar menores índices de capacidade para o trabalho em relação àquelas que vivem sozinhas sugerindo que o indivíduo possa ter demanda extra com a família (MARTINS, 2002).

Outro resultado observado no estudo, é que a maioria dos profissionais que atuam na atenção básica são jovens considerando sua média de idade. Interessante é que os dados que descrevem o ICT inadequado, apontaram uma prevalência entre os profissionais mais jovens considerando a amostra total do estudo.

A idade é considerada um fator importante no comprometimento da saúde, todavia, é preciso compreender que indivíduos jovens também podem adoecer e que nem todas as doenças e agravos à saúde comprometem a capacidade funcional, permitindo que muitos trabalhadores jovens desempenhem suas funções laborais na presença de doenças, além de algumas doenças e agravos serem preveníveis (CORDEIRO; ARAÚJO, 2017).

Tuomi e Ilmarinen (1997) relatam que aos 30 anos, o indivíduo atinge o máximo do desenvolvimento intelectual, sensorial e motor,

podendo alcançar a excelência no seu desempenho; porém, as adversidades tanto na vida quanto no trabalho podem antecipar o envelhecimento fisiológico e afetar a capacidade para o trabalho.

Ilmarinen (2005), recomenda a implementação de pesquisas sobre a capacidade para o trabalho nos países em desenvolvimento com trabalhadores jovens, pois considera que as condições de vida e de trabalho nesses países são menos adequadas.

Quanto as características relacionadas ao trabalho, na distribuição das categorias profissionais, os enfermeiros correspondem a maior parte dos participantes do estudo, seguidos de técnicos em enfermagem e médicos. Conforme Gomes; Oliveira e Sá (2007), os profissionais de enfermagem representam o maior quantitativo de funcionários em instituições de saúde.

Mesmo não identificando nesta pesquisa, relação significativa entre a categoria profissional e a capacidade para o trabalho principalmente para os profissionais de enfermagem, destaca-se o que relata Silva *et al.*, (2011) sobre a importância de discutir periodicamente quanto as consequências das condições insatisfatórias do trabalho destes profissionais relacionadas a fatores como ausência de períodos de descanso; períodos de trabalho incômodos ou fatigantes e; o fato da equipe de enfermagem não ser ouvida quanto ao planejamento e à tomada de decisões acerca da prática profissional, do ensino e das condições de trabalho.

Entende-se como apontam os autores acima citados que esses problemas também são uma realidade nos serviços de saúde, e foram ao longo dos anos sendo agravados pela crise socioeconômica e pelos recentes processos de transformações do trabalho no mundo que vêm interferindo direta e negativamente na saúde dos trabalhadores.

Observou-se no estudo predominância de profissionais com vínculo concursado na instituição. No que tange a relação entre vínculo de trabalho e escores de ICT, tanto os profissionais concursados quanto os contratados apresentaram ICT adequado. De acordo com Linhares (2017), a estabilidade no cargo é a principal razão pela qual os trabalhadores optam pelo serviço público revelando maiores chances de ter uma capacidade adequada para o trabalho. No entanto, há casos em que a estabilidade está associada a descompromisso, desmotivação e mau desempenho, conforme revela o estudo de Pires e Macêdo (2006).

É importante frisar que parte dos servidores contratados pelas instituições de atenção básica de municípios de pequeno porte possuem função de chefia ou cargos por nomeação política, o que lhes confere um grau maior de responsabilidade e de status na organização. Estes

fatores podem estar contribuindo para que a relação de não estabilidade no emprego seja um fator que estimula o indivíduo contratado a apresentar uma adequada capacidade para o trabalho.

Outro dado importante que contribuiu para o predomínio de capacidade adequada para o trabalho está relacionado ao fato de a maioria dos profissionais não possuir outro vínculo empregatício. Em um estudo com enfermeiras, Fischer *et al.*, 2005 relatam que o número de horas trabalhadas na semana em dois empregos pode ser agravante para o ICT inadequado. Isto pode acarretar em maior desgaste físico e mental, levando o trabalhador a não ter a mesma disposição para o trabalho (MARQUEZE; MORENO, 2009; SILVA JUNIOR *et al.*, 2011).

Para avaliação das demandas cognitivas entre os profissionais da atenção básica, foram questionados quanto as exigências mentais do trabalho. De uma maneira significativa, observou-se que elas desempenham um papel importante pois interferem no contexto das tarefas realizada por esses profissionais já que a maioria relata que o trabalho exige esforço mental.

Para Silva e Menezes (2008), essas demandas ocorrem em função do tipo de trabalho prestado pelos profissionais da atenção básica, pois possuem responsabilidades decorrentes do atendimento integral que deve ser ofertado à população, bem como pelas exigências de ações intersetoriais que articulam o trabalho executado a outros níveis de complexidade no sistema de saúde.

Além disso, esses trabalhadores vivenciam na prática diária, níveis excessivos de responsabilidades somados ao tempo insuficiente para planejar e preparar a assistência, além de interrupções constantes no seu processo de trabalho (CARVALHO *et al.*, 2016).

Desse modo, considerando as altas cargas de trabalho a que estão submetidos, entende-se esse processo com um potencial gerador de estressores que alteram a saúde dos trabalhadores, dificultam seu relacionamento na equipe de trabalho, reduzem a produtividade, favorecem o adoecimento físico e mental.

Isso é constatado na prevalência de doenças relatadas e confirmadas pelos participantes do estudo. Os resultados mostram que as lesões principalmente em região cervical das costas, e membros superiores e os distúrbios emocionais leves são predominantes.

Lima (2010) descreveu em pesquisa que avaliou o estresse entre os trabalhadores da saúde, que a sintomatologia mais relatada pelos profissionais se referiu a dores musculares principalmente em região cervical das costas e ansiedade.



Para a mesma autora, dentre as causas relatadas pelos profissionais que tornam o processo de trabalho estressante, estão a carga de trabalho e a falta de tempo para lazer; falta de tempo para o cuidado consigo mesmo e qualidade de vida relacionado aos hábitos de sono e repouso; dupla jornada de trabalho, falta de condições de trabalho e ambivalência relacionada ao tempo trabalho vs atenção à família.

Araújo *et al.*, (2003) salientam que as demandas contínuas com diminuição do tempo para descanso e relaxamento implicam dificuldades de recuperação do organismo e aumentam as chances de ocorrência dos sintomas musculoesqueléticos, desencadeados pelas atividades laborais e transtornos mentais.

Para Siqueira *et al.*, (2013) os profissionais de saúde da atenção básica, deparam-se em seu cotidiano com conflitos familiares e sociais, bem como o estresse da violência urbana e das áreas rurais, afetando-lhes diretamente devido às condições de trabalho e à peculiaridade de suas atividades.

Os autores acima citados consideram que o estresse assume um papel ameaçador frente às condições de trabalho, e apontam que o potencial dos estressores nas atividades desenvolvidas por esses profissionais estão relacionados principalmente a conflitos intragrupais.

O profissional que atua na atenção básica está submetido à influência de diversos estressores que podem forçar o trabalhador, na ponta desse sistema, a se adequar às demandas do serviço. Assim, Carvalho e Malagris (2007) citam que é importante avaliar e acompanhar a saúde desses profissionais, como também propor espaços de trocas de experiências, resoluções de conflitos e solução de problemas advindos do cotidiano.

Embora as pesquisas descrevam a interferência das relações interpessoais como fator estressor para o profissional influenciando na capacidade para o trabalho, isto não é confirmado no presente estudo, uma vez que os dados não apontam significância estatística entre as exigências de esforço mental com a capacidade inadequada para o trabalho.

O relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho das unidades de saúde de municípios de pequeno porte, na grande maioria das ocupações, envolve interações entre pessoas, sejam entre colegas de mesmo nível hierárquico, superiores e subordinados, seja entre profissionais e pacientes, pois devido ao menor número de usuários do serviço, as equipes também são estruturadas em menor número e centralizadas em pequenas unidades.

Nessa lógica de estruturação, o trabalho em equipe que se desenvolve nestes locais permite uma melhor comunicação entre os profissionais e possibilita um processo de interação e de articulação das intervenções técnicas justificando as taxas de prevalência da adequada capacidade para o trabalho.

Os resultados apresentados no estudo demonstram que a maioria dos profissionais apresentaram ICT adequado. Estudo realizado por Freire (2015) buscando avaliar a capacidade para o trabalho de enfermeiros da atenção básica verificou que 66,31% dos profissionais estudados apresentavam boa ou ótima capacidade para o trabalho. Outro estudo realizado por Moreira *et al.* (2009), constatou a capacidade para o trabalho teve bom índice entre os profissionais.

Destaca-se na análise que mesmo com a prevalência de ICT adequado para os profissionais investigados é importante realizar ações de intervenções para melhorar a capacidade para o trabalho dos trabalhadores que apresentaram ICT inadequado e prevenir danos à saúde destes profissionais.

Observou-se que a única variável que apresentou associação significativa com a capacidade para o trabalho foi o uso de cigarros. Estudo realizado por Ferreira (2002) salienta que a capacidade de trabalho dos fumantes é reduzida em relação aos não fumantes devido a nicotina contribuir para redução da capacidade funcional respiratória, aumento do risco de doenças cardíacas e respiratórias e aumento da fadiga para executar qualquer esforço.

De maneira geral, os estudos que contemplam as questões do estilo de vida em relação à capacidade para o trabalho, privilegiam uma concepção de estilo de vida compatível com as definições da Organização Mundial de Saúde no que diz respeito a adoção de hábitos saudáveis, com ênfase em questões como prática de atividade física, consumo de bebidas alcóolicas, tabagismo e obesidade (WHO, 1999).

Salazar (2014) destaca que o consumo do tabaco se constitui um importante problema de saúde pública, pois, além de gerar ônus no sistema de saúde, também causa sérios danos ao indivíduo, o que repercute em sua vida familiar, social e econômica e pode interferir nas relações pessoais e na capacidade para o trabalho.

Considera-se importante que as instituições de saúde da atenção básica elaborem estratégias que visem manter à da saúde do trabalhador e a prevenção de doenças e aumentar a capacidade de trabalho, ações que são estabelecidas da promoção e sensibilização dos profissionais para o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis.

Considerando que as condições de trabalho na atenção básica não estão relacionadas com a capacidade para o trabalho inadequada, destaca-se como de extrema relevância o que descreve Martinez, Latorre e Fischer (2009), quando relatam que a manutenção da capacidade para o trabalho tem consequências positivas na determinação da saúde, bem-estar e empregabilidade dos profissionais, com benefícios para as organizações e para sociedade em função de seus impactos sobre a capacidade para o trabalho e sobre os custos sociais decorrentes das pensões por incapacidade e da assistência às doenças.



## 9 CONCLUSÕES

Considerando os resultados obtidos no presente estudo, percebe-se a necessidade de promover ações de manutenção da capacidade para o trabalho dos profissionais da atenção básica, bem como, buscar constantemente restaurar e melhorar a capacidade para o trabalho dos profissionais que apresentaram capacidade para o trabalho inadequada.

As condições de trabalho na atenção básica não mostraram significância estatística na promoção da capacidade para o trabalho adequada, embora muitos estudos apontem relação entre estas variáveis, demonstrando que para manutenção desta capacidade o olhar da instituição bem como do trabalhador deve estar voltado para atividades que valorizem os hábitos e estilos de vida saudável para estes profissionais, e não somente as condições de trabalho.

Desse modo, a avaliação da capacidade para o trabalho por meio do ICT tem sido de grande relevância para o campo da saúde do trabalhador, por subsidiar ações e estratégias de prevenção e promoção da capacidade para o trabalho que estejam de acordo com a realidade dos profissionais e possa se adequar as exigências organizacionais do próprio trabalho, colaborando tanto para a saúde do trabalhador quanto para a redução de custos das organizações.



## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 03, n. 1, p. 01-03. Jan-jun. 2007. Disponível em: <<http://www.uffb.br/promocaodasaude/informe>>. Acessado em: 25 jan. 2015.

ABRANCHES, S. S. **A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde**. 2005. f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ALBUQUERQUE, F. J. B.; MELO, C. F.; ARAÚJO NETO; J. L. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 2012; v.25, n.3: p.542-549.

ALVES, Márcia Guimarães Mello *et al.* Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n. 2, p. 164-171, 2004.

ANDRADE, C. B.; MONTEIRO, M. I. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 237-244, 2007.

ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Praxis**, Volta Redonda, v. 3, n. 6, ago. 2011.

ARAÚJO, Gleide Santos; *et al.* **Perfil dos Trabalhadores de Enfermagem Acompanhados pela Equipe Multiprofissional de Saúde Mental**. COVIMBRA: Congressos Totalmente Online. 2013. Disponível em:<[http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/80/2013\\_80\\_7620.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/80/2013_80_7620.pdf)> Acessado em: 16 mai. 2015.

ARAÚJO, T.M.; Aquino, E; Menezes, G; Santos; C.O.; Aguiar, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre

trabalhadoras de enfermagem. **Revista Saúde Pública**. 2003; v.4, n.37: p.424-33.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços**. Brasília, DF: The World Bank; 2011.

BELTRAME, M. R. S. **Capacidade de trabalho e capacidade de vida em trabalhadores de indústria**. Dissertação de Mestrado. UFRG, Porto Alegre, 2009.

BELLUSCI, S.M. & FISCHER, F.M. (1999). Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.6, p.602-609.

BONI, Gabriel. *et al.* Desenvolvimento de um Software de Coleta de Dados para Pesquisas de Campo Através de Dispositivos Móveis. Bauru: **Sociedade Brasileira de Informática em Saúde**. UNESP, 2006.

BORGES, Flávio Notarnicola da Silva. **Trabalhadores de Enfermagem: compreendendo condições de vida e trabalho e ritmos biológicos**. 2006. 288p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BRAGA, Ludmila Candida *et al.* Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de Botucatu (SP). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, supl.1: p.1585-1596, 2010.

\_\_\_\_\_. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e Saúde Coletiva** [Internet]. 2010; v.15, supl.1: p.1585-1596. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700070&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700070&script=sci_abstract&tlng=pt). Acessado em 25 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu - SP**. 143p. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista - UNESP. Botucatu - SP, 2007.



BRASIL. IBGE. **Santa Catarina infográficos: dados gerais do município.** Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=420120> Acesso em 13 de ago de 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços 143 correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) Acesso em: 20 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em . Acesso em: 20 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde – CNES.** Recursos Humanos. Enfermeiros dos Centros de Saúde de Florianópolis cadastrados até agosto de 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02sc.def>. Acessado em: 22 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Programa saúde da família.** n. 5, Brasília; 2002.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias ; colaboradores Idelberto Muniz Almeida *et al.* – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114).

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de

diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial [da União], Brasília, DF, p. 71, 29 mar. 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas.** In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). Muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 253-292.

CALDAS, S. *et al.* Envelhecimento funcional precoce dos trabalhadores de uma lavanderia sob o enfoque dos riscos físicos e ergonômicos. **INGEPRO – Inovação, Gestão e Produção**, v. 3, n. 8, p. 21-31, 2011.

CHANG YC, Chensea MJ, Jang Y, Wang GJD. A simple selfrating assessment method of residual work capability for occupational permanent disabilities. **American Journal of Industrial Medicine.** 2000; v.38: p.539–547.

CARVALHO, Dannielia Britto de; ARAÚJO, Tânia Maria de; BERNARDES, Kionna Oliveira. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.** 2016; v.41, n.17.

CARVALHO, L., & MALAGRIS, L. E. N. (2007). Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **Estudo e Pesquisa em Psicologia**, v.7, n.3, p.570-582.

CAVASSANI, Amarildo Pereira *et al.* **Qualidade de vida no trabalho: fatores que influenciam as organizações.** XIII SIMPEP – Bauru, SP, Brasil, 06-08 nov. 2006.

CHIODI, Mônica Gonagamba; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Qualidade de vida no trabalho: fatores que influenciam as organizações. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2006, v.19, n.2: p.212-217.

COSTA, Taiza Florêncio; FELLI, Vanda Elisa Andrés. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 501-508, ago. 2005.

COTTA, Rosângela M.M. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2006; v.15 n.3: p.7-18.

CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro; ARAÚJO, Tânia Maria de. Prevalência da capacidade para o trabalho inadequada entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. **Revista brasileira de medicina do trabalho**; v.15 n.2: p. 150-157, abr.-jun. 2017. Disponível em [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/848122/rbmt-v15n2\\_150-157.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/848122/rbmt-v15n2_150-157.pdf) Acesso em 26 de outubro de 2017.

DAL PAI D, Lautert L. O trabalho em urgência e emergência e a sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2008; v.16: p.12-9.

DAUBERMANN, D. C.; TONETE, V. L. P. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2012; v.25, n.2: p.277-83.

DIAS, Bruno C. **A mulher na Saúde**: visões de cinco pesquisadoras [Artigo de internet], 2015; Disponível em <<https://pensesus.fiocruz.br/mulher-na-saude-visoes-de-cinco-pesquisadoras>>. Acessado em 11 mai 2017.

DIMARZIO, Giuliano. **Absenteísmo entre trabalhadores da atenção primária à saúde no município de Amparo: 2006 e 2009**. Dissertação de Mestrado em Epidemiologia – Unicamp. São Paulo, 2011.

DUARTE, Nei Santos; MAURO, Maria Yvone C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 157-167, jun. 2010.

FASSI, M. El; MAJERY, V; LAIR, M. L.; COUFFIGNAL, S.; & MAIRIAUX, P. Work Ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability score, 1-10. **BMC Public Health**, 2013. Disponível em <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-305> Acesso em 20 de junho de 2017

FISCHER, F. M. *et al.* A (in)capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 3, n. 2, p. 97-103, 2005.

\_\_\_\_\_. Work ability of health care shift workers: What matters? **Chronobiology International**, v. 23, n. 6, p. 1165-1179, 2006.

\_\_\_\_\_. Work ability of nursing personnel: comparison between under and over 35 years old workers. **Ergonomia IJE & HF**, v. 29, n. 3-4, p. 235-239, 2007.

FISCHER, F. M. (2005). **Breve histórico desta tradução. In: Tuomi, et al. Índice de Capacidade para o Trabalho.** São Carlos, SP.

FONTANA, Karine Cardoso; LACERDA, Josimari T., MACHADO, Patrícia M. O. **O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão.** Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, jul-set 2016.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki *et al.* Abordagens teóricas sobre a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 604-611, 2014.

FREITAS, Maria do Carmo de Moraes Castro; NUNES, Benevina Maria Vilar Teixeira. Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v.3, n.3, p.39-43, jul-ago-set. 2010.

FREIRE, Xênia Alves. **Capacidade para o trabalho de enfermeiros na atenção primária à saúde**. 2015. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

FERREIRA, Alena Marques. **Tabagismo**. 2002. Monografia (Faculdade de Ciências da Saúde) - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed, São Paulo: Atlas, 2010, p.184.

GIRARDI, S.N., CARVALHO, C.L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD. **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP; 2002. p. 221-56.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C.; SÁ, C.P. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. **Psicologia: Teoria e Prática** – vol. 9, n. 2, p.109-125, 2007.

HELBIG R., ROHMERT W. Fatigue and Recovery [Internet]. In: Laurig W, Wolfgang V. (Ed). **Physical and Physiological Aspects. Encyclopedia of Occupational Health and Safety**. International Labor Organization, Geneva, 2011 [Acesso em 2016 Out 14]. Disponível em <http://www.ilo.org/oshenc/part-iv/ergonomics/physical-andphysiological-aspects/item/491-fatigue-and-recovery>.

HILLESHEIN, Eunice Fabiani and LAUTERT, Liana. Capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**. 2012, v.20, n.3, p.520-527. ISSN 1518-8345. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300013>. Acesso em: 20 ago. 2016.

HILLESHEIN EF, *et al.* Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2011; v32, n.3: p.509-515.

ILMARINEN, J. Aging workers. **Occupational and Environmental Medicine**. 2005; v.58: p.546-52.

KARASEK, R. The job content questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **J Occup Health Psychology**. 1985; v3, n.4: p.322-355.

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

KLASAN, A. *et al.* Predictors of lower work ability among emergency medicine employees: the Croatian experience. **Emergency Medicine Journal**, v. 30, n. 4, p. 275-279, 2013.

LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2000; v.5, n.1: p.151-61.

LIMA, Cássio de Almeida. *et al.* Riscos ocupacionais na atenção primária à saúde: o contexto laboral dos profissionais. **Revista Digital EFDeportes**, Buenos Aires, n. 185, out. 2013.

LIMA, Juliana Sechinell de. **Stress Ocupacional do Trabalhadores da Saúde**. 2010. 53p. Dissertação (Especialização em Saúde Mental). Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma.

LIPP, Marilda E. Novaes; TANGANELLI, M. Sacramento. Stress e qualidade de vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 537-548, 2002.

LORENZ, Vera R.; GUIRARDELLO, Edinêis B. O ambiente da prática profissional e Burnout em enfermeiros na atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 8p. 2014.

LINHARES, J. E. **Avaliação da capacidade para o trabalho: análise frente ao envelhecimento funcional de servidores públicos em um município da região sul**. 2017. Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Pato Branco – PR.

MOURA, A. L. *et al.* Capacidade para o trabalho de funcionários da prefeitura de um campus universitário público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 130-137, 2013.

MARTINS, Leonardo Fernandes; *et al.* Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.12. Rio de Janeiro, dez 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.03202013>

MOREIRA, Patrícia Santos Vieira. **Aplicação do índice de capacidade para o trabalho na equipe de enfermagem**. Niterói: [s.n.], 2013. 102 f. (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, 2013.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza, Beck Carmem Lúcia Colomé, Greco Patrícia Bitencourt Toscani, *et al.* Avaliação da capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem de pronto-socorro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2013 abr/jun; v.15, n.2: p.523-32.

MARTINEZ MC, LATORRE MRDO. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. **Revista Saúde Pública**. 2006; v.40, n.5: p.851-8. DOI:10.1590/S0034-89102006000600015

MARSIGLIA, Regina Maria Giffon. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.900-911, 2011.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria R. D. O.; FISHER, Frida M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. **Revista Saúde Pública**. 2009; v.43, n.3: p.525-532, 2009.

MATTA, Gustavo Corrêa, MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. Rio de Janeiro: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acessado em: 22 abr. 2015.

MELO, M. B.; BARBOSA M. A.; SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. latino-am. enfermagem**. 2011 jul/ago;19(4):1047-55

MININEL, Vivian Aline. *et al.* Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6. P. 1290-1297, nov-dez. 2013.

MORETTI, Silvinha. **Qualidade de vida no trabalho x auto-realização humana**. 2003. 14.p. Disponível em: <<http://www.ergonomia.ufpr.br/pb%20qvt%20realiz%20humana.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

MARQUEZE EC, MORENO CRC. Satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho entre docentes universitários. **Psicologia em Estudo**. 2009; v.14, n.1: p.75-82.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem no trabalho em turnos**. [Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002. 85 p.

MOREIRA, D. S. *et al.* Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/14.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

OLIVEIRA, G.R., R., B.; MUROFUSE, T., N. Acidentes de trabalho e doença ocupacionais: Estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Revista Latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.109-115, janeiro, 2001.

PIRES, José Calixto de Souza; MACEDO, Kátia Barbosa. **Cultura Organizacional em Organizações Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf>. Acesso em: 01 Out. 2017.

PASTORE, Elenice; ROSA; Luisa Dalla; HOMEM, Ivana Dolejal. **Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde**. Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, 25-28 ago 2008.



PEREIRA, Maria José Bistafa *et al.* A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 771-777, out. 2009.

PALERMO, J. *et al.* Primary- and Secondary-Level Organizational Predictors of Work Ability. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 18, n. 2, p. 220-229, 2013.

PORTELA, Girlene Lima. **Abordagens teórico-metodológicas**. Feira de Santana. UEFS, 2014. 5 p. Projeto de Pesquisa no ensino de Letras para o Curso de Formação de Professores da UEFS, Departamento de Letras e Artes, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

POHJONEN, T. Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work-related factors in different age groups. *Occupational Medicine*, **Vantaa-Finlândia**, v. 51, n. 3, p. 209-217, 2001.

REIS, Ricardo José dos *et al.* Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saude Publica**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-623, 2003.

RENOSTO, A.; BIZ, P.; HENNINGTON, É. A.; PATTUSSI, M. P. Confiabilidade teste-reteste do Índice de Capacidade para o Trabalho em trabalhadores metalúrgicos do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 217-225, 2009.

RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 669-676, 2005.

ROCHA, Anna L. A. **Condições de saúde e de trabalho de profissionais que atuam na atenção básica**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Mestrado Profissional – Programa de Pós Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, 2014. 82p.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do programa saúde da família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da

região Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2006; 11(3): 713-24.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática x revisão narrativa. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, jun. 2007.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde** Rio de Janeiro: Medsi, 6. ed. 2003.

SAMPAIO, Jader dos Reis *et al.* **Qualidade de Vida no Trabalho e Psicologia Social**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2 ed. 2012.

SANTOS, Viviane Camargo; SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. A relação trabalho-saúde do PSF no município de São Paulo. **Revista Escola Enfermagem. USP**, São Paulo, v. 41, p. 777-781, 2007.

SIQUEIRA, Gylvana Feitosa de Figueiredo. Trabalho do Enfermeiro na Atenção Primária em Saúde: conhecimento dos fatores estressores. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança** – Set. 2013;11(2):72-85.

SILVA, L. G.; HADDAD M. C. L.; DOMANSKY, R.C.; VITURI D. W. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 158-163, 2010.

SANTOS, Simone M.; CHOR, Dóra; WERNECK, Guilherme Loureiro; COUTINHO, Evandro Silva Freire. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. **Caderno de. Saúde Pública [online]**. 2007, v.23, n.11, p.2533-2554. ISSN 1678-4464. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100002>. Acesso em: 02 dez. 2017.

SILVA, L. M. S. *et al.* Trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família: Enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 dez; v.20, n.2: p.784-788.

SILVA, Doris Marli Petry Paulo da; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Problemas de saúde responsáveis pelo absentismo de

trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2003.

SILVA, Rita de Cassia Gengo e; FELLI, Vanda Elisa Andres. Um estudo comparativo sobre a identificação dos riscos ocupacionais por trabalhadores de enfermagem de duas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 18-24, mar. 2002.

SIQUEIRA, Gylvana Feitosa de Figueiredo *et al.* Trabalho do enfermeiro na atenção primária em saúde: conhecimento dos fatores estressores. **Revista Ciência e Saúde**, Nova Esperança, v. 11, n. 2, p. 72-85, set. 2013.

SILVA JÚNIOR SHA, VASCONCELOS AGG, GRIEP RH, ROTENBERG L. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Caderno de Saúde Pública**. 2011; v.27, n.6: p.1077-1087.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

SOUZA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.1325-1335, 2009. Disponível em : <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 dez. 2017.

SALAZAR, Paloma Rodrigues. **O uso do tabaco entre trabalhadores técnicos administrativos em educação de uma universidade pública do estado de Minas Gerais** Dissertação (Mestrado Acadêmico) Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de Medicina. Programa de Pós Graduação em Saúde coletiva. Juiz de Fora, 2014.

TOMASI, E. *et al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1: S193-S201, 2008.

TRINDADE, Leticia de Lima *et al.* Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 684-689, 2010.

TUOMI, K.; ILMARINEN, J.; JAHKOLA, A.; KATAJARINNE, L.; TULKKI, A. **Índice de capacidade para o trabalho**. São Carlos: EdUFSCar; 2005.

TUOMI, K.; ILMARINEN, J. Índice de capacidade para o trabalho. **Institute of Occupational Health, Helsinki**. Traduzido por Frida Marina Fischer. São Paulo: FSPUSP, 1997. 72 p

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SAÚDE E ABSENTEISMO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA

**Pesquisador:** FABRÍCIO AUGUSTO MENEGON

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51673315.4.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.520.131

#### Apresentação do Projeto:

Pesquisa de mestrado profissional em saúde mental da aluna Thalita Padilha Porto sob orientação do Prof. Fabrício Augusto Menegon. Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal com abordagem quantitativa a ser realizada com os enfermeiros que atuam nos Centros de Saúde do município de São José, com o objetivo de verificar a relação entre as características sócio demográficas, de saúde e do ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem com as taxas de absenteísmo.

Serão convidados a participar desta pesquisa, todos os enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem que estiverem atuando na Estratégia de Saúde da Família do município de São José, estando no exercício de suas funções há no mínimo 3 anos, não tendo se afastado do trabalho por motivo de doença nos últimos 12 meses anteriores a coleta de dados. A coleta de dados será por aplicação de um questionário digitalizado no aplicativo FormSus da plataforma digital do DATASUS, a ser preenchido online, utilizando um link de acesso que será enviado via endereço eletrônico a todos os profissionais de enfermagem que atuam nos centros de saúde e atendem os critérios de inclusão. Os formulários que serão utilizados para coleta dos dados contém perguntas estruturadas sobre o perfil sócio demográfico, de saúde e de trabalho destes profissionais.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propos@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.520.131

Todas as entradas de dados possíveis serão pré-programadas com base num dicionário de variáveis elaborado pelos pesquisadores e as informações extraídas dos questionários serão exportadas para um banco de dados único em formato DBF e submetidos a análise estatística descritiva utilizando o software Epi Info, como objetivo verificar as diferenças, as associações e as relações existentes entre as variáveis do estudo, empregando-se frequências absolutas e relativas, cálculos de médias, desvio padrão, risco relativo entre outros indicadores.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

Verificar a relação entre as características sócio demográficas, de saúde e do ambiente de trabalho com o absenteísmo dos profissionais de enfermagem que atuam na atenção básica.

##### **Objetivo Secundário:**

1. Delimitar o perfil sócio demográfico, as características de saúde e do ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem da atenção básica;
2. Correlacionar variáveis sócio demográficas, de saúde e do ambiente de trabalho com o absenteísmo dos profissionais de enfermagem da atenção básica;
3. Descrever as principais razões do absenteísmo dos profissionais de enfermagem que atuam na atenção básica.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Como o profissional participante do estudo trabalha na instituição, é possível sentir-se desconfortável de alguma forma por estar expondo questões referentes a sua vida, saúde e trabalho, ou ainda por estar preocupado com represálias, perda de postos de trabalho, outras consequências incidindo sobre suas relações profissionais e pessoais, com possíveis afetações psicossociais. A fim de garantir seu bem-estar, sua identidade será mantida em sigilo e serão utilizados recursos para garantir a não identificação.

##### **Benefícios:**

Poderá trazer como benefícios: a identificação das condições sócio demográficas, de saúde e de trabalho dos profissionais de enfermagem e como estas características influenciam nas taxas de absenteísmo, fornecendo subsídios para a elaboração de um programa de saúde dos trabalhadores de enfermagem da atenção básica, direcionado para sua realidade de vida e de trabalho.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cnp.propos@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.520.131

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É um projeto bem escrito bem delineado, com uma metodologia bem descrita e que é consoante com os objetivos. Tem relevância social e acadêmica.

Os pesquisadores responderam a todas as solicitações de pendência sobre riscos e benefícios e cronograma

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os pesquisadores apresentam:

- Folha de rosto
- Declaração da Instituição
- Projeto na Plataforma Brasil
- Projeto detalhado
- Questionários

Os pesquisadores adequaram o TCLE de acordo com a resol 466/2012 do CNS.

**Recomendações:**

Sem recomendações adicionais

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela aprovação

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_574903.pdf	08/04/2016 00:21:49		Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	08/04/2016 00:20:33	Taila Padilha Porto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Taila_Padilha_Porto.pdf	08/04/2016 00:19:29	Taila Padilha Porto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Taila.pdf	08/04/2016 00:17:17	Taila Padilha Porto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	06/12/2015 20:16:21	Taila Padilha Porto	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-8064 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.520.131

Ausência	TCLE.pdf	06/12/2015 20:16:21	Taila Padilha Porto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	06/12/2015 19:59:52	Taila Padilha Porto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_instituicao.pdf	06/12/2015 19:58:43	Taila Padilha Porto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 28 de Abril de 2016

---

 Assinado por:  
 Washington Portela de Souza  
 (Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br



## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
MESTRADO PROFISSIONAL

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Nesta página de acesso você está sendo apresentado e convidado a participar da pesquisa intitulada **SAÚDE E ABSENTEÍSMO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA**, que tem como objetivo verificar a relação entre as características sócio demográficas, de saúde e do ambiente de trabalho com o absenteísmo dos profissionais que atuam na atenção básica.

Considerando a complexidade de fatores que envolvem as faltas no trabalho, a justificativa para o desenvolvimento do estudo se fundamenta na perspectiva de que é imprescindível a realização de uma análise integrativa das condições sócio demográficas, de saúde e de trabalho destes profissionais e como estas características podem se refletir nas taxas de absenteísmo e contribuir assim, para identificação de indicadores que nortearão o desenvolvimento de ações mais eficientes para a promoção da saúde, qualidade de vida e melhoria das condições de trabalho destes profissionais.

O instrumento de coleta de dados é informatizado e ao aceitar participar do estudo selecionando a opção abaixo “Aceito Participar da Pesquisa”, você será direcionado para uma página com o formulário virtual de coleta de dados contendo perguntas estruturadas sobre o perfil sócio demográfico, de saúde e de trabalho dos profissionais de enfermagem. Os dados coletados serão exportados automaticamente para um banco de dados e serão utilizados unicamente para os fins desta pesquisa.

Poderá trazer como benefícios: a identificação das condições sócio demográficas, de saúde e de trabalho dos profissionais da atenção básica e como estas características influenciam nas taxas de absenteísmo, fornecendo subsídios para a elaboração de um programa de saúde dos trabalhadores da atenção básica, direcionado para sua realidade de vida e de trabalho.

Como você é profissional que trabalha na Instituição, é possível sentir-se desconfortável de alguma forma por estar expondo questões referentes a sua vida, saúde e trabalho, ou ainda por estar preocupado com represálias, perda de postos de trabalho, outras consequências incidindo sobre suas relações profissionais e pessoais, com possíveis afetações psicossociais. A fim de garantir seu bem-estar, sua identidade será mantida em sigilo e serão utilizados recursos para garantir a não identificação.

As informações preenchidas no formulário só poderão ser utilizadas pelos pesquisadores, o seu nome e a instituição na qual você trabalha não aparecerá em qualquer registro. A identificação do pesquisado será realizada mediante o registro do número de inscrição profissional, não aparecendo em nenhum momento o nome ou qualquer outra característica identificadora do participante, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Além disso, é garantido a você liberdade de não participar da pesquisa, a qualquer momento, selecionando a opção “Não aceito participar do estudo”, ou desistir, mesmo que já tenha concordado em participar, sem que isto acarrete em qualquer efeito negativo ou prejuízo a sua pessoa, bastando enviar um e-mail ou telefonar comunicando aos pesquisadores. É importante salientar que você tem a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa bem como o ressarcimento no caso de eventuais despesas ou gastos decorrentes da pesquisa.

A qualquer momento poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, cujos dados para contato estão listados abaixo. Igualmente, poderá contatar o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, órgão responsável que aprovou e autorizou a realização dessa pesquisa, cujos contatos estão listados abaixo.

Ao aceitar este termo, você estará concordando com a sua inclusão na pesquisa, e com a utilização das informações por você repassadas. Uma via deste documento assinada pelo pesquisador responsável será enviada para seu e-mail. Destaca-se que esse

documento traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012.

Assim, se você tiver interesse e disponibilidade em participar como sujeito desta pesquisa, basta clicar no link abaixo.

**ACEITO PARTICIPAR DO ESTUDO**

**NÃO ACEITO PARTICIPAR DO ESTUDO**

**Pesquisador Responsável: Fabrício Augusto Menegon**

Universidade Federal de Santa Catarina

Telefone: (48) 3721-9388

E-mail:

fabricio.menegon@ufsc.br

**Pesquisadora Assistente: Talita Padilha Porto**

Endereço: Rua Silvio Possobon, nº 70, Edifício Porto dos Corais, apto 607, Abraão, Florianópolis. Telefone: (48) 99281852

E-

mail: talitap2@hotmail.com

**Contato Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos - UFSC:**

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, Florianópolis. CEP: 88.040-900. Telefone: (48) 3721-9206/Fax: (48) 3721-9696. E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

## APÊNDICE B – Questionários aplicados na pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
MESTRADO PROFISSIONAL

### QUESTIONÁRIO 1 – CONDIÇÕES DE VIDA

**01. MATRIC01. Número de Matrícula do Profissional:** \_\_\_\_\_  
**Endereço de E-mail:** \_\_\_\_\_

*Prezado profissional, salientamos que as informações acima são solicitadas exclusivamente para controle de número de amostra, ou seja, número de pessoas que participaram da pesquisa. São para uso exclusivo dos pesquisadores.*

**02. CATPROF01. Categoria Profissional:** \_\_\_\_\_

**03. VINCO01. Seu vínculo com a Instituição é através de contrato/processo seletivo ou concurso público:**

Concurado. Há quanto tempo? \_\_\_\_ ( ) meses ( ) anos

Contratado. Há quanto tempo? \_\_\_\_ ( ) meses ( ) anos

**04. HORA01. Horário de Trabalho na Unidade de Saúde:** \_\_\_\_ às  
\_\_\_\_ horas

**05. SEXO01. Sexo:**

Masculino

Feminino

**06. IDAD01. Idade:** \_\_\_\_ anos completos.

**07. ESTC01. Estado Conjugal Atual:**

- Solteiro(a).....
- Casado(a).....
- Vive com companheiro(a) .....
- Separado(a)/divorciado(a) .....
- Viúvo(a) .....

**08. ESCO01. Você estuda atualmente (Graduação, Especialização, Mestrado, Doutorado)?**

- Não
- Curso Técnico
- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Outro \_\_\_\_\_

**09. ESCO02. Com que frequência você estuda?**

- De 2ª a 6ª feira
- 1 vez por semana
- 2 vezes por semana
- 3 vezes por semana
- Nos finais de semana
- Não se aplica

**10. ESCO03. Em qual período do dia você estuda?**

- De manhã
- De tarde
- De noite
- Manhã e tarde
- Tarde e noite
- Não se aplica

**11. ESCO04. Que tipo de estudo você está fazendo atualmente?**

- Nova graduação
- Especialização
- Mestrado

- Doutorado  
 Não se aplica

**12. ESCO05. Você faz algum curso extracurricular (informática, línguas, artes, etc.)? Se você fizer, diga qual e quantas vezes por semana e os horários.**

- Não
- Línguas \_\_\_\_\_ dias/semana das \_\_\_\_\_ horas às \_\_\_\_\_ horas
- Cursos de atualização em informática \_\_\_\_\_ dias/semana das \_\_\_\_\_ horas às \_\_\_\_\_ horas
- Outros. Qual \_\_\_\_\_ dias/semana das \_\_\_\_\_ horas às \_\_\_\_\_ horas (is)? \_\_\_\_\_

**13. FILH01. Você tem filhos ou menores sob sua guarda, que moram com você?**

- Sim  Não  Esporadicamente

**Caso você tenha menores, mesmo que esporadicamente, sob sua guarda conte-os.**

**14. FILH02.** Quantos filhos entre 0 e 1 ano você tem? \_\_\_\_\_ filhos

Não se aplica

**15. FILH03.** Quantos filhos entre 1 e 3 anos você tem? \_\_\_\_\_ filhos

Não se aplica

**16. FILH04.** Quantos filhos entre 3 e 6 anos você tem? \_\_\_\_\_ filhos

Não se aplica

**17. FILH05.** Quantos filhos entre 6 e 14 anos você tem? \_\_\_\_\_ filhos

Não se aplica

**18. FILH06.** Quantos filhos entre 14 e 18 anos você tem? \_\_\_\_\_ filhos

Não se aplica

**19. FILH07.** Quantos filhos com mais de 18 anos você tem? \_\_\_\_\_ filhos

Não se aplica

**20. PESS01. Incluindo você. Quantas pessoas moram na sua casa?**

\_\_\_\_\_ pessoas.

**21. PESS02. Há pessoas em sua casa ou fora dela que você lhes dedique cuidados especiais (seja pela idade, estado de saúde ou outro problema)?**

Não .....

Sim.....  Quantas pessoas? \_\_\_\_ pessoas

**22. CONJ01. Sua esposa/marido trabalha?**

Sim

Não

Não se aplica

**23. CONJ02. Caso sua esposa/marido trabalhe, qual é a carga horária semanal de trabalho dela/dele:**

\_\_\_\_ horas  Não se aplica

**24. CONJ03. Turno de trabalho da esposa/marido (na ocupação principal):**

Diurno Fixo (12 horas) \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas

Diurno Fixo (6 ou 8 horas) \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas

Noturno fixo.(12 horas) \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas

Noturno fixo.(6 ou 8 horas) \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas

Turno alternado \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas

Outro Qual? \_\_\_\_\_

Não se aplica

Não sabe

Não trabalha

**25. REND01. Qual é a sua renda familiar: R\$\_\_\_\_\_**

**26. REND02. Quantas pessoas contribuem para a renda familiar?**  
\_\_\_\_\_pessoas

**27. REND03. Parte de sua renda familiar é usada para o sustento de outras pessoas que não moram com você (por exemplo pagamento de pensão, sustento de idosos, etc...)**

Não

Sim. Quantas pessoas? \_\_\_\_\_ pessoas

Sim, Às vezes, mas não todos os meses.

**28. REND04. Se você sustenta pessoas que não moram com você, quanto de sua renda familiar sobra para você e para quem mora com você? (CONSIDERE O VALOR BRUTO)**

R\$ \_\_\_\_\_

Não sustento ninguém que não more comigo

**29. REND05. Durante o último mês você teve dificuldade para pagar: (pode marcar mais de uma)**

- O aluguel/prestação da casa ou apartamento
- Despesas da casa (água, luz, telefone, gás)
- Supermercado/feira/açougue
- Despesas com educação (dos filhos, sua mesmo ou de outras pessoas)
- Despesas com saúde (hospital/plano de saúde/medicamentos)
- Outras despesas. Quais? \_\_\_\_\_
- Não tive dificuldades

**30. REND06. Quem tem maior responsabilidade financeira com as despesas em sua casa?**

- Você
- Sua esposa/seu marido
- Você e outra(s) pessoa(s) \_\_\_\_\_
- Outra(s) pessoa(s) \_\_\_\_\_

**31. TDOM01. Quando você está em casa, é sua responsabilidade:**

Tarefa	Não	Sim, a menor parte	Divido igualmente	Sim, a maior parte	Sim, inteiramente
1. Cuidar das crianças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cuidar da limpeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cozinhar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lavar roupas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Passar roupas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32. TDOM02. Você conta com uma empregada doméstica:**

- Mensalista
- Diarista
- Não tenho empregada doméstica



**33. TDOM03. Na última semana, quantas horas por dia, aproximadamente, você se dedicou ao trabalho doméstico?**

2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	Sábado	Domingo

**34. TDOM04. Qual a participação de sua esposa (marido), ou companheira(o) ou outra pessoa que more com você (mãe, tia, outro parente), nas tarefas domésticas?**

- Nenhuma
- Ajuda de vez em quando
- Divide igualmente
- Faz quase todas as tarefas
- Faz todas as tarefas
- Não se aplica

**35. TDOM05. Como você considera as atividades domésticas que você realizou nesta última semana?**

- As mesmas que sempre realizo
- Diferentes, tive mais tempo livre pois estava de férias
- Diferentes, tive mais tempo livre pois estava de licença
- Diferentes, tive mais tempo livre por outro motivo qualquer

**36. LAZ01. O que você costuma fazer nos seus horários de folga? (pode marcar mais de uma)**

- Ver televisão
- Brincar com os filhos/sobrinhos ou crianças sob sua responsabilidade
- Ficar com a esposa/marido/namorado(a)/companheiro(a)
- Ir ao cinema, shopping, teatro, futebol
- Sair com os amigos, ir a bares/restaurantes
- Praticar esportes/exercícios
- Ir à igreja/templo/sinagoga/mesquita
- Obrigações sociais (aniversários/casamentos/visitas familiares)

Outras coisas, tais como: \_\_\_\_\_

**37. LAZ002. Você diria que por causa do seu trabalho, falta tempo suficiente para:**

	Sim	Às vezes	Não
1. Cuidar de si mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Para as tarefas da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Para repouso durante a semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Para o lazer nos dias de folga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Para as crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Para cuidar de assuntos pessoais/casa (compras, pagamentos, etc..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. LAZ03. Em relação à afirmativa “Você geralmente não consegue parar de pensar no trabalho durante a folga”:**

- Sim, sempre penso  
 Penso muitas vezes  
 Penso de vez em quando  
 Nunca penso

## **QUESTIONÁRIO 2 – HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE**

---

**39. ATFIS01. Você pratica atividade(s) física(s) regularmente (como lazer ou exercício físico)?**

- Não
- Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
dias/semana duração: \_\_\_\_\_ minutos/dia
- Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
dias/semana duração: \_\_\_\_\_ minutos/dia
- Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
dias/semana duração: \_\_\_\_\_ minutos/dia

**40. BEB01. Qual(is) das bebidas e dos alimentos abaixo você usualmente consome?**

<b>BEBIDAS/ALIMENTOS</b>	<b>PORÇÕES</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>
<input type="checkbox"/> Refrigerantes	___ n <sup>o</sup> copo(s) ___ n <sup>o</sup> garrafa(s) peq(s) ___ n <sup>o</sup> lata(s) ___ n <sup>o</sup> garrafa(s) gde(s)	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> Café	___ n <sup>o</sup> copo(s) peq(s) ___ n <sup>o</sup> copo(s) gde(s) ___ n <sup>o</sup> xícara(s)	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> Leite com café	___ n <sup>o</sup> copo(s) ___ n <sup>o</sup> xícara(s)	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> Chá preto/mate	___ n <sup>o</sup> copo(s) peq(s) ___ n <sup>o</sup> copo(s) gde(s) ___ n <sup>o</sup> xícara(s)	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> Leite com achocolatado	___ n <sup>o</sup> copo(s) ___ n <sup>o</sup> xícara(s)	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> Cappuccino	___ n <sup>o</sup> copo(s) peq(s) ___ n <sup>o</sup> copo(s) gde(s) ___ n <sup>o</sup> xícara(s) peq ___ n <sup>o</sup> xícara(s) méd/gde	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> Chocolate em barra	___ n <sup>o</sup> barra(s) peq(s) ___ n <sup>o</sup> barra(s) gde(s) ___ n <sup>o</sup> barra(s) média(s)	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> Guaraná em pó	___ n <sup>o</sup> cápsula(s) ___ n <sup>o</sup> colher(es) de café	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> Energético	___ n <sup>o</sup> lata (s)	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês

		<input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> Nenhum dos acima citados		

**41. BEB02. Você consome bebida alcoólica? Quais?**

BEBIDA	DOSE	FREQÜÊNCIA
<input type="checkbox"/> Nunca bebo		
<input type="checkbox"/> Cerveja	___ n° copo(s) ___ n° garrafa(s) peq(s) ___ n° lata(s) ___ n° garrafa(s) gde(s)	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> Vinho / Champagne	___ n° copo(s) ___ n° garrafa(s) peq(s) ___ n° garrafa(s) gde(s)	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> Pinga/ Tequila/ Vodka/ Uísque/ Conhaque/ Rum	___ n° dose(s)	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> Cinzano/ Cynar/ Martini/ San Remy	___ n° dose(s)	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> Outros: _____ _____	___ n° copo(s)/dose(s) ___ n° lata(s) ___ n° garrafa(s) peq(s) ___ n° garrafa(s) gde(s)	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> raramente

**42. SUBS01. Você utiliza ou utilizou alguma das substâncias citadas abaixo:**

SUBSTÂNCIA		FREQÜÊNCIA	QUANTIDADE	HÁ QUANTO TEMPO?
Cigarro	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Fumava, mas não fumo mais <input type="checkbox"/> Apenas experimentei	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês	____nº cigarros	_ _  anos
Drogas Ilícitas (maconha, cocaína, LSD, ecstasy)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> Apenas experimentei	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês	____nº cigarros ____nº comprimidos ____GRAMAS	_ _  anos
Calmantes e sedativos (analgésico, hipnótico ou sonífero, antiepiléptico e barbitúrico)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> Apenas experimentei	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês	____nº comprimidos	_ _  anos
Tranquilizantes ou ansiolíticos (benzodiazepínicos: diazepam, lorazepam etc)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> Apenas experimentei	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês	____nº comprimidos	_ _  anos
Outros: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Usei, mas não uso	<input type="checkbox"/> por dia <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mês	____nº cigarros ____nº comprimidos	_ _  anos

	mais <input type="checkbox"/> Apenas experiment ei		___gramas	
--	---	--	-----------	--

## SUA SAÚDE

**43. SONO01. Responda à questão abaixo com relação as horas de sono. Observação: Colocar o sono de maior duração**

Dias da semana	Horário de dormir	Horário de acordar
a) De segunda a sexta-feira	_____ h	_____ h
b) De sexta-feira para sábado	_____ h	_____ h
c) De sábado para domingo	_____ h	_____ h
d) De domingo para segunda-feira	_____ h	_____ h

**44. SONO01. Toma remédio para dormir?**

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre  
Qual remédio? \_\_\_\_\_

**45. SONO02. Toma remédio para se manter acordado?**

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre  
Qual Remédio? \_\_\_\_\_

**46. SONO03. Você se sente sonolento durante o trabalho?**

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre

**47. SONO04. Você sabe se durante o sono lhe ocorre alguma destas coisas?**

1. Andar

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre

2. Ranger os dentes

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre

## 3. Engolir e se sufocar

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre

## 4. Crises epilépticas

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre

## 5. Crises de asma

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre

## 6. Acordar em pânico, chorando ou gemendo

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre

## 7. Coração acelerado

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre

## 8. Paralisia ao adormecer ou despertar

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre

## 9. Azia ou queimação no estômago

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre

## 10. Dor de cabeça

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre

## 11. Roncar

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre

## 12. Cãibras

Nunca       Às vezes       Frequentemente       Sempre

**48. SAUD01. De zero a 10, que nota você daria à sua saúde?**

Nota \_\_\_\_\_

**49. REM01. Está tomando algum remédio de uso contínuo?**

Não

Sim Qual? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

meses       anos

### QUESTIONÁRIO 3 – CONDIÇÕES DE TRABALHO

**50. TRAB01. QUAL IDADE VOCÊ TINHA QUANDO COMEÇOU A TRABALHAR NO SEU PRIMEIRO EMPREGO? \_\_\_\_\_ ANOS**

**51. TRAB02. Há quantos anos você trabalha no Centro de Saúde? \_\_\_\_\_ anos**

**52. TRAB03. Há quantos anos você trabalha como profissional da atenção básica? \_\_\_\_\_ anos**

**53. TRAB04. Você recebe adicional de insalubridade?**

Sim       Não       Não sei

**54. TRAB05. O seu trabalho exige esforço físico:**

ESFORÇO FÍSICO	NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	FREQÜENTE MENTE	SEMPRE
Empurrar					
Puxar					
Abaixar					
Levantar objetos/pessoas					
Carregar objetos/pessoas					
Realizar esforços repetitivos					
Permanecer em posição Ortostática					
Outros. Quais? _____					

**55. TRAB06. Durante sua principal atividade, quais posturas do corpo são necessárias para realizar seu trabalho?**



POSTURAS CORPORAIS	NUNCA	QUA SE NUNCA	ÀS VEZES	FREQÜENTEMENTE	SEMPRE
Em pé, ereto(a)					
Em pé, curvado(a) até 45 graus					
Em pé, curvado(a) até 90 graus					
Sentado(a)					
Sentado(a), usando os braços					
Andando com o corpo ereto					
Andando com o corpo inclinado					
Agachado(a)					
Deitado(a)					
Com o tronco torcido					
Outras. Quais? _____					

**56. TRAB07. Você costuma fazer horas-extras?**

- Sim  
 Não

**57. TRAB08. Quantas horas-extras você trabalhou nos últimos 30 dias? \_\_\_\_\_ horas**

- Não fiz horas-extras nos últimos 30 dias

**58. FALT01. Quantos dias, no último ano, você faltou ao trabalho? (considere todas as faltas que você teve no último ano).**

- Nenhum dia  
 Menos que 15 dias

- Entre 16 e 30 dias
- Entre 31 e 90 dias
- Mais que 90 dias

**59. FALT 02. Quais foram às causas de falta ao trabalho, neste último ano (pode assinalar mais de uma alternativa)?**

- Demanda pessoal de saúde.
  - Demanda de saúde com pessoa da família.
  - Problemas de relacionamento no trabalho.
  - Convocação judicial, militar, ou outra que lhe obrigou a faltar ao trabalho.
  - Formação educacional, cursos ou capacitações.
  - Outras demandas diversas, não especificadas anteriormente. Quais?
- 

**60. ACD01. Você já se machucou no atual trabalho ou em algum trabalho anterior a este?**

- Não (vá para questão 58)  Sim

**61. ACD02. Quantos acidentes de trabalho você já sofreu no atual trabalho?**

- Um  Dois  Três ou mais  Não sofreu nenhum acidente de trabalho

**62. ACD03. Você já ficou impossibilitado de ir para o trabalho, estudos, ou outros compromissos por causa de algum acidente de trabalho?**

- Não  
 Sim. Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ dia(s)

**63. ACD04. Onde você estava na hora deste acidente?**

- Estava no trabalho
- Estava me dirigindo ou retornando do trabalho
- Não se aplica

**64. ACD05. Você ficou com problemas permanentes causados por este acidente?**

- Não.  
 Sim, mas consigo trabalhar na mesma atividade.  
 Sim, mas só consigo trabalhar em outra atividade.  
 Sim, e não posso mais trabalhar.  
 Não se aplica

**65. DOEN01. Você tem alguma doença relacionada com o trabalho?**

- Não                       Sim.

**66. DOEN02. Se sim, que doença?**

- 
- Não se aplica

**67. TRANS01. Em geral, quanto tempo você leva para vir de sua casa para o trabalho?**

Nos dias de semana? \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min;

E nos fins de semana? \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

**68. TRANS02. Em geral, quanto tempo você leva para retornar do trabalho para a sua casa?**

Nos dias de semana? \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min;

E nos fins de semana? \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

**69. AMBTRAB01. Como é o local onde você trabalha? Por favor, responda a todas as questões**

Condições do local de trabalho <u>nos Centros de Saúde</u>	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Limpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Iluminado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quente na maior parte do verão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ventilação adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Abafado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Úmido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Condições do local de trabalho <u>nos Centros de Saúde</u>	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
8. Barulhento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Malcheiroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ambiente organizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Radiações ionizantes (raio laser, raio X, luz solar, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Presença de solventes e outros produtos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mudanças de tecnologia e equipamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Risco de infecção/contaminação por produto biológico, químico ou farmacológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**70. OUTRAB01. Além deste emprego, você tem mais algum trabalho ou outra atividade regular que lhe dê rendimentos?**

- Não  
 Sim, em outra instituição  
 Sim, outro trabalho \_\_\_\_\_

**71. OUTRAB02. Se você tem OUTRO EMPREGO atualmente, você trabalha quantas horas e em que horário no outro local?**

- Noturno fixo (12 horas) \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
 Noturno fixo (6 ou 8 horas) \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
 Turno alternado \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
 Outro Qual? \_\_\_\_\_  
 Não se aplica

**72. OUTRAB03. Qual a duração semanal da sua jornada de trabalho NESTE OUTRO LOCAL? \_\_\_\_\_ horas por semana.**

- Não se aplica                       Não sabe                       Não trabalha

**73. OUTRAB04. Há quanto tempo trabalha NESTE OUTRO LOCAL? \_\_\_\_\_ anos**

- Não se aplica

**74. TREINA01. Para fazer o seu trabalho, você recebeu algum treinamento/Capacitação?**

- Sim                                       Não

Se sim, com que frequências este treinamento/capacitação acontece:

- Semanalmente  
 Mensalmente  
 Quinzenalmente  
 Semestral  
 Anual

**75. TREINA02. Para fazer o seu trabalho, você utiliza o que foi aprendido no programa de treinamento/capacitação?**

- Sim.                       Não                       Às vezes                       Raramente  
 Nunca

**76. TREINA03. Você acredita que o conteúdo do seu treinamento/capacitação foi suficiente para que você desempenhe bem o seu trabalho?**

Sim.  Não

**77. TREINA04. Você acredita que o tempo de duração do seu treinamento/capacitação foi suficiente para que você desempenhe bem o seu trabalho?**

Sim.  Não

**78. TREINA05. Existem tarefas no seu trabalho que o seu treinamento/capacitação não te ensinou, isto é, que você aprendeu somente com a prática de seu ofício?**

Sim.  Não. Pode citar a mais importante?

---

Não

## QUESTIONÁRIO 4 – CARGAS MENTAIS

### 79. ESFMENT01. Qual o tipo de ESFORÇO MENTAL que o seu trabalho exige?

Esforço Mental	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Tomar decisões rapidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Muita concentração para realização de tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uso de procedimentos complicados (em vários passos) para realizar tarefas exigidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Transmissão de informações precisas, objetivas e claras (preenchimento de relatórios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Outros. Quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meu trabalho exige esforço mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 80. TENS01. O seu trabalho apresenta situações de conflito e tensão?

Conflito/tensão	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
1. Com superiores/gestores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com subordinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Com colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Com pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Com familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Com acompanhantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Outros. Quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**81. DEMAND01. Por favor, responda as questões abaixo:**

	Frequentemente	Às Vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca
1. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente? (isto é, produzir muito em pouco tempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Seu trabalho exige demais de você?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**82. CONTROL01. Por favor, responda as questões abaixo:**

	Frequentemente	Às Vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca
1. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seu trabalho exige muita habilidade ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



conhecimentos especializados?				
3. Seu trabalho exige que você tome iniciativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 83. SUPP01. Responda às questões abaixo.

	Concordo Totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo Totalmente
1. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas me compreendem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu posso contar com o apoio dos pacientes, acompanhantes e familiares				
6. Se eu não estiver num bom dia os pacientes, acompanhantes e familiares me				

compreendem				
5. No trabalho eu me relaciono bem com meus superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu gosto de trabalhar com meus colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## QUESTIONÁRIO 5 – CAPACIDADE PARA O TRABALHO

**84. ICT01. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.**

Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estou incapaz para o trabalho									Estou em minha melhor capacidade para o trabalho	

**85. ICT02. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)**

Muito boa .....

Boa .....

Moderada .....

Baixa .....

Muito baixa .....

**86. ICT03. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar sinais e sintomas, resolver problemas, decidir a melhor forma de assistir os pacientes)**

Muito boa .....

Boa .....

Moderada .....

Baixa .....

Muito baixa .....

**87. ICT04. Na sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico. Caso não tenha nenhuma doença, deixe em branco essa questão e todos os seus sub-itens.**

**Em minha Confirmando por opinião diagnóstico médico**

01. Lesão nas costas .....  .....

02. Lesão nos braços/mãos .....  .....

03. Lesão nas pernas/pés .....  .....

04. Lesão em outras partes do corpo  .....   
 Onde? Que tipo de lesão? \_\_\_\_\_
05. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes .....  .....
06. Doença da parte inferior das costas com dores frequentes .....  .....
07. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática) .....  .....
08. Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes .....  .....
09. Artrite reumatóide .....  .....
10. Outra doença músculo-esquelética  .....   
 qual? \_\_\_\_\_

### **Em minha Confirmado por opinião diagnóstico médico**

11. Hipertensão arterial (pressão alta) .....  .....
12. Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris) ...  .....
13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana .....
14. Insuficiência cardíaca .....  .....
15. Outra doença cardiovascular .....  .....   
 qual? \_\_\_\_\_
16. Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda) .....  .....
17. Bronquite crônica .....  .....
18. Sinusite crônica .....  .....
19. Asma .....  .....
20. Enfisema .....  .....
21. Tuberculose pulmonar .....  .....
22. Outra doença respiratória .....  .....   
 qual? \_\_\_\_\_
23. Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa) .....  .....

24. Distúrbio emocional leve (ex.depressão leve, tensão, ansiedade, insônia).....  .....
25. Problema ou diminuição da audição.....  .....
26. Doença ou lesão da visão ( não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau).....  .....
27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia).....  .....
28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos.....  .....  
qual? \_\_\_\_\_
29. Pedras ou doença da vesícula biliar.....  .....
30. Doença do pâncreas ou do fígado.....  .....
31. Úlcera gástrica ou duodenal.....  .....
32. Gastrite ou irritação duodenal.....  .....
33. Colite ou irritação do cólon.....  .....
- Em minha Confirmado por opinião diagnóstico médico**
34. Outra doença digestiva.....  .....  
qual? \_\_\_\_\_
35. Infecção das vias urinárias.....  .....
36. Doença dos rins.....  .....
37. Doença nos genitais e aparelho reprodutor (p. ex. problema nas trompas ou na próstata ).....  .....
38. Outra doença geniturinária.....  .....  
qual? \_\_\_\_\_
39. Alergia, eczema.....  .....
40. Outra erupção.....  .....  
qual? \_\_\_\_\_
41. Outra doença da pele.....  .....  
qual? \_\_\_\_\_
42. Tumor benigno.....  .....
43. Tumor maligno (câncer).....  .....

- onde? \_\_\_\_\_
44. Obesidade .....  .....
45. Diabetes .....  .....
46. Bócio ou outra doença da tireóide .....  .....
47. Outra doença endócrina ou  
metabólica .....  .....  
qual? \_\_\_\_\_
48. Anemia .....  .....
49. Outra doença do sangue .....  .....  
qual? \_\_\_\_\_
50. Defeito de nascimento .....  .....  
qual? \_\_\_\_\_
51. Outro problema ou doença .....  .....  
qual? \_\_\_\_\_

**88. ICT05. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)**

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

**89. ICT06. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido à problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?**

Nenhum .....

Até 9 dias .....

De 10 a 24 dias .....

De 25 a 99 dias .....

De 100 a 365 dias .....

**90. ICT07. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de daqui a 2 anos fazer seu trabalho atual?**

É improvável .....

Não estou muito certo .....

Bastante provável .....

**91. ICT08. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?**

Sempre .....

Quase sempre .....

Às vezes .....

Raramente .....

Nunca .....

**92. ICT09. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?**

Sempre .....

Quase sempre .....

Às vezes .....

Raramente .....

Nunca .....

**93. ICT10. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?**

Continuamente .....

Quase sempre .....

Às vezes .....

Raramente .....

Nunca .....