



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**AVALIAÇÃO DA CARGA PSÍQUICA NOS DISTÚRBIOS
OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT) EM
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**

Jadir Camargo Lemos

**Florianópolis/SC
2001**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**AVALIAÇÃO DA CARGA PSÍQUICA NOS DISTÚRBIOS
OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT) EM
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**

Jadir Camargo Lemos

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Prof. Dr. Marcos Ribeiro Ferreira
Orientador**

**Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz
Co-Orientador**

**Florianópolis
2001**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado


***AVALIAÇÃO DA CARGA PSÍQUICA NOS DISTÚRBIOS
OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT) EM
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM***

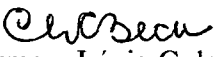
Jadir Camargo Lemos

Dissertação defendida como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, Linha de Pesquisa Organizações Humanas, Trabalho e o Fenômeno das Representações Sociais da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes professores:

Profª Drª Maria Juracy Toneli Siqueira
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:


Prof. Dr. Marcos Ribeiro Ferreira (UFSC)
Orientador


Profª Drª Carmem Lúcia Colomé Beck (UFSC)


Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz (UFSC)


Prof. Dr. Antônio Renato Pereira Moro (UFSC)

APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA EM, 23/07/2001.

AGRADECIMENTOS

Algumas pessoas que participaram comigo desta caminhada, eu jamais esquecerei e outras, eu lembrarei sempre.

Das muitas contribuições que recebi, agradeço especialmente:

Aos colegas da Pró-Reitoria de Pós-Graduação pela atenção e compreensão;
Aos Colegas do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria por toda ajuda de sempre;

À Dr^a Joice e a Carmem, da Junta Médica da Universidade Federal de Santa Maria, pela valiosa colaboração;

A Direção de Enfermagem do HUSM em especial as Enfermeiras Maria Lúcia e Adelina pela atenção e colaboração;

Aos profissionais da equipe de enfermagem que participaram do estudo, com tanta compreensão e disposição, cedendo seu tempo, me ensinando a ouvir e compreender;

Ao Pessoal do PSITRAB, uma nova turma que muito contribuiu nesta etapa de minha formação;

Aos Mestres, por terem me permitido aprender tantas coisas;

Aos colegas do Mestrado, em especial a Ivone e o Adão que dividiram seu tempo e me emprestaram seus ouvidos muitas e muitas vezes;

À todos os amigos que encontrei, convivi e aprendi a admirar;

Aos amigos Cesar Martins e Aluisio Vianna pela camaradagem e convivência;

Ao amigo Alvaro, pela compreensão e ajuda nos momento de dúvidas e pelas palavras ditas nas muitas conversas;

Ao amigo Willy Matias, jovem e sábio, por ter dividido comigo o seu tempo e sua sabedoria, por ter me ouvido tantas vezes e por ter me mostrado novos valores;

À uma turma especial: Rejane, Jeanne, João Marcos e James pela amizade e apoio de sempre;

À Soraya pela verdadeira e valiosa amizade, pelo convívio e pelas horas de discussão e aprendizado;

Ao Prof. Dr. Marcos, pela acolhida e por mostrar o caminho.

Ao Prof. Dr. Roberto Cruz, pela paciência e dedicação. Muito mais que me orientar, me ensinou como um AMIGO.

A minha Mãe Geny, pelos ensinamentos na vida;

As minhas Irmãs Maria Elaine e Marilú, por terem acreditado em mim;

Ao Meu Irmão Luis Mário e ao meu Pai, que mesmo vivendo na minha saudade, eu sei, vibram comigo nesta vitória.

À minha amada filha Leticia pelo seu carinho e compreensão;

Aos meus amados filhos Cassiano e Samuel pelos seus sorrisos;

À minha esposa e companheira Simone, que segurou todas as barras, dedico este título, pois sem sua ajuda, eu sei, não teria sido possível a realização desse sonho.

À Deus, pela vida e pela felicidade de ter chegado até aqui.

SUMÁRIO

Lista de Quadros	vii
Lista de Tabelas	viii
Lista de Figuras	ix
Lista de Anexos	x
Resumo	xi
Abstract	xii
1. INTRODUÇÃO	01
1.1 Estrutura do estudo	02
1.2 O problema de pesquisa	03
1.3 Justificativa	10
1.4 Objetivos geral e específicos	11
1.5 Limitações e perspectivas do estudo	12
2. DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO - DORT	13
2.1 Contexto histórico	13
2.2 Conceito e terminologias	16
2.3 Aspectos clínicos	19
2.4 Etiologia	21
2.5 Estágios evolutivos	20
2.6 Custos psicológicos econômicos e sociais	21
2.7 Aspectos ergonômicos	24
2.8 Aspectos psicológicos	26
3. CARGAS DE TRABALHO	28
3.1 Definição	28
3.1.1 Diferentes definições de carga de trabalho	30
3.2 Divisão das cargas de trabalho	32
3.2.1 Diferentes conceitos de carga psíquica do trabalho	33
4. O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	36
4.1 Caracterização do trabalho no contexto hospitalar	36
4.2 Cargas de trabalho da enfermagem	39
4.2.1 As cargas físicas	39
4.2.2 As cargas psíquicas	40
5. MÉTODO	42
5.1 Desenho do estudo	42
5.2 Caracterização do local	42
5.3 Caracterização da população	43
5.3.1 População	43
5.4 Procedimentos	44
5.4.1 Consulta às fontes bibliográficas	44
5.4.2 Pesquisa documental	45
5.4.3 Instrumentos de coleta de dados	45
5.4.4 Estudo piloto	47
5.4.5 Avaliação e reformulação dos instrumentos	47
5.4.6 Aplicação dos instrumentos na população estudada	48

6. ORGANIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO	50
6.1 Variáveis-critério	50
6.2 Variáveis sócio-demográficas	50
6.3 Variáveis ocupacionais	50
6.4 Variáveis clínicas	50
6.5 Variáveis intervenientes	51
7. SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	52
7.1 Distribuição da variáveis sócio-demográficas	52
7.2 Distribuição das variáveis ocupacionais	54
7.3 Distribuição das variáveis clínicas	55
8. DISCUSSÃO	70
9. CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
BIBLIOGRAFIA	87
ANEXOS	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Conceito de cargas de trabalho segundo seus respectivos	31
Autores	
Quadro 2 - Conceito de carga psíquica do trabalho segundo seus	
Respectivos autores	34
Quadro 3 - Distribuição dos servidoras da equipe de enfermagem do HUSM	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sócio-demográficas	53
Tabela 2 - Distribuição das variáveis ocupacionais da população	54
Tabela 3 - Distribuição das variáveis clínicas da população	55
Tabela 3.1 - Distribuição dos momentos de incidência da dor	56
Tabela 4 - Distribuição das variáveis clínicas relacionadas com a dor	57
Tabela 4.1 - Distribuição das tarefas específicas	57
Tabela 4.2 - Distribuição dos recursos terapêuticos utilizados	58
Tabela 5 - Distribuição do resultado da avaliação das influências da dor Segundo as variáveis clínicas	58
Tabela 5.1 - Distribuição das alterações de comportamento	58
Tabela 6 - Distribuição dos resultados da avaliação das condições ambientais	59
Tabela 7 - Distribuição dos resultados da avaliação dos efeitos psicogênicos das cargas físicas	60
Tabela 8 - Distribuição do resultado da avaliação da carga psíquica proveniente da organização do trabalho	63
Tabela 9 - Distribuição da carga psíquica da população diante da dor, sofrimento e óbito	66
Tabela 10 - Distribuição do resultado da avaliação do nível de descontentamento com o trabalho	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das respostas dos Enfermeiros a respeito dos efeitos psicogênicos das cargas físicas	61
Figura 2 - Distribuição das respostas dos Técnicos em enfermagem a respeito dos efeitos psicogênicos das cargas físicas	61
Figura 3 - Distribuição das respostas dos Auxiliares enfermagem a respeito dos efeitos psicogênicos das cargas físicas	62
Figura 4 - Distribuição das respostas dos Enfermeiros a respeito das cargas psíquicas oriundas da organização do trabalho	64
Figura 5 - Distribuição das respostas dos Técnicos em enfermagem a respeito das cargas psíquicas oriundas da organização do trabalho	64
Figura 6 - Distribuição das respostas dos Auxiliares de enfermagem a respeito das cargas psíquicas oriundas da organização do trabalho	65
Figura 7 - Distribuição das respostas dos Enfermeiros a respeito da carga psíquica oriunda das situações críticas	67
Figura 8 - Distribuição das respostas dos Técnicos em enfermagem a respeito da carga psíquica oriunda das situações críticas	67
Figura 9 - Distribuição das respostas dos Auxiliares a respeito da carga psíquica oriunda das situações críticas	68
Figura 10 – Distribuição das respostas dos entrevistados a respeito do descontentamento com o seu trabalho	69

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Atribuições dos trabalhadores da equipe de enfermagem do HUSM	86
Anexo 2 - Quadros das doenças incidentes na população estudada	87
Anexo 3 - Autorização para execução do projeto piloto	88
Anexo 4 - Relatório de atividades do projeto piloto	89
Anexo 5 - Instrumentos de coleta de dados	90
Anexo 6 - Autorização para execução da pesquisa	91

AVALIAÇÃO DA CARGA PSÍQUICA NOS DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT) EM TRABALHADORES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA – HUSM

Autor: Jadir Camargo Lemos

Orientador: Profº Dr Marcos Ribeiro Ferreira

Co-Orientador: Profº Dr Roberto Moraes Cruz

Este estudo teve como objetivo avaliar a carga psíquica no trabalho presente nos quadros de DORT diagnosticados entre os trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM - UFSM. A população (n = 81) foi composta de forma intencional através de um estudo retrospectivo das fichas de saúde dos trabalhadores, no arquivo da Junta Médica da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, sendo selecionados os trabalhadores que, através de Licença para tratamento de saúde - LTS -, foram afastados do trabalho no período de janeiro/1998 até abril/2000, com diagnóstico de DORT. Os dados foram coletados através de instrumentos elaborados pelo pesquisador (uma anamnese clínico-ocupacional e uma escala de avaliação da carga psíquica). Foi utilizado o pacote estatístico SPSS para organização e tratamento das informações colhidas. Os resultados apontam que, em relação às variáveis clínicas, temos 85% da população referindo, pelo menos, um episódio de dor nos últimos seis meses e a intensidade da dor variando entre dor leve e dor insuportável, com registro de 31 casos de dor forte na população estudada. Observou-se, também, que a dor provoca alterações dos estados emocionais dos portadores de DORT. Com relação à escala de avaliação da carga psíquica, foi possível identificar a presença dessas cargas através das respostas dos questionários auto-aplicados bem como das falas dos trabalhadores, no momento da entrevista. A percepção dessas cargas é referida por trabalhadores de todas as categorias funcionais e de todas as idades, descartando, para essa população, a idéia de existência de fatores pré-disponentes para a incidência do fenômeno. Portanto, tendo em vista os resultados obtidos com a escala de avaliação da carga psíquica, acreditamos ser este um instrumento viável à investigação da carga psíquica do trabalho.

Palavras-chaves: Saúde do trabalhador, carga psíquica, doenças relacionadas ao trabalho, enfermagem.

ABSTRACT

The purpose of this study is to assess the psychical workload in work, present among nursing workers with work related musculoskeletal disorders (WSMD) at the diagnosed "Hospital Universitário de Santa Maria" – HUSM. The population (n = 81) was intentionally composed through a retrospective workers' health reports of the archive of medical committee of the "Universidade Federal de Santa Maria" – UFSM. The selected workers were those who had undergone medical treatment as a consequence of DORT from january/1998 to april/2000. The data were collected using the instrument constructed by the researcher (anamneses occupational-clinic and assessment scale of psychical workload). The statistical package SPSS was used to the organization and treatment of the resulting data. The results point out that, in the relation to the clinical variables, 85% of the population reported, at least once, an episode of pain in the last 6 months with its intensity varying from soft pain to unbearable pain. 31 cases were reported to have undergone unbearable pain in the population investigated. It was also observed that the pain alters the emotional states of the DORT bearers. In relation to the assessment scale of psychical workload it was possible to identify the presence of these loads by analysing the answers to the self-applied questionnaires, as well as the workers' talk. The presence of these loads was reported by workers belonging to all functional ranks and with all ages, discarding the hypothesis which states that there are predict factors in the incidence of this phenomenon. Thus, after analysing the results obtained with the assessment scale of psychical workload, we believe that this is a viable instrument to the investigation of the psychical workload in the work.

Key words: Worker's health, psychical workload, related worker's disorders, nursery.

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, o trabalho tem se constituído num dos principais modos de produção da existência social, com repercussões diretas sobre a condição de saúde dos trabalhadores. Desde o final do século XIX, no auge da elaboração de uma teoria social das enfermidades e, durante todo o século XX, com o desenvolvimento das pesquisas sobre o sofrimento humano no trabalho, a necessidade de responder cientificamente ao crescente avanço dos problemas de saúde no trabalho, particularmente os de natureza psicossocial, criou um campo fértil para o desenvolvimento de teorias, conceitos e métodos de investigação sobre o sofrimento humano no trabalho.

No Brasil, durante as duas últimas décadas do século XX, o objeto de estudo - sofrimento humano no trabalho - foi intensificadamente trabalhado por um conjunto de pesquisadores oriundo de disciplinas diversas: Epidemiologia, Psiquiatria, Psicologia do Trabalho, Ergonomia, Saúde Ocupacional, dentre as principais, compondo um espectro de investigação genericamente denominado de saúde mental e trabalho (Seligmann-Silva, 1994; Cruz, 2001). Foi durante estas décadas que surgem um conjunto de diagnósticos acerca do sofrimento psíquico enfrentado por categorias profissionais ou ocupações específicas, especialmente os trabalhadores do setor bancário, os petroquímicos, os mineiros, os trabalhadores da construção civil, os profissionais de saúde, os professores.

Grande parte desses estudos salientam o desenvolvimento de enfermidades psíquicas, genericamente denominadas de neuroses, fadigas mentais ou patológicas, tensões laborais, estresses, neuroses do trabalho, normalmente associadas à produção de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Cruz, 2001).

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT - podem ser descritos genericamente como um conjunto de sintomas ou patologias que atingem o aparelho músculo-esquelético, normalmente resultando em lesão tecidual.

A dificuldade de solução dos quadros de DORT por parte dos profissionais da saúde reside no fato de que o nexos causal, ou seja, a possibilidade de estabelecer um vínculo direto entre as sintomatologias e a atividade do trabalho, nem sempre está estabelecido na formulação do diagnóstico. Esse diagnóstico, geralmente efetuado por um único profissional da saúde, tem implicado em oferecer poucas possibilidades

de avaliação do sistema pelo qual a doença é produzida, o que envolve, via de regra uma necessidade de múltiplos profissionais em sua análise.

As exigências do trabalho e as condições de sua realização, espaço de produção das cargas de trabalho, também têm sinalizado o aparecimento das sintomatologias osteomusculares, ampliando o espectro de análises para as condições pelas quais o trabalho é executado.

Estudos realizados pela Psicologia do trabalho e pela Ergonomia, ao confirmarem a existência das cargas de trabalho, destacam a importância do papel destas na análise do processo de produção e organização do trabalho e na investigação de sua relação com o adoecimento tanto no aspecto físico como no psíquico.

As condições de trabalho dos profissionais da saúde têm sido referidas em estudos como os de Pitta (1990), Araújo e Alexandre (1994) e Greco, Oliveira e Gomes (1996), que apontam a existência de cargas físicas e psíquicas nestes processos de trabalho. Já Seligmann-Silva (1994) afirma ser o ambiente hospitalar um ambiente tensiógeno que facilita o desgaste psico-emocional destes trabalhadores. Num recorte mais específico, os profissionais da enfermagem têm sido alvo de estudos, tanto na área da saúde mental como da ergonomia, em virtude do alto índice de doenças (físicas e psíquicas) registrados nesta categoria de trabalhadores.

Este estudo pretende obter uma compreensão mais apurada das cargas psíquicas associadas aos quadros de DORT entre profissionais de enfermagem, de forma a contribuir na avaliação da dimensão dos aspectos psicológicos suscetibilizados na relação com o trabalho.

1.1 ESTRUTURA DO ESTUDO

Esta dissertação está dividida em nove capítulos:

O primeiro capítulo trata da problematização do fenômeno do estudo, situando as perguntas de pesquisa, a justificativa e os objetivos deste trabalho.

O segundo e o terceiro capítulos fazem uma revisão de literatura sobre os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT - e sobre as cargas

de trabalho, com destaque às cargas psíquicas, ambos necessários à discussão dos fundamentos teóricos deste estudo.

O quarto capítulo trata da caracterização do trabalho da equipe de enfermagem, assim como das cargas físicas e psíquicas a ele inerentes.

O quinto capítulo descreve o método e as características do estudo, os procedimentos e instrumentos de coleta e análise dos dados.

No sexto capítulo, descrevemos a organização das variáveis do estudo.

No sétimo capítulo, apresentamos uma sistematização dos resultados, organizando-os em forma de tabelas, a fim de facilitar a correlação e análise de dados.

O oitavo capítulo é reservado à discussão dos resultados.

No nono capítulo, tecemos as conclusões do estudo.

1.2 O PROBLEMA DE PESQUISA

A ocorrência de distúrbios físicos e psíquicos entre os trabalhadores em grande medida está relacionada a determinadas formas de organização da produção e do trabalho, bem como às condições físicas e objetivas em que este trabalho é executado. Moraes, Marquez, Kilimnik, et al (1995). As atuais transformações no mundo do trabalho e os impactos da reestruturação produtiva parecem ter aumentado as proporções destas implicações sobre a saúde dos trabalhadores ampliando e tornando mais complexa a avaliação dos sintomas de dor e desconforto físico e psicológico.

Estudos epidemiológicos recentes apontam verdadeiras epidemias das chamadas doenças profissionais e das doenças relacionadas ao trabalho (Lacaz e Ribeiro, 1984), embora muitas delas já venham sendo investigadas desde o século XVI por George Bauer, somente no final do século XX é que foram estabelecidos um maior vínculo dessas doenças com o trabalho.

Para Mendes e Dias (1994), diferenciam-se as doenças profissionais das doenças relacionadas ao trabalho por não serem consideradas “específicas” do trabalho, ou seja, são doenças cuja incidência ou prevalência ocorrem em determinadas categorias de trabalhadores. Já as doenças relacionadas ao trabalho

são definidas a partir de estudos epidemiológicos e geralmente são aquelas, onde as condições de trabalho constituem um *fator de risco adicional*.

No Brasil, o reconhecimento das Lesões por Esforço Repetitivo – LER, como doenças do trabalho, se dá em 1987, e dez anos mais tarde, o Instituto Nacional de Seguridade Social, através de portaria publicada no Diário Oficial da União – DOU, passa a denominá-las de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, ampliando o número de doenças que se enquadram nesta sigla.

Os DORT têm se constituído um grande problema para a saúde pública nos países industrializados. As estatísticas nacionais apontam para o crescimento de sua ocorrência, em profissionais de diversos ramos de atividade, com incidência maior no sexo feminino, como as trabalhadoras da indústria, as trabalhadoras do lar e, em particular, às trabalhadoras das equipes de enfermagem (Couri e Leo, 1998; Lech e Hoefl 1994; Araújo e Alexandre, 1994; Sato, 1993).

A sigla DORT, diferentemente da sigla LER -Lesões por Esforços Repetitivos-, engloba os problemas de coluna como as lombalgias¹ ou dorsalgias², popularmente conhecidas como “dor nas costas”. As dores e queixas crônicas relacionadas com a coluna vertebral constituem um complexo desafio para a saúde ocupacional e são importantes em virtude de sua frequência e dos efeitos incapacitantes.

Atualmente, constata-se, através de estudos epidemiológicos e em saúde e trabalho, que determinadas categorias profissionais apresentam maior suscetibilidade a distúrbios como, por exemplo, os problemas de coluna em motoristas de ônibus ou/e operadores de máquinas pesadas da construção civil. Organizações internacionais e grupos de pesquisa situam os trabalhadores da enfermagem como fazendo parte do grupo de risco de maior incidência dos DORT, ao lado dos operadores de computador e dos caixas de banco (Araújo e Alexandre, 1994).

Os DORT ocupam hoje, segundo dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social, o terceiro lugar entre as causas de afastamento do trabalho, perdendo apenas para as doenças “nervosas” e as doenças gastrointestinais (INSS, 1997). Este fato causa preocupação entre os profissionais que atuam em saúde do trabalhador, em especial os fisioterapeutas, pois os referidos distúrbios, na maioria das vezes, são tratados pela Fisioterapia. De acordo com Mendes e Dias (1994), os

¹ Dores na região lombar da coluna vertebral.

² Dores na região dorsal da coluna vertebral.

DORT são reflexo atual dos conflitos entre o sujeito enquanto força de trabalho e a realidade do processo produtivo desfavorável ao trabalhador, que tem determinado novos conteúdos e cargas de trabalho.

Oriundo da Psicologia do Trabalho Leplat e Cuny (1983), o conceito de carga de trabalho é retomado e desenvolvido por Wisner (1987). Esse ergonomista francês impulsionou, nas últimas décadas, os estudos nesse tema, que difundiu-se na Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho, na Ergonomia e na Saúde do trabalhador.

A carga de trabalho representa o conjunto de esforços desenvolvidos para atender as exigências das tarefas e as condições de trabalho impostas pela organização do trabalho. Segundo Wisner (1994), toda a atividade realizada pelo trabalhador pode ser decomposta em três tipos de cargas de trabalho: a física, a cognitiva e a psíquica. E cada tipo de carga pode ser analisado a partir das condições de trabalho da seguinte forma:

- a) Carga física compreende os níveis de ruído, vibração, temperatura, iluminação, atividade muscular e postura corporal;
- b) Carga cognitiva refere-se à tomada de decisão, uso de memória e percepção;
- c) Carga psíquica configura-se pela realização do trabalho sob pressão do tempo ou de quantidade), por problemas de ordem afetiva e relacional (insatisfação, monotonia, desprazer) - que envolvem aspectos psicodinâmicos do trabalho (Wisner, 1987 e 1994; Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994).

Para Seligmann-Silva (1994), as tarefas dos profissionais da saúde são fortemente tensiógenas, devido entre outras causas, às prolongadas jornadas de trabalho e ao número reduzido de profissionais na equipe, normalmente associadas a um desgaste psico-emocional.

Franco, citado por Vieira, Guimarães e Martins (1999) constata que as características da organização de trabalho de um hospital geral são as responsáveis por diversas patologias. Ele destaca como características dessa organização: a sobrecarga de trabalho, os salários insuficientes, as condições de trabalho insatisfatórias e a exposição à agentes físicos, químicos e biológicos.

Entre os profissionais da enfermagem, as tarefas executadas envolvem grande carga física, incluindo posturas desequilibradas e penosas, de média e longa duração, comprometendo os elementos de sustentação da coluna vertebral (Knoplich, 1989). Resta saber se somente este fator, a carga física, é suficiente para suscetibilizar a manifestação dos sintomas ou, se a ele são somados outros fatores que escapam da compreensão dos profissionais da saúde.

A atividade de enfermagem é voltada para assistência ao outro. Isso se constitui a sua razão de ser. Todavia, a confrontação com o sofrimento do doente e de seus familiares, obriga esse trabalhador a envolver-se afetivamente em suas relações de trabalho. Somado a isto, estão as condições de trabalho, muitas vezes precárias, e as formas de pressão e exigências e graus de responsabilidade da atividade.

Para Bulhões (1994), fatos como a responsabilidade deste trabalhador para com o doente, sua exposição constante a situações críticas de sofrimento em jornadas prolongadas, a divisão desequilibrada das tarefas em função do reduzido número de elementos da equipe, as más condições ergonômicas, associados aos baixos salários, são apontados como carga psíquica/afetiva/emocional do trabalho da enfermagem.

A carga psíquica, como uma carga de trabalho, vem sendo estudada, há pelo menos 20 anos, embora a literatura traga registros de estudos com denominações variadas (sofrimento psíquico, neuroses do trabalho e estressores psicossociais), normalmente associadas a eventos problemáticos em termos das condições de saúde mental no trabalho, que tratam de saúde mental e trabalho. Ao contrário da carga física, a carga psíquica apresenta maior dificuldade para ser mensurada e avaliada, devido a sua complexidade, pois esta envolve a subjetividade dos indivíduos (Wisner, 1994).

As inter-relações entre a carga física e a mental (cognitiva e emocional) são objeto de inúmeros estudos. Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), costumam desmembrar a carga de trabalho em dois aspectos: a carga física e a carga mental. A carga física se traduz pelo sofrimento do organismo através do emprego excessivo das aptidões fisiológicas. O conceito de carga mental carrega uma mistura de fenômenos de ordem neurológica e de ordem psíquica como, por exemplo, as variáveis perceptivas, cognitivas, psíquicas, afetivas etc. Ainda segundo estes

autores, os aspectos subjetivos da relação homem-trabalho tem muitos efeitos concretos e reais como o absentéismo, as greves etc.

Oddone, Gastone, Briante, et al (1986), estudando os fatores de riscos do ambiente de trabalho entre operários italianos, numa perspectiva de identificação das cargas de trabalho e suas influências sobre a saúde e a vida dos trabalhadores, constroem uma metodologia de investigação que leva o nome de "Modelo operário", onde estabelece quatro grupos distintos de fatores de riscos ambientais: físicos, químicos/biológicos, fisiológicos e psicológicos.

Laurell e Noriega (1989), na década de 80 com base no modelo operário de Oddone, elaboram uma proposta teórico-metodológica para o estudo das condições de saúde e doença que eles próprios definem como "epidemiologia social". Em seu estudo com mais de 4000 siderúrgicos mexicanos constroem outra metodologia de investigação que procura descrever, de forma detalhada, os aspectos individuais, coletivos, bio-psíquico-sociais do processo de desgaste do trabalhador. Compõe esta investigação: uma enquete coletiva, a análise de arquivos médicos (exames periódicos e acidentes de trabalho e visitas de inspeção baseadas no método LEST³ da ergonomia francesa e no conceito de carga de trabalho do modelo operário italiano.

Nesse estudo, os autores Laurell e Noriega (1989) identificaram as cargas físicas e psíquicas do trabalho, dividindo inclusive a carga psíquica em sobrecarga ou seja, situações de tensão prolongada, e sub-carga que seria a impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica. Segundo estes autores, o conceito de carga psíquica possibilita uma análise do processo de trabalho, que extrai e sintetiza os elementos que determinam o nexa biopsíquico da atividade operária, conferindo um modo específico do ser trabalhador.

Pitta (1990), ao estudar as condições e o processo de trabalho de um hospital geral, baseada em estudos anteriores, como os de Dejours, Laurell e Noriega, dentre outros, constrói um método de investigação denominado de "Trabalho hospitalar e saúde" (THS). Nesse método aborda questões sócio-demográficas e as impressões dos trabalhadores a respeito de seu trabalho. Ao estudar a saúde mental desses trabalhadores, Pitta (1990) relacionou a natureza do trabalho - o convívio com a

³ Método LEST - Instrumento diagnóstico que avalia as condições de trabalho, criado pelo Laboratório de Economia e Sociologia do Trabalho (Laurell & Noriega, 1989: 67).

doença, com sofrimento e a morte à manifestação de sintomas indicativos de sofrimento psíquico.

No estudo apresentado por Candeias, Abujamra e Sabag (1992), com uma população composta de 24 atendentes de enfermagem de um instituto de cardiologia de São Paulo, investigando, através de um questionário composto de perguntas abertas e fechadas, as condições ambientais e o processo de trabalho daqueles trabalhadores. Os autores concluem que os fatores estressores provêm da organização do trabalho, o que para Dejours (1992) seria a grande fonte geradora de cargas psíquicas. Os fatores estressores para Fachinni, Weiderpass e Tomasi (1991) seriam as próprias cargas psíquicas.

Humphrey e Kramer (1994) estudaram a carga mental, examinando a possibilidade de empregar a incidência de potencial nervoso na mensuração dinâmica das alterações de carga mental, com os sujeitos realizando duas tarefas (motivação e aritmética mental) separadamente e juntas.

Tsang e Virdulich (1994) consideram a avaliação da percepção subjetiva de carga de trabalho como uma das mais importantes ferramentas de medição, pois prevê uma estimativa da percepção da carga que é resistida no desenvolvimento de uma tarefa. A mensuração da carga de trabalho, através da subjetividade, é a forma mais popular de acesso à carga mental do trabalho. Essa forma é fácil de implementar, é usualmente não intrusiva, tem baixo custo e tem boa "face validity"⁴. Seus dados demonstram que uma avaliação retrospectiva é mais eficaz do que uma avaliação imediata para a apreensão da carga subjetiva vivenciada pelos trabalhadores.

Silva Filho, Jardim e Perecmanis (1996) ao estudar o processo de trabalho e o sofrimento psíquico dos pilotos do metrô do Rio de Janeiro, com base no instrumento organizado por Pitta, criou o TPS - Trabalho de pilotos e saúde, utilizando também o "*Self Report Questionnaire*"- SRQ-20 para o rastreamento dos sintomas psiquiátricos, e o "*Clinical Interview Schedule*"- CIS para rastrear os sintomas neuróticos. A caracterização sócio-demográfica da população (n=151), foi realizada através do TPS. Os instrumentos utilizados no estudo, contém perguntas que apontam para a incidência de cargas psíquicas no processo de trabalho. O resultado da pesquisa

⁴ *Face validity* - validade nominal.

aponta como causa do sofrimento psíquico fatores relacionados à cargas psíquicas, como, por exemplo, a organização do trabalho daquela categoria.

Colle e Reid (1998), estudaram carga mental através de instrumentos como o *SWAT- Subjective Workload Assessment Technique* e o *NASA TLX - Task Load Index*, concluindo que seria necessário prover metodologias para controlar o efeito na avaliação da carga mental e incrementar a validade da medida subjetiva, pois estas cargas existem em todos os processos de trabalho.

Silva, Kurcgant e Queiroz (1998) estudaram o sofrimento psíquico dos enfermeiros que lidam com pacientes oncológicos, através de uma entrevista não-diretiva com a população (n = 4), buscando identificar as situações enfrentadas pelos enfermeiros que desencadeiam sofrimento psíquico em seus cotidianos. Os dados foram analisados a partir de uma análise de conteúdo das respostas. Este estudo também aponta fatores da organização do trabalho como carga psíquica, como por exemplo a divisão entre encargos administrativos e técnicos do enfermeiro, o despreparo do profissional para lidar com este tipo de paciente/situação, a falta de recursos humanos etc.

Ao considerar os estudos acima citados, pode-se afirmar que avançaram as pesquisas sobre cargas de trabalho, especialmente os estudos sobre a carga psíquica do trabalho da enfermagem, ora no campo da saúde mental, ora no campo da ergonomia, ainda que novos métodos e instrumentos de investigação possam aprimorar a qualidade de avaliação empírica desse construto.

Até o momento, não se dispõe de método para medir direta e objetivamente a energia consumida ou a fadiga produzida pelas cargas mental e psíquica. Sabe-se, contudo, quão influenciáveis elas são pelas características das organizações e do processo de trabalho em instituições hospitalares.

Com base nos elementos de análise do problema de pesquisa apresentados, constituímos as seguintes perguntas de pesquisa:

Qual(is) a(s) forma(s) para avaliar a carga psíquica do trabalho entre profissionais de enfermagem?

Quais as implicações das cargas psíquicas do trabalho nos quadros de DORT diagnosticados entre os trabalhadores da enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM?

1.3 JUSTIFICATIVA

Atualmente, constata-se um crescimento acelerado dos casos de DORT entre os trabalhadores que desempenham as mais diversas atividades profissionais. Devido às conseqüências sociais e econômicas, este fato tem gerado intensos debates entre os profissionais da saúde, especialmente os que se dedicam ao estudo da saúde do trabalhador, acerca dos elementos que favorecem o seu aparecimento. Com certeza, os debates já geraram muitos produtos, mas ainda não há consenso com relação ao reconhecimento da sua natureza ocupacional.

Considerando-se a diversidade dos fatores causais apontados como importantes no desenvolvimento desses distúrbios, acreditamos que somente a partir da realização de mais estudos dos locais de trabalho onde eles ocorrem, será possível aprofundar os conhecimentos sobre os DORT.

Os estudos internacionais sobre avaliação de cargas mentais ou psíquicas relacionadas ao trabalho evoluíram, aprimorando métodos e instrumentos de avaliação e medidas da carga psíquica do trabalho. Porém, o acesso a esses é ainda difícil, tanto pelo custo econômico como pela dificuldade de se obter o estudo na íntegra, reduzindo grande parte de nossa capacidade de sistematização de informações pela leitura de *abstracts*. Por sua vez, os estudos nacionais disponíveis são muito recentes, pois datam principalmente da última década do século XX, necessitando serem comparados com outros desenvolvidos em diferentes situações e processos de trabalho no Brasil.

Face ao exposto, o presente estudo tem como perspectiva:

- Contribuir com o avanço do conhecimento sobre os DORT e à produção de sofrimento psíquico no trabalho;
- Buscar uma maior compreensão sobre o desenvolvimento dos DORT e a sua relação com a produção da carga psíquica no trabalho de enfermagem;
- Desenvolver um instrumento de avaliação de carga psíquica do trabalho.

Esse estudo foi realizado no HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria, onde parte significativa dos trabalhadores da equipe de enfermagem já registram faltas ao trabalho em conseqüência dos quadros sintomatológicos de origem músculo-esqueléticas. A partir das respostas colhidas em trabalho de campo, pretende-se

apontar a incidência de cargas psíquicas contidas no trabalho daqueles profissionais, e suas relações com os quadros de DORT.

Desse modo, acreditamos estar contribuindo para ampliar a compreensão sobre a produção de cargas psíquicas no trabalho dos profissionais de enfermagem, de forma a colaborar para o desenvolvimento de estratégias para melhoria das condições de trabalho no HUSM.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Avaliar a carga psíquica do trabalho associada aos quadros de DORT diagnosticados entre trabalhadores da equipe de enfermagem do HUSM.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Verificar a incidência de DORT entre os trabalhadores da equipe de enfermagem do HUSM, no período compreendido entre jan/98 até abril/2000;
- Observar a relação existente entre a função (enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), tempo de exercício da função, tempo de exercício da função no HUSM e idade, com a incidência dos DORT;
- Analisar as características da carga psíquica do trabalho da equipe de enfermagem do HUSM entre os portadores de DORT;
- Desenvolver um instrumento de investigação da carga psíquica para trabalhadores de enfermagem.

1.5 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

A complexidade em descrever e avaliar a dimensão da carga psíquica e sua relação com a carga física também constitui um fator limitante deste trabalho, em função não somente da escassez de instrumentos de avaliação de cargas psíquicas no Brasil, mas também em razão da própria complexidade de operacionalização desse construto - carga psíquica - em termos de investigação empírica. A escassez de pesquisas sobre carga psíquica do trabalho, principalmente do trabalho dos profissionais de enfermagem no Brasil, reforça a dificuldade da sua avaliação e mensuração.

Outro fator limitador é a disparidade existente entre a produção literária especializada estrangeira (às vezes de difícil acesso) e a nacional sobre o assunto, que dificulta comparações específicas.

As dificuldades técnicas para validar instrumentos de investigação da carga psíquica (como, por exemplo, o controle de variáveis da situação de trabalho, controle estatístico e psicométrico, dados qualitativos, categorias de investigação) são, evidentemente, fatores limitadores às pesquisas de larga escala.

No que diz respeito aos aspectos metodológicos do estudo, há limites de investigação em razão deste estudo ser de corte transversal, ou seja, é realizado em um espaço de tempo específico, em uma categoria profissional determinada.

Dentre as perspectivas do estudo, além de contribuir para o acréscimo da produção nacional sobre o tema, está a construção de um instrumento de investigação da carga psíquica do trabalho da enfermagem.

O fato de testar um instrumento desta natureza poderá incentivar novos estudos sobre avaliação de carga psíquica do trabalho.

2. DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO - DORT

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

Provavelmente, o primeiro relato sobre distúrbios funcionais dos membros superiores associado a sobrecarga vem da Bíblia: "*Eleazar permaneceu firme e massacrou os filisteus até que sua mão se cansou e se enrijeceu sobre a espada* (Livro II de Emanuel, cap 10 Vers.23)".

Hipócrates, considerado o "Pai da Medicina", escreveu um dos primeiros relatos de distúrbios crônicos das mãos causados por movimentos repetitivos no trabalho. Em *Epidemias*, ele descreveu o quadro de um trabalhador que desenvolveu paralisia da mão após esforço prolongado de torcer vara (Ramazzini, 2000). Os problemas de saúde que atingem os trabalhadores do mundo inteiro, vêm sendo discutidos desde o século XVII, quando o médico Bernardino Ramazzini escreve o livro "Doenças do trabalho", descrevendo com minuciosidade cerca de 50 doenças de origem ocupacional, proveniente de movimentos repetitivos e irregulares e de posturas inadequadas nas atividades laborais. Considerado o Pai da Medicina do Trabalho, é ele quem introduz na consulta médica a pergunta: Qual a sua ocupação? (Cheren, 1998).

Em 1891, Fritz De Quervain descreve a tenossinovite do polegar como a "Entorse da lavadeira". Esta mesma doença, em 1920, foi outra vez descrita e classificada como a doença dos tecelões, e até hoje ela é conhecida como tenossinovite estenosante ou síndrome de De Quervain.

Nos países industrializados, as doenças ocupacionais (as profissionais e as relacionadas ao trabalho) concentram-se no final do século XIX até a metade do século XX, quer pela gravidade real do problema, quer pelas necessidades dos sistemas de seguro (Mendes, 1994).

No século XX, entre os anos 20 e 40, houve denúncia de casos de dores nos membros superiores associados às condições de trabalho, especialmente baseados em relatos do médico americano Harry Filkenstein. Não é sem razão que o primeiro reconhecimento previdenciário desse tipo de distúrbio como relacionado ao trabalho ocorreu no estado norte-americano de Ohio, em 1938. Num estudo clássico desta

época Hammer, em 1934, estudou tendinites entre os empacotadores, e chegou a descrever que, aqueles que desenvolviam menos de 2000 movimentos por hora não tinham lesão. E aqueles trabalhadores com número de movimentos maior do que este eram propensos à lesões (Couto, 1995).

Em meados do século passado, as chamadas Lesões por Esforço Repetitivo compareceram entre as publicações científicas de diferentes países com diferentes denominações. No Japão, nas décadas de 50/60, começam a surgir as chamadas epidemias de doenças ocupacionais relacionadas aos esforços repetitivos em algumas categorias profissionais. A partir de 1958, foram descritos casos de “distúrbio cervicobraquial” (*Occupational Cervicobrachial Disorders –OCD*) em perfuradores de cartão, operadores de caixa registradora, datilógrafos, etc. Segundo o comitê da Associação Japonesa de Saúde Ocupacional, criado principalmente em função da incidência desses casos, “doença cervicobraquial ocupacional é um distúrbio ocupacional e/ou repetitivo dos músculos dos braços e das mãos” (Moraes e Miguez, 1998).

Na década de 70, a Austrália é marcada por um acentuado aumento nos benefícios pagos por doenças do trabalho a digitadores, operadores de linhas de montagem e embaladores. Inicialmente, o quadro foi denominado como “lesão ocupacional por sobre-esforço” (*Occupational Overuse Injury*) mudando a partir de 1980 para “lesões por esforços repetitivos” (*Repetitive Strain Injuries - RSI*). O australiano Brawne (1984), definiu *RSI* como: “doenças músculo-tendinosas dos membros superiores, ombros e pescoço, causadas pela sobrecarga de um grupo muscular particular, devido ao uso repetitivo ou pela manutenção de posturas contraídas, que resultam em dor, fadiga e declínio do desempenho profissional” (Mendes, 1995).

Nos EUA, Armstrong utiliza “lesões por esforços cumulativos” (*Cumulative Trauma Disorders – LTC*), para refletir “aquelas lesões de tecido mole devido ao movimento e esforços repetitivos do corpo”. Embora possam ocorrer em todos os tecidos, nervos, tendões, bainhas tendinosas e músculos de extremidades superiores são os locais mais freqüentes nesses relatos (Mendes, 1995).

Na década de 80, entre 1984/1985, começam a ser descritos, no Brasil, os primeiros casos deste tipo de adoecimento, com maior incidência entre os digitadores,

devido a alta velocidade do trabalho e dos incentivos à produção, com pagamentos adicionais de produtividade (Moraes e Miguez, 1998).

Ao longo do curso desta doença, vários pesquisadores e autores conferiram-lhe nomes e siglas, tais como: LER – Lesão por Esforço Repetitivo; OCD – *Cervicobrachial Occupational Disorders*; CTD – *Cumulative Trauma Disorders*; LTC – Lesões por Traumas Cumulativos; RSI – *Repetition Strain Injuries*; WRMD – *Work Related Musculoskeletal Disorders* e DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, que é o termo mais aceito e utilizado atualmente, para evitar que na própria denominação já se apontem causas definidas e efeitos, como acontecia com as siglas anteriormente utilizadas (Moraes e Miguez, 1998).

Reconhecidos no Brasil como doenças relacionadas ao trabalho em 1987, sob a sigla LER, os DORT assumem nova denominação somente em 1997, acompanhando as tendências mundiais.

Os DORT têm alcançado índices alarmantes entre os trabalhadores do mundo inteiro. Nos EUA, o *National Institute of occupational Safety and Health* - NIOSH, já em 1983 classificava-os como doença crônico-degenerativa, principalmente os problemas de coluna, como a segunda maior causa de afastamento temporário do trabalho, prevendo que no ano 2000, 50% da população trabalhadora sofreria deste mal.

Em levantamento feito nos arquivos da Junta Médica da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, constata-se que os DORT são responsáveis por uma parcela considerável dos afastamentos entre os trabalhadores da equipe de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, e dentre eles, os problemas de coluna são os mais incidentes (atingindo 64 dos 97 afastamentos).

Preocupados com o alarmante crescimento do número de casos de DORT entre os trabalhadores de diversas categorias profissionais, autores da Ergonomia como Lida, Laville e Wisner, da Psicologia do Trabalho como Leplat e Codo, da Epidemiologia social, como Laurell e Noriega, da Psicopatologia e Psicodinâmica do trabalho como Dejours e Seligmann-Silva, têm estudado e discutido a produção de cargas de trabalho, e suas repercussões psicológicas a partir das condições (ambientais, físicas e emocionais) e do processo de trabalho.

Os DORT são um problema frustrante para os trabalhadores e para os profissionais envolvidos no seu tratamento. Não há ainda conhecimento satisfatório

dos mecanismos de geração e manutenção dos sintomas, que representa hoje um enorme custo econômico e psicossocial para o trabalhador, para o sistema de saúde e, conseqüentemente, para a sociedade.

O aparecimento dos DORT pode ser um indicador valioso para os administradores de empresas detectarem falhas na organização do trabalho, pois, de alguma forma pode ser o indicador de incompatibilidade na relação homem-trabalho e de queda na produtividade. Para o trabalhador, ser portador de DORT, além das dores e dificuldades na execução de suas atividades laborais, significa uma baixa na sua auto-estima, desânimo e ser objeto de discriminação por parte de seus colegas que não compreendem a gravidade do problema.

A sintomatologia dos DORT tem resistido ao tratamento sistemático desenvolvido pelos profissionais da área da saúde, com maior grau de reincidência em determinados indivíduos. Apesar de seu caráter sistêmico, os sintomas dos DORT, na prática clínica, não se apresentam de forma homogênea entre trabalhadores submetidos às mesmas exigências físicas e psíquicas de trabalho. Os elementos psíquicos (afetos) têm se apresentado como um fator incidente sobre o retorno às consultas e ao tratamento.

2.2 Conceito e terminologias

A sigla DORT foi adotada no Brasil em julho de 1997 pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, englobando as doenças que atingem músculos, tendões, vasos e nervos dos dedos das mãos, antebraços, braços, ombros, pescoço e coluna vertebral.

Segundo o INSS, no Diário Oficial da União de 11 de julho de 1997, quando disciplina a matéria sobre DORT, assim escreve:

“a denominação DORT foi criada para identificar um conjunto de doenças que atingem músculos, tendões, nervos e vasos dos dedos das mãos, antebraços, braços, ombros, pescoço e coluna vertebral. Estas doenças são inflamações não infecciosas (não causadas por bactérias, vírus ou outros microrganismos) provocadas por atividades profissionais que exigem do trabalhador movimentos repetitivos, continuados, rápidos e/ou vigorosos,

combinados com uma organização do trabalho e equipamentos inadequados” (p. 14231).

A antiga denominação, ainda em uso em alguns estudos, classifica o conjunto de patologias produzidas por movimentos repetitivos como sendo Lesões por Esforço Repetitivo - LER. Tal denominação não contemplava, no entanto, diversas outras situações que embora não se caracterizassem pela existência de movimentos repetitivos, ocasionavam os mesmos sintomas daqueles nos quais os movimentos repetitivos estavam presentes. Essas patologias ocorrem quando o trabalhador executa suas tarefas com posturas desequilibradas e/ou em contrações isométricas⁵, as quais sabidamente são tão importantes quanto os movimentos repetitivos na gênese dos DORT (Gonzaga, 2000).

A mudança do nome não se prende somente ao aspecto estético da terminologia. Ela é resultado de anos de busca de diagnóstico de quadros sintomatológicos peculiares e associados entre si, bem como suas repercussões psicológicas de seus portadores e familiares, bem como sociais, organizacionais e institucionais.

Esta mudança realizada pelo INSS foi submetida à crítica dos especialistas da área por abrir um espaço à predisposição psíquica e biológica, estimulando a interpretações “psicologizantes” e “naturalizantes” do indivíduo nos diagnósticos.

As terminologias até então utilizadas, sempre fizeram referência às patologias e aos fatores que as desencadeiam, ou seja, suas supostas causas. A seguir, listamos as terminologias utilizadas, citadas na literatura internacional e nacional, até o presente momento:

- *Cumulative Trauma Disorders - CDT*, termo utilizado pelos autores americanos, traduzido no Brasil como Lesões por esforço repetitivo.

- *Cervicobrachial Occupational Disorders - OCD*, termo utilizado pelos autores japoneses e alemães.

- *Occupational Overuse injury - OOI*, ou *Occupational overuse Syndrome - OOS*, termos utilizados pelos autores australianos.

- *Repetition Strain Injuries - RSI*, termo utilizado pelos autores australianos, em substituição aos anteriormente utilizados naquele país.

⁵ Contrações musculares sem alterações no comprimento da fibra muscular.

• *Lesion Atribuables au Travail Répétitive - LATR*, termo utilizado na França e no Canadá.

• Lesões por Traumas Cumulativos - LTC, termo utilizado no Brasil.

• *Work Related Musculoskeletal Disorders - WSMD*, termo utilizado atualmente pelos autores americanos, traduzido no Brasil como Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT.

Outros desdobramentos destas terminologias também são encontrados na literatura nacional, como por exemplo:

- Distúrbios ou desordens por trauma cumulativo;
- Síndrome da sobrecarga ocupacional;
- Síndrome do esforço repetitivo;
- Distúrbios músculo-esqueléticos ocupacionais;
- Síndrome ombro-braço;
- Síndrome do membro superior;
- Síndrome da hipersolicitação;
- Síndrome da dor crônica do membro superior; e
- Distúrbios do membro superior relacionados ao trabalho.

O termo DORT é genérico e, como se refere a um conjunto de patologias distintas, torna-se difícil estabelecer o tempo necessário para uma lesão persistente passar a ser considerada como crônica; além disso, até a mesma patologia pode se instalar e evoluir de forma diferente, dependendo dos fatores etiológicos.

Os DORT causam a perda de capacidade de realizar movimentos, de modo parcial ou total, através da dor, da diminuição da sensibilidade e da diminuição da força muscular. Com todas estas limitações, o que se pode concluir é que esses distúrbios são patologias, manifestações ou síndromes patológicas que se instalam insidiosamente e em determinados segmentos do corpo, em consequência do trabalho realizado de forma e em condições inadequadas.

Assim, o contexto do trabalho é parte indissociável do diagnóstico dos DORT que pode ser fundamentada através de anamneses ocupacionais qualificadas, estudos sobre cargas de trabalho e em relatórios de profissionais que conhecem a situação de trabalho, permitindo a correlação do quadro clínico com a atividade ocupacional, efetivamente desempenhada pelo trabalhador (Gonzaga, 2000).

2. 3 ASPECTOS CLÍNICOS

O sintoma principal dos DORT é a dor, seguida de incapacidade funcional, do tipo perda de força do segmento atingido (Gonzaga, 2000). O quadro álgico⁶ pode ser precedido por dias ou semanas de uma sensação vaga de desconforto, peso ou mesmo sensação descrita como queimadura, sensação de que o segmento atingido estaria mais quente do que o habitual. Quando os nervos periféricos são comprometidos, aparecem parestesias ou sensação de formigamento no trajeto ou nas regiões inervadas por tais segmentos nervosos.

De uma forma geral, os DORT possuem um quadro doloroso inespecífico, com dificuldade de diagnóstico devido a subjetividade do sintoma da dor. Faz parte de sua etiopatologia: a sobrecarga músculo-esquelética (dinâmica e estática) e a sobrecarga mental. Seus fatores de riscos ocupacionais são: ergonômicos, organizacionais e psicossociais e os fatores de riscos individuais estão associados às características biológicas (maior índice em mulheres), antecedentes mórbidos, traços de personalidade, aspectos psico-afetivos/emocionais e hábitos de conduta no trabalho e em casa (Helfenstein, 1998; Lech, 1998; Nicoletti, 1996).

A literatura especializada aponta um maior número de casos de DORT no sexo feminino, mas não há, além de conjecturas de dupla jornada, falta de preparo muscular e a questão hormonal, uma justificativa cientificamente comprovada de sua predominância. A possível explicação para o caso talvez seja o crescente número de mulheres que ingressaram no mercado de trabalho nas duas últimas décadas (Moraes e Miguez, 1998).

Entre as causas destes distúrbios situa-se a exigência física do trabalho, apontada por grande parte dos estudos epidemiológicos (Hildebrandt, 1996; Moraes e Miguez, 1998), porém há que se considerar as demais cargas do trabalho do processo de produção, que explicam parcialmente a alta prevalência das queixas e da morbidade.

⁶ Relativo a dor ou produzido por excitação dolorosa.

2.4 ETIOLOGIA

O desenvolvimento dos DORT é multicausal, sendo importante focalizar os fatores de risco envolvidos direta ou indiretamente. A expressão “fator de risco” designa, de maneira geral, os fatores do trabalho relacionados com os distúrbios. Os fatores foram estabelecidos, na maior parte dos casos, por meio de observações empíricas e posteriormente confirmados por estudos epidemiológicos. Os fatores de risco não são independentes; na prática, há interação destes fatores nos locais de trabalho. Na caracterização da exposição dos fatores de risco, quatro são importantes:

- a região anatômica exposta aos fatores de risco;
- a intensidade dos fatores de risco;
- a organização temporal das tarefas;
- tempo de exposição aos fatores de risco.

Os grupos de fatores de risco segundo Kourinka e Forcier, em nota no Diário Oficial da União, de 11 de julho de 1997, são:

- grau de adequação do posto de trabalho à zona de atenção à visão;
- frio, as vibrações e as pressões locais sobre os tecidos;
- as posturas inadequadas;
- a carga osteomuscular;
- a carga estática;
- a invariabilidade da tarefa;
- as exigências cognitivas;
- os fatores organizacionais e psicossociais ligados ao trabalho.

Resumindo, os fatores listados por Kourinka e Forcier (1997) são de natureza ambientais (como os fatores biomecânicos), psicossociais e pessoais (como a pressão no trabalho, autonomia, conteúdo da atividade) e outros ligados à organização do trabalho.

2.5 ESTÁGIOS EVOLUTIVOS

Segundo Jesus, citado por Moraes e Miguez (1998), os DORT normalmente evoluem para a cura em seus estágios iniciais, desde que se afaste o fator causal básico e se implemente o tratamento adequado. Podem, no entanto, ser de muito difícil tratamento e mesmo irreversíveis, em estágios avançados. Segundo o autor, a evolução dos distúrbios se dá em quatro estágios:

Estágio 1

É caracterizado pela sensação de peso ou desconforto no membro afetado; dor localizada no membro afetado, sem irradiação nítida, geralmente leve e fugaz; piora com a jornada de trabalho; melhora com o repouso; ausência de sinais clínicos; bom prognóstico com tratamento adequado.

Estágio 2

É caracterizado por dor tolerável, porém mais persistente e intensa; dor mais localizada, com formigamentos e calor; piora com a jornada de trabalho e algumas atividades domésticas; leves distúrbios de sensibilidade; redução da produtividade; prognóstico favorável.

Estágio 3

É caracterizado por dor persistente, forte e pouco atenuada com repouso; dor com irradiação mais definida; redução da força muscular; perda do controle dos movimentos; alterações de sensibilidade; queda na produtividade ou impossibilidade de executar funções; prognóstico reservado.

Estágio 4

É caracterizado por dor forte, contínua, irradiada para todo o segmento afetado, por vezes insuportável, que se acentua aos movimentos; perda da força e de sensibilidade; incapacidade para executar tarefas no trabalho e no domicílio; são comuns deformidades e atrofia; prognóstico sombrio.

2.6 CUSTOS PSICOLÓGICOS, ECONÔMICOS E SOCIAIS

A natureza etiológica dos DORTs é multifatorial. Independente do estágio da doença em que se encontra o trabalhador, há custos psicológicos, econômicos e

sociais. Além disso, é caracteristicamente sócio-psico-somática. Parece residir aqui uma das grandes dificuldades da medicina em lidar com esta patologia, na medida que, calcada em um modelo rigidamente biofísico-químico, apresenta a tendência de estabelecer relações lineares de causa e efeito. No entanto, usualmente esta forma de pensar e diagnosticar tem se mostrado simplista e incompleta, embora satisfaça os anseios fortemente pragmáticos – intervencionistas- da medicina. Um bom exemplo disto é a tentativa (recente) de centrar a compreensão da fisiopatologia da úlcera gastroduodenal na presença exclusivamente da bactéria *Helicobacter pylori*.

E os DORT, com sua etiopatologia claramente multifatorial, denuncia, de forma contundente, as deficiências deste modelo, pois se o fator causal fosse unicamente os esforços realizados de forma repetitiva como a terminologia médica sugere, todos os trabalhadores submetidos a este tipo de trabalho, como por exemplo aqueles que exercem atividade profissional em digitação, linhas de montagem, ou outras que requeiram posturas estáticas ou dinâmicas repetitivas, aí incluem-se os profissionais da enfermagem, apresentariam este tipo de problema, contudo, não é isto que se observa.

Para Codo e Almeida (1997), tais fatos nos orientam a observar os DORT dentro de uma perspectiva sócio-psico-somática, o que exige evidentemente, a atuação de uma equipe multidisciplinar.

A tentativa de se caracterizar o perfil psicológico dos portadores de DORT, tem se mostrado uma tarefa difícil pois associam-se a esses, outros trabalhadores que desempenham outros tipos de atividades, ou seja, outros problemas oestomusculares que não DORT.

Em tempos de crescente automação e informatização, o reconhecimento pela produção não é mais creditado ao trabalhador, mas sim à máquina. Importante frisar que este processo não se dá apenas na relação capital-trabalho, ou das chefias para com ele, também está presente na relação que o trabalhador estabelece consigo mesmo. Não obtendo reconhecimento naquilo que faz, a obtenção do prazer de auto-realizar, fica mais comprometido. Outro fator que deve ser citado é que o trabalho repetitivo, como o burocratizado, solapa as possibilidades de criatividade. Nada pode ser inovado, nada é novo, nada pode ser criado. A rotina massacra as possibilidades e as necessidades de transformação do trabalhador.

Frente a estes aspectos presentes na organização do trabalho, e na relação desta com os trabalhadores, a consequência é a frustração, raiva e sofrimento. E quando a subjetividade não pode ser adequadamente lidada e expressada, os mecanismos de enfrentamento (ou de defesa) podem se mostrar ineficazes ou são mobilizados inadequadamente e o resultado é a doença. A energia mobilizada pelo estresse, resultante dessa situação, não pode ser adequadamente consumida e as emoções estão muito contidas e inadequadamente expressas. Aliás, as doenças de adaptação do trabalho são consequência de excesso de hostilidade ou de submissão (Lopes, 1999).

Os DORT, pela perspectiva psicossomática, configuram-se em uma doença que explicita, metaforicamente, o grau de adoecimento das relações do trabalho da nossa época, no qual o culto à máquina consagra a desvalorização do trabalho humano. Reflete uma cultura que é construída e introjetada pelo ser humano, ator e autor dos processos sociais. Retrata, para Lopes (1999: 61), uma realidade que é edificada a partir de relações das pessoas com a realidade social, “decorrente da vida quotidiana que se apresenta interpretada pelos homens e é subjetivamente dotada de sentido para ele” e que determinam respostas psicossomáticas, que se repetitivas e/ou intensas dão origem às diferentes doenças, inclusive aos DORT.

Em relação aos custos econômicos, Deyo (1998) afirma que o Governo americano gasta anualmente cerca de 50 bilhões de dólares em atendimento médico e indenizações devido a dor nas costas. Dados do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, de 1986, apontavam as doenças do sistema músculo-esquelético, entre as quais predominavam as doenças de coluna, como a primeira causa de auxílio-doença e a terceira em aposentadorias por invalidez (Knoplich, 1989).

Dados mais atuais do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS apontam, em dezembro de 1998 o lumbago⁷ ocupando do primeiro ao quinto lugar entre as motivadoras de afastamento por incapacidade temporária ou permanente, gerando benefícios para 5.197.588 segurados da Previdência de quatorze estados brasileiros.

Para o trabalhador acometido, os DORT tornam-se uma carga extra para o orçamento doméstico tanto para os que se utilizam do Sistema Único de Saúde – SUS como para os que recorrem aos planos de saúde da iniciativa privada, uma vez que o SUS não oferece cobertura para o tratamento proposto. Os custos do

⁷ Dor aguda que se manifesta, em geral, após um esforço.

tratamento incluem os medicamentos que em alguns estágios requerem utilização mais prolongada, deslocamento até o serviço de atendimento e as terapias alternativas. Outros custos envolvem aspectos profissionais como as dispensas, as licenças de curta ou média duração e até a aposentadoria.

Em qualquer uma das situações descritas, há uma correlação com os diferentes aspectos da vida material e psíquica do sujeito, que pode ser muito estreita. Na concepção do trabalhador, a manifestação de qualquer sintoma de DORT, traz consigo: a possibilidade de demissão; uma possível alocação para outra função (para a qual ele não está preparado e nem tem interesse ou preferência); a sensação de impotência e de alijamento de seu posto de trabalho. Aliado a isso, esses trabalhadores correm o risco de sofrerem o estigma de pessoas relapsas, excessivamente faltosas e/ou queixosas. Na concepção do empregador, está incluída a possibilidade de alta rotatividade de mão de obra, o que repercute nos resultados da produção.

No âmbito familiar, os distúrbios têm repercussão quando a mulher trabalhadora, além da impossibilidade de realizar suas tarefas profissionais, também fica impedida de realizar suas tarefas doméstica, experimentando uma sensação de incapacidade que poderá refletir no seu relacionamento conjugal e familiar como um todo.

A redução dos custos dos distúrbios está na dependência de ações preventivas que envolvem estudos dos aspectos ergonômicos do trabalho, inclusive sua organização.

2.7 ASPECTOS ERGONÔMICOS

Os novos modelos de Organização do Trabalho Industrial rompem com os princípios e técnicas tayloristas e passam a ser assentados em premissas implícitas sobre necessidades humanas, criando novas relações de trabalho através da flexibilidade e processos participativos (democracia industrial, administração participativa e qualidade de vida no trabalho). Paralelamente à evolução do processo produtivo e da organização do trabalho, desenvolveu-se também a preocupação com a interação homem-trabalho.

Em meados do século XX, verifica-se a maior preocupação com a construção de máquinas e exigência de adaptação dos trabalhadores ao serviço, não importando os custos em termos de esforço físico, riscos de vida ou perdas para a sociedade. Inicia-se a acumulação de conhecimentos permitindo a ótica ergonômica. Surge uma nova linha de estudos: a Ergonomia (More citado por Lopes 1999).

O termo Ergonomia tem origem das palavras gregas *ergon* que significa trabalho, e *nomos* que significa lei ou sistema e pode ser definida como a ciência encarregada de projetar o trabalho ajustando-o ao trabalhador.

A Ergonomia passou a ter significado expressivo, não só como linha de estudos, mas como uma conotação de ciência a partir de 1949, com K.F.H. Murrell, um dos precursores neste campo. O desenvolvimento de projetos que caracterizam-se como postos de trabalho servem para compreender a sua complexidade, principalmente no que diz respeito às exigências ergonômicas. No entanto, tal complexidade tende a aumentar na medida em que o usuário, as situações de trabalho e as prescrições das atividades se especializam, pois então inúmeras variáveis podem satisfazer ou negligenciar os requisitos estabelecidos.

Verifica-se, assim, que a Ergonomia não está mais só preocupada em adaptar o trabalho ao homem, através do estudo da máquina, do ambiente, da tarefa e do local do trabalho ou estudar as características fisiológicas do trabalhador, mas estudar a interação homem-organização do trabalho, através de todo o processo e estruturação dos problemas existentes no local de trabalho.

Assim, pode-se dizer que a ergonomia apresenta-se como um novo paradigma de orientação e aplicação para o desenvolvimento da organização moderna, porém devendo sempre manter o ser humano como foco central e prioritário para a avaliação e estudo.

A Ergonomia preocupa-se não somente com o ambiente e as máquinas, mas principalmente com o trabalhador, levando em consideração as capacidades e limitações humanas ao construí-las, no sentido de diminuir ou minimizar as probabilidades de acidentes de trabalho e a fadiga, e aumentar a satisfação no trabalho e, conseqüentemente, aumentar a produtividade.

Esta ciência estuda aspectos do comportamento humano no trabalho como a influência do sexo, idade, treinamento e motivação; além disso, utiliza a comunicação, transmissão e processamento de tomada de decisões. Como máquinas são

consideradas todas as ajudas materiais que o homem utiliza em seu trabalho, englobando os equipamentos, ferramentas, mobiliário e instalações. A organização do trabalho com horários, turnos de trabalho e formação de equipes também são objeto de estudo da Ergonomia.

Se o objeto de estudo da Ergonomia são as características do trabalho humano, com suas leis, procedimentos e efeitos, o seu eixo principal são as formas de realização do trabalho pelo homem (Cruz, 2001). Dessa forma, a ergonomia, apoiando-se na Análise Ergonômica do Trabalho - AET -, e mobilizando conhecimentos em diversos domínios científicos, está, portanto, em condições de propor, em situações existentes, arranjos ergonômicos nos sistemas sócio-técnicos ou, de forma geral, recomendar mudanças na forma e no conteúdo do trabalho, na perspectiva de minimizar os fatores de riscos e reduzir a incidência de quadros de DORT entre os trabalhadores das diversas categorias onde já se fazem constantes.

2.8 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Os acontecimentos sociais e psicológicos do indivíduo estão diretamente relacionados à saúde ou no desencadear de doenças. Provavelmente não exista ortopedista, médico do trabalho, fisioterapeuta, gerente de relações humanas e de relações industriais, dirigente sindical, trabalhador de linha de montagem ou digitador que nunca tenha ouvido falar em LER ou DORT, mas poucos sabem de fato o que seja. Tratá-la ou diagnosticá-la corretamente, sem parcialidade, com padrões técnicos definidos é ainda difícil (Fonseca, 1998).

Dentre os problemas osteomusculares de origem ocupacional mais conhecidos, os DORTs são os que mais atenção vêm recebendo por parte dos profissionais da saúde, agências governamentais de saúde, sindicatos de categorias profissionais e do público em geral.

Alguns estudiosos acreditam que estes distúrbios sejam a manifestação somática de angústias dos tempos atuais, uma espécie de ansiedade coletiva desencadeada pela organização do trabalho moderno, que ocorre em pessoas com perfil emocional susceptível (Nicoletti, 1996).

O sofrimento do trabalhador acometido pelo DORT tem sua origem em dois fatores: o primeiro fator é por se tratar de uma doença quase sempre invisível e de difícil diagnóstico. Assim muitos trabalhadores escondem seu problema. O outro fator, de acordo com o estágio do quadro apresentado, é a limitação funcional, que impede o trabalhador de executar tarefas simples (laborais ou domésticas) e em alguns casos limitam, até mesmo, as suas atividades de vida diária, tornando-o dependente.

O impacto que sobrevem ao contato com o DORT faz com que o trabalhador se defronte com sentimentos de culpa, de revolta, de incapacidade física e psíquica perante a vida, desvalorizando-se com um abalo às vezes intenso do auto-conceito, o que traz como conseqüência uma grande fragilidade interna (psicológica) quando o trabalhador se percebe sem saída e sem apoio (Sato, 1993).

Ao se sentir desamparado, o trabalhador se percebe mais claramente acuado, limitado, pressionado, vítima da engrenagem onde vive, resultando dessa situação, quadros depressivos de intensidade variada, de acordo com o significado que ele dá ao seu trabalho.

Vários aspectos são discutidos entre os profissionais de saúde: o nome, a sua existência, e, principalmente a conduta após o seu diagnóstico. Não menos complexas são as discussões referentes à sua prevenção (Mendes, 1995).

Com o advento da Revolução Industrial, quadros clínicos decorrentes de sobrecarga estática e dinâmica do sistema osteomuscular tornaram-se mais numerosos. No entanto, a partir da segunda metade do século XX, esses quadros adquiriram expressão em número e relevância social, com a racionalização e inovação técnica na indústria, atingindo particularmente os perfuradores de cartões. Mendes (1995) e Nicoletti (1997) explicam a disseminação da prevalência dos distúrbios pelo aumento da carga de trabalho contínuo resultante do uso inadequado de sistemas de esteiras, aumento do trabalho manual que requer movimento dos dedos, bem como movimentos repetitivos dos membros superiores; inadequação dos postos de trabalho; controle estrito do trabalho pela chefia e gerência e diminuição de pausas e tempo livre.

3. CARGAS DE TRABALHO

3.1 DEFINIÇÃO

O conceito de carga de trabalho é marcado pela ambigüidade, imprecisão e controvérsia. Porém há consenso de que a carga de trabalho é concebida como esforço necessário para responder às imposições/exigências de uma dada tarefa. A carga de trabalho seria, então, a penosidade implicada pelo trabalho ao sujeito trabalhador.

Pode-se entender o trabalho como o principal meio de utilização da energia humana, o eixo em torno do qual gravitam as outras esferas da existência. Definido como aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar determinado fim, sua história iniciou quando o homem buscou satisfazer suas necessidades – a produção de vida material. Essa busca se reproduz historicamente em toda a ação humana para que o homem possa continuar sobrevivendo.

Na linguagem cotidiana, a palavra trabalho tem muitos significados e sua origem está vinculada à sofrimento pois deriva da palavra *tripalium* – nome dado a um instrumento utilizado na agricultura, na idade média, como um instrumento de tortura. Liga-se à *tripalium* o verbo *tripaliare*, que em latim significa torturar. Outros significados atribuídos a trabalho, como por exemplo: castigo, penalização, instrumento de troca, meio de ascensão social, estão diretamente relacionados à forma de organização do trabalho (Vieira, Guimarães e Martins, 1999).

O trabalho esteve por muito tempo atribuído como atividade para os infratores como forma de pagamento de suas contas e dos pecados. Posteriormente passou a ser exercido por escravos dominados e finalmente a ser meio de sobrevivência para a humanidade, na relação de troca da força de trabalho por remuneração.

Estudos retrospectivos mostram que a Revolução Industrial, ocorrida por volta de 1750, caracterizada como um conjunto de transformações econômicas, tecnológicas e sociais, ocorridas principalmente na Inglaterra, introduziu uma nova forma de produzir e de organizar o trabalho com profundas repercussões no modo de viver das pessoas e com impactos decisivos sobre a saúde dos trabalhadores (Vieira, Guimarães e Martins, 1999).

O chamado mundo do trabalho, que experimentou o crescimento econômico em escalas crescentes após a Segunda Guerra Mundial, encontra-se em uma crise conjuntural. Desde o início do século até nossos dias, experimentamos épocas de produção diferenciada, utilizando modelos de produção como o taylorismo, o fordismo e o toyotismo. Esses modelos, caracterizados basicamente por uma organização da produção a serviço do capital, marcados pela racionalização, mecanização, produção em massa e controle hierárquico, imprimiram ritmos e responsabilidades cada vez mais acentuados sobre o processo de trabalho trazendo implicações econômicas e sociais para a humanidade.

O sistema capitalista impôs transformações no mundo do trabalho, aceleradas nas décadas de 80 e 90, tempos marcados por um conjunto de mudanças econômicas e sociais na economia mundial, a propalada globalização. Entre as pessoas comuns, a relação com o trabalho vai-se dissociando paulatinamente da promessa de felicidade e segurança compartilhada. Independente do significado que o trabalho tem na vida das pessoas presenciamos hoje, o sofrimento da classe trabalhadora, como se o trabalho voltasse a ser uma tortura para o trabalhador. O crescimento das doenças ocupacionais expressam essa realidade, uma vez que em nome do capital (lucros) o trabalhador é incitado a produzir mais e com qualidade. Onde antes 5 trabalhavam, hoje, 2 ou 3 se encarregam de dar conta da produção em ritmos de trabalho intensos, jornadas prolongadas, associados a ambientes ergonomicamente inadequados. Da forma em que o trabalho está organizado, não há espaço para a preocupação com as condições de trabalho daquele que, no sistema produtivo, se chama Recurso Humano.

Para que se possa entender a relação de determinação que existe entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores é essencial que se caracterize os diferentes processos de trabalho. Conforme Marx (citado por Greco, Oliveira e Gomes, 1996:60) “o processo de trabalho pode ser entendido como um processo entre o homem e a natureza, o homem por sua ação transforma a natureza e, ao modificá-la, ele transforma a si mesmo”. É nesse processo que se situam as cargas de trabalho, que de acordo com a forma em que elas interatuam com o trabalhador, poderão gerar sofrimento físico e/ou psíquico.

* Carga de trabalho pode ser situada entre as categorias que começam a ser estruturadas para estudar o impacto dos elementos constitutivos do processo de

trabalho - tanto do objeto da tecnologia, como da sua organização e divisão, sobre a saúde do trabalhador (Facchini e Weiderpass, 1991; Laurell e Noriega, 1989). Através delas, pretende-se entender melhor como estes elementos consomem a força de trabalho, ou desgastam as capacidades vitais do trabalhador.

O trabalhador está exposto cotidianamente à cargas de trabalho. Assim, para cada ramo de produtividade e para cada processo de trabalho é possível identificar um perfil de cargas de trabalho que conformam um padrão de desgaste operário (Buschinelli, 1994; Facchini, 1994).

O termo "carga de trabalho" evoluiu dos termos "fatores nocivos" para "fatores de risco", utilizados por Oddone, Gastone, Briante, et al (1986), que significam os riscos próprios do ambiente laboral, aos quais estão expostos os trabalhadores, ou seja: os riscos seriam, na verdade, a existência de agentes ou substâncias capazes de determinar um efeito na saúde dos trabalhadores. A expressão "carga de trabalho" expressa um novo conceito enfocando o processo e a organização do trabalho (Facchini, 1994).

Para os ergonomistas, a carga de trabalho representa o esforço físico necessário para a realização da atividade laboral, e pode ser medida pelo gasto calórico/energético, pela frequência cardíaca ou por eletromiografia (Grandjean, 1998; Couto, 1995; Wisner, 1987). Para os psicólogos do trabalho, as cargas de trabalho são mediações entre o processo de trabalho e o desgaste psicobiológico (Leplat e Cuny, 1983; Greco, Oliveira e Gomes, 1996).

3.1.1 Diferentes definições de carga de trabalho

No **Quadro 1**, apresentamos uma síntese das definições de carga de trabalho entre os principais autores da Psicologia do Trabalho, da Ergonomia e da área da Saúde do Trabalhador, de forma a explicitar as particularidades do uso do termo.

QUADRO 1- Conceitos de cargas de trabalho, segundo seus respectivos autores

CONCEITO	AUTOR(S)
"A noção de carga de trabalho será, pois, sempre relativa à interação entre um sujeito e as exigências de determinado meio."	Leplat e Cuny, 1983, p. 180
"O conceito de carga de trabalho possibilita uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza os elementos que determinam de modo importante o nexu biopsíquico da coletividade operária e confere a esta um modo histórico específico de 'andar a vida'."	Laurell e Noriega, 1989, p. 110
"Toda a atividade, inclusive o trabalho, têm pelo menos três aspectos: físico, cognitivo e psíquico. Cada um deles pode determinar uma sobrecarga. Eles estão inter-relacionados e são bastante freqüentes, embora isso não seja necessário, que uma forte sobrecarga de um dos aspectos seja acompanhada de uma carga bastante alta nos dois outros domínios."	Wisner, 1994, p. 13
"Carga de trabalho representa o conjunto de esforços desenvolvidos para atender às exigências das tarefas. Esse conceito abrange os esforços físicos, os cognitivos e os psicoafetivos (emocionais)."	Seligmann-Silva, 1994, p. 58
"As cargas de trabalho são definidas como exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho, gerando ao longo do tempo as particularidades do desgaste do trabalhador	Greco, Oliveira e Gomes, 1996, p. 61
"A partir de Laville, Kalsbeek e Leplat, pode-se afirmar que carga de trabalho é a relação entre constrangimentos impostos pela tarefa, pela interface, pelos instrumentos e pelo ambiente (carga funcional), em conjugação com as atividades desempenhadas e a capacidade de trabalho do operador."	Moura, 1998, p. 80

Entre os autores, é consenso a divisão da carga de trabalho entre cargas *físicas* e *psíquicas*, pois são unânimes em afirmar que as cargas estão situadas entre o sujeito e as exigências das tarefas e/ou do meio.

As cargas de trabalho podem ser agrupadas, segundo sua natureza ou característica básica em cargas que têm materialidade externa e que se modificam na interação com o corpo, assumindo outra dimensão, caracterizando os efeitos psicogênicos de cargas como as físicas, químicas, biológicas e mecânicas, e aquelas que adquirem materialidade no próprio corpo humano e se expressam internamente por meio dele, como as fisiológicas e psíquicas (Laurell, Noriega e Facchini, citados por Greco, Oliveira e Gomes, 1996).

3.2 DIVISÃO DAS CARGAS DE TRABALHO

Para facilitar a identificação e a medição das cargas de trabalho, seguimos um modelo didático-pedagógico, baseado em Oddone, Gastone, Briante, et al (1986), quando ele estuda e descreve o ambiente de trabalho como o conjunto das condições em que a força de trabalho e o capital se transformaram em mercadorias e em lucros, com capacidade de provocar danos à saúde de quem trabalha.

Em termos operacionais, pode-se considerar que uma carga de trabalho é um atributo de um processo de trabalho determinado, cuja presença no ambiente laboral pode aumentar a probabilidade de que um grupo de trabalhadores expostos experimente uma deterioração psicobiológica, comparada com aqueles que não estiveram expostos ou que tiveram uma exposição diferenciada a tal atributo (Facchini, 1994).

Didaticamente, podemos subdividir as cargas de trabalho em:

- Cargas físicas - consideram-se os elementos que podem estar presentes tanto no ambiente de trabalho como fora dele, mas que “são derivadas principalmente das exigências técnicas para a transformação do objeto de trabalho e caracterizam um determinado ambiente de trabalho, que interage cotidianamente com o trabalhador” (Facchini, citado por Greco, Oliveira e Gomes, 1996) como, por exemplo: temperatura, umidade, ventilação, ruído, vibrações e iluminação (Facchini, Laurell e Noriega citados por Greco, Oliveira e Gomes, 1996).
- Cargas químicas - são decorrentes, principalmente do objeto de trabalho e dos meios e instrumentos necessários para sua transformação, e podem ser: poeiras, fibras, fumaças, gases, líquidos e radiações.
- Cargas biológicas ou orgânicas - estão relacionadas às condições de higiene ambiental do próprio ambiente de trabalho e podem ser causadas por qualquer organismo animal ou vegetal, que gere no trabalhador algum tipo de dano (Facchini citado por Greco, Oliveira e Gomes, 1996).
- Cargas mecânicas - são derivadas da tecnologia empregada bem como das condições de instalação e manutenção do processo de produção. Assim, por exemplo, os acidentes de trabalho são expressão das cargas mecânicas presentes no processo de trabalho (Facchini, Laurell e Noriega, citados por Greco, Oliveira e Gomes, 1996).

- Cargas fisiológicas - estão relacionadas com a utilização do corpo no trabalho, seja pela necessidade de manutenção de uma determinada posição ou da realização de esforços físicos (Laurell e Noriega, citados por Greco, Oliveira e Gomes, 1996).
- Cargas psíquicas - dizem respeito, genericamente, à vivência de tensões ou descompensações psíquicas relativas a organização do trabalho. Do ponto de vista conceitual, a noção de carga psíquica encontra especificidades operacionais entre principais autores da psicologia do trabalho, da ergonomia e da área da saúde do trabalhador, tendo em vista o grau de complexidade teórica que lhe é atribuído.

3.2.1 Diferentes conceitos de carga psíquica do trabalho

O quadro a seguir, apresenta uma síntese das principais definições de carga psíquica no trabalho, segundo a literatura especializada.

Quadro 2 - Conceitos de cargas psíquicas do trabalho, segundo seus respectivos autores

CONCEITO	AUTOR (S)
"As cargas psíquicas são derivadas principalmente dos elementos do processo de trabalho que são fonte de estresse, elas se relacionam com todos os elementos do processo de trabalho e, portanto, com as demais cargas de trabalho. No entanto, em termos mais específicos, a principal fonte de estresse nos processos de trabalho moderno pode ser localizada a nível da organização e divisão do trabalho."	Facchini, In: Buschinelli, Rocha e Rigoto (1994) p. 181
"São as cargas relativas à organização da jornada de trabalho, à periculosidade do trabalho, à frequência de situações de emergência, ao grau de responsabilidade na resolução dessas situações, aos ritmos de trabalho, à pressão do tempo, ao grau de atenção e de mobilidade dentro do local de trabalho, à possibilidade de falar com os companheiros de trabalho, de tomar iniciativas e decisões a respeito de como realizar o trabalho em grupo, ao conteúdo da supervisão, ao grau de monotonia e a repetitividade das tarefas, ou à possibilidade de realizar atividades de defesa coletiva na área de trabalho."	Greco, Oliveira e Gomes 1996, p. 62
"As cargas psíquicas, finalmente, têm o mesmo caráter que as fisiológicas à medida que adquirem materialidade através da corporeidade humana. As cargas psíquicas, pensadas sobre tudo em função de suas manifestações somáticas e não tanto psicodinâmicas, podem provisoriamente ser agrupadas em dois grandes grupos: um, que abrange tudo aquilo que provoca uma sobrecarga psíquica, ou seja, situações de tensão prolongada, e outro, que se refere à subcarga psíquica, ou seja, a impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica. Exemplos das primeiras, características do processo de trabalho capitalista, podem ser a atenção permanente, a supervisão com pressão, a consciência da periculosidade do trabalho, os altos ritmos de trabalho, etc. Pertencem ao segundo grupo de questões a perda do controle sobre o trabalho ao estar o trabalhador subordinado ao movimento da máquina; a desqualificação do trabalho, resultado da separação entre sua concepção e execução; a parcialização do trabalho, que redundava em monotonia e repetitividade etc."	Laurell e Noriega, 1989, p. 112
"A carga psíquica do trabalho é a carga, isto é, o eco ao nível do trabalhador da pressão que constitui a organização do trabalho." "A carga psíquica do trabalho resulta da confrontação do desejo do trabalhador à injunção do empregador contida na organização do trabalho".	Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994 p. 28
"A carga psíquica pode ser definida em termos de níveis de conflitos no interior da representação consciente ou inconsciente das relações entre a pessoa(ego) e a situação(no caso a organização do trabalho). Mas ela é também o nível em que o sofrimento e a fadiga física, a falta de sono provocada pela distribuição dos períodos de 24 horas, a sobrecarga de trabalho cognitivo podem determinar distúrbios afetivos."	Wisner, 1994, p. 13

Com base no quadro acima, observa-se que os autores não divergem quanto à origem da carga psíquica, ou seja, que são produzidas na organização do trabalho.

Segundo Rio (1996:50), "o conceito de organização do trabalho é algo bastante complexo, principalmente quando leva em conta os aspectos psíquicos do ser humano em situações laborativas. Inúmeros são os fatores estudados. Entre eles podemos citar o conteúdo do trabalho, as relações interpessoais no trabalho,

autonomia, valorização do trabalho(pelo sujeito trabalhador, pelo superior hierárquico, pela empresa, pela sociedade etc)".

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994:26) "Na abordagem psicoeconômica da relação Homem-Trabalho, convém sublinhar que a organização do trabalho é, de certa forma, a vontade do outro. Ela é, primeiramente a divisão do trabalho e a sua repartição entre os trabalhadores, isto é, a divisão de homens: A organização do trabalho recorta, assim, de uma só vez, o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho".

"Não é *per si* que o trabalho faz mal ao trabalhador, mas o modo como ele se realiza" (Soratto e Pinto citados por Codo, 1999:282). Fatores intrínsecos ao processo de trabalho são, na realidade, estressores oriundos da organização do trabalho. O pequeno espaço de tempo para a realização da tarefa, traduzido como pressão do tempo, as relações hierárquicas, atos repetitivos, ausência de poder de decisão, impossibilidade de contato com colegas durante a jornada de trabalho, entre outros, geram insatisfação ao trabalhador. E o fato de o trabalhador estar sujeito à supervisão com pressão ou situações de tensão prolongada (sobrecarga psíquica) ou quando ele não tem controle sobre o seu trabalho (sub-carga psíquica) o faz referir sofrimento em relação ao seu trabalho.

A forma do trabalhador expressar a presença/existência de carga psíquica do trabalho, consiste na persistência de queixas de fatores psicogênicos da carga física, como os citados anteriormente.

4. O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO HOSPITALAR

Os profissionais da equipe de enfermagem geram, como resultado final, um serviço. Assim, o trabalho destes profissionais é caracterizado pela produção de serviços assistenciais e, como tal, um produto complexo quando comparado com a produção de bens de consumo.

No passado, os enfermeiros realizavam muitas tarefas de manutenção no hospital além de atender aos pacientes. Suas obrigações eram simples e exigiam pouco conhecimento ou compreensão da doença do paciente ou do tratamento médico, limitando-se a cumprir com o que lhe era ordenado. Hoje, o contexto é outro; a categoria cresceu e acompanhou o desenvolvimento tecnológico das demais disciplinas da área da saúde, assumindo cada vez mais responsabilidade e desempenhando tarefas cada vez mais complexas (Kron, 1978).

Os hospitais são uma das maiores fontes empregadora de trabalhadores da enfermagem e onde está agrupada a maior categoria profissional da área da saúde, a evolução tecnológica abriu espaço para estes profissionais, com novos campos de atuação, como a indústria, as empresas, as escolas, centros comunitários etc. diferenciando e ampliando suas ações tanto em cuidados à pessoas doentes como na promoção da saúde de uma comunidade. Cabe ressaltar que a grande maioria desta categoria é do sexo feminino e está dividida em: 1) enfermeiros – profissionais de nível superior; 2) técnicos de enfermagem – profissionais de nível técnico e 3) auxiliares de enfermagem – profissionais de nível médio.

Mesmo divididos em sub-categorias, estes profissionais, na maioria das vezes, desempenham as mesmas tarefas, de acordo com a necessidade do momento, estando todos eles expostos a todos os tipos de cargas de trabalho específicas dessas atividades (Fuerst, Wolff e Weitzel, 1977).

Os profissionais da área da enfermagem desenvolvem suas atividades em Unidades de Internação Clínica ou em Ambulatórios, caracterizadas como prestação de serviços assistenciais. Suas tarefas são prescritas, citando como exemplo a tomada de sinais vitais, administrações de medicamentos, auxílio nos hábitos de

higiene, nutrição e curativos, envolvendo sempre outro ser humano; o que torna sua atividade complexa.

Em suas atividades, as tarefas apresentam um componente de carga mecânica muito intenso, como as tarefas de higiene (banho de leito) e as trocas de decúbitos (prevenção de escaras⁸) em pacientes inativos, tarefas estas que requerem determinado grau de força muscular no deslocamento e sustentação de peso corporal do paciente. Outras tarefas, como a administração de medicamentos, quer por via oral, endovenosa ou parenteral⁹, requerem posturas inclinadas sobre o corpo do paciente acamado, obrigando, muitas vezes, o trabalhador a manutenção da postura estática por tempo prolongado, levando ao sofrimento das estruturas de sustentação da coluna vertebral.

Araújo e Alexandre (1994) verificaram a ocorrência de dores nas costas entre 56 profissionais do sexo feminino da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital Escola, constatando que 84,6% dos sujeitos estudados apresentaram dores nas costas, o que se constitui num grande problema para a equipe, provavelmente em decorrência da carga mecânica do trabalho.

Sabe-se porém, que não existe trabalho físico sem conteúdo cognitivo, e no que diz respeito ao conteúdo cognitivo da tarefa, o principal aspecto é a tomada de decisão (Wisner, 1994). As atividades desenvolvidas pelos trabalhadores da equipe de enfermagem apresentam, na maioria das vezes, situações com múltiplas tarefas de diversa natureza, sendo que freqüentemente entram em concorrência umas com as outras, desde o ponto de vista temporal. Isto faz com que a exigência da tomada de decisão na organização e ordenação destas tarefas seja maior por parte destes trabalhadores. Portanto, as atividades por eles desempenhadas têm conteúdo cognitivo intenso e complexo, envolvendo não só tomada de decisão, como também a memória e a percepção, entre outros. Verifica-se, muitas vezes, que os trabalhadores que realizam tarefas predominantemente mentais, queixam-se de perturbações físicas como dores nas costas e no pescoço, e perturbações visuais, como ardência nos olhos.

Atualmente, há uma preocupação com a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde, principalmente da enfermagem, por esta ser considerada uma

⁸ Crostas resultantes de mortificação de tecido.

⁹ Via utilizada para administração de substâncias, exceto o tubo digestivo.

atividade estressante. Autores como Seligmann-Silva (1994), Greco, Oliveira e Gomes (1996) e Vieira, Guimarães e Martins (1999) têm estudado o estresse entre os trabalhadores da enfermagem, na perspectiva de encontrar a causa do surgimento da doença e se há relação entre os seus fatores desencadeantes.

O ambiente hospitalar é considerado estressante. As situações vividas exigem por parte dos trabalhadores um controle permanente de suas emoções e sentimentos frente aos pacientes e seus familiares.

No caso específico do HUSM, os trabalhadores da enfermagem estão distribuídos em três categorias funcionais, quais sejam: enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem.

A Direção de Enfermagem do HUSM possui listagem das atribuições para cada uma das categorias, definindo para os enfermeiros funções burocráticas, administrativas e técnicas. Cabe aos enfermeiros receber o plantão e organizar o trabalho para aquele turno. Dentro desta organização está a divisão do trabalho na equipe, bem como das suas próprias tarefas, que se dividem em ações burocráticas (emissão de relatórios), administrativas (planejamento e organização da assistência) e técnicas (visitas e verificação do estado geral de todos os pacientes internados na sua unidade), como explicitadas no **Anexo 1**.

Percebe-se, desta forma, que compete aos enfermeiros desempenhar um papel mais intelectual na rotina de trabalho da equipe, mas não o isenta de participar das ações que envolvem cognição e esforço físico.

Os técnicos em enfermagem, em menor número na equipe, são profissionais intermediários, com possibilidades de assistir ao enfermeiro em ações de caráter burocrático e administrativos. É competente para executar toda e qualquer atividade de assistência de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro, conforme **Anexo 1**.

Ao auxiliar de enfermagem competem as tarefas de predomínio do cunho braçal, executadas junto ao paciente internado. Desta forma, o auxiliar estabelece um maior contato com a enfermagem (pacientes e familiares), durante sua jornada de trabalho. É ele o responsável pelo bem-estar do paciente internado, bem como pelas condições ambientais da enfermagem ou unidade de internação, conforme **Anexo 1**. Conclui-se também, que ao auxiliar de enfermagem cabe o trabalho mais braçal, porém suas ações são dotadas de aspectos cognitivos e psico-afetivos.

Observando as atribuições de cada uma das categorias funcionais, nota-se que há, para todas elas, um envolvimento com cargas físicas e psíquicas, prevendo-se assim, a possibilidade de ocorrência de sofrimento físico e psíquico entre esses trabalhadores, em decorrência do seu próprio trabalho.

4.2 AS CARGAS DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

4.2.1 As cargas físicas

As cargas físicas do trabalho diferem de um serviço para outro e decorrem, principalmente, de operações freqüentes de alto custo energético. Levantar, sustentar e transportar doentes e outras cargas, arrumar leitos, fazer e refazer curativos, por vezes utilizando técnicas empíricas, assumindo posturas incômodas. Andar quilômetros a procura de material. Dispor de balcões e de diferentes planos de trabalho (leitos, suportes para transfusões, pias, vasos sanitários, torneiras...) de altura não adaptada às medidas antropométricas dos usuários. A postura quase sempre de pé...Trata-se, sem dúvidas, de carga física considerável.

Característico deste processo é o deslocamento, que de acordo com a arquitetura e da organização do trabalho faz o trabalhador andar aproximadamente 2/3 do seu tempo de trabalho, percorrendo a distância do posto de atendimento até a enfermaria ou da UIC até outros setores como a farmácia, o RX, o Laboratório, etc.

A manutenção e o transporte do peso do doente nas trocas de decúbitos, passagem maca-leito, leito-cadeira, leito-banheiro...exigem esforço físico, pois o peso do doente muitas vezes ultrapassa o peso do profissional e, ao contrário do que acontece na indústria, não há nenhuma norma regulamentadora que estabeleça limites para tal esforço. Ressalta-se, ainda, que em algumas situações, o doente não tem sequer, possibilidades de colaborar com o profissional nestas atividades, aumentando a dimensão da carga, sem contar que quase sempre as posturas utilizadas são desequilibradas e penosas (flexão/rotação do tronco) prejudicando os elementos de sustentação da coluna cervical.

Segundo Langlet, citado por Bulhões (1994:109) "a própria cultura da enfermagem contribui para absorver as posturas nocivas... sempre de pé, ou o que é pior, inclinada, agachada, empurrando ou puxando carga".

Outras cargas como ruído, iluminação, temperatura...também consideradas cargas físicas, as biológicas, as químicas e as mecânicas existentes em todos os processos de trabalho, inclusive no da enfermagem, diferem de hospital para hospital, tanto em número como em intensidade.

As cargas fisiológicas são excessivamente presentes neste processo de trabalho, uma vez que na prestação de assistência ao outro, seu corpo (o do profissional) é o próprio instrumento de trabalho. Todos os seus segmentos estão envolvidos em posturas estáticas ou dinâmicas.

Outro fator que se traduz em carga fisiológica é o sistema de turnos de trabalho que implica no ciclo cicardiano destes trabalhadores. Os estudos cronobiológicos¹⁰ contribuíram muito para o avanço das pesquisas sobre trabalho em turno, nos últimos 20 anos. Duração da atividade, horas de execução da tarefa e pressão dos ritmos e horários do meio social são elementos decisivos na dificuldade objetiva e subjetiva do trabalho. Eles são, ainda, determinantes essenciais dos processos fisiológicos e psicofisiológicos que inscrevem o tempo no organismo (J. Foret, citado por Bulhões, 1994).

Todavia, muitas de nossas funções fisiológicas também variam segundo a hora do dia ou da noite, 24 horas por dia, em função do ritmo cicardiano (do latim - cicardien equivale a mais ou menos um dia).

4.2.2 As cargas psíquicas

A carga psíquica do trabalho da enfermagem é determinada pelas características do meio sócio-profissional hospitalar. Isoladamente ou em conjunto, a organização do trabalho, a complexidade crescente das técnicas médicas e os problemas de hierarquia explicam a excessiva proporção destas cargas no trabalho da enfermagem. Este é um trabalho que se desenvolve em local de intensa interposição de várias atividades (médicas/clínicas, administrativas, financeiras, tecnológicas e até políticas) o que lhe confere um alto grau de complexidade. Por

¹⁰ Estudos sobre a organização temporal dos seres vivos, ou seja, os ritmos da vida.

formação e prática, a enfermagem está no centro dessas interferências (Bulhões, 1994).

A confrontação com o sofrimento do doente e de seus familiares é fonte de risco profissional: estresse, conflitos diversos, frustração diante do fracasso da assistência e das dificuldades para se prestar o melhor cuidado possível, de por em prática os preceitos da bioética ou, simplesmente, aquilo que se aprendeu na escola...surtem, principalmente, após a ocorrência de óbito na UIC.

A continuidade do trabalho da enfermagem também se constitui fator de carga psíquica. Sendo um trabalho contínuo, a presença do profissional é constantemente exigida. Impossível, desta forma, adiantar o serviço para descansar depois. Se os mais jovens recuperam-se melhor utilizando-se deste artifício, a fadiga e o estresse daí resultantes consomem mais rapidamente os demais, sobretudo quando se completa com outro emprego ou atividades domésticas.

Outra característica do trabalho da enfermagem, a imprevisibilidade, é também geradora de carga psíquica. As atividades são muitas e aleatórias. Cada doente, objeto dos cuidados, é um ser diferente, num estado de saúde passível de freqüentes alterações. Nunca se sabe como se vai receber ou entregar o plantão. Por tudo isto, a distribuição do pessoal em razão do número de doentes a serem cuidados, considera apenas parcialmente a complexidade dos cuidados, a diversidade dos doentes e a intensidade da carga de trabalho.

As tarefas destes profissionais, mesmo rotineiras, sofrem muitas interrupções, o que os obriga a retomá-las posteriormente a partir do ato inicial, tornando mais complexa a memorização e exigindo reprogramação mental das prioridades.

Associado às interrupções está a quantidade de atos a exigência de concentração e atenção a cada um deles. Isto, por si só, já constitui carga de trabalho, porém é preciso lembrar que, muitas vezes, um único trabalhador se encarrega dos cuidados de 10 doentes concomitantemente, dando outra dimensão às cargas do seu trabalho. Estar atento para que nada prejudique os 10 doentes, mantém o profissional em constante tensão, fazendo-o queixar-se do desequilíbrio na divisão das tarefas.

Assim descrito, o trabalho da enfermagem é dotado de estressores sociais (cuidar do outro), laborais (carga excessiva de trabalho) e profissionais (confronto permanente com o sofrimento) que se traduzem em carga psíquicas deste processo.

5. MÉTODO

"A pesquisa é talvez a arte de criar dificuldades fecundas e de criá-las para os outros. Nos lugares onde havia coisas simples, faz-se aparecer problemas".

Pierre Bourdieu

O método é um instrumento racional para adquirir, demonstrar ou verificar conhecimentos. *Methodos*, palavra que vem do grego, é composta de *meta*: através de, por meio de, e de *hodos*: via, caminho. Usar um método é seguir regular e ordenadamente um caminho através do qual uma certa finalidade ou um certo objetivo é alcançado.

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de desenho transversal (em função do corte temporal utilizado para a coleta de dados) e não-probabilístico (em razão intencionalidade da escolha da população).

Se associa às chamadas pesquisas de desenvolvimento, isto é, aquelas que se propõe a utilizar, de maneira sistemática os conhecimentos já fundamentados sobre o assunto, com finalidade de elaborar um novo método ou instrumento de medição (Contrandriopoulos, Champagne, Potvin, et al, 1997; Cruz, 2001).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

O estudo foi desenvolvido no HUSM, um hospital público de referência regional e de ensino, criado em 1970, reestruturado em 1980, passando a funcionar junto ao Campus de Camobi, na Cidade Universitária Dr. Mariano José da Rocha Filho. Abrange a região geoe educacional denominada DG 37, composta de 58 municípios com aproximadamente 1.320.000 habitantes, atendendo atualmente, 35 dos 58

municípios via Consórcio Intermunicipal de Saúde - CIS, firmado entre o HUSM e as Prefeituras Municipais respectivas. Para atender às necessidades da população desta região, o HUSM, nos seus 25.577,11 m², dispõe de 269 leitos ativos, distribuídos entre suas unidades de internações segundo informações colhidas junto a Direção de Enfermagem - HUSM.

Somente no ano de 2000 foram registradas 11574 internações com uma média de 9,2 dias cada, conforme informação obtida no Departamento de Estatística do HUSM, em março de 2001.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

O HUSM conta com 1200 servidores que se dividem em serviços assistenciais, burocráticos e de manutenção, distribuídos em unidades de internação clínica, centros de terapia intensiva, centro obstétrico, blocos cirúrgicos, salas de recuperação, centro de transplante de medula óssea, ambulatórios, laboratórios, farmácia hospitalar, centro de recursos humanos, serviços de lavanderia, serviços de nutrição e dietética, manutenção e pronto atendimento.

5.3.1 População

A população estudada (n = 81) foi composta de forma intencional, através de um estudo retrospectivo das fichas de saúde dos trabalhadores da equipe de enfermagem do HUSM, no arquivo da Junta Médica da UFSM, onde foram selecionados os trabalhadores que tiveram afastamento para tratamento de saúde por problemas musculoesqueléticos (DORT), no período compreendido entre janeiro/1998 até abr/2000.

Ao todo, foram registrados 97 casos entre os trabalhadores da equipe, sendo que 9 deles eram trabalhadores da equipe de enfermagem da Unidade de Clínica Médica II. Dos 88 restantes, 81 foram entrevistados nas demais UIC, ambulatórios e setores administrativos.

A população (n = 81) foi composta de sujeitos de ambos os sexos, com idade média de 43,6 anos, distribuídos nas três categorias funcionais, quer seja: 13 enfermeiros; 7 técnicos em enfermagem e 61 auxiliares de enfermagem. Os

trabalhadores das distintas categorias funcionais possuem funções previamente definidas pela Direção de Enfermagem do HUSM (**Anexo 1**). As doenças diagnosticadas que foram motivo do afastamento dos trabalhadores, são descritas, conforme a divisão dos grupos de doenças segundo o CID - 10 (Classificação Internacional das Doenças), nos quadros 4,5, 6, 7 e 8 (**Anexo 2**).

5.4 PROCEDIMENTOS

5.4.1 Consulta às fontes bibliográficas

Parte de nossa revisão bibliográfica foi realizada com base em consulta às principais bases de dados eletrônicas internacionais e nacionais. As bases de dados consultadas foram:

- a) Medline - Medicine on line, uma das mais conceituadas bases de dados internacionais, especializada em artigos médicos, biológicos e epidemiológicos;
- b) Lilacs - Literatura e Periódicos Latino-Americana e do Caribe, é uma base de dados especializada em Ciências da Saúde;
- c) BIREME/OPAS/WHOLIS/OMS - Sistema integrado de informações do Centro Latino - Americano de Informações, que integra informações de bibliotecas virtuais em Ciências da Saúde e da Organização Mundial da Saúde;
- d) www.eps.ufsc.br - Página em que consta uma base de dados da Engenharia de Produção e Sistemas da Universidade Federal de Santa Catarina, onde estão disponíveis resumos das dissertações e teses dos programas de mestrado e Doutorado da Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

5.4.2 Pesquisa documental

Constou de uma verificação, via cadastro da Junta Médica da UFSM, das fichas de saúde dos trabalhadores da equipe de enfermagem, entre os meses de nov/99 a mai/2000, em horários estabelecidos pela Direção da Junta Médica.

5.4.3 Instrumentos de coleta de dados

a) Anamnese clínico-ocupacional

A anamnese clínico-ocupacional foi construída com base nos estudos de Oddone, Gastone, Briente, et al (1986); Pitta (1990); Mendes (1994); Vieira (1996); Sardá Jr (1999) e Cruz (2001), com a finalidade de identificar o perfil sócio-econômico-cultural-ocupacional dos participantes, de caracterizar a sintomatologia, ou seja, a caracterização da dor, sua influência/interferência na vida do trabalhador, e de colher as impressões destes acerca das condições do seu ambiente de trabalho. Constou do instrumento um espaço reservado para as observações feitas pelos trabalhadores durante a entrevista.

As questões contidas na anamnese identificam variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, grau de instrução, função), ocupacionais (tempo de exercício da função, qualificação, turno de trabalho) e psíquicas (as cargas psíquicas) e forma organizadas em torno de três categorias de investigação:

No primeiro bloco, as perguntas avaliam a influência das características demográficas dos participantes sobre a sintomatologia referida. Dentre as variáveis ocupacionais, fatores como tempo de exercício da função, qualificação e turno de trabalho são importantes para investigar as implicações entre as características da atividade e os aspectos clínicos do adoecimento dado a afirmação corrente de que quanto maior o tempo de exposição a fatores de riscos, maior a probabilidade de manifestações desses quadros. A qualificação diz respeito ao tipo de tarefa executada pelo profissional, que de acordo com suas características podem se constituir em fatores de riscos. Já o turno de trabalho, no caso da enfermagem, torna-se importantíssimo em função das diferenças contidas nas suas rotinas, que conformam

cargas de trabalho também diferentes. Além do mais, o turno de trabalho, e principalmente suas alterações constituem carga fisiológica (ciclos circadianos) e psíquicas (interferências na vida emocional e social).

No segundo bloco de questões buscamos caracterizar a dor e influências comportamentais decorrentes. A caracterização da dor, tanto no aspecto da intensidade e momento de incidência, quanto a sua influência/interferência na vida dos trabalhadores acometidos de DORT, podem colaborar na identificação do estágio da doença, o que possibilita a formulação de prognóstico e a organização do tratamento. Porém, as questões sobre a influência e a interferência do sintoma doloroso, no nosso caso, nos permite visualizar como estes trabalhadores vivem e convivem com sua dor.

Quando questionamos sobre a influência da dor sobre seu comportamento, tentamos observar se os participantes se comportavam como é descrito na literatura ou seja, de que já existe um determinado perfil de comportamento dos portadores de DORT.

O terceiro bloco contém questões sobre percepção das condições de trabalho. Nesse bloco são questionados somente sobre as condições físicas do ambiente de trabalho, na tentativa de observar/registrar fatores psicogênicos das cargas físicas nele presentes.

As respostas contidas nos três blocos de questões deste instrumento são cruzadas com as respostas obtidas no instrumento de investigação da carga psíquica.

b) Escala de avaliação da carga psíquica

O instrumento de investigação da carga psíquica foi construído com base nos estudos de Dejours (1992); Oddone, Gastone, Briante et al (1986); Laurell e Noriega (1989); Pitta (1990); Humphrey e Kramer (1994); Silva Filho (1996); e, Colle e Reid (1998), que abordam fatores nocivos do trabalho, saúde mental e trabalho, sofrimento psíquico e carga mental do trabalho. Embora esses autores, em alguns momentos, diverjam quanto à terminologia utilizada, os métodos de investigação são muito semelhantes, sendo possível identificar variáveis repetidas nos diferentes estudos.

Foi elaborado, inicialmente, um questionário auto-aplicado com 23 questões, cada uma delas com três alternativas de respostas, abordando os aspectos

psicogênicos das cargas físicas do trabalho, as cargas psíquicas provenientes da organização do trabalho e situações críticas enfrentadas, no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem.

5.4.4 Estudo piloto

De posse do levantamento das fichas de saúde e com os instrumentos organizados, partimos para a aplicação em um estudo-piloto. Para isto, inicialmente contatamos com a Direção de Enfermagem, no dia 25 de setembro de 2000, expondo-lhes o projeto de pesquisa e solicitando autorização para efetuar-la. **(Anexo 3)**.

O projeto, devidamente registrado no Gabinete de Ensino e Pesquisa do HUSM obteve autorização para sua execução e conforme acordo com a Direção de Enfermagem, sorteamos uma entre as UIC para a aplicação do instrumento experimental em um projeto piloto. A UIC sorteada foi a Unidade de Clínica Médica II (5º andar) com 23 trabalhadores, dos quais 9 deles foram selecionados conforme pré-requisito explicitado no item população.

5.4.5 Avaliação e reformulação dos instrumentos

Ao finalizarmos o estudo piloto, e de posse do relatório de atividades **(Anexo 4)**, optamos por reformular os instrumentos de forma a aperfeiçoá-los e qualificá-los, e dispensar aqueles trabalhadores da amostragem do estudo-piloto. Voltamos, então, a nos debruçar sobre os instrumentos de investigação na perspectiva de melhorá-los, no sentido da compreensão dos entrevistados. Após as discussões e as consultas bibliográficas, reformulamos a *anamnese clínico-ocupacional*, aperfeiçoando especialmente as questões referentes às alterações de comportamento, e organizamos um novo instrumento de investigação da carga psíquica, ampliado para 26 questões e, desta vez, utilizando uma escala de tipo Likert **(Anexo 5)**.

A *escala de avaliação da carga psíquica* aborda os fatores psicogênicos das diferentes cargas do trabalho da equipe de enfermagem, sendo extraídas dos estudos

acima citados, mas que se enquadravam melhor para a situação do nosso estudo (**Anexo 5**).

Optamos pelas respostas em escala Likert para facilitar a compreensão e o preenchimento do questionário por parte dos entrevistados, além de facilitar a leitura das respostas por parte do pesquisador, pois a particularidade deste formato é a ordinalidade não-ambígua das categorias de resposta. As opções de respostas assumem valores numéricos positivos na escala: Nunca = 1; Raras vezes = 2; Algumas vezes = 3; Muitas vezes = 4 e Sempre = 5.

Esta distribuição dos valores representam, em termos de periodicidade, respectivamente: Raras vezes equivale a situações que ocorrem uma única vez por mês; algumas vezes, a uma vez por semana; muitas vezes, a duas vezes por semana; e, sempre, a ocorrências diárias.

As primeiras sete questões do instrumento investigam fatores psicogênicos das cargas físicas; da oitava até a vigésima terceira questão, investigamos a carga psíquica proveniente da organização do trabalho, tanto a sobrecarga como a sub-carga. As questões de número 24 e 25 investigam como os trabalhadores administram situações específicas de sofrimento intenso no desenvolvimento de suas atividades laborais. Por fim, a questão de número 26 busca identificar se, independentemente das condições de trabalho referidas, os participantes estão descontentes com o seu trabalho.

5.4.6 Aplicação dos instrumentos na população estudada

No período compreendido entre nov/2000 até jan/2001, com autorização do Gabinete de Ensino e Pesquisa do HUSM (**Anexo 6**), aplicamos os instrumentos de investigação com 81 trabalhadores.

A entrevista de anamnese clínico ocupacional foi conduzida pelo pesquisador, oportunidade em que foram anotadas todas as referências relevantes feitas pelos entrevistados que poderiam servir de subsídio para futuras discussões.

Como as questões da anamnese eram fechadas, possibilitamos aos entrevistados, caso desejassem, registrar suas impressões a respeito de suas condições de vida, saúde e trabalho.

Já o instrumento de investigação da carga psíquica, constituiu-se de um questionário auto-aplicável, na presença do pesquisador para dirimir qualquer dúvida no seu preenchimento. Neste momento, também foi permitido aos entrevistados que fizessem comentários a respeito do contexto da questão, com o pesquisador anotando verbalizações relevantes.

6. ORGANIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

6.1 VARIÁVEIS-CRITÉRIO

a) Inclusão:

- Ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem pertencente a equipe de enfermagem do HUSM e ter registro de LTS com diagnóstico de DORT, no período entre jan/1998 até abr/2000;
- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

b) Exclusão:

- Trabalhador que, mesmo atendendo aos dois primeiros requisitos de inclusão, não apresentasse condições físicas e emocionais para responder a entrevista.

6.2 VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Este grupo de variáveis, além da possibilidade de traçar o perfil dos sujeitos da população, permite cruzar estes dados com as demais variáveis do estudo. São elas: idade; sexo; estado civil, grau de instrução; renda familiar e número de filhos.

6.3 VARIÁVEIS OCUPACIONAIS

Este grupo de variáveis serve para traçar o perfil funcional da população e estes dados serão posteriormente cruzado com outras variáveis do estudo. São elas: função; tempo de exercício da função; tempo de HUSM; qualificação funcional e turno de trabalho.

6.4 VARIÁVEIS CLÍNICAS

As variáveis clínicas apontam a sintomatologia dos quadros, indicando o provável estágio da doença. Os dados contidos neste grupo de variáveis serão cruzados com outras variáveis do estudo. São ela: último episódio da dor; intensidade

da dor; afastamento do trabalho tempo de afastamento; dificuldades em atividades laborais; dificuldades em atividades domésticas; momento da dor; necessidade de tratamento para a dor; tipos de tratamento; influências da dor em outras atividades; interferências da dor no sono e alterações de comportamento moduladas pela dor.

6.5 VARIÁVEIS INTERVENIENTES

São as variáveis que, de alguma maneira, podem influenciar a interpretação dos resultados. Neste estudo tivemos como variáveis intervenientes: a intensidade da dor no momento da entrevista e o local da entrevista (dado que 4 dos participantes forma entrevistados em sua própria residência). Percebemos, entretanto, que essas variáveis não influenciaram nos resultados obtidos no conjunto da população estudada, a não ser pela expressão de "abandono" referida por aqueles que estavam fora do trabalho.

7. SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentamos os resultados de forma sistematizada, utilizando tabelas como recurso, de forma a facilitar a compreensão do leitor. Ao todo, são dezoito tabelas, apresentando a distribuição das variáveis sócio-demográficas, das variáveis ocupacionais e das variáveis clínicas do estudo, e tabelas contendo os resultados da avaliação das condições do ambiente de trabalho da população estudada. Com relação as respostas da escala de avaliação da carga psíquica, os dados foram sistematizados nas **Tabelas 7 até 10**, conforme a divisão dos blocos de perguntas contidas no instrumento. Paralelamente à sistematização, faremos uma análise dos dados.

7.1 DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Dos 1200 servidores, 460 atuam na equipe de enfermagem e são distribuídos conforme o **Quadro 3**.

Quadro 3 - Distribuição dos servidores da equipe de enfermagem do HUSM

Unidade	N. de Servidores
Direção e Coordenação	08
Centro de material e esterilização	10
Ambulatórios	22
Bloco cirúrgico	27
Centro obstétrico	16
Centro de recuperação	22
Centro de terapia intensiva – Adultos	19
UIC – Nefrologia	17
Pronto atendimento	17
Serviço de radiologia	22
UIC – Hemato-oncologia	40
UIC – Cirúrgica	32
UIC – Médica I	28
UIC – Médica II	23
UIC – Pediátrica	35
UIC – Toco-gineco	28
UIC – Psiquiatria - Paulo Guedes	14
UIC - Serdequim	12
UTI – Pediátrica	26
UTI – Recém-nascidos	42
Total	444

Fonte: Centro de Recursos Humanos - HUSM, 1999.

Soma-se aos servidores acima listados, 16 servidores que encontram-se em afastamento por motivos diversos, diferentes de licença de tratamento de saúde (LTS).

Tabela 1- Distribuição das variáveis sócio-demográficas (n = 81)

Variáveis	Definição	Frequência	(%)
Idade (em anos)	30 - 35	09	11.1
	36 - 40	21	25.9
	41 - 45	26	32.1
	46 - 50	08	9.8
	51 - 55	08	9.8
	56 - 60	08	9.8
	> 61	01	1.2
Sexo	Masculino	04	4.9
	Feminino	77	95.1
Escolaridade	1º Grau	14	17.3
	2º Grau	44	54.3
	3º Grau	12	14.8
	Pós-Graduação	11	13.6
Estado Civil	Solteiro	20	24.7
	Casado	42	51.9
	Divorciado	12	14.8
	Viúvo	07	8.6
Número de filhos	Nenhum	18	22.2
	Um	14	17.3
	Dois	34	42.0
	Três	11	13.6
	Quatro	03	3.7
	Cinco	01	1.2
Renda Familiar (em salários mínimos)	1 a 5	11	13.6
	6 a 10	54	66.7
	11 a 15	09	11.1
	16 a 20	06	7.4
	> 21	01	1.2

A **Tabela 1** apresenta o perfil da população, segundo as variáveis sócio-demográficas. A distribuição destas variáveis nos mostra que a média de idade é de 43,6 anos, com aproximadamente 1/3 da população concentrada na faixa dos 41-45 anos, idade considerada altamente produtiva (n = 81; DP = 7.89). Observa-se a

predominância do sexo feminino (95.1%) na população estudada, e que aproximadamente 50% são casados. A grande maioria (80.3%) têm renda familiar de, no máximo, R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais).

Quanto ao grau de escolaridade, o percentual de trabalhadores com o segundo grau (54,3%) está de acordo com o número de auxiliares de enfermagem que compõem a equipe, pois para esta função este nível de instrução é compatível. Dos trabalhadores que têm filhos, apenas quatro deles têm mais de três filhos, sendo que a média de filhos por trabalhadores, neste caso, atingiu 1.63 filhos por trabalhador (n = 81; DP = 1.16).

7.2 DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS OCUPACIONAIS

Tabela 2- Distribuição das variáveis ocupacionais da população (n = 81)

Variáveis	Definição	Frequência (%)	
Função	Enfermeiro	13	16.0
	Téc. enfermagem	07	8.6
	Aux. enfermagem	61	75.4
Qualificação (Curso)	Enfermagem	15	18.5
	Téc. Enfermagem	05	6.2
	Aux. Enfermagem	61	75.3
Tempo de função (em anos)	6 - 10	17	21.0
	11 - 15	16	19.7
	16 - 20	25	30.9
	21 - 25	18	22.2
	26 - 30	04	5.0
	> 31	01	1.2
Tempo de HUSM (em anos)	1 - 5	14	17.3
	6 - 10	31	38.3
	11 - 15	01	1.2
	16 - 20	23	28.4
	21 - 25	11	13.6
	> 26	01	1.2
Turno de Trabalho	Manhã	26	32.1
	Tarde	17	21.0
	Noite	35	43.2
	Misto(M/T)	02	2.5
	Alternado	01	1.2

A **Tabela 2** apresenta o perfil da população, segundo as variáveis ocupacionais. Há um maior número de auxiliares de enfermagem entre os integrantes

da equipe. Aproximadamente 1/3 desempenham estas funções entre 16 e 20 anos e, em torno de 40%, trabalham no HUSM entre 6 e 10 anos. Desses trabalhadores, 45% pertencem ao turno da noite.

Entre os participantes da população, foram encontradas duas enfermeiras graduadas desempenhando a função de auxiliar de enfermagem, o que não caracteriza desvio de função pois ambas são concursadas para este cargo. Encontramos, também, entre os sete técnicos em enfermagem da população, dois que não possuem curso de qualificação de técnico, pois ascenderam ao cargo por processo interno porém estes fatos não parecem influir nos resultados do estudo.

Com relação às variáveis ocupacionais, há uma disparidade entre o número de enfermeiros da equipe com o número de trabalhadores que têm curso superior de enfermagem; isto se deve ao fato de haver duas enfermeiras graduadas que atuam como auxiliares de enfermagem, a espera de ascensão funcional. O mesmo acontece entre o número de técnicos em enfermagem da equipe e os trabalhadores que possuem curso equivalente; a diferença se deve ao fato de dois auxiliares de enfermagem ascenderam à técnicos em processo interno.

O tempo de exercício da função em enfermagem (TF) variou entre 6 e 32 anos, perfazendo uma média de 16.5 anos ($n = 81$; $DP = 6.22$), porém o tempo de exercício de função no HUSM variou entre 5 e 28 anos, com média de 12.2 anos ($n = 81$; $DP = 7.12$). Em relação ao turno de trabalho, somente um trabalhador da equipe atua em turno alternado, em função de estar cursando um curso de pós-graduação.

7.3 DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS

Entre os 81 integrantes da população, 68 referiram pelo menos um episódio de dor nos últimos seis meses, como nos mostra a **Tabela 3**.

Tabela 3- Distribuição das variáveis clínicas da população (n = 68)

Variáveis	Definição	Frequência	(%)
intensidade da dor	Leve	02	2.9
	Moderada	10	14.7
	Suportável	19	27.9
	Forte	31	45.5
	Insuportável	06	8.8

A **Tabela 3** descreve o perfil da população com base em variáveis clínicas. Observa-se que a grande maioria da população acusou incidência de dor nos últimos seis meses. A distribuição dessas variáveis nos mostra, com relação à intensidade da dor, que 54.3% dos 68 trabalhadores que referiram dor, disseram sentir “dor forte” (31 deles), e “dor insuportável” (6 deles). Com relação ao momento de incidência da dor, além de 3 citações de dor constante, 13 dos entrevistados apontaram a incidência de dor durante a jornada de trabalho. Porém, entre os 24 entrevistados que citaram mais de um momento de incidência da dor, 9 incluem a jornada de trabalho como um dos momentos incidentes, como podemos observar na **Tabela 3.1**.

Tabela 3.1- Distribuição dos momentos de incidência da dor

Incidência	Frequência
1- Ao despertar	07
2- Durante a jornada de trabalho	13
3- Após a jornada de trabalho	16
4- A noite	05
5- Dor constante	03
Associação dos momentos 1 e 3	01
Associação dos momentos 1 e 4	02
Associação dos momentos 2 e 3	08
Associação dos momentos 2 e 4	01
Associação dos momentos 3 e 4	04
Associação dos momentos 1, 2 e 3	01
Associação dos momentos 1, 2 e 4	01
Associação dos momentos 1, 3 e 4	01
Associação dos momentos 2, 3 e 4	02
Associação dos momentos 1, 2, 3 e 4	03

Na **Tabela 4** estão descritas as dificuldades apresentadas pela população, que cruzadas com a intensidade da dor, totaliza 27 sujeitos com dor forte e 6 com dor insuportável referindo dificuldades laborais, e 29 com dor forte e 6 com dor insuportável referindo dificuldades domésticas. Apresentam-se nestes totais, 10 enfermeiros com ambas as dificuldades, 6 técnicos com dificuldades laborais e 5 com dificuldades domésticas, mais 37 auxiliares com dificuldades laborais e 44 com dificuldades domésticas.

Tabela 4- Distribuição das variáveis clínicas relacionadas com a dor (n = 68)

Variáveis	Frequência			
	Sim	%	Não	%
LTS*	29	42.6	39	57.4
Dificuldades Laborais	53	78.0	15	22.0
Dificuldades Domésticas	59	86.7	09	13.3
Dor em Tarefa Específica	40	58.2	28	41.8
Tratamento para dor	63	92.6	05	7.4

*LTS - Licença para tratamento de saúde

A **Tabela 4** demonstra que, independente da intensidade e do momento de incidência da dor, mostrados na **Tabela 3**, mais da metade dos que referiram dor não se utilizaram de LTS para buscar solução de seus quadros. Demonstra, também, que a grande maioria (78 %) refere dificuldades laborais, quando da incidência de dor. As tarefas específicas geradoras de dor, referidas por 58.2% da população estudada estão definidas na **Tabela 4.1**.

Tabela 4.1- Distribuição das tarefas específicas

Tarefas	Frequência
Levantar pesos	10
Fazer força	10
Carregar peso	06
Ficar em pé	04
Andar	04
Esforço físico	03
Mudanças de decúbito	02
Varrer	02
Movimentos repetitivos	01
Rotações de tronco	01
Agachar	01
Elevar os membros superiores	01
Lavar	01
Escrever	01

Quando consultados sobre se procuravam tratar sua dor, 92.6% dos participantes responderam afirmativamente e os recursos terapêuticos procurados estão listados na **Tabela 4.2**.

Tabela 4.2 - Distribuição dos recursos terapêuticos utilizados

Recurso Terapêutico	Frequência
Tratamento medicamentoso	28
Tratamento medicamentoso e fisioterápico	26
Tratamento fisioterápico	02
Tratamento medicamentoso, fisioterápico e hidroterapia	02
Tratamento fisioterápico e acupuntura	01
Tratamento medicamentoso, fisioterápico e RPG*	01
Acupuntura	01
Hidroterapia	01
Massoterapia	01

*Reeducação Postural Global

Na **Tabela 5**, observa-se que a dor tem influência na vida das pessoas, tanto nas suas atividades, como em suas relações e comportamento.

Tabela 5 - Distribuição do resultado da avaliação das influências da dor segundo as variáveis clínicas (n = 68)

Variáveis	Frequência			
	Sim	%	Não	%
Lazer	44	64.7	24	35.3
Esportes	33	48.5	35	51.5
Sexualidade	24	35.3	44	64.7
Relacionamento familiar	25	36.8	43	63.2
Relacionamento com colegas	09	13.3	59	86.7
Qualidade do sono	53	77.9	15	22.1
Alterações de comportamento	67	98.5	01	1.5

Observa-se na **Tabela 5** que pelo menos 35% da população estudada afirma ser influenciada pela dor nesses aspectos, exceto no que diz respeito ao relacionamento com seus colegas. Dos que afirmaram alteração de comportamento, indicaram as alterações listadas na **Tabela 5.1**.

Tabela 5.1 - Distribuição das alterações de comportamento

Alterações	Frequência
Irrita-se Facilmente	34
Torna-se desanimado	27
Torna-se cansado	22
Torna-se angustiado	16
Torna-se depressivo	14
Torna-se ansioso	13
Mantém-se calmo	12
Torna-se agressivo	03

Dos 12 entrevistados que permanecem calmos, 4 deles mantêm a calma à base de medicação; 2 se dizem acostumados com a dor, 2 dizem não observar alterações do comportamento, 1 se diz calmo "por natureza" e uma é reumática, já acostumada com a dor; 1 se isola e 1 trabalha com dor pois não tem saída. Observamos que estes entrevistados justificam sua calma utilizando mecanismos próprios, que lhes permita conviver com a dor.

A **Tabela 6** mostra, com base na percepção dos entrevistados, que as condições do ambiente de trabalho são consideradas boas para, pelo menos, 37% deles.

Tabela 6- Distribuição dos resultados da avaliação das condições ambientais (n= 81)

Variáveis	Ótimo		Bom		Regula		Ruim		Péssimo	
		%		%		%		%		%
Ventilação	03	3.7	39	48.1	10	12.3	18	22.2	11	13.6
Temperatura	03	3.7	30	37.0	20	24.7	19	23.5	09	11.1
Iluminação	05	6.2	54	66.7	09	11.1	09	11.1	04	4.9
Ruído	01	1.2	30	37.0	19	23.5	22	27.2	09	11.1
Instrumentos	02	2.5	34	42.0	26	32.1	10	12.3	09	11.1
Mobiliário	03	3.7	39	48.1	18	22.2	14	17.3	07	8.6
Espaço físico	04	4.9	48	59.3	13	16.0	11	13.6	05	6.2
Higiene	08	9.9	59	72.8	12	14.8	00	0.0	02	2.5
Poeira	04	4.9	60	74.1	07	8.6	08	9.9	02	2.5
Radiação	01	1.2	41	50.6	17	21.0	19	23.5	03	3.7

Exceto as condições de higiene, que foram consideradas ótimas por 9,9% dos participantes e as de iluminação, que foram consideradas ótimas por 6,2%, as demais condições ambientais são assim consideradas por menos de 5% deles. Somados os percentuais de respostas "Ruim" e "Péssimo", encontramos mais de 1/3 da população considerando insatisfatórias as condições de temperatura, iluminação e ruído.

Na **Tabela 7** estão distribuídos os resultados da avaliação dos efeitos psicogênicos das cargas físicas do trabalho da equipe de enfermagem.

Tabela 7 - Distribuição dos resultados da avaliação dos efeitos psicogênicos das cargas físicas (n = 81)

Variáveis	Nunca		Raras vezes		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre	
		%		%		%		%		%
CP 1 Condições físicas	02	2.5	15	18.5	24	29.6	19	23.5	21	25.9
CP 2 Ruído e fluxo de pessoal	15	18.5	19	23.5	26	32.1	19	23.5	02	2.5
CP 3 Condições de insalubridade	03	3.7	09	11.1	20	24.7	21	25.9	28	34.6
CP 4 Posturas exigidas	07	8.6	06	7.4	35	43.2	27	33.3	06	7.4
CP 5 Mobiliário e espaço físico	25	30.9	14	17.3	20	24.7	16	19.8	06	7.4
CP 6 Alternância de turno	22	27.2	08	9.9	24	29.6	09	11.1	18	22.2
CP 7 Repetitividade	12	14.8	14	17.3	32	39.5	15	18.5	08	9.9

CP= Carga Psíquica

A **Tabela 7** nos mostra que, em todas as respostas, há registro de ocorrência de queixas pelo menos uma vez por semana para mais de metade da população estudada. As grandes concentrações de respostas aparecem na faixa média da escala, ou seja, "algumas vezes", que equivale a ocorrência de uma vez por semana. Quando questionados se a disposição do mobiliário e a divisão dos espaços físicos das UICs dificultavam seu trabalho, 30.9% dos trabalhadores responderam que "nunca", porém outros 51,8% responderam diferentemente, entre "algumas vezes"(20), "muitas vezes"(16) e "sempre" (6). Além destes, os 14 restantes referiram que "raras vezes" têm dificuldade na execução de suas tarefas, em função dos fatores questionados.

Analisando os percentuais de respostas contidos nesta tabela, somadas as respostas "Muitas vezes" e "Sempre" totalizamos mais de 1/3 da população apontando as condições físicas, as condições de insalubridade e a alternância de turno como cargas psíquicas que os incomodam pelo menos duas vezes por semana.

Na **Figuras 1, 2 e 3** mostramos o agrupamento das respostas dadas sobre a avaliação dos entrevistados integrantes de cada uma das categorias funcionais, com base na **Tabela 7**, a respeito da carga psíquica proveniente dos fatores psicogênicos das cargas físicas.

Figura 1
Distribuição das respostas dos enfermeiros a respeito dos efeitos psicogênicos das cargas físicas

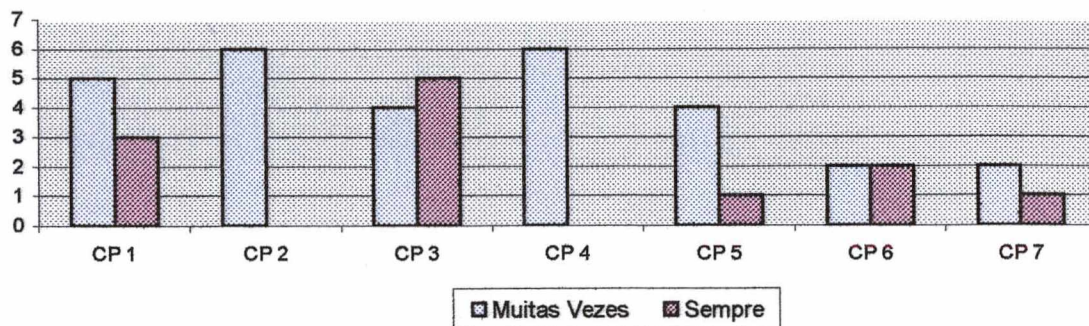


Figura 2
Distribuição das respostas dos Técnicos em enfermagem a respeito dos efeitos psicogênicos das cargas físicas

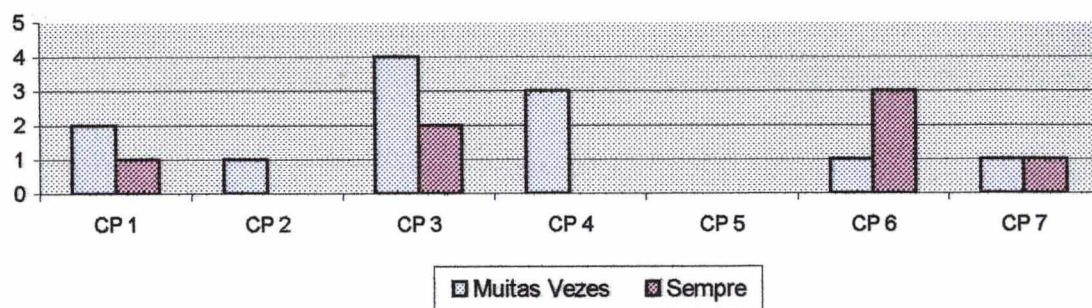
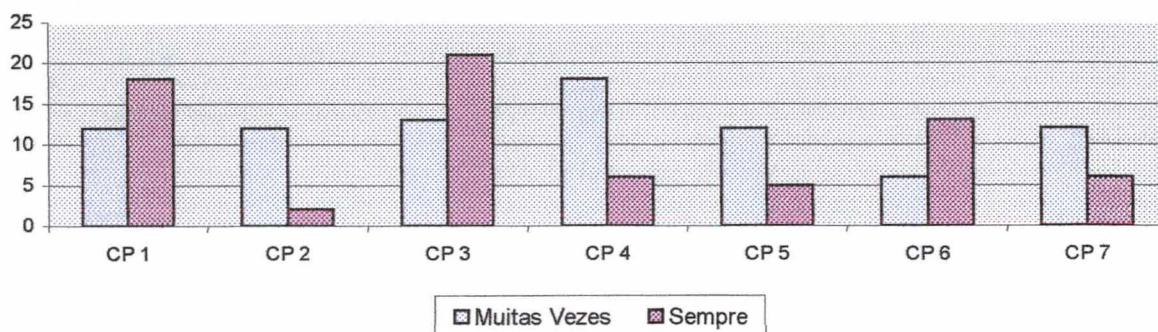


Figura 3
Distribuição das respostas dos Auxiliares de enfermagem a respeito dos efeitos psicogênicos das cargas físicas



Na **Figura 1** vemos que, para 8 dos 13 enfermeiros da população estudada, com exceção da repetitividade, os fatores psicogênicos das demais cargas físicas, com tendência a se constituir carga psíquica, pois mais de 1/4 destes profissionais afirmam a ocorrência destas cargas duas ou mais vezes por semana.

Para os técnicos em enfermagem com exceção às cargas psíquicas de número 2 (ruído) e 5 (mobiliário e espaço físico), as demais apresentaram mais de 1/4 deles referindo estes fatores, da mesma forma que os enfermeiros, duas ou mais vezes por semana (**Figura 2**).

Das 7 cargas estudadas, para os auxiliares de enfermagem, com exceção do ruído, todas as demais foram apontadas como tendência ao índice de insatisfação pois ocorrem duas ou mais vezes por semana (**Figura 3**).

De maneira geral, os fatores psicogênicos das cargas físicas atingem a todos os profissionais da equipe, independente dos diferentes níveis funcionais, pois as maiores concentrações de respostas estão situadas nas faixas 4 e 5 da tabela acima, que representam respectivamente que tais fatores são percebidos pelos entrevistados ao menos duas vezes por semana, senão diariamente.

A distribuição dos resultados da avaliação da carga psíquica proveniente da Organização do Trabalho foi sistematizada e exposta na **Tabela 8**.

Tabela 8 - Distribuição do resultado da avaliação da carga psíquica proveniente da organização do trabalho (n = 81)

Variáveis	Nunca		Raras vezes		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre	
		%		%		%		%		%
CP 8 Autonomia	17	21.0	22	27.2	24	29.6	12	14.8	06	7.4
CP 9 Monotonia	46	56.8	17	21.0	11	13.6	05	6.2	02	2.5
CP 10 Importância	67	82.7	06	7.4	05	6.2	01	1.2	02	2.5
CP 11 Reconhecimento	27	33.3	13	16.0	27	33.3	12	14.8	02	2.5
CP 12 Atenção permanente	01	1.2	00	0.0	00	0.0	06	7.4	74	91.4
CP 13 Pressão	35	43.2	21	25.9	20	24.7	03	3.7	02	2.5
CP 14 Periculosidade	04	4.9	05	6.2	33	40.7	22	27.2	17	21.0
CP 15 Ritmo acelerado	01	1.2	05	6.2	25	30.9	31	38.3	19	23.5
CP 16 Responsabilidade	00	0.0	00	0.0	0	0.0	02	2.5	79	97.5
CP 17 Exigência mental	12	14.8	18	22.2	18	22.2	18	22.2	15	18.5
CP 18 Desacordo com tarefas	37	45.7	19	23.5	16	19.8	07	8.6	02	2.5
CP 19 Desgaste fis./emocional	05	6.2	08	9.9	31	38.3	28	34.6	09	11.1
CP 20 Insegurança	49	60.5	15	18.5	10	12.3	05	6.2	02	2.5
CP 21 Crescimento pessoal	24	29.6	18	22.2	19	23.5	07	8.6	13	16.0
CP 22 Incomodo com HE*	41	50.6	03	3.7	06	7.4	13	16.0	18	22.2
CP 23 Incomodo com DE*	37	45.7	01	1.2	06	7.4	11	13.6	26	32.1

HE - Hora extra DE - Dois empregos

A **Tabela 8** mostra que, com exceção das questões sobre "importância", "insegurança", "monotonia" e "descontentamento com o salário", a carga psíquica proveniente da organização do trabalho é referida por mais de 50% dos entrevistados, que apontam sua ocorrência entre "raras vezes" e "sempre", sendo que a "atenção permanente" foi apontada como carga psíquica constante por 91.4% dos entrevistados, e a "responsabilidade" para 97.5% dos entrevistados.

Observando os percentuais de resposta apontados como "Muitas vezes" para o ritmo acelerado e o desgaste físico/emocional, temos para ambos, mais de 1/3 da população estudada, somados aos que respondem "sempre" totalizaram, respectivamente, 61.8% e 45.7%.

Figura 4
Distribuição das respostas dos Enfermeiros a respeito das cargas psíquicas oriundas da organização do trabalho

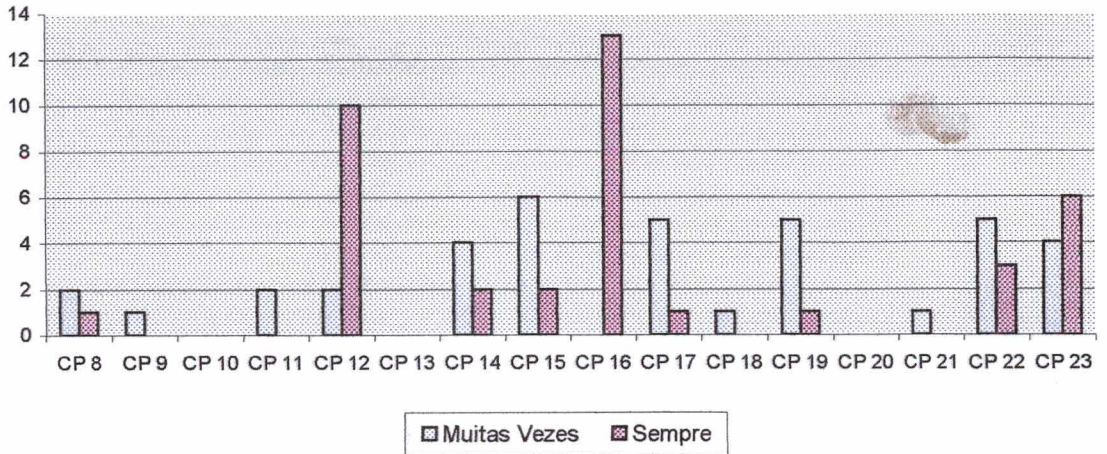


Figura 5
Distribuição das respostas dos técnicos em enfermagem a respeito das cargas psíquicas oriundas da organização do trabalho

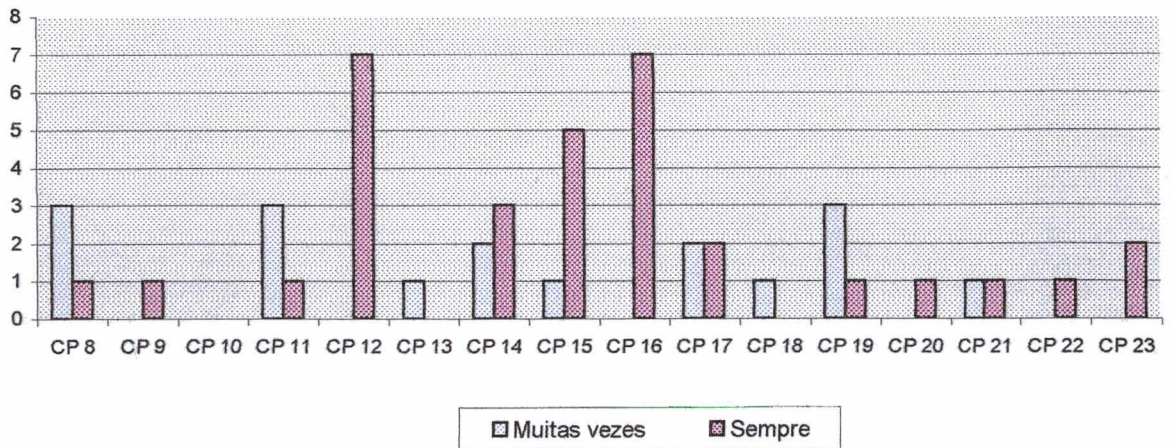
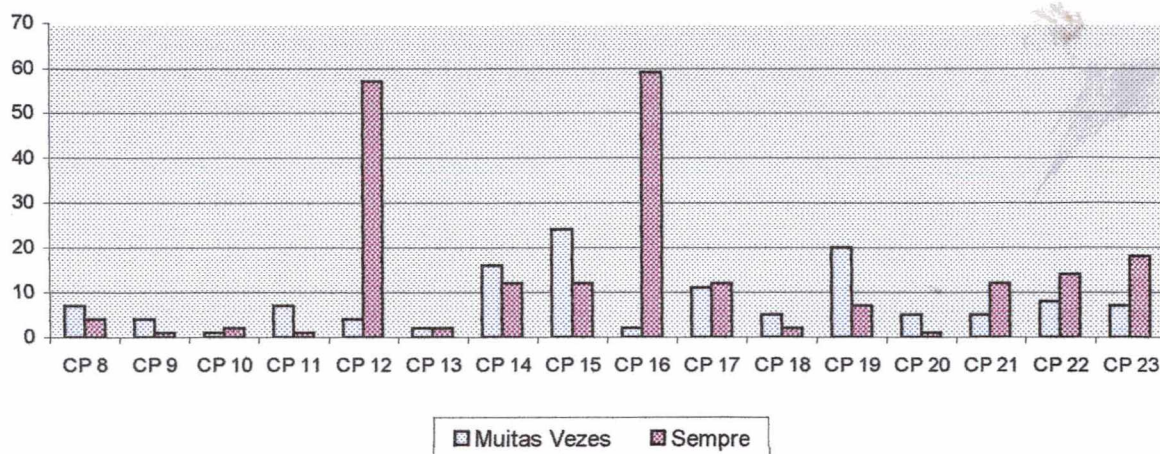


Figura 6
Distribuição das respostas dos Auxiliares de enfermagem a respeito das cargas psíquicas oriundas da organização do trabalho



Na **Figuras 4, 5 e 6** observa-se que a atenção permanente (CP 12) e a responsabilidade (CP 16) são "sempre" exigidas de todas as categorias funcionais, em mais de 90% dos os trabalhadores entrevistados como está registrado na **Tabela 8**.

Somados os que responderam "muitas vezes" e "sempre", o ritmo acelerado (CP 15) é observado por 8 enfermeiros (**Figura 4**) e por 36 auxiliares (**Figura 5**) como carga psíquica, porém, nenhum destes fatores são reconhecido como pressão do trabalho (CP 13) pois somente 3 entrevistados referiram sentirem-se "muitas vezes" e outros 2, "sempre" pressionados, perfazendo 6.2% da população estudada, como ilustrado na Tabela 8. Nesta mesma tabela, somados os que responderam "muitas vezes" e "sempre" para a periculosidade (CP 14), exigência mental (CP 17), desgaste físico/mental (CP 19) e incômodo com horas extras (CP 22), encontramos mais de 1/3 de trabalhadores de qualquer uma das categorias funcionais, como se pode observar na Tabela 8. Encontramos, também, 10 dos 13 enfermeiros (**Figura 4**) e 25 dos 61 auxiliares (**Figura 6**) afirmando incômodo com duplo emprego (CP 23) "muitas vezes" ou "sempre".

A falta de autonomia (CP 8), ao contrário dos enfermeiros e auxiliares, é referida como carga psíquica incidente entre "algumas vezes" e "sempre" por 5 dos 7 técnicos, como está registrado na **Figura 5**.

Os fatores acima listados, constituem carga psíquica no entender de Wisner (1994), Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994) e Facchini, In: Buschinelli, Rocha e Rigoto (1994), autores de referência da Ergonomia, Psicopatologia e Saúde e Trabalho, respectivamente. Os percentuais encontrados em nosso estudo nos possibilitam afirmar a incidência destas cargas na população estudada, independentemente da categoria funcional.

Na **Tabela 9** mostramos a distribuição do resultado da avaliação do comportamento dos participantes do estudo, diante de situações críticas como presenciar a dor e o sofrimento dos pacientes internados e de seus familiares, bem como as situações de óbitos que ocorrem nas suas respectivas UICs.

Tabela 9- Distribuição da carga psíquica da população diante de situações críticas de dor, sofrimento e óbito (n = 81)

Variáveis	Nunca		Raras vezes		Algumas vezes		Muita vezes		Sempre	
		%		%		(%)		%		(%)
Dor e sofrimento	04	4.9	08	9.9	23	28.4	28	34.6	18	22.2
Óbitos	09	11.1	13	16.0	29	35.8	17	21.0	13	16.0

A **Tabela 9** nos mostra que, com relação ao comportamento da população diante de situações críticas, 95,1% referem que a dor e o sofrimento dos pacientes internados constituem carga psíquica. Quanto ao óbito, 88,9% da população refere constituir carga psíquica, porém as respostas variam em intensidade de ocorrência, até mesmo pela especificidade da UIC. A distribuição das respostas dos integrantes de cada uma das categorias funcionais encontram-se sintetizadas na Figura 9.1, construída com base na Tabela 9.

Figura 7
Distribuição das respostas dos Enfermeiros a respeito da carga psíquica oriunda das situações críticas

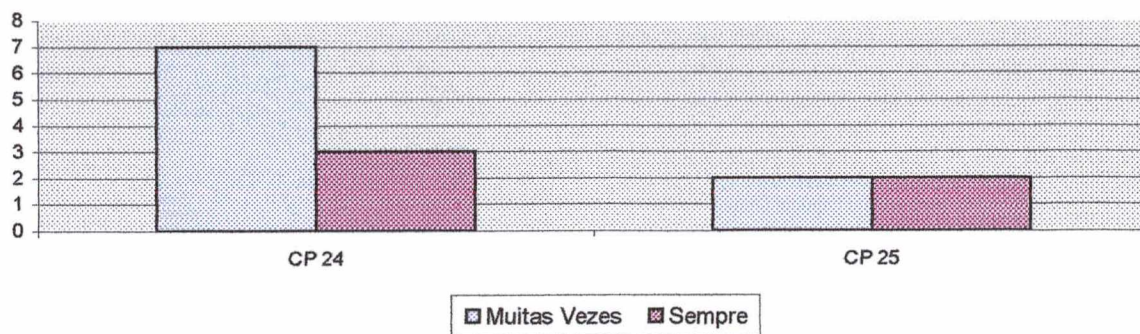


Figura 8
Distribuição das respostas dos Técnicos em enfermagem a respeito da carga psíquica oriunda das situações críticas

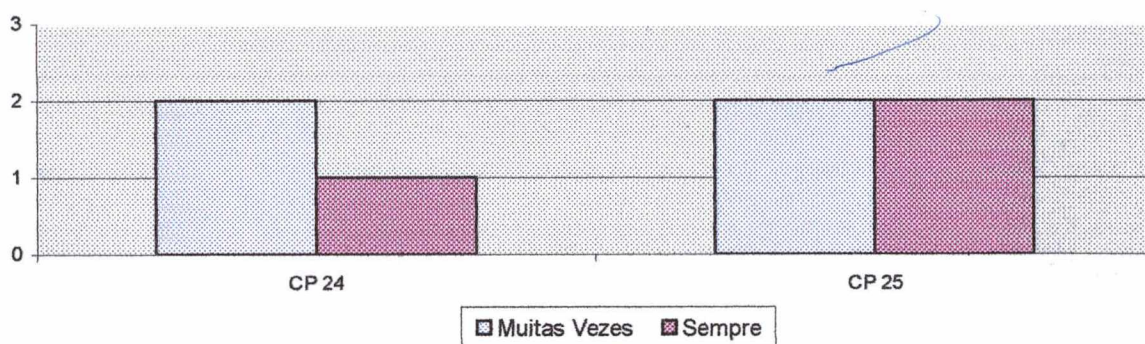
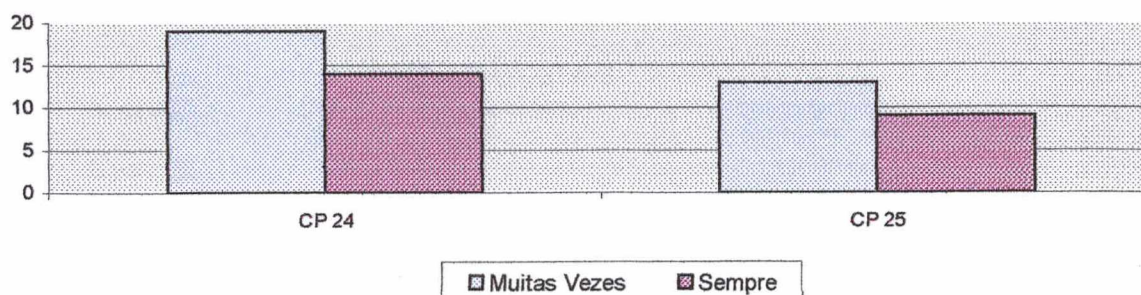


Figura 9
Distribuição das respostas dos Auxiliares de enfermagem a respeito da carga psíquica oriunda das situações críticas



O ambiente hospitalar expõe os que ali trabalham, constantemente, a situações geradoras de estresse que se convertem em carga psíquica do trabalho (Pitta, 1990). Em nossa pesquisa encontramos mais de 1/3 dos profissionais de cada uma das categorias funcionais manifestando que estas situações lhes incomodam "muitas vezes" ou "sempre", como explicitado nas **Figuras 7, 8 e 9**.

A **Tabela 10** mostra que 22 entrevistados estão contentes e apenas 1 está "sempre" descontente com seu trabalho.

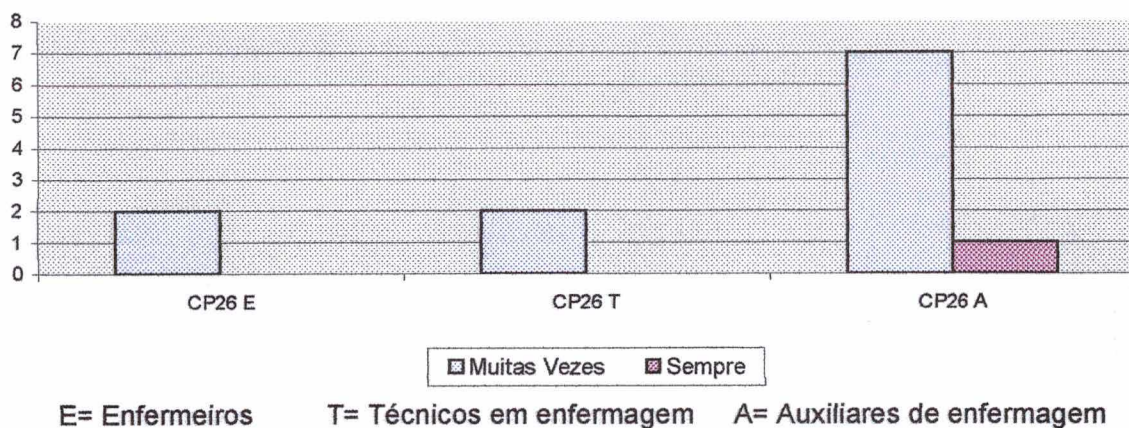
Tabela 10- Distribuição do resultado da avaliação do nível de descontentamento com o trabalho (n = 81)

Variável	Definição	Frequência	(%)
Descontentamento com o trabalho	Nunca	22	27.2
	Raras vezes	25	30.9
	Algumas vezes	22	27.2
	Muitas vezes	11	13.6
	Sempre	01	1.2

Percebe-se, assim, que 72.8% da população sente-se descontente com seu trabalho pelo menos uma vez ao mês. Entre os que responderam "algumas vezes" e "muitas vezes", encontramos 40.8% da população, entre os quais estão 6 enfermeiros, 4 técnicos e 23 auxiliares como está registrado na **Figura 10**,

reforçando nossa idéia de que as cargas psíquicas estão distribuídas entre as três categorias funcionais, sem predomínio de umas sobre as outras.

Figura 10
Distribuição das respostas dos entrevistados a respeito do descontentamento com o seu trabalho



Apesar do hospital ser considerado um ambiente tensiógeno (Seligmann-Silva, 1994) e o trabalho da equipe de enfermagem estar carregado de fatores estressores (Pitta, 1990), encontramos um único trabalhador que está "sempre" descontente com seu trabalho, representando apenas 1.6% de sua categoria funcional e 1.2% da população estudada.

8. DISCUSSÃO

Neste capítulo, discutiremos os resultados obtidos na aplicação dos instrumentos utilizados no estudo, confrontando-os e comparando-os com as informações colhidas na literatura consultada.

A idade média da população é de 43,6 anos (**Tabela 1**), caracterizada como altamente produtiva e economicamente ativa. A faixa etária mais atingida pelos DORT, segundo as fontes de literatura pesquisada, está em torno de 40 a 45 anos Cury e Leo (1998); Moraes e Miguez (1998); Satto (1993). Observa-se, no entanto, que em função das modificações do mercado de trabalho e das necessidades individuais, as pessoas estão ingressando no mercado de trabalho cada vez mais jovens, fazendo com que a incidência de DORT ocorra, atualmente, numa faixa etária mais baixa.

No nosso estudo, a distribuição atinge frequência máxima na faixa dos 41 a 45 anos, corroborando com as pesquisas revisadas. As demais faixas de intervalos de idade assumem distribuição semelhante, com exceção da última faixa que apresenta somente um sujeito com 62 anos de idade.

Em relação ao sexo, predomina o sexo feminino; no total, são 460 trabalhadores da equipe de enfermagem do HUSM (conforme quadro 4), sendo que 91,7% deles são do sexo feminino. Dos 81 entrevistados, 95,1% são do sexo feminino, o que para Pitta (1990) é um fato considerado normal, uma vez que esta é uma profissão historicamente feminina, aproximando-se das funções/atribuições da mulher, ou seja, cuidar/assistir ao outro. Em termos de incidência dos DORTs, o sexo feminino predomina nas estatísticas. Moraes e Miguez (1998).

Entre os entrevistados, 42 são casados, totalizando 51,9% do total da população e, dentre estes, 39 são do sexo feminino. Para Gonzaga (2000); Cury e Léo (1998); Moraes e Miguez (1998); Helfenstein (1998); Lech e Hoefl (1994), a dupla jornada constitui um fator pré-disponente ao surgimento de DORT, principalmente no sexo feminino, pelo fato das mulheres, ao retornarem do trabalho, encontrarem no lar outras atividades que devem administrar e das quais são responsáveis.

A população (n = 81) é composta com trabalhadores dos três níveis funcionais da escala hierárquica da equipe: enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem. Cada categoria funcional tem suas atribuições e responsabilidades

definidas pelo manual de rotinas do HUSM (**Anexo 1**). O maior número de trabalhadores da população pertence a categoria de auxiliares de enfermagem (75.3%), a qual compete o trabalho com maior exigência de força física.

A média do tempo de exercício da função dos elementos da população é de 16.5 anos. Aqui, dois fatores contribuem e são importantes nesta média: em primeiro lugar trata-se de servidores públicos, concursados e que atingiram estabilidade no emprego, devido ao seu regime de contratação; em segundo, são trabalhadores que vivem em uma cidade de médio porte que conta com quatro instituições hospitalares, uma pública (o HUSM) e três privadas. Soma-se às características da cidade, as poucas opções de empregabilidade local.

O tempo médio de exercício da função no HUSM é de 12.2 anos, o que se explica pelos mesmos motivos citados para justificar a média de tempo de função em enfermagem dos elementos da população.

O turno com o maior número de participantes da população é o turno da noite, com 35 sujeitos, seguido pelo turno da manhã, com 26 sujeitos. Segundo Gonzaga (2000) quanto maior o tempo de exposição aos fatores de riscos e quanto maior o número de fatores de riscos a que estão expostos os trabalhadores, maior a probabilidade do surgimento de DORT. O turno da noite tem uma jornada de 12 horas de duração, o que implica em um maior tempo de exposição a riscos. Já o turno da manhã, embora com a metade do tempo de duração em relação ao turno da noite, segundo a rotina prescrita e as falas dos trabalhadores, tem um número maior de atividades e, portanto, uma maior concentração de riscos (como por exemplo, os banhos de leito, arrumação dos leitos, recolhimento de material para exames, auxiliar no banho e na alimentação dos pacientes semi-dependentes, administração de medicamentos, etc).

Entre os fatores de riscos, mais especificamente os biomecânicos, está o trabalho pesado (Helfestein, 1994). Algumas tarefas dos auxiliares, como por exemplo, as trocas de decúbito, banhos de leito, transporte de pacientes, exigem um alto grau de força, propiciando o surgimento de sintomas dolorosos e os quadros de DORT.

Entre as variáveis clínicas, a dor, constituindo o maior fator sintomatológico dos quadros de DORT (Gonzaga, 2000), esteve presente na vida de 84% da população, ao menos uma vez nos últimos seis meses. É sabido porém, que a dor exerce

influência na vida das pessoas, interferindo nas atividades físicas e mentais, implicando na performance pessoal e profissional das pessoas.

Para Cruz (2001) a dor, como um fenômeno humano, é uma expressão de sofrimento físico e psíquico. Etimologicamente, na linhagem dos termos latinos dor (dolor) significa sofrimento. No nosso estudo, entre os 68 entrevistados que registraram episódios de dor, 58,2% afirmaram sentir dor na execução de alguma tarefa específica, sendo que as tarefas mais citadas foram "levantar peso" e "fazer força"

As tarefas listadas na **Tabela 4.1** são consideradas, como de caráter laboral ou doméstico. Porém, quando consultados sobre as dificuldades na execução destas tarefas laborais e domésticas, 53 entrevistados (78%) referiram dificuldade na execução de atividades laborais e 59, nas atividades domésticas. Entre os que negaram dificuldades laborais, mas afirmaram dificuldades domésticas, encontramos como justificativa de alguns trabalhadores frases como: "Em casa não faço nada que me cause dor, mas aqui não posso deixar para os outros. Tenho que fazer, mesmo com dificuldade" (Fala do sujeito 28, feminino, 37 anos, auxiliar de enfermagem).

"No trabalho tenho de fazer tudo apesar da dor, mas em casa faço o que poço e deixo o resto. Ninguém me cobra" (Fala do sujeito 32, feminino, 38 anos, auxiliar de enfermagem). No nosso entendimento, nesse caso, há um uso de mecanismos defensivos por parte do sujeito em relação aos seus próprios limites (Dejours, 1999), o que acaba agravando seu quadro (físico e psíquico), embora não percebam nisso uma forma de pressão do trabalho.

Em relação à influência da dor nas atividades esportivas, 35 entrevistados responderam que ela não influencia nesta atividade, porém alguns deles negaram ter uma atividade regular ou dizem não praticar esporte algum. Já os 33 entrevistados que responderam afirmativamente dizem que a dor influencia a tal ponto de impedir tal prática.

Ao abordarmos a sexualidade, 64.7% dos integrantes da população negaram a influência da dor na atividade sexual. Embora tenhamos observado, em alguns casos, a dificuldade de se falar de sexualidade, as respostas afirmativas relacionam a dor com a perda do apetite sexual, interferindo, assim, no relacionamento familiar.

Nas relações pessoais, a dor influencia em índices diferentes; ela influencia no relacionamento familiar para 36.8% dos entrevistados, e no relacionamento com os

colegas para 13.3%. Os que negam a influência da dor em seus relacionamentos, justificam que "não permitem que a dor atrapalhe o trabalho da equipe" ou que "não permitem que sua dor incomode aos outros".

Segundo Sardá Jr (1999:29), "todo o tipo de dor detém um componente psicológico, em última análise, pela forma com que o ser humano lida com este fenômeno". Pimenta, citado por Sardá Jr (1999), descreve diversos modelos que tentam explicar a relação entre dor e depressão. O modelo cognitivo comportamental afirma que a redução de atividades diárias, os sentimentos de perda de prestígio social e a dificuldade de controle dos sintomas da doença, ocasionam depressão.

A desmotivação para a prática desportiva ou a perda do apetite sexual podem estar, nestes casos, associados à estados depressivos ocasionados pela dor. Já os conflitos interpessoais, podem estar relacionados à depressão e a ansiedade, que freqüentemente estão associados a estados dolorosos (Sardá Jr, 1999).

A incidência da dor é distribuída em momentos variados do dia. Ao todo temos 32 casos de incidência da dor durante a jornada de trabalho sendo que 3 deles são casos de dor constante, e 16 casos associados a outros momentos do dia como descritos na **Tabela 3.1**.

A presença de dor durante a jornada de trabalho, evidentemente, tem repercussão na produtividade do trabalhador, colocando-o em situação desconfortável perante sua chefia imediata e seus colegas de equipe. Para atenuar esta situação, muitos deles confessam fazer uso de analgésicos (até intramusculares) para conseguirem cumprir com suas tarefas.

A persistência de dor nos momentos citados na **Tabela 3.1** interfere na qualidade do sono, gerando um distúrbio psicofisiológico, para 77.9% dos entrevistados que queixam-se da dificuldade de conciliar o sono ou então de dificuldade de posicionamento no leito por causa da dor. Tem ainda os que se queixam da interrupção do sono em função da dor referida. Sabe-se no entanto, que o sono reparador prepara para uma nova jornada e que o mal dormir predispõe à situações de mal estar durante o dia. Isto está expresso na fala de uma auxiliar de enfermagem da equipe que diz: "O que me incomoda, além de dormir mal e com dor, é saber que vou acordar e passar o dia com ela" (Fala do sujeito 6, feminino, 48 anos, técnica em enfermagem).

Quando relacionamos a intensidade da dor com a qualidade do sono, observamos a ocorrência do fato nos sujeitos que apresentam "dor moderada" até "dor insuportável". Entre eles temos 8 enfermeiros, 7 técnicos e 38 auxiliares e deste total, 21 são trabalhadores do turno da noite. Ainda falando sobre turno de trabalho relacionado com a intensidade da dor, encontramos, no turno da noite, 15 sujeitos com dor forte e 3 com dor insuportável; no turno da manhã, temos 7 sujeitos com dor forte e 3 com dor insuportável e no turno da tarde, encontramos 8 sujeitos com dor forte. Os demais integrantes da população que referiram dor, apresentaram dor leve até suportável.

Com tudo isto, observamos que menos da metade dos que referiram dor (apenas 29 trabalhadores) utilizaram a LTS para buscar recursos terapêuticos do tipo medicamentoso e fisioterápico, como nos mostra a **Tabela 4.2**. Apesar de alguns confessarem fazer uso de automedicação, outros dizem estar acostumados com a dor, banalizando seu sofrimento ou fazendo uso de estratégia de defesa individual para permanecer trabalhando (Dejours, 1999)

Um dos entrevistados, no momento da entrevista queixou-se de muita dor, afirmando: "Tirei férias para não entrar em LTS, mas voltei e continuo com dor". Fala do sujeito 54, feminino, 38 anos, auxiliar de enfermagem. Outro entrevistado referiu intenso mal estar, mas diz estar acostumada a trabalhar mesmo não estando bem; diz adorar o seu trabalho e vê seus colegas como uma equipe-família. Ela afirma: "Não tiro LTS pois tenho receio de ser dispensada depois do que já passei" (Fala do sujeito 77, feminina, 31 anos, auxiliar de enfermagem).

As falas acima refletem o receio dos trabalhadores, por se sentirem doentes, serem dispensados, pois sabem (ou pensam) que se não forem produtivos correm o risco de serem dispensados.

Quando consultados se incidência da dor influenciava na alteração de seu comportamento, apenas um entrevistado respondeu negativamente. Entre os demais, 34 entrevistados responderam que "irritam-se facilmente" conforme ilustrado na **Tabela 5.1**. Esclarecemos, porém, que nesta questão os entrevistados puderam optar por mais de uma resposta, e os que afirmaram "manter a calma" optaram por somente esta alternativa.

Ao relacionarmos a intensidade da dor com alteração de comportamento, encontramos um único entrevistado, que referiu "dor suportável", negando alteração

de comportamento na incidência da dor. Entre os que responderam afirmativamente, temos 11 enfermeiros, 6 técnicos e 50 auxiliares, comprovando que independente da intensidade da dor e da função exercida, evidencia-se a influência da dor sobre o comportamento das pessoas.

As condições do ambiente de trabalho são satisfatórias para uma parcela significativa da população; somadas as respostas dadas como "ruins" e "péssimas", às condições de ventilação, temperatura, ruído são consideradas insatisfatórias para mais de 1/3 da população. A ventilação do ambiente é considerada ótima para 3 e péssima para 11 entrevistados; a temperatura ambiental é considerada ótima para 3 e péssima para 9 entrevistados.

O ruído no ambiente, embora não seja uma situação esperada em um hospital causa desconforto para 31 entrevistados, dos quais 22 consideraram ruim e 9 consideraram péssimas as condições de ruído ambiental. Foram consideradas como fonte de ruído, os respiradores artificiais, os aparelhos de ar condicionado e o fluxo de pessoal circulando pelas unidades, principalmente pelo turno da manhã, horário de grande fluxo de alunos, estagiários e residentes dos cursos da Saúde, que se utilizam das dependências do HUSM para suas atividades didáticas práticas. Há, somado a estas fontes, o ruído externo, proveniente do trânsito e das sirenes das ambulâncias. Esta sensibilidade aumentada ao ruído, pode ser manifestação de disfunção psicofisiológica (Paraguay,1990).

Para 1/4 da população estudada, as condições do mobiliário e dos instrumentos de trabalho são consideradas insatisfatória, pois as consideraram ruins ou péssimas. Entre os que referiram insatisfação em relação aos instrumentos de trabalho, registramos a fala de uma auxiliar de enfermagem que diz: "Aqui a gente tem de ser muito criativo; desmontar dois ou três aparelhos para montar um. As vezes a gente perde tempo para verificar uma PA¹¹ porque o aparelho não está bem". (Fala do sujeito 2, feminino, 40 anos, auxiliar de enfermagem).

Contraopondo-se aos 39 entrevistados que consideraram boas as condições do mobiliário, encontramos 21 que as consideraram ruins ou péssimas e dentre estes, registramos a fala de outro profissional da equipe que diz: "Além da diferença de altura entre as macas e as camas, tem grades que não seguram e manivelas que mal funcionam. Alguma coisa já mudou em algumas unidades, mas falta muita coisa

¹¹ Pressão arterial

ainda, mas eu espero sobreviver para ver tudo arrumadinho" (Sujeito 26, feminino, 55 anos, auxiliar de enfermagem).

As radiações constituem motivo de preocupação para 22 entrevistados, que consideraram essas ruins ou péssimas. Mesmo sendo consideradas como regulares, as condições de radiação também preocupam outros 17 entrevistados; esta preocupação está expressa na seguinte fala: "A gente sabe de um monte de histórias. Eles dizem que não há com o que se preocupar, mas já temos até um aparelhinho que mede a carga de radiação. Eu sei que não adianta muito, mas sempre me afasto quando vejo o RX aqui na unidade" (Sujeito 70, feminino, 47 anos, auxiliar de enfermagem).

O primeiro bloco de respostas da avaliação da carga psíquica, trata dos efeitos psicogênicos das cargas físicas do trabalho. Esses fatores tendem a expressar carga psíquica, interferindo diretamente na produtividade e na vida do trabalhador, principalmente quando se fazem sentir duas ou mais vezes durante a semana, como se vê na Tabela 7. Embora as condições de higiene tenham sido consideradas boas ou ótimas para 82.7% da população, e o índice de poeira assim considerado para 79% da população, as condições de insalubridade (CP 3) incomodam 60.5% desta mesma população "muitas vezes" ou "sempre".

As exigências posturais do trabalho da enfermagem são justificadas até pelo fato de, parte significativa das tarefas serem executadas à beira do leito do paciente. Segundo Wisner (1987), as posturas são os elementos mais evidentes e mais negligenciados na análise do trabalho. Os trabalhadores da enfermagem nem sempre têm a possibilidade de se organizarem em termos de posturas como expressa um entrevistado: "Tem hora que mal dá tempo de fazer as coisas ou então tu só te preocupa em fazer logo as coisas; mesmo que esteja doendo muito, aquela é a única posição possível para se fazer". Continuando a falar sobre postura, o mesmo entrevistado diz: "Sim, a manivela está embaixo da guarda da cama e tu tem que, ao mesmo tempo gira-la (e nem sempre ela funciona) e observar a que altura já chegou, então se fica curvada sobre ela". (Fala do sujeito 26, feminina, 55 anos, auxiliar de enfermagem).

A alternância de turno, carga considerada fisiológica, também assume a dimensão de carga psíquica para 33.3% da população estudada, que responderam sentir-se incomodados em alternar seu turno de trabalho, como aparece na Tabela 7,

nas colunas 4 e 5. A justificativa dada por um dos entrevistados é registrada como: "Gosto do turno da noite e não gosto de mudar de turno principalmente para o turno da manhã, que o pessoal é muito estressado com a rotina do trabalho. Também não gosto do turno da tarde por que a gente tem que almoçar e sair correndo para o trabalho" (Sujeito 34, feminino, auxiliar de enfermagem).

A alternância de turno repercute no ciclo circadiano humano interferindo na sua saúde e nos processos de adoecimento. Pitta (1990), ao estudar o processo de trabalho e o sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde, encontrou uma maior prevalência de sintomas psíquicos em trabalhadores do turno da noite. Em nossa pesquisa encontramos uma maior prevalência de quadros de DORT entre os trabalhadores deste turno, atingindo 43.2% da população e deste percentual, 28 entrevistados referiram pelo menos um episódio de dor nos últimos seis meses, atingindo 80% dos trabalhadores do turno da noite que compõe esta população, corroborando com o estudo citado, que aponta o turno da noite como o que tem maiores possibilidades de provocar o surgimento de doenças.

A atenção permanente e a responsabilidade são "sempre" exigidas para mais de 90% da população como explicitado na **Tabela 8**. Estas exigências mantêm o trabalhador em constante estado de tensão aumentada, gerando o desgaste físico/emocional (CP 19) que é acusado por 1/3 da população como incidente "muitas vezes" e "sempre".

O ritmo acelerado do trabalho, observado "muitas vezes" ou "sempre" por 8 enfermeiros e 36 auxiliares, por si só, subentende-se como exigência de atenção permanente e responsabilidade.

As cargas psíquicas adquirem materialidade no corpo e se expressam internamente por meio dele. A forma como ela se expressa é o reflexo da tensão emocional sobre as alterações posturais estáticas e dinâmicas (Helfenstein, 1998; Lech, 1998; Nicoletti, 1996; e Knoplich, 1989), além das alterações dos estados emocionais registrados na **Tabela 5.1**.

A falta de autonomia (CP 8) incomoda "muita vezes" a 3, e "sempre", a 1 dos técnicos de enfermagem, função intermediária que tem mescladas nas suas, as tarefas dos enfermeiros e dos auxiliares. Os técnicos também manifestaram-se de forma idêntica a respeito do reconhecimento de seu trabalho em sua UIC (CP 11) como se pode observar na **Figura 5**.

Numa análise geral, entre as cargas psíquicas apontadas como mais incidentes neste estudo, encontramos, segundo Laurell e Noriega (1989) sobrecargas (atenção permanente, responsabilidade e ritmo acelerado) e subcargas psíquicas (falta de autonomia e desqualificação do trabalho, principalmente para os técnicos) que independentemente desta classificação, se manifestam a medida que adquirem materialidade através da corporeidade humana, interferindo na produtividade e na vida dos trabalhadores desta população.

As situações críticas (dor, sofrimento e óbito) incomodam a grande maioria da população "muitas vezes" ou "sempre" como mostra a **Tabela 9**, porém, observa-se nas **Figuras 7, 8 e 9**, que a dor e o sofrimento incomodam mais do que o óbito a todas as categorias funcionais, com exceção aos técnicos. Para Pitta (1990:25)"a atitude atual dos homens diante da dor, do sofrimento e morte, é buscar negá-los como fim do inexorável percurso da vida humana, prolongando esta a não mais poder, através de todos os dispositivos disponíveis nos hospitais (...)".

A morte, a dor, as queixas, uma constante no ambiente hospitalar, são capazes de desencadear uma enorme angústia naqueles que trabalham diariamente com estes fatores. Vieira, Guimarães e Martins (1999). Os trabalhadores da enfermagem expressam suas queixas nas seguintes frases: "A dor e o sofrimento deles me incomoda algumas vezes, principalmente quando eles permanecem muito tempo internados e a gente acaba se envolvendo, por isso a gente evita se envolver" (sujeito 34, feminino, auxiliar de enfermagem). "O óbito me incomoda por saber que fizemos tudo o que era possível mas não salvamos a vida da criança" (sujeito 61, feminino, auxiliar de enfermagem).

Evitar envolvimento é reconhecer que essa situação gera sofrimento, por isso a necessidade de negá-lo De acordo com Françoso, citado por Silva e Kirschbaum, (1998), o contato com a morte gera o sentimento de impotência nos trabalhadores de enfermagem. Há sofrimento advindo do envolvimento com o doente e a família e da impotência diante da evolução negativa da doença.

"O óbito não me incomoda pois é o fim do sofrimento do paciente" (sujeito 13, masculino, 38 anos, auxiliar de enfermagem). Essa verbalização reforça a idéia de que a convivência com a morte incomoda os profissionais da enfermagem. Já o óbito, como o fim do sofrimento, liberta esses profissionais de tal convívio.

Embora somente 13.6% dos participantes tenham manifestado sentir-se "muitas vezes" descontente com seu trabalho, entre eles registramos duas falas. A primeira, diz: "Acho meu trabalho desgastante. Mudaria se pudesse" (sujeito 52, feminino, 44 anos, enfermeira). A segunda fala expressa a preocupação da trabalhadora com sua saúde: "Acho ótimo alguém se preocupar com a nossa situação porque não tem sido fácil" (sujeito 16, feminino, 58 anos, auxiliar de enfermagem). Em meio à crise no mercado de trabalho e busca de saídas, o trabalhador, como o elo mais frágil da cadeia de relações, se apega à manutenção do emprego, sujeitando-se a situações de trabalho que estão longe de serem desejáveis. Alves e Brito (1999).

9. CONCLUSÕES

O objetivo desse estudo foi avaliar a carga psíquica do trabalho associada aos quadros de DORT diagnosticados entre os trabalhadores da equipe de enfermagem do HUSM. Alguns aspectos conclusivos deste trabalho podem ser assim dimensionados: a) em relação aos quadros de DORT, registramos durante a pesquisa documental 97 casos, com uma incidência de 21,1% no total de profissionais que compõe a equipe; b) considerando que as entrevistas foram efetuadas 6 meses após a pesquisa documental, é importante salientar que 68 trabalhadores apresentaram recidiva dos quadros (alguns deles com quadro algíco ativado no momento da entrevista), nos fazendo acreditar que, na realidade, tais quadros não são solucionados em razão de somente serem tratados os seus sintomas, sem uma preocupação com o restante do processo de adoecimento.

Percebeu-se que os profissionais continuam a trabalhar, mesmo sem condições físicas e emocionais adequadas para tal, independentemente da função exercida. As queixas mostraram-se com características semelhantes nas três categorias funcionais.

O tempo de exercício da função e idade dos trabalhadores, quando relacionados com a incidência dos quadros de DORT, não se apresentaram como fatores predisponentes, de forma significativa.

Ao caracterizar a carga psíquica nos quadros DORT, concordamos com os autores descritos no **Quadro 2**, que afirmam que essas têm origem na organização do trabalho. A exigência de atenção permanente e de responsabilidade, por exemplo, foram citadas como constantes no cotidiano dos trabalhadores, embora não sejam, por eles, reconhecidas como forma de pressão do trabalho.

De acordo com uma metáfora de Dejours (1999), a organização do trabalho é a vontade do outro. Portanto, a pressão do trabalho, ou não é reconhecida, ou é banalizada pelos trabalhadores. Segundo Beck (2000: 235) "banalizar o sofrimento como forma de manter o equilíbrio, não será uma atitude que traga benefícios duradouros, mas fugazes, e que transformam o cuidado em uma ação destemperada, unilateral, porque minimiza as possibilidades de relações dialógicas".

A forma como os trabalhadores suportam as condições de trabalho e banalizam o sofrimento do outro e o seu próprio, traz desequilíbrios físicos e

emocionais, que se manifestam em queixas de dor e desconforto. Um exemplo disso é traduzido na fala de uma auxiliar de enfermagem que diz que anda tanto durante o seu expediente que ao final do turno de trabalho só pensa em encerrar-se no quarto e não ver ninguém.

As cargas físicas estão mais próximas da compreensão dos profissionais da saúde, quando se trata dos quadros de DORT, porém seus efeitos psicogênicos não são observados durante a avaliação. A falta de conhecimento acerca desses aspectos, por parte dos profissionais da saúde, tem dificultado o entendimento dos trabalhadores sobre o seu processo de adoecimento, e esses, por razões próprias, continuam trabalhando, desrespeitando os limites do seu corpo.

Constatou-se, neste estudo, que parte dos profissionais trabalham sentindo dor, alguns usando auto-medicação e outros, dizendo-se acostumados com a dor. Embora com dor, os trabalhadores afirmam, contrariando essa situação, estarem contentes com seu trabalho, como se a sua dor fizesse parte do seu contexto profissional. Encontramos em Dejourns (1999) uma explicação para tais fatos, quando ele afirma que entre os profissionais da enfermagem há um cerceamento do sofrimento, pois em nome do "cuidar do outro" esse profissional relega seu sofrimento e se utiliza da ideologia defensiva de que cuidar do outro é prioritário.

Constatamos, também, que em nome da organização do trabalho, algumas vezes o trabalhador divide o seu tempo em atender duas unidades de internação no mesmo turno, duplicando sua responsabilidade. Essa carga (física), é por ele sentida e assimilada como desgaste físico/emocional, pois sua presença é exigida constantemente em ambas as unidades, levando-o a queixar-se da divisão das tarefas.

Tentando responder às perguntas de pesquisa, podemos dizer que a carga psíquica assinala um grau de sofrimento humano no trabalho, à medida em que os trabalhadores negam importar-se com outro ou quando deixam transparecer as manifestações de sensibilidade aos fatores ambientais e externos, ao queixarem-se da temperatura, da iluminação e/ou do ruído ambiental e, também, ao queixarem-se da organização do seu trabalho.

Quanto as implicações da carga psíquica nos quadros de DORT, observamos que associados a um ambiente tenso, diversos fatores estão envolvidos. Como por exemplo, a organização do trabalho, a complexidade e imprevisibilidade das situações

vividas por esses profissionais, que os mantêm em constante estado de alerta, implicando em alterações do tônus muscular. A alteração do tônus muscular, por sua vez, implica nas posturas, estáticas e dinâmicas, exigindo maior concentração do trabalhador para a execução de suas tarefas.

Como há uma dificuldade em estabelecer um diagnóstico dos DORT e a sua relação com o trabalho, e como não se fazem relações destes distúrbios com as cargas de trabalho, principalmente com as cargas psíquicas, concordamos com Colle e Reid (1998) que é preciso ampliar os espaços de avaliação dos aspectos subjetivos na investigação da carga psíquica do trabalho.

Os instrumentos construídos para esta pesquisa nos possibilitaram identificar as cargas psíquicas no trabalho da enfermagem. Porém, algumas questões poderiam ficar mais claras para uma próxima aplicação, como por exemplo, aquelas que abordam segurança e pressão no trabalho. Tendo em vista os resultados obtidos, sugerimos a continuidade dos estudos nesta linha de pesquisa, pois utilizamos o instrumento com uma única categoria profissional. Por isso, instrumentos carecem ser testados, agora, com outros trabalhadores, na perspectiva de, com novas pesquisas, tornar mais claros e compreensíveis os aspectos que envolvem o processo de adoecimento da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, M.; BRITO, M. J. M. O trabalho da enfermagem na ótica do enfermeiro. **Revista de Enfermagem**, v. 5, n. 9 e 10, p. 51-61, 1999.
- ARAÚJO, I. E. M.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de cervicodorsoiombalgia em funcionários de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 25, n. 93/94, p. 119-127, 1994.
- BECK, C. L. C. **Da banalização do sofrimento à re-significação ética na organização do trabalho**. Florianópolis, 2000. Tese (Doutrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.
- BRAWNE, C. D. Occupation repetition strain injuries guidelines for diagnosis and management. **Medical Journal Australian**, v. 140, n. 1, p. 329-332, 1984.
- BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1994.
- BUSCHINELLI, J. T.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. **Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalhador no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- CANDEIAS, N. M. F.; ABUJAMRA, A. M. D.; SABAG, S. N. "Stress" em atendentes de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 20, n. 75, p. 38-44, jan/jun/92.
- CHEREN, A. J. **A prevenção do pathos: uma proposta de protocolo para diagnóstico dos DORTs**. Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- CODO, W. **Educação: Carinho e trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- CODO, W.; ALMEIDA, M. C. C. G. **LER – Lesões por Esforço Repetitivo**. Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1997.
- COLLE, H. A.; REID, G. B. Context effects in subjective mental workload ratings. **Human Factors**, 40(4), p. 591-600, 1998.
- CONTRANDIOPOULS, A. P.; CHAMPAGNE, F., POTVIN, L. (et al). **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- COURY, H. J. C. G.; LEO, J. A. Em que os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho se diferenciam das lesões por esforço repetitivo? **Revista Fisioterapia em Movimento**, v. X, n. 2, p. 92-102, out-97/mar-98.
- COUTO, H. **Ergonomia aplicada ao trabalho**. Belo Horizonte: Ergo, 1995.
- CRUZ, R. M. **Psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho**. Florianópolis, 2001. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. 2001.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1992.

- _____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas S.A, 1994.
- DEYO, R. Low-back pain. **Scientific American**, pp 28-33, Ago.1998.
- DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Atualização clínica dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. n 131, seção 3, p. 14231 – 14233, de 11 de julho de 1997.
- FACCHINI, L. A.; WEIDERPASS, E.; TOMASI, E. Modelo operário e percepção de riscos ocupacionais e ambientais: o uso exemplar de estudo descritivo. **Revista de Saúde pública**. V. 25(5) p: 394-400, 1991.
- FONSECA, A. G. Lesões por Esforços Repetitivo (LER). **Jornal brasileiro de Medicina**, v. 74, n1/2, p. 14-28, 1998.
- FUERST, E. V.; WOLFF, L.; WEITZEL, M. H. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977.
- GONZAGA, P. **Perícia Médica da Previdência Social**. São Paulo: LTr, 2000.
- GRANDJEAN, E. **Manual de Ergonomia**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- GRECO, R. M.; OLIVEIRA, V. M.; GOMES, J. R. Cargas de trabalho dos técnicos operacionais da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. vol 25, p. 59-75, 1995/1996.
- HELFENSTEIN Jr, M. **Lesões por Esforço Repetitivo (LER/DORT): conceitos básicos**. v.1 e 3. São Paulo: Schering-Plough, 1998.
- HILDEBRANDT, V. H.; BONGERS, P. M.; DUL, J. et al. Identification of high-risk groups among maintenance workers in a steel company with respect to musculoskeletal symptoms and workload. **Ergonomics**, v 39, n. 2, p: 232-242, 1996.
- HUMPHREY, D. G.; KRAMER, A. F. Toward a psychophysiological assessment of dynamic changes in mental workload. **Human Factors**. 36(1). P. 3-26. 1994.
- IIDA, I. **Ergonomia**. São Paulo: Edgard Blücher, 1993.
- INSS. **Atualização da norma técnica sobre DORT**. Brasília, 1997.
- KNOPLICH, J. **Enfermidades da coluna vertebral**. São Paulo: Ibrasa, 1989.
- KRON, T. **Manual de enfermeria**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.
- LACAZ, F. A., RIBEIRO, H. P. **De que adoecem e morrem os trabalhadores**. São Paulo: DIESAT, 1984.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde: Trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.
- LAVILLE, A. **A Ergonomia**. São Paulo: Editora USP. 1986.
- LECH, O., HOEFL, M. G. **Protocolo de Investigação das Lesões por Esforço Repetitivo**. São Paulo: Rhodia Farma, 1994.
- LECH, O. **Aspectos clínicos dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. São Paulo: Rhodia Farma, 1998.

- LEMOS, J. C.; BARNEWITS, L.; CASTRO, J. A. Análise ergonômica das posturas assumidas pelos profissionais de enfermagem do HUSM em tarefas realizadas frente aos leitos. **Revista da Saúde**, v. 3, p. 80-91, 1999.
- LEPLAT, J.; CUNY, X. **Introdução à psicologia do trabalho**. Trad. Helena Domingos. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983.
- LOPES, H. S. G. **LER: Diagnóstico precoce, tratamento e prevenção em medicina ocupacional**. Santa Maria, 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Maria.
- MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, n 1-2-3, 1995.
- MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1995.
- MENDES, R.; DIAS, E.C. Saúde do trabalhador. In: ROUQUARYOL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 4ª ed. São Paulo: Medsi, 1994.
- MORAES, L. F. R.; MARQUES, A. L.; KILIMNIK, Z. M.; et al. O trabalho e a saúde humana: uma reflexão sobre as abordagens do "stress" ocupacional e a Psicopatologia do trabalho. **Cadernos de psicologia**, v. 3, n. 4, p. 11-18, 1995.
- MORAES, M. A. A.; MIGUEZ, S. A. LER/DORT – prevenção e tratamento e noções básicas de ergonomia. **Apostila de curso de atualização**. Campinas – SP, 1998.
- MOURA, W. **Trabalho e doença existencial: uma visão psicossociológica das doenças ocupacionais**. Rio de Janeiro : Laboratório de Editoração da UFRJ, 1998.
- NICOLETTI, S. **L.E.R. Lesões por Esforço Repetitivo: literatura técnica e continuada**. v. 1, 2, 3, 4 e 5. São Paulo: Bristo-Myers Squibb Brasil, 1996.
- ODDONE, I.; GASTONE, M. S. G.; BRIANTE, G. et al. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Hucitec, 1986.
- PARAGUAY, A. I. B. B. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para a melhoria das condições de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 18, n. 70, p. 40 - 43, 1990.
- PEREIRA, A. S.; FLORES, R. L. J.; FREITAS, S. D. Absenteísmo no HUSM no ano de 1996. **Revista da AMRIGS**, v. 41, Suplemento 1, Porto Alegre, 1997.
- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3ª Edição. São Paulo: Hucitec, 1990.
- RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 2000.
- RIO, R. P. **Programa de controle médico da saúde ocupacional - PCMSO - Guia prático**. Belo Horizonte: HEALTH, 1996.
- ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e saúde**. 4ª ed. São Paulo: Medsi, 1994.
- SARDÁ Jr, J. J. **Avaliação psicológica de estados emocionais associados a síndromes dolorosas**. Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SATO, L. Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 21, n 79, p. 49-62, 1993.

SELIGANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. São Paulo: Cortez, 1994.

SILVA, J. B.; KIRSCHBAUM, D. I. R. O sofrimento psíquico dos enfermeiros que lidam com pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.51, n. 2, p.273-290, abr-jun/98.

SILVA, V. E. F.; KURCGANT, P.; QUEIROZ, V. M. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 51, n. 4, p. 603-614, out-dez/98.

SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. R.; PERECMANIS, L. Processo de trabalho e sofrimento psíquico: o caso dos pilotos do metrô do Rio de Janeiro - I. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45(5), p:265-284, 1996.

_____. Processo de trabalho e sofrimento psíquico: o caso dos pilotos do metrô do Rio de Janeiro - II. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45(6), p:323-333, 1996.

TSANG, P.; VIRDULICH, M. The roles of immediacy and redundancy in relative subjective workload assessment. **Human Factor**. v. 36, n 3, p. 503-513, 1994.

VIEIRA, C. V.; GUIMARÃES, A. M. L.; MARTINS, D. A. O estresse ocupacional em enfermeiros. **Série Saúde Mental e Trabalho**, v. 1, pg. 209-230, 1999.

VIEIRA, S. I. **Medicina básica do trabalho**. v. IV. Curitiba: Gênese, 1996.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho**. São Paulo : FTD/Oboré, 1987.

_____. **A inteligência no trabalho**: Textos selecionados de ergonomia. São Paulo : Fundacentro, 1994.

BIBLIOGRAFIA

AVILA, L. A. Doenças do corpo e da alma: uma apresentação. **Estudos de Psicologia** Campinas, v. 13, n. 2 p. 47-58, 1996.

BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de Survey**. Belo Horizonte : UFMG, 1999.

BRIDI, V. L. **Organização do trabalho e psicopatologia**: um estudo de caso envolvendo o trabalho em telefonia. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

CAVALCANTE, J. M. **Lesões por esforço repetitivo**: um estudo sobre a vivência do trabalhador portador de LER. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C.; HITOMI, A.H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento** – uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

FIALHO, F.; SANTOS, N. **Manual de Análise Ergonômica no Trabalho**. Curitiba: Gênese, 1995.

FREITAS, P. **Fatores que decorrem da carga mental de trabalho e sua interferência na qualidade de vida no trabalho dos servidores no serviço público federal**: uma visão ergonômica. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

GIL, A. C. **Pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GONZALES, R. M. B. **Sofrimento na praxis de enfermagem: real ou deslocado em seu sentido?** Florianópolis, 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) –

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

LOPES, V. **O trabalho noturno do profissional de enfermagem**: o sofrimento do trabalho na visão da ergonomia. Estudo de caso de uma unidade de emergência hospitalar. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

MAIA, S. C. **Análise ergonômica do trabalho do enfermeiro na unidade de terapia intensiva**: proposta para minimização do estresse e melhoria de qualidade de vida no trabalho. Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

ULBRICH, C. **Considerações ergonômicas sobre a atividade de trabalho de um cirurgião dentista**: um enfoque sobre LER/DORT. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

ANEXOS

ANEXO 1
ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO – HUSM

- 01 – Receber o plantão, realizar visitas a todos os pacientes internados em sua unidade, verificar o estado geral, priorizar as necessidades do paciente e delegar atividades aos demais membros da Equipe de Enfermagem.
- 02 – Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar a assistência de enfermagem em seus serviços e setores.
- 03 – Elaborar escalas de serviço, diária e mensal, do seu turno de trabalho.
- 04 – Orientar e supervisionar a Equipe de Enfermagem quanto ao uso de materiais e equipamentos.
- 05 – Manter estoque adequado dos medicamentos, materiais e equipamentos da unidade.
- 06 – Realizar reuniões periódicas com a Equipe de Enfermagem do seu turno.
- 07 – Avaliar a necessidade de treinamento e aprimoramento em serviço e solicitar ao chefe da unidade a realização dos mesmos.
- 08 – Participar e realizar pesquisas como elemento integrante da equipe de saúde.
- 09 – Desenvolver e participar de programas de saúde ao paciente e familiares nas diversas áreas de abrangência.
- 10 – Estabelecer intercâmbio científico com o docente, discente e Equipe Multiprofissional.
- 11 – Acompanhar e participar de avaliação de desempenho dos servidores do seu turno de trabalho.
- 12 – Fazer prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis, comunicando a C.C.I.H.
- 13 – Auxiliar os membros da equipe de saúde na realização de procedimentos.
- 14 – Supervisionar os procedimentos técnicos e os registros feitos pelos membros da Equipe de Enfermagem.
- 15 – **REALIZAR:**
 - admissão do paciente na unidade;
 - cuidados diretos a pacientes graves;

- curativos complexos e cateteres venosos profundos;
- instalação de P.V.C.;
- balanço hídrico, intervindo diante de desequilíbrio;
- sondagem nasogástrica, nasojejunal e vesical;
- troca de frascos de drenagens torácicas;
- controle de medicamentos, de psicotrópicos e entorpecentes;
- instalação de quimioterápicos;
- troca de frascos da Nutrição Parenteral;
- metodologia da assistência de enfermagem;
- orientações aos pacientes e familiares para o auto-cuidado e alta hospitalar;
- orientar e acompanhar quanto ao preparo para cirurgia e exames complementares;
- registros dos procedimentos realizados no prontuário do paciente;
- contribuir com a formação acadêmica, discentes da área de saúde em estágio curricular ou extracurricular;
- realizar a entrega do plantão do seu turno;
- outras atividades de mesma complexidade.

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

01 – Assistir ao Enfermeiro:

- a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
- b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;
- c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigência epidemiológica;
- d) na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;
- e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde.

02 – Integrar a equipe de saúde.

03 – Executar atividades de assistência de enfermagem, e excetuadas as privativas do Enfermeiro.

ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- 01 – Participar da passagem de plantão no início e fim do turno.
- 02 – Interar-se da escala de serviço do dia.
- 03 – Prestar cuidados de Enfermagem ao paciente sob orientações do Enfermeiro.
- 04 – Administrar medicamentos e ou tratamentos prescritos.
- 05 – Realizar curativos.
- 06 – Aplicar e controlar paciente em uso de oxigenoterapia.
- 07 – Auxiliar o Enfermeiro nos cuidados à pacientes graves.
- 08 – Aplicar medidas de conforto e fazer prevenção de úlceras de decúbito.
- 09 – Administrar dieta por sondas e auxiliar e ou administrar a alimentação via oral.
- 10 – Conhecer o funcionamento dos equipamentos e zelar pela sua conservação mantendo-os nos devidos lugares.
- 11 – Realizar preparo dos pacientes para consultas, exames e tratamento.
- 12 – Realizar cuidados no pré e pós-operatório mediato e imediato.
- 13– Levar e buscar os pacientes nos diversos serviços e setores do HUSM, quando solicitado.
- 14 – Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas.
- 15 – Fazer:
 - higienização (corporal, oral, higiene íntima, couro cabeludo, tricotomia facial, das unhas...);
 - controle hídrico;
 - controle de sinais vitais conforme rotina e necessidade do paciente;
 - controle de peso;
 - aplicações de calor e frio;
 - enteroclisma;
 - registros das atividades realizadas com os pacientes no prontuários dos mesmos;
 - controle das eliminações (aspecto, cor, volume);
 - leitura de P.V.C.;
 - glicemia periférica, glicosúria e cetonúria;

- punções venosas;
 - aspiração traqueal, oral e nasotraqueal, trocando o sistema conforme rotina;
 - nebulizações.
- 16 – Buscar e levar materiais no Centro de Material e Esterilização e após uso (devolve-los ao mesmo serviço).
 - 17 – Buscar medicamentos na farmácia, conferindo-os e guardar os mesmos nos respectivos lugares.
 - 18 – Auxiliar o Enfermeiro na admissão do paciente na unidade.
 - 19 – Realizar coleta de material para exames (urina, fezes, secreções) encaminhando aos serviços afins.
 - 20 – Preparar e levar o corpo pós-morte para o local designado.
 - 21 – Manter em ordem o material de uso e equipamentos da unidade.
 - 22 – Confeccionar e embalar materiais de consumo.
 - 23 – Comunicar ao Enfermeiro qualquer alteração.
 - 24 – Providenciar o material e auxiliar o Enfermeiro ou o médico nos procedimentos (médicos).
 - 25 – Acompanhar e posicionar pacientes para exames, tratamento e cirurgias.
 - 26 – Acompanhar pacientes em realização de exames fora do HUSM.
 - 27 – Circular em Sala Cirúrgica.
 - 28 – Realizar limpeza, desinfecção e esterilização de materiais, equipamentos e ambiente.
 - 29 – Auxiliar o Enfermeiro e ou técnico de enfermagem na execução de programas de educação a saúde.
 - 30 – Realizar tarefas de mesmo nível e complexidade delegadas pelo Enfermeiro.
 - 31 – Executar tarefas referentes a conservação e aplicação de vacinas e outros medicamentos.
 - 32 – Executar a prescrição de Enfermagem.

ANEXO 2
QUADROS DAS DOENÇAS INCIDENTES NA POPULAÇÃO
ESTUDADA

Quadro 5 - Doenças incidentes na população Grupo G

CID	Doenças do Sistema Nervoso	Frequência
G54.0	Transtorno do Plexo braquial	01
G54.9	Transtorno não especificado das raízes e dos plexos nervosos	01
G55.1	Compressão de raízes e plexos	03
G57.0	Lesão do nervo ciático	01
G61.0	Síndrome de Guillain Barré	02

Quadro 6 - Doenças incidentes na população Grupo M

CID	Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo	Frequência
M02.9	Artropatia Reacional não especificada	01
M12.5	Artropatia traumática	02
M12.8	Outras artropatias específicas não classificadas em outras partes	01
M14.2	Artropatia Diabetica	01
M17.9	Gonartrose não especificada	01
M19.0	Artrose primária de outras articulações	01
M20	Deformidades adquiridas dos dedos das mãos e dos pés	01
M23	Transtorno interno dos joelhos	01
M23.5	Instabilidade crônica dos joelhos	01
M25.5	Dor articular	05
M25.9	Transtorno articular não identificado	01
M43.6	Torcicolo	01
M47.9	Espondilose não especificada	01
M50.1	Transtorno de discos cervicais com radiculopatia	01
M50.8	Outros transtornos cervicais	01
M51.1	Transtorno de discos lombares e outros discos intervertebrais	05
M51.3	Outras degenerações especificadas dos discos intervertebrais	01
M53.0	Síndrome cervicocraniana	01
M53.1	Síndrome cervicobraquial	02
M53.8	Outras dorsopatias especificadas	01
M54.1	Radiculopatia	03
M54.2	Cervicalgia	10
M54.3	Ciática	13
M54.4	Lumbago com ciática	09
M54.5	Dor lombar baixa	12
M54.6	Dor na coluna torácica	01
M54.9	Dorsalgia não especificada	09
M60.9	Miosite	01
M61.8	Ferimento de outras partes do punho e mão	01
M62.6	Distensão muscular	01
M63.8	Miosite	01
M63.8	Outros transtornos musculares em doenças classificadas em outras partes	01
M65.	Sinovite e Tenossinovite	01
M65.4	Síndrome de De Quervain	02
M65.8	Outras Sinovites e Teossinovites	01
M65.9	Sinovites e Teossinovites não especificadas	09
M68.8	Outros transtornos das sinóvias e dos tendões	01
M70.3	Outras Bursites do Cotovelo	01
M71.5	Outras Bursites não classificadas em outras partes	02
M75.4	Síndrome da Colisão do ombro	01
M77.1	Epicondilite lateral	02
M77.5	Outras entesopatias do pé	01
M79.6	Dor em membro	01
M89	Outros transtornos ósseos	01
M89.8	Outros transtornos específicos dos ossos	01
M94.0	Síndrome da Junção Condrocotal	01

Quadro 7 - Doenças incidentes na população Grupo R

CID	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	Frequência
R29.8	Outros sinais e sintomas relativos aos Sistemas Nervoso e Osteomuscular e os não específicos	01

Quadro 8 - Doenças incidentes na população Grupo S

CID	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências ou causas externas	Frequência
S30.0	Contusão do dorso e da pelve	01
S62.0	Fratura do osso escafoide da mão	01
S68.1	Amputação traumática de um ou outro dedo apenas	01
S83.0	Luxação patelar	01
S91.3	Ferimentos de outras partes do pé	01
S93.0	Luxação da articulação do tornozelo	01
S93.3	Entorse e distensão do tornozelo	01
S93.4	Entorse e distensão do tornozelo	01
S96.9	Traumatismo de músculos e tendões não especificados do tornozelo	01

Quadro 9 - Doenças incidentes na população Grupo Z

CID	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Frequência
Z56.4	Desacordo com o patrão e com colegas de trabalho	01

ANEXO 3
AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DO PROJETO PILOTO

Santa Maria, 25 de setembro de 2000.

Para: Enf^a Maria Lúcia Ravello da Silva
De: Prof^o Jadir Camargo Lemos
Assunto: Solicitação (Faz)

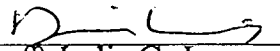
Prezada Diretora

Sou Fisioterapeuta, professor do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação do Curso de Fisioterapia desta Universidade e no momento, realizo curso de Mestrado em Psicologia na Universidade Federal de Santa Catarina. Na condição de Mestrando, venho solicitar sua autorização para entrevistar (roteiro em anexo), Enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem, da Unidade de Clínica Médica II – 5º andar, deste Hospital, com o objetivo de: Obter, junto a amostra, informações necessárias para estabelecer uma possível relação entre DORT e a Organização do Trabalho.

Comprometo-me em garantir o anonimato dos participantes, o sigilo das informações e o direito das pessoas em concordarem ou não em participarem da entrevista, bem como asseguro que o uso dos dados coletados será para os fins especificados.

Contando com sua compreensão e colaboração, despeço-me:

Atenciosamente.


Prof^o Jadir C. Lemos

Ilma Sr^a
Enf^a Maria Lúcia Ravello da Silva
M.D. Diretora de Enfermagem do HUSM
N/UNIVERSIDADE

ANEXO 4
RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO PROJETO PILOTO

RELATÓRIO DE ATIVIDADE:

APLICAÇÃO DO PILOTO DO QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE CARGA PSÍQUICA

Em 25.set.2000

Ato 1.

Solicitação de autorização da Direção de Enfermagem do HUSM.

Contato com as Diretoras Enf^ª Maria Lúcia e Enf^ª Adelina, para explicar as enfermeiras a natureza do projeto e seus objetivos, baseando sua justificativa nos estudos de Pereira(1996) sobre absenteísmo no HUSM.

A Direção de Enfermagem mostrou-se interessada no projeto, tendo em vista a persistência dos altos índices de faltas no momento atual(cerca de 25 faltas/dia).

Ato 2.

Solicitação de autorização da Coordenação de Ensino e Pesquisa do HUSM

Contato com Dr Nereu Mezzomo, explicando que se trata de uma pesquisa, parte da Dissertação de Mestrado, necessitando , em caráter de urgência , de autorização para a aplicação do piloto experimental de investigação.

Após esclarecimentos acerca da natureza e relevância do projeto, ficou acordado que, junto à direção de Enfermagem, se escolheria uma UIC a ser trabalhada.

Ato 3.

Escolha da UIC.

A UIC escolhida foi a Clínica Médica II - 5º andar, pelo fato desta conter entre os trabalhadores da equipe , 9 sujeitos com registro de afastamento por DORT, no período compreendido entre jan/1998 a abr/2000, perfazendo aproximadamente 10% do total de trabalhadores da equipe de enfermagem do HUSM, com afastamento por DORT, no referido período.

Ficou combinado também, que os trabalhadores seriam entrevistados em seu local de trabalho, no seu respectivo horário, sendo estes, anteriormente consultados quanto a disposição/vontade de participar da pesquisa.

Em 26.set.2000.

Ato 4.

Contactos com os trabalhadores da equipe

Como característica do Hospital, os trabalhadores desta UIC dividem-se nos tres turnos(M,T,N), sendo que, por motivos de tempo do pesquisador e a escala de trabalho dos trabalhadores, foi necessário consultá-los quanto a possibilidade de entrevistá-los fora de seu horário, com o pesquisador se dispondo a deslocar-se ao encontro deles.

Duas trabalhadoras da equipe, encontravam-se em LTS(Licença para Tratamento de Saúde), uma por gestação e outra em pós-operatório de ligamentoplastia de tornozelo, e foram contactadas, via telefone, concordando em participar pesquisa.

Três dos nove trabalhadores, que são do turno da noite, e em função de suas escalas, foram contactados via telefone; dois deles dispuseram-se a participar da pesquisa, propondo-se eles próprios a virem ao HUSM para a realização da entrevista. Uma única trabalhadora não participou da pesquisa por motivos de doença na família.

26 e 27.set.2000

Ato 5ª

Das entrevistas.

Inicialmente explicou-se para cada sujeito, do que trata o projeto de pesquisa, qual o objetivo da entrevista (tanto a anamnese quanto o questionário auto-aplicado) e a importância de sua participação para contribuir na avaliação da situação atual de seu trabalho. Foi também esclarecido que suas informações seriam mantidas em sigilo absoluto, não sendo necessário sua identificação no momento das respostas.

Os entrevistados 1 e 2 vieram voluntariamente ao HUSM para participarem da pesquisa;

A entrevista 3 foi feita no domicílio da entrevistada, pelo fato desta estar em LTS (gestação com risco de parto prematuro), com indicação de repouso absoluto.

A entrevista 7 foi também feita no domicílio da entrevistada, pelo fato desta estar em LTS (ligamentoplastia de tornozelo), com indicação de repouso e pela dificuldade de deslocamento.

As demais entrevistas foram feitas com os trabalhadores em seu local e horário de trabalho, durante os dias 26 e 27.set.2000.

Os dados pessoais coletados dos participantes da amostra, bem como as informações sobre o último episódio de dor, estão sintetizados no quadro abaixo. A renda familiar está expressa no máximo de salários mínimos recebidos

	Idade	Sexo	Classe	G. instr.	Curso	Renda	T. prof	T. husm	Turno	Dor
Suj. 1	53	M	E	3º	Enf	15	25	15	N	S
Suj. 2	41	F	AE	2º I	TE	10	19	19	N	S
Suj. 3	31	F	AE	3º	Enf	10	8	6	T	N
Suj. 4	41	F	E	PG	Enf	15	18	18	M	N
Suj. 5	49	F	E	PG	Enf	10	23	6	N	S
Suj. 6	44	F	TE	2º	Aux	10	19	3	N	S
Suj. 7	34	F	AE	2º	Aux	10	9	5	N	N
Suj. 8	58	F	AE	2º	Aux	15	18	16	N	S

Quadro 1: Distribuição da amostra quanto as características pessoais e funcionais dos Sujeitos.

Entrevistado 1: bom estado geral, colaborativo, com dificuldade de falar sobre sexualidade;

Entrevistado 2. Bom estado geral, colaborativo, com dificuldades de falar sobre sua sexualidade,

Entrevistada 3. Bom estado geral, colaborativa, descontente com o sistema. Sente-se bem trabalhando em qualquer turno, colaborativa, mas não gosta de trabalhar com o pessoal da manhã, porque são muito estressados.

Entrevistada 4. No primeiro momento, mostrou resistência para participar da entrevista, cedendo ao apelo de sua colega. Respondeu às perguntas de forma breve a anamnese. Quanto ao questionário auto-aplicado, argumentou todas as suas escolhas, usando a expressão "faz parte do trabalho"; ou, "a gente de se acostumar", demonstrando ora

indiferença, ora alienação. Disse que os óbitos não incomodam, mas mexem com ela; Disse também que o fato de suas tarefas exigirem muita responsabilidade não as desgostam, alegando que todos se acostumam e assimilam esta exigência.

Entrevistada 5.

Bom estado geral. Falando pouco e baixo, parecendo tristonha; mostra dificuldade de falar sobre sua sexualidade. Diz preferir trabalhar à noite pois não gosta de acordar cedo para o turno a manhã e nem de almoçar correndo para pegar o turno da tarde; Além do mais acha o pessoal da manhã muito estressado.

Entrevistada 6.

Bom estado geral, colaborativa, mas com dificuldade de falar sobre sua sexualidade.

Entrevistada 7.

Bom estado geral, colaborativa, porém mostra dificuldade para falar de sua sexualidade. Quanto a questão de turno de trabalho, prefere trabalhar no turno da tarde e não gosta de trabalhar no turno da manhã, pois acha estressante, tanto o fluxo de trabalho quanto o pessoal.

Entrevistada 8.

Bom estado geral, colaborativa, respondendo muito brevemente sobre sua sexualidade. Mesmo com dor trabalha e não permite que esta dor interfira em sua vida de forma alguma e em qualquer aspecto da vida, seja familiar ou profissional. Permaneceu todo o tempo da entrevista dizendo-se preocupada por voltar para seus pacientes; Diz ter optado por esta profissão porque tem vocação para cuidar de doentes.

CONCLUSÕES

Das entrevistas:

Mesmo tendo percebido a aceitação da Direção de Enfermagem-HUSM, e ter sido muito bem recebido na unidade clínica escolhida, registrou-se uma série de dificuldades na execução das entrevistas:

1. A disponibilidade de tempo do pessoal para responder, talvez justificado pelo reduzido número de trabalhadores da equipe, que dificulta a divisão das tarefas;
2. A rotina de trabalho que não lhes permite espaços de tempo prolongado para participarem de outras atividades;
3. 75% dos entrevistados apresentaram dificuldades para responder sobre a relação da dor com sua sexualidade. Mostraram-se pouco a vontade para falar sobre o assunto.
4. Alguns entrevistados não se sentiram contemplados com as alternativas de respostas para a questão de preferência por turno de trabalho, sendo que alguns referiram-se ao pessoal do turno da manhã como "estressados".

Das respostas:

1. O tempo médio gasto para responder à anamnese e ao questionário auto-aplicado foi de 18 minutos, considerado bom pelo pesquisador, mas considerado longo pelos respondentes, talvez pela rotina de trabalho.
2. Observou-se dificuldade por parte dos entrevistados em responder questões sobre dor/sexualidade.
3. Alguns dos respondentes não se sentiram contemplados com as alternativas de algumas questões dificultando sua resposta.

4. Embora não tenha havido problemas de compreensão por parte dos respondentes na maioria das questões, as respostas não satisfazem as necessidades da pesquisa, pois não fica claro a interferência da carga psicológica do trabalho de enfermagem e sua relação com os quadros de DORT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Foi possível, com este instrumento, comprovar a existência das cargas de trabalho dos trabalhadores da equipe de enfermagem;
2. Evidencia-se, com este instrumento, a existência de carga psíquica no trabalho da equipe de enfermagem;
3. Não é possível, com este instrumento, observar a dimensão que a carga psíquica do trabalho da equipe de enfermagem assume na vida destes trabalhadores.

Desta forma concluímos que deveremos avançar na direção de formular novas questões, tentando a formatação de novo instrumento que contemplem as questões das cargas psíquicas do trabalho da equipe de enfermagem, que possibilitem interpretar como estas interferem ou se relacionem com os quadros de DORTs registrados nos trabalhadores desta equipe.

ANEXO 5
INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Prezado Colega!

Gostaria de convidá-lo a participar desta pesquisa, que é parte de minha dissertação de mestrado em Psicologia.

O objetivo desta pesquisa é avaliar as cargas psicológicas do trabalho da Equipe de Enfermagem, relacionadas aos quadros de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT.

É muito importante que o (a) Sr. (a) responda à todas as questões. Se houver dúvidas, por favor informe-nos no momento da devolução do questionário.

Sua identificação não é necessária, porque os dados serão tratados em conjunto.

Após o tratamento dos dados, os resultados da pesquisa serão socializados com os participantes da amostra e com os demais membros da Equipe de Enfermagem deste Hospital.

Atenciosamente,

Prof. Jadir Camargo Lemos

ANAMNESE CLÍNICO-OCUPACIONAL	
Perfil	
Idade:	Sexo: M () F ()
Estado Civil:	C () S () D () V ()
Escolaridade:	1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () PG ()
Função:	Enf. () Téc. Enf. () Aux. Enf. ()
Tempo de exercício da função:	Data de Admissão no HUSM:
Curso de Qualificação:	Enfermagem () Téc. Enfermagem () Aux. Enfermagem ()
Renda familiar (média salarial mensal em salários mínimo):	1 a 5 SM () 6 a 10 SM () 11 a 15 SM () 16 a 20 SM () 21 a 25 SM () 26 a 30 SM () Mais de 31 SM ()
Quantas pessoas residem em seu domicílio?	
Você tem filhos? S () N () Quantos?	
Qual o seu turno de trabalho atualmente?	
Manhã () Tarde () M/T () Noite () Alternado ()	
Sintomatologia (últimos 6 meses)	
Nos últimos seis meses você teve episódios de dor? S () N ()	
Quando foi o último episódio?	
Qual a intensidade da dor referida? Leve () Mod. () Suport. () Forte () Insup. ()	
Esta dor levou você a se afastar do seu trabalho? S () N ()	
Se sim, por quanto tempo (em dias)?	
Esta dor dificultou o desempenho de suas atividades laborais? S () N ()	
Esta dor dificultou o desempenho de suas atividades domésticas? S () N ()	
Qual o momento do dia em que você sente dores? Ao despertar () Durante a jornada de trabalho () Logo após a jornada de trabalho () Durante a noite () Na execução de alguma tarefa específica ()	
Qual tarefa?	
Você precisou fazer algum tratamento para aliviar esta dor? S () N ()	
Qual(is)	
Você precisou usar alguma medicação para aliviar esta dor? S () N ()	
Esta dor influenciou, de alguma forma,	
a) As suas atividades de lazer?	
b) As suas atividades desportivas?	
c) a sua sexualidade?	
d) o seu relacionamento familiar?	
e) o seu relacionamento com seus colegas?	
Esta dor interferiu na qualidade do seu sono?	
Na incidência desta dor você:	
Mantém-se calmo () Torna-se ansioso () Torna-se angustiado ()	
Torna-se depressivo () Torna-se agressivo () Irrita-se facilmente ()	
Sentia-se cansado () Sentia-se desanimado ()	
Avaliação da Carga Física de Trabalho	
Avalie as seguintes condições do ambiente de trabalho:	
a) ventilação	
b) temperatura	
c) iluminação	
d) ruído	
e) instrumentos de trabalho	
f) mobiliário	
g) distribuição do espaço físico	
h) higiene	
i) poeiras	
j) radiações	

Observações:

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA CARGA PSÍQUICA

Instrução: <i>Marque com um X, na escala ao lado, a avaliação que o (a) Sr. (a) faz do seu trabalho.</i>	Nunca	Raras Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. As condições físicas do meu ambiente de trabalho exigem maior concentração na execução de minhas tarefas.					
2. O ruído e o fluxo de pessoas em minha UIC me incomodam.					
3. Sinto-me preocupada/o em meu trabalho com suas condições de insalubridade.					
4. As posturas exigidas na execução de minhas tarefas provocam dor e sofrimento.					
5. A disposição do mobiliário e a distribuição dos espaços físicos da minha UIC dificultam meu trabalho.					
6. Sinto-me incomodada/o em alternar turno de trabalho.					
7. O grau de repetitividade dos atos exigidos na execução de minhas tarefas provocam dor e sofrimento.					
8. Incomoda-me o fato de não poder decidir sobre a melhor forma de executar minhas tarefas.					
9. Minhas tarefas são monótonas.					
10. Percebo que o trabalho que faço não é importante.					
11. Percebo que meu trabalho não é reconhecido na minha UIC.					
12. A execução de minhas tarefas exige atenção permanente.					
13. Sinto-me constantemente pressionada/o em meu trabalho.					
14. Meu trabalho me expõe a situações de perigo.					
15. Minhas tarefas têm ritmo acelerado.					
16. O trabalho que faço exige muita responsabilidade.					
17. Minhas tarefas exigem demais de minha capacidade mental.					
18. Incomoda-me o fato de minhas tarefas não estarem de acordo com meus conhecimentos.					
19. Ao final da jornada de trabalho, sinto-me desgastada/o.					
20. Sinto-me insegura/o em relação ao meu emprego.					
21. Não percebo crescimento pessoal no meu trabalho.					
22. Incomoda-me o fato de fazer horas extras para aumentar meus vencimentos.					
23. Incomoda-me o fato de ter dois empregos para aumentar meus vencimentos.					
24. As situações de dor e sofrimento que ocorrem na minha rotina de trabalho me incomodam					
25. Os óbitos que ocorrem na UIC deixam-me deprimido.					
26. Tenho estado descontente com o meu trabalho.					

Obrigado por sua participação nesta pesquisa!

ANEXO 6
AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA

Santa Maria, 16 de outubro de 2000.

Para: Dr Nereu Francisco Mezzomo
De: Prof Jadir Camargo Lemos
Assunto: Solicitação (Faz)

Prezado Coordenador

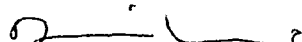
Sou Fisioterapeuta, professor do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação desta Universidade e no momento, realizo Curso de Mestrado em Psicologia na Universidade Federal de Santa Catarina. Na condição de mestrando, venho solocotar autorização para entrevistar (roteiro em anexo) os trabalhadores da Equipe de Enfermagem deste Hospital, com o objetivo de obter junto a amostra, informações necessárias para estabelecer uma possível relação entre DORT e a Organização do trabalho, objeto de minha Dissertação.

Comprometo-me em garantir o anonimato dos participantes, o sigilo das informações e o direito das pessoas em concordarem ou não em participar da entrevista, bem como asseguro que o uso dos dados coletados será para os fins especificados.

Contando com sua compreensão e colaboração, despeço-me

Atenciosamente.

Recebi
Camargo
16/10/00


Prof. Jadir Camargo Lemos

Ilmo Sr.
Dr Nereu Francisco Mezzomo
MD Coordenador de Ensino e Pesquisa do HUSM
N/UNIVERSIDADE