

Lígia Maria Ribeiro Moreira Martins da Silva

**RISCOS OCUPACIONAIS E QUALIDADE DE VIDA  
NO TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM**

DISSERTAÇÃO DE  
MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

**UNIVERSIDADE ABERTA**

Lisboa, Agosto 2008

Lígia Maria Ribeiro Moreira Martins da Silva

# **RISCOS OCUPACIONAIS E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**



DISSERTAÇÃO DE  
MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

**UNIVERSIDADE ABERTA**

Lisboa, Agosto 2008

*“Juntos dos doentes nós não damos somente os nossos cuidados mas igualmente o nosso coração”*

*Madre Teresa*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Ex.<sup>a</sup> Senhora Professora Doutora Natália Ramos pela orientação deste trabalho.

Agradeço o apoio incondicional da minha família nomeadamente do meu marido da minha mãe e dos meus filhos sem o qual este percurso tinha sido impossível.

Agradeço aos meus colegas de trabalho pelo facto de terem aceite participar no estudo.

Agradeço ao meu chefe de serviço pelo incentivo constante à formação dos profissionais que com ele colaboram.

## **RESUMO**

O estudo aborda a temática “Riscos ocupacionais e qualidade de vida nos profissionais de enfermagem”. Teve como objectivo conhecer a incidência/prevalência dos riscos laborais a que os enfermeiros estão sujeitos numa Unidade de Cuidados Intensivos Médicos, estratégias individuais e organizacionais utilizadas na promoção da qualidade de vida no trabalho e conseqüente satisfação profissional.

Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo inserido numa abordagem quantitativa e qualitativa.

Os participantes do estudo foram os enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos médicos de um Hospital público de Lisboa, que trabalhavam em regime de turnos há mais de um ano, constituiu-se uma amostra não probabilística de 25 sujeitos. Foram utilizados como método de colheita de dados dois questionários mistos. O 1º elaborado exclusivamente para a investigação em questão com o objectivo de fazer a caracterização sócio-demográfica da amostra, a caracterização em contexto de trabalho, identificar e analisar factores de risco inerentes ao desempenho da profissão na UCIM. O 2º questionário pretendia avaliar a qualidade de vida no trabalho através de uma escala de avaliação da satisfação profissional (adaptado do questionário de Graça (1999).

Na análise quantitativa o processamento dos dados foi feito informaticamente utilizando-se o programa informático package estatístico “ *Statistica/Program for Social Sciences- SPSS*” para Windows (versão 12). O tratamento das questões abertas foi efectuado através da análise de conteúdo.

Os resultados obtidos revelaram que existe uma incidência elevada de acidentes de serviço, sendo os mais representativos a Lombalgia, a Picada e os Salpicos com produtos biológicos. Os factores causais mais referenciados são a Mobilização de doentes, o Não cumprimento das normas Universais e a Utilização inadequada de Material Perfurante/Cortante.

Relativamente às estratégias utilizadas na promoção da qualidade de vida no trabalho, destacam-se no contexto individual o *Estabelecer bom relacionamento com a equipa*, o *Bom Humor* e a *Organização do trabalho*. No que diz respeito às estratégias organizacionais as participantes referem serem inexistentes ou do desconhecimento dos trabalhadores.

Relativamente à Satisfação Profissional a amostra apresenta uma percentagem acima da média, destacando-se as dimensões *Realização pessoal e profissional*, *Desempenho organizacional*, *Autonomia e poder*, *Relações de trabalho e suporte social* com pontuações acima da média, contrariamente às dimensões, *Outros aspectos funcionais*, *Condições de Trabalho e Saúde* aparecem com scores ligeiramente abaixo da média.

De acordo com os dados obtidos sugere-se que as instituições de saúde se envolvam mais na promoção da qualidade de vida dos seus trabalhadores, melhorando as condições organizacionais, físicas e humanas, assim como investindo na formação e prevenção de acidentes implicando os profissionais nas estratégias utilizadas.

**Palavras-chave:** Riscos ocupacionais; Qualidade de vida; Unidades de Cuidados Intensivos; Equipa de Enfermagem, Saúde Ocupacional.

## **ABSTRACT**

This study is about “Occupational risks and life quality in the nursing professionals”. It has as the main objective to know the incidence/ prevalence of work risks that nurses have to undergo in a Medical Intensive Care Unit, individual strategies and organizations used in the promotion of life quality at work and consequent professional satisfaction.

This was an exploratory-descriptive study inserted in a quantitative and qualitative approach.

The participants in this study were the nurses of a Medical Intensive Care Unit working in a public hospital in Lisbon who worked in a shift regime for more than an year. It consisted in a non-probability sample composed by 25 participants.

Two mixed questionnaires were used as method of data crop. The first one was exclusively elaborated for the investigation in subject with the aim the of doing a partner-demographic characterization of the sample, a characterization in work context, to identify and to analyze inherent risk factors to the profession performance in MICU. The second questionnaire claimed to evaluate the life quality at work through an evaluation scale of professional satisfaction (adapted from Graça questionnaire (1999)). In quantitative analysis the data was processed by “*Statistica/Program for Social Sciences- SPSS*” for Windows (version 12) software. The treatment of the open questions was made through the content analysis.

The obtained results revealed that there is a high incidence of work accidents, being the most common the Lombalgia, the sting and the speckle with biologic products. The most common causal factors are patient mobilization, the non-accomplishment of the universal rules nad norms, and the inappropriate utilization/handling of drilling/cutting material.

With regards to the strategies used for the promotion of life quality at work, detached in the individual context are the “good working enviroment within the team”, “ good humour” and “work organization”. As for the organizational strategies, the participants refer to as being non-existent or unknown to the workers.

Regarding the professional satisfaction, the sample presents a percentage above the average, the following dimensions are dettached, “Personal and Professional achievements”, “Organizational Performance”, “Autonomy and Power”, “Work Relationships” and “Social support”, with punctuations above the average, contrarily to

the dimensions, “Other Functional Aspects ”, “Work and Health Conditions”, which appear with punctuations slightly below the average.

According to the obtained data, it is suggested that the health institutions should get more involved in life quality promotion of their workers, improving organizational conditions, physical and human, as well as investing in training and prevention of accidents in which professionals are involved in used strategies.

**Key words:** Occupational Risks; Life Quality; Intensive Care Unit; Nursing Team; Occupational Health.

## **SIGLAS**

CDC - Centers for Disease Control

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CNPRP – Centro Nacional de Protecção Contra os Riscos Profissionais

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPI – Equipamento de protecção individual

IGT – Inspecção-geral do Trabalho

ISHST – Instituto Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

OIT – Organização Internacional de Trabalho

QVT – Qualidade de vida no Trabalho

UCI – Unidade de cuidados Intensivos

UCIM – Unidade de Cuidados Intensivos Médicos

	<b>ÍNDICE</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>7</b>
<b>SIGLAS.....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>

## **PARTE I**

### **REVISÃO TEÓRICO/CONCEPTUAL**

<b>1. A EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>2. A RELAÇÃO ENTRE O TRABALHO E A SAÚDE.....</b>	<b>27</b>
2.1 O conceito do Trabalho.....	28
2.2 A Saúde.....	31
2.3 A Qualidade de Vida no Trabalho/Satisfação Profissional.....	34
<b>3. TRABALHAR EM CUIDADOS INTENSIVOS.....</b>	<b>40</b>
<b>4. RISCOS OCUPACIONAIS DOS ENFERMEIROS.....</b>	<b>42</b>
4.1 Risco biológico .....	45
4.2 Risco Físico.....	47
4.3 Risco Ergonómico.....	48
4.4 Risco Psicossocial.....	49
4.4.1 Stress Ocupacional .....	50
4.4.2 Estratégias de coping .....	53
<b>5.SAÚDE OCUPACIONAL .....</b>	<b>53</b>
5.1 Prevenção dos Riscos .....	60
5.1.1 Normas Padrão .....	62

5.1.2 Equipamento de Protecção Individual .....	66
5.1.3 Lavagem das mãos .....	68
5.2 Importância da comunicação na prevenção dos riscos .....	69
5.3 Consequências dos riscos.....	71
5.3.1 Acidente de serviço .....	71
5.3.2 Doença Profissional.....	73
5.4 Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital São Francisco Xavier.....	74

## **PARTE II**

### **ESTUDO EMPÍRICO**

<b>6. DA PROBLEMÁTICA AOS PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>78</b>
6.1 Caracterização da unidade de cuidados intensivos do Hospital São Francisco Xavier .....	83
6.2 As técnicas e instrumentos de recolha de dados .....	87
6.3 Variáveis em estudo .....	93
6.3.1 Variável Dependente .....	94
6.3.2 Variável Independente .....	95
6.4 Questões Éticas .....	95
6.5 Procedimentos .....	97
6.6 Tratamento e Análise dos Dados .....	98
<b>7. APRESENTAÇÃO, E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>100</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>137</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>150</b>
<b>ANEXO I – Pedido de autorização ao Conselho de administração do HSFx para a realização do estudo .....</b>	<b>151</b>

<b>ANEXO II – Inquérito “Riscos de saúde e qualidade de vida no trabalho nos profissionais de enfermagem”</b> .....	152
<b>ANEXO III – Escala de avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros</b> .....	153

## **INDICE DE QUADROS**

<b>Quadro Nº 1- Caracterização da amostra</b> .....	101
<b>Quadro Nº 2 - Caracterização da amostra (cont.)</b> .....	102
<b>Quadro Nº 3 - Distribuição dos sujeitos relativamente às razões pelas quais trabalham por turnos</b> .....	105
<b>Quadro Nº 4 - Distribuição da amostra relativamente às opiniões que os inquiridos referem ser a dos seus familiares acerca de trabalharem por turnos</b> .....	106
<b>Quadro Nº 5 - Distribuição da amostra relativamente ao nº de horas que trabalha na UCIM</b> .....	110
<b>Quadro Nº 6 - Distribuição da amostra relativamente ao nº sujeitos que trabalha em Duplo Emprego</b> .....	110
<b>Quadro Nº 7 - Distribuição da amostra segundo as razões apontadas para trabalhar em duplo emprego</b> .....	111
<b>Quadro Nº 8 - Distribuição da amostra relativamente à opinião acerca da UCIM expor mais a riscos ocupacionais do que outro serviço</b> .....	112
<b>Quadro Nº 9 - Distribuição dos sujeitos relativamente à existência ou não de equipamento de protecção e segurança na UCIM</b> .....	114
<b>Quadro Nº 10 - Distribuição dos sujeitos relativamente a terem sofrido algum acidente de serviço</b> .....	115
<b>Quadro Nº 11 - Distribuição dos sujeitos relativamente ao Tipo de Acidente de Serviço</b> .....	116
<b>Quadro Nº 12 - Distribuição dos sujeitos relativamente às causas que motivaram o acidente de Serviço</b> .....	118
<b>Quadro Nº 13 - Distribuição dos sujeitos relativamente ao facto de ter notificado o acidente</b> .....	119

<b>Quadro Nº 14</b> - Distribuição dos sujeitos relativamente ao facto de terem tido acompanhamento adequado pelo serviço de saúde ocupacional.....	120
<b>Quadro Nº 15</b> - Doenças profissionais indicadas pelos participantes em estudo.....	121
<b>Quadro Nº 16</b> - Contexto em que surgiram as doenças profissionais.....	121
<b>Quadro Nº 17</b> - Distribuição da amostra relativamente ao ter tempo e disponibilidade para actividades fora do âmbito da sua profissão.....	122
<b>Quadro Nº 18</b> - Distribuição dos sujeitos relativamente às actividades que exerce fora do âmbito da profissão.....	123
<b>Quadro Nº 19</b> - Distribuição dos sujeitos relativamente às estratégias individuais que utiliza para promover a sua qualidade de vida no trabalho ....	124
<b>Quadro Nº 20</b> - Distribuição dos sujeitos relativamente às estratégias organizacionais utilizadas para promover a sua qualidade de vida enquanto trabalhador.....	126
<b>Quadro Nº 21</b> - Scores da Escala de avaliação da Satisfação Profissional ...	128
<b>Quadro Nº 22</b> - Distribuição da amostra relativamente a alguns factores positivos e negativos que interferem na satisfação profissional .....	132
<b>Quadro Nº 23</b> - Distribuição da amostra relativamente a alguns factores positivos e negativos que interferem na satisfação profissional (Cont.) .....	133
<b>Quadro Nº 24</b> - Distribuição da amostra relativamente a sugestões dadas com vista a melhorar a satisfação profissional .....	135

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico Nº 1</b> - Distribuição dos sujeitos segundo os anos de Profissão.....	103
<b>Gráfico Nº 2</b> - Distribuição dos sujeitos segundo o tempo (em anos) em que trabalha na UCIM .....	104
<b>Gráfico Nº 3</b> - Distribuição dos sujeitos relativamente ao nº de horas que trabalha no duplo Emprego .....	112
<b>Gráfico Nº 4</b> - Distribuição dos sujeitos relativamente ao tipo de riscos que referem estar mais expostos na UCIM .....	113

**Gráfico N° 5** - Distribuição dos sujeitos relativamente a estarem a usar equipamento de protecção e segurança quando se acidentaram.....115

**Gráfico N° 6** - Distribuição dos sujeitos relativamente ao facto de terem doenças profissionais ..... 120

## **INTRODUÇÃO**

*“ A qualidade de vida no trabalho tem sido ao longo dos tempos uma preocupação constante do Homem, com a finalidade de tornar as tarefas mais simples e trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador” (DI LASCIO, 2003:15).*

Assim é necessário ter um conhecimento do ser humano sobre uma perspectiva holística, para que se compreenda o que o motiva. A motivação pode ser intrínseca ao indivíduo, manifestada através da vontade deste em realizar algo, ou através de um ambiente de trabalho que promova uma participação efectiva dos trabalhadores.

Segundo (DI LASCIO, 2003:16) *“Os profissionais procuram a sua auto-realização, através de objectivos e metas pessoais que nem sempre estão relacionados às propostas organizacionais. Sabe-se, também, que as pessoas não tomam as mesmas atitudes pelos mesmos motivos e é dentro desse contexto diversificado que se encontram muitos comportamentos regidos pela motivação – força intransferível e individual de cada um”.*

A modernidade trouxe para as instituições de saúde, competitividade que aliada à instabilidade económica que o mundo enfrenta, gera uma maior necessidade de obter bons resultados a curto prazo, reduzindo os custos, tendo como meta a melhoria da qualidade dos serviços.

Assim as instituições de saúde cada vez mais apostam na excelência dos cuidados prestados aos utentes/família, exigindo aos profissionais uma actualização permanente face aos constantes avanços científicos. Constatamos no entanto que nem sempre as condições de trabalho são as mais favoráveis, verificando-se assim sobrecarga de trabalho motivada pelo nº insuficiente de enfermeiros (baixo rácio enfermeiro/doente), instalações e material por vezes desadequado, o recurso a horários acrescidos entre outros. A ênfase está no resultado, e para isso os fins justificam os meios.

O ambiente de trabalho hospitalar tem sido ao longo dos tempos considerado insalubre por agrupar doentes portadores de diversas patologias algumas de carácter infecto-

contagioso e viabilizar muitos procedimentos invasivos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde.

A Enfermagem é considerada assim uma profissão de risco devido ao seu conteúdo funcional, expondo o profissional diariamente a riscos de ordem biológica, química, ergonómica e psicossocial, que conseqüentemente contribuem para um grande número de acidentes de serviço e doenças profissionais.

Segundo (Lino, 2004:8) A profissão de Enfermagem envolve aspectos particulares e únicos que se prendem com o facto de implicar um ser humano a cuidar de outro. Neste contexto o ser humano é simultaneamente objecto e agente do cuidar, e enquanto agente humano é passível de ser influenciado pelas características e elementos ocupacionais do trabalho, em seu bem-estar físico, mental e social.

Os trabalhadores expostos aos riscos precisam estar informados e capacitados para evitar problemas de saúde, sendo necessário a instituição de métodos de controlo de modo a prevenir acidentes.

Os métodos de controlo visam a melhoria da qualidade de vida no trabalho e incluem aspectos como a substituição do agente de risco, controles de engenharia, práticas de trabalho, equipamentos de protecção pessoal, controles administrativos e programas de exames médicos.

A aplicabilidade das medidas de precaução instituídas tem-se verificado insuficientes para garantir a segurança dos profissionais, tornando-se necessárias reflexões a respeito das mudanças de comportamento e da causalidade dos acidentes. A não adesão ou a baixa adesão às recomendações padrão é uma realidade, o que torna necessário investigações nesta área, de modo a identificar factores que podem estar a contribuir para esse tipo de comportamentos.

No entanto muitas instituições adoptaram precauções padrão como medidas de protecção dos trabalhadores, porém, estudos realizados em vários países, Castro (1990), Holland (1997), têm demonstrado que, mesmo assim, a exposição e a infecção continuam a apresentar incidências elevadas.

Paralelamente aos riscos a que os enfermeiros estão expostos no seu local de trabalho, inerente ao conteúdo funcional da profissão, surge o fenómeno “Duplo emprego” implicando um aumento considerável do número de horas de trabalho diárias, sendo um factor acrescido que aumenta o risco dos profissionais de se acidentarem.

A escassez de enfermeiros, o baixo salário auferido, a flexibilidade de horário de trabalho e a aquisição de conhecimentos noutras áreas tem sido apontada como causa para que estes profissionais acumulem funções em mais do que um emprego. Assim alguns enfermeiros têm uma carga horária semanal que por vezes duplica o horário normal (35h).

No entanto com o aumento anual de cursos de Enfermagem leccionados, motivados pelo surgimento de inúmeras escolas de Enfermagem particulares, o número de enfermeiros aumentou significativamente num curto espaço de tempo, verificando-se actualmente falta de primeiro emprego na zona Norte e Centro, existindo serviços que têm enfermeiros inscritos em lista de espera.

Neste contexto os profissionais dos cursos mais recentes confrontam-se com novos contratos de trabalho que implicam vínculo precário, e uma carga horária acrescida, sendo a mais comum de 40 horas semanais.

Durante o exercício profissional deparamo-nos com queixas por parte dos profissionais de enfermagem relativamente ao tipo de trabalho que efectuam, as condições em que o fazem e os constantes riscos a que se submetem em prol da saúde de terceiros. São desabafos diários por vezes mal interpretados mas que vão dando voz aos problemas existentes neste grupo profissional.

Diariamente vários profissionais se acidentam no nosso local de trabalho e passam por processos dolorosos ao vivenciarem as consequências dos acidentes, e nós meros espectadores ficamos como que à espera que chegue a nossa vez, calados sem fazermos nada a sofrer pelo colega que na maior parte das vezes até é nosso amigo ou conhecido, como se “ter um acidente de serviço” fosse uma questão de sorte.

Os estudos sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) ainda são relativamente escassos em Portugal, principalmente na área da Enfermagem.

Segundo PIZZOLI (2005:1056) *“A verificação de índices de QVT pode trazer informação de factores que interferem directamente na satisfação e motivação pessoal e colectiva, com reflexos na excelência da estrutura e do serviço”. Um estudo sobre esses elementos permite conhecer como as pessoas se sentem em relação a vários aspectos (tanto internos como externos), da empresa e a partir daí utilizar esses dados, transformando essas informações em bases para a construção de estratégias que promovam o aumento do envolvimento dos trabalhadores.”.*

As instituições de saúde necessitam de trabalhadores com motivação e comprometidas com os seus objectivos e a sua filosofia, deste modo auscultar as percepções dos trabalhadores em relação aos factores intervenientes da QVT torna-se fundamental.

Segundo (DI LASCIO, 2003). Os factores que definem a eficácia de uma organização e mostram os seus resultados estão directamente ligados aos funcionários, com suas formas de pensar e agir e seu envolvimento nas questões organizacionais.

Os estudos sobre problemas de saúde que afectam os trabalhadores incluindo as investigações envolvendo a saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, têm ajudado a dar visibilidade aos acidentes e doenças de trabalho dos quais eles são vítimas.

O risco ocupacional nos profissionais difere consoante a categoria profissional, a actividade realizada e a área de especialização dentro dos serviços de saúde. Assim os Cirurgiões, os Estomatologistas os Enfermeiros, os Paramédicos e Profissionais de Serviço de Urgência e UCI estão descritos como profissionais de alto risco e exposição a riscos ocupacionais.

As Unidades de Cuidados Intensivos são serviços complexos em que existe todo um sistema tecnológico dominante em que a própria dinâmica não possibilita aos enfermeiros momentos de grande reflexão. Embora seja o local ideal para o tratamento

de doentes em fase crítica, a UCI parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, stressantes e traumatizantes do hospital.

Segundo vários autores, Guirardello (1999), Holland (1997), Spindola (1994), Castro (1990), *“os factores agressivos inerentes ao ambiente nas UCI não atingem apenas os doentes, mas também a equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem que convive diariamente com situações de urgência, doentes com falência multiorgânica, isolamento, morte, sofrimento, entre outros”*.

Perante a frequente ocorrência de acidentes do trabalho constatada na prática diária nos serviços de saúde, torna-se premente que os enfermeiros se preocupem com a implementação de práticas que lhes ofereçam condições seguras para o desempenho da sua actividade laboral, neste sentido propusemo-nos realizar uma pesquisa que tem como objectivo dar visibilidade à qualidade de vida no trabalho e à sua importância na prevenção de riscos ocupacionais.

Assim perante toda a problemática que envolve os riscos a que os enfermeiros estão sujeitos e a sua qualidade de vida no trabalho surge a nossa questão de partida *“ Qual a incidência/prevalência dos riscos laborais a que os enfermeiros estão sujeitos na UCIM, e quais as estratégias individuais e organizacionais utilizadas na promoção de qualidade de vida no trabalho”?*

Tendo em conta a questão orientadora, os objectivos traçados para a sua realização são:

### **Objectivo Geral**

Identificar a incidência/prevalência dos riscos laborais a que os enfermeiros estão sujeitos na UCIM, estratégias individuais e organizacionais utilizadas na promoção de qualidade de vida no trabalho e satisfação profissional.

## E os **Objectivos Específicos:**

- 1- Identificar e analisar os riscos ocupacionais inerentes ao desempenho da profissão na UCIM;
- 2- Identificar incidência/causalidade dos acidentes de serviço na UCIM;
- 3- Identificar estratégias individuais e organizacionais de forma a promover a qualidade de vida no trabalho;
- 4- Avaliar a Qualidade de vida no trabalho através da aplicação de uma escala de Satisfação Profissional.

No que concerne à estratégia metodológica, de acordo com a problemática e os objectivos que pretendíamos atingir trata-se de um estudo transversal, exploratório, no sentido de caracterizar as variáveis e descritivo com o objectivo de saber mais sobre o objecto de estudo, identificando ou descrevendo variáveis.

Relativamente à colheita de dados utilizámos dois questionários. Um dos questionários foi elaborado especificamente para este estudo, sendo constituído por 22 perguntas fechadas e 6 abertas. O 2º instrumento utilizado é igualmente um questionário misto, que pretende avaliar a Qualidade de vida no trabalho através da aplicação de uma escala de Satisfação Profissional, “Avaliação da Satisfação profissional dos enfermeiros da UCIM”. É adaptado do questionário concebido pelo Dr. Luís Graça (1999). Esta escala é composta por cinco dimensões com vários itens em regime de perguntas fechadas e por 3 questões abertas.

A pesquisa foi efectuada segundo uma abordagem mista, uma vez que o estudo tem duas componentes, uma de carácter quantitativo e outra de carácter qualitativo. Segundo vários autores a utilização das duas metodologias pode trazer benefícios relativamente à compreensão do fenómeno em estudo, (CARMO e FERREIRA, 1998; FORTIN, 1999; POLLIT, BECKE e HUNGLER, 2004).

O trabalho em questão está dividido em duas partes distintas, sendo que a primeira é referente à revisão teórico conceptual efectuada sobre a temática da pesquisa e está estruturada em 5 capítulos.

A segunda parte aborda todos os aspectos relacionados com o estudo empírico, e está dividido em 3 capítulos, a metodologia que insere 6 sub-capítulo, a apresentação e discussão dos dados e as conclusões.

A nossa investigação termina com a bibliografia, assim como com os anexos necessários para melhor compreender o estudo efectuado.

Assim a problemática que sustenta este estudo é complexa, envolvendo inúmeros factores que interagem entre si. Pretendemos através da realização deste trabalho contribuir para a prevenção e consciencialização dos enfermeiros acerca dos riscos ocupacionais, assim como identificar estratégias individuais e organizacionais que contribuam para a qualidade de vida no trabalho.

**PARTE I**  
**REVISÃO TEÓRICO/CONCEPTUAL**

## 1. A EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO

*“Pertencer a uma profissão é pertencer a uma classe social com um lugar determinado na hierarquia dos poderes reguladores da sociedade.”*

A profissão de enfermagem *“é a mais bela vocação feminina que existe no mundo”*. (COLLIÉRE, Marie, Françoise – *PROMOVER A VIDA: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 1999, pág. 16 e 88).

*“A Enfermagem começou antes da civilização, quando e onde quer que as pessoas tenham começado a cuidar de alguém doente. Na Idade média a Enfermagem era praticada por ordens religiosas. Associada ao universo feminino, “ainda hoje, 81% dos profissionais são mulheres”* (CARAPINHEIRO 1996:51).

Como refere SOARES (1997:149) *“Desde sempre coube às mulheres o papel de cuidar: cuidar das crianças, cuidar dos adultos, cuidar dos doentes, cuidar dos moribundos, cuidar da família. As mulheres desempenharam esse papel, primeiro em casa e depois em instituições... mas só a partir do século XIX se intensificou a sua actividade, como prestadoras de cuidados, fora da esfera privada e de forma remunerada”*.

Florence Nightingale (1820-1910), e Ethel Bedford Fenwick (1857-1947) são consideradas como as fundadoras da Enfermagem moderna, tendo contribuído para o seu desenvolvimento e profissionalização, conferindo-lhe não apenas o estatuto sócio-profissional que lhe faltava como uma nova representação social.

A Enfermagem inicialmente debatia-se com alguns problemas que advinham da não profissionalização da profissão, nomeadamente na Grã-Bretanha [até meados do Século XIX](#), dominada pelas *matrons* e pelas *nurses*, as irmãs de caridade.

(Bingham, (1979) e Graça, (1996) referem que a Enfermagem como profissão era considerada:

*“Trabalho esporádico, desqualificado, socialmente desvalorizado e mal remunerado; Grosseira aplicação dos cuidados médicos; Ausência de especificidade de funções e de autonomia técnica; Condições de trabalho altamente penosas nos hospitais e nas*

worhouses; *Conduta pessoal reprovável (alcooolismo, roubo, desleixo, promiscuidade, etc.), tipificado na célebre personagem de Charles Dickens (1812-1870), Mrs Sairey Gamp, no seu romance Martin Chuzzlewit, 1844); Dificuldades de recrutamento de pessoal; Ausência de estruturas de formação, etc”.*

Para SOARES (1997:17) *“Uma das etapas da profissionalização é, pois, a formação específica, especializada e longa, não apenas prática mas também teórica e obtida numa instituição de ensino.*

Tanto Florence como Ethel estão na origem de dois modelos diferentes e duas ideologias profissionais de enfermagem distintas, quer na formação quer no processo de prestação de cuidados. A primeira ligada ao modelo britânico e a segunda ao modelo americano.

No entanto historicamente é **Florence Nightingale**, que protagoniza maior destaque, sendo a 1ª a falar da relação entre ambiente e saúde, e a estabelecer a diferença entre cuidados de enfermagem e cuidados domésticos. Nascida no século XIX, dama da alta sociedade inglesa, ficou conhecida como “The Lady with the Lamp” pelo exercício da arte de cuidar, definindo enfermeira como:

*“Uma pessoa com quem se pode contar, uma mulher de sentimentos delicados e recatados, observadora sagaz e discreta, sóbria e honesta, religiosa e devotada, enfim, alguém que respeita sua própria vocação, porque a vida, a mais preciosa dádiva de Deus, é posta em suas mãos”.* (NIGHTINGALE, cit in ” MOREIRA, 1999).

No fim do século XIX, com os avanços tecnológicos os cuidados à saúde desenvolvem-se face a uma corrente centralizada na doença em detrimento do doente como pessoa COLLIÈRE (1999: 123). *“Excluindo todas as outras concepções ou perspectivas portadoras das correntes muitas vezes milenárias, elaboradas no curso da história, face ao problema da VIDA e da MORTE, **cuidar torna-se tratar da doença**”* (COLLIÈRE, 1999: 32).

O impacto desta corrente atinge também a Enfermagem que havia surgido num contexto associado a valores morais e religiosos, vai, *a pouco e pouco, distanciando-se*

destes, adoptando o **modelo bio-médico** (...) os cuidados aos doentes passam a ser «a técnica», e depois, os «cuidados técnicos». É a doença que os determina, os orienta” (COLLIÉRE, 1999: 125).

A base de conhecimentos teóricos das enfermeiras é dada pelos médicos, sendo “a única fonte de exploração do processo saúde/doença.” (COLLIÉRE, 1999: 127).

No entanto a vertente tecnicista não habilitava estas profissionais a lidar com os sentimentos, tornando-as sem preparação para lidar com as exigências dos doentes neste domínio.

Segundo COLLIÉRE (1999: 150) “Até há algum tempo atrás as necessidades das relações interpessoais não eram tidas em consideração na formação profissional das enfermeiras.”. O ensino baseava-se na aprendizagem de técnicas e as capacidades relacionais consideravam-se inatas à enfermeira.

A autora supra-citada refere ainda que:

*“A vocação de enfermeira é um apelo que ecoa em nós secretamente, é um apelo espontâneo que surge do íntimo do ser, que se comove no contacto com o sofrimento, é um impulso irresistível de todo o ser para aqueles que precisam ser aliviados, apoiados, que precisam de refrigério e consolação.” (COLLIÉRE 1999:82).*

Surge então Virgínia Henderson com uma interrogação gerada por uma preocupação pessoal, onde se questiona sobre “as necessidade fundamentais do doente” interrogação esta que segundo COLLIÉRE (1999: 151) “vai dar um impulso à relação entre quem presta e quem recebe cuidados.”

Tendo esta preocupação como base surge a criação do Processo de Enfermagem, como um método para a organização e prestação do cuidado de enfermagem, tendo como objectivo planear a assistência de maneira clara e intencional, permitindo através da elaboração de propostas sistematizadas, individualizadas e prioritariamente articuladas com as necessidades reais do paciente/cliente e família, determinar e avaliar as acções de enfermagem, “a prática da enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa tratada” já que “os cuidados não têm sentido senão e

*m relação com a sua realidade, com a maneira como vive*". COLLIÉRE (1999: 151).

O essencial para a enfermeira é a pessoa, logo é de extrema importância evoluir no sentido do estudo do ser humano, *“dos seus mecanismos biológicos e psicológicos, das grandes fases do seu desenvolvimento e da sua evolução, dos seus modos de adaptação e de defesa, da sua necessidade de individualidade e do instinto de socialização.”* (COLLIÉRE, 1999: 154).

As interrogações pessoais das enfermeiras sobre as verdadeiras necessidades da pessoa levam a que se aprofunde o estudo, a investigação e a reflexão sobre *“as noções de luto, de perda, de crise, bem como a noção de stress com os seus aspectos físicos, psíquicos e afectivos, a noção de limiar, bem como a compreensão de fenómenos ligados à dimensão oculta: o espaço e o seu corolário, o tempo.”* (COLLIÉRE, 1999: 154).

Várias teóricas desenvolveram modelos e teorias de Enfermagem com a finalidade de sistematizar os cuidados prestados e criar alicerces teóricos que sustentassem a prática utilizada.

Segundo FERREIRA citado por SOARES (1997:44) *“É a partir da década de 40 que o estado vai intervir no ensino de Enfermagem na perspectiva da uniformização, da centralização e do controlo das escolas e do ensino”*.

Em Portugal a primeira escola de enfermagem surgiu em 1901 (Escola profissional de enfermeiros do hospital Real de São José) e estava dependente da administração do hospital.

Ao longo dos tempos a Enfermagem tem sofrido alterações significativas, sendo das profissões que mais evoluiu nas últimas décadas, nomeadamente com a integração no Sistema Educativo Nacional, com a obtenção de Licenciatura, e com a criação da Ordem dos Enfermeiros. Constata-se um nº crescente de enfermeiros com Mestrado e com Doutoramento o que prova um investimento gradual na área da investigação em Enfermagem.

No entanto os enfermeiros continuam a debater-se com problemas de identidade, estatuto e reconhecimento. As expectativas dos alunos de enfermagem normalmente

saem frustradas perante uma realidade profissional diferente da enfermagem ideal preconizada nas escolas.

Vários autores têm definido enfermagem ao longo dos tempos, nomeadamente:

*YER ET AL (1993) diz que “Enfermagem é uma ciência e uma arte, que possui um corpo de conhecimentos próprio, baseado em uma teoria científica, visando a saúde e o bem-estar das pessoas nos diversos aspectos: psicológicos, espirituais, sociais e físicos, sendo uma arte de cuidar do cliente durante períodos de doença, auxiliando-o para atingir o seu potencial máximo de saúde durante o seu ciclo de vida”*

*Já para MARTINS (2006:4)*

*“O Enfermeiro é um profissional de saúde que presta cuidados globais a um doente, que vão desde os cuidados de higiene, alimentação e outros, ao apoio psicológico ao doente e família, conferindo-lhe uma polivalência que não é acompanhada de uma autonomia e diferenciação de funções bem definidas, o que leva a conflitos e ambiguidade de papel”.*

A autora supra citada refere ainda acerca da Enfermagem e sobre a problemática que envolve a profissão que:

*(...)“Torna-se fácil compreender a problemática da profissão de Enfermagem, da qual se diz ser de uma submissão consentida, que se vê confrontada com situações difíceis e perante as quais não pode deter-se a pensar em relações de poder, de autonomia e de status, devendo antes, agir MARTINS (2006:4).*

## **2. A RELAÇÃO ENTRE O TRABALHO E A SAÚDE**

Segundo SANTOS; CORREIA; CASTRO, (1999) cit. In ALBUQUERQUE (2003:10) “A saúde e o bem-estar do Homem estão invariavelmente relacionados com o trabalho, nomead

*amente com a possibilidade de, através deste conseguir os meios necessários à vida”.*

O processo saúde doença dos indivíduos e a sua relação com o trabalho insere-se no âmbito da Saúde do trabalhador, historicamente contextualizado, onde o papel dos trabalhadores é fundamental na produção de conhecimento a respeito desse processo.

Segundo (MENDES & DIAS 1991) A Saúde do trabalhador, ao encarar o trabalho como espaço de submissão e dominação do trabalhador pelo capital, mas também de resistência e luta por melhores condições de vida e trabalho, procura compreender o processo de doença ao qual estão submetidos os trabalhadores.

Através do trabalho procuramos satisfazer uma série de necessidades, desde as necessidades de sobrevivência até às de evolução profissional, pessoal e social.

## **2.1 O CONCEITO DE TRABALHO**

O Trabalho tem um papel preponderante na vida individual e social dos indivíduos, tendo em conta que em média passamos um terço da nossa vida a trabalhar.

O trabalho é assim uma actividade social organizada que permite alcançar alguns objectivos e satisfazer algumas necessidades, através da combinação de recursos de várias naturezas, tais como os trabalhadores, os materiais, a energia, a tecnologia, a organização, etc.

KAHN (1981) cit. in ALBUQUERQUE (2003:8) (...) *“salienta que o trabalho implica uma permuta entre o trabalhador e o empregador, em que existe uma relação contratual (escrita ou verbal), pela qual o trabalhador se obriga a efectuar tarefas mediante retribuição”*.

Assim BEZOLD ET AL., (1986) cit in ALBUQUERQUE (2003 :8) refere:

*“O valor do trabalho não se caracteriza exclusivamente pelas retribuições extrínsecas, tais como remuneração, benefícios e estatuto, mas, muitas vezes, e o que é ainda mais importante, pelas retribuições intrínsecas, tais como a satisfação pessoal, realização, brio, prazer, enriquecimento pessoal, autonomia e mais auto-estima. O interesse*

*crescente em variáveis intrínsecas acentua a importância de uma relação de confiança e apoio entre as chefias e os trabalhadores, tendo como consequência o aumento de produtividade que, muitas vezes, é considerado como um indicador de qualidade por parte do empregador.”*

Para GRAHAM (1991) cit. In ALBUQUERQUE (2003:8), (...) *”Para além da produtividade, a qualidade do ambiente de trabalho pode ser encarada em termos da relação da organização, ao ir ao encontro das necessidades e capacidades dos trabalhadores”*

O trabalho de uma forma geral engloba dois grandes grupos: as *Condições de Trabalho* ou *Ambiente de Trabalho* e a *Organização do Trabalho*.

No que concerne a *Ambiente de Trabalho* SANTOS; CORREIA; CASTRO, (1999) cit in ALBUQUERQUE (2003:8) define como *“(…) o conjunto de condições físicas e químicas, que estão presentes nos locais e postos de trabalho, incluindo as resultantes do material e equipamentos necessários á execução de tarefas”* O ambiente de trabalho é condicionante da qualidade de vida no trabalho assim como a própria qualidade do trabalho”.

Relativamente à *Organização do trabalho* esta insere o conteúdo das tarefas e as relações humanas. O conteúdo das tarefas diz respeito às coordenadas fornecidas ao trabalhador acerca da forma como o trabalho deve ser efectuado, e as relações humanas são referentes a todo o conjunto de interacções profissionais ou não que se estabelecem entre os trabalhadores e outros quadros da organização.

As condições de trabalho são determinantes no que diz respeito à manutenção e prevenção da saúde dos trabalhadores, contribuindo para a qualidade e competitividade das empresas.

Segundo ROGERS (1997:1) *“O trabalho congrega todos os aspectos do bem-estar do trabalhador (ou seja físicos, psicológicos, emocionais, sociais) e estende-se para além dos muros laborais, afectando toda a nossa qualidade de vida”.*

As condições de trabalho que permitem ao trabalhador ser autónomo, flexível na organização do trabalho, adaptando-o às suas necessidades, expectativas ou estado de espírito, apresentam-se como um campo privilegiado para a concretização das suas aspirações, contribuindo para a sua saúde mental e física.

O trabalho permite-nos satisfazer muitas das nossas necessidades, embora, dependendo das condições em que se realiza, possa representar um perigo para a nossa saúde, que é necessário identificar e controlar. Assim as más condições de trabalho são potencializadoras de factores que podem influenciar negativamente a saúde.

O mundo do trabalho está em permanente evolução para conseguir atingir níveis de competitividade satisfatórios, há que analisar os efeitos benéficos ou prejudiciais para a saúde dos trabalhadores, a fim de se poderem adoptar as medidas de Prevenção adequadas.

O progresso tecnológico e social trouxe melhorias notáveis na qualidade de vida e da sociedade em geral, bem como das condições em que se realiza o trabalho, eliminando ou reduzindo muitos dos problemas existentes anteriormente. Contudo, muitos deles continuam a verificar-se, outros foram aumentados e apareceram alguns novos que é preciso **identificar avaliar e controlar**, para que se possa intervir.

Os processos de trabalho, os meios técnicos utilizados, a forma de o organizar, sofreram inúmeras alterações ao longo dos tempos. A competitividade das empresas obriga à adaptação do sistema produtivo com a finalidade de assegurar a eficiência e consequente sobrevivência no mercado.

Estas mudanças, hoje tão frequentes nas instituições, estão direccionadas, em grande medida, para o aumento da eficácia produtiva, e muitas vezes proporcionam-nos uma oportunidade de melhorar as condições de trabalho. No entanto, nalgumas ocasiões podem trazer modificações que, directa ou indirectamente, prejudicam a saúde dos trabalhadores.

Neste contexto a nossa atenção deve estar focalizada nos factores organizacionais e psicossociais que possam passar mais despercebidos, visto que geralmente as suas consequências (fadiga mental, *stress* laboral,...) não parecem ser tão apelativas como as dos acidentes de trabalho ou as doenças profissionais.

Controlar o processo produtivo é uma exigência da qualidade e da competitividade. Este processo requer o conhecimento dos elementos que podem influenciar, positiva ou negativamente, o desenvolvimento do trabalho e, claro está, no trabalhador encarregado do mesmo. Entre os elementos que podem influenciar negativamente, vamos apresentar seguidamente os relacionados com a saúde do trabalhador, também denominados de “riscos profissionais”.

Actualmente, “**qualidade**”, é um conceito entendido como a capacidade de um produto, serviço ou processo, satisfazer as necessidades dos utilizadores, e o conceito de “**qualidade total**”, que implica que se façam as coisas bem e que sejam constantemente melhoradas. Em muitos casos, a sua implantação origina uma melhoria importante das condições materiais em que decorre o trabalho.

A saúde está relacionada com todos estes aspectos, e quando uma empresa altera o processo de trabalho ou os elementos técnicos, materiais ou organizacionais, tem que ter em conta que também podem mudar, positiva ou negativamente, as condições de segurança, higiene e saúde.

## **2.2 A SAÚDE**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe, na sua Carta Magna de 7 de Abril de 1948, um conceito de Saúde subjectivo e idealizado:

*"Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Actualmente, surge a noção de Saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade e acessos aos serviços de saúde, sendo, assim e antes de tudo, o resultado das formas de organização social.*

Almeida, (2000) refere a propósito da definição de saúde da OMS, que o conceito ampliado de saúde no que diz respeito à promoção da saúde, a Saúde do trabalhador elege como seu foco de estudos não apenas os riscos e os malefícios para a saúde, mas também o que determina os riscos e efeitos. Os determinantes, em Saúde do trabalhador, traduzem-se no conceito de processo de trabalho, que na verdade torna o objecto de estudos e intervenção dessa área de actuação e que é responsável por tais riscos e doenças”

Se tivermos em conta a saúde em todas as suas dimensões, física, mental e social, temos que considerar todos os factores que podem vir a provocar-lhe danos, como por exemplo, os produtos que se utilizam, os equipamentos e as ferramentas, as instalações, etc., bem como todos os aspectos organizacionais que também possam ter influência na saúde, tanto em sentido positivo como negativo, ao conseguir, em maior ou menor grau, um trabalho no qual possamos alcançar uma evolução profissional, pessoal e social.

Para CRISTOPHE DEJOURS cit in ALBUQUERQUE (2003:7) médico do trabalho e psicanalista, o conceito de saúde engloba quatro vertentes:

*“A saúde não é assunto dos outros, não é assunto de uma instituição, não sendo também assunto de estado ou dos médicos. É algo que não vem do exterior;  
A saúde é uma coisa que se ganha, que se enfrenta e que se defende, sendo fundamental o papel de cada um de nós na sua própria saúde;  
A saúde não é um estado de estável mas sim algo que muda com o tempo;  
A saúde é antes de tudo uma sucessão de compromissos com a realidade”.*

Segundo (Brito & Porto, 1991), as intervenções na área da Saúde do trabalhador, são norteadas pela ideia de que a saúde para o trabalhador não significa apenas a ausência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, mas também, e principalmente, a modificação nos processos de trabalho em seus vários aspectos, no sentido de intervir não apenas na eliminação de riscos pontuais que podem ocasionar problemas de saúde, mas também uma outra perspectiva do trabalhador no processo produtivo que seja promotora de saúde e de vida.

Neste contexto a Vigilância da Saúde do Trabalhador tem se afirmando como uma área prioritária de actuação em saúde pública e, nesse sentido, necessita de alterações nos processos de saúde/doença com a finalidade de poder dar respostas concretas aos problemas dos trabalhadores, problemas estes de ordem bastante complexa e de difícil resolução, não se centrando unicamente nos aspectos meramente curativos e preventivos.

A Saúde do trabalhador tem implicações mais abrangente não se limitando apenas a aspectos do processo de trabalho no qual o indivíduo se insere, não sendo possível dissociar o trabalho, com outros factores como educação, cultura, habitação, saneamento, lazer, convívio social, ecossistema saudável, entre outras coisas.

No entanto a promoção da saúde do trabalhador não tem necessariamente de actuar sobre todos estes factores mas sim procurar estabelecer parcerias, por meio de sectores variados com a finalidade de alcançar uma actuação mais abrangente e eficaz.

RODRIGUES, et al (1999) referem que a saúde no trabalho é uma estratégia importante não apenas para assegurar a saúde dos enfermeiros mas também para a realização pessoal e profissional dos mesmos, contribuindo positivamente para aumentar e melhorar a qualidade de produtividade, motivação de trabalho e satisfação no emprego”.

Torna-se assim importante identificar os riscos que levam o profissional a acidentar-se, assim como a contrair uma doença profissional, tendo em consideração os contaminantes existentes, a sua concentração ou intensidade e a exposição aos mesmos. Entre os danos provocados à saúde, é preciso analisar, em primeiro lugar, os acidentes de trabalho, e procurar as suas causas, evitando justificá-los com a pouca sorte ou o acaso.

Para além destes danos, verificamos que a saúde dos trabalhadores também pode sofrer agressões em consequência da carga de trabalho físico e mental, e em geral, pelos factores psicossociais e organizacionais capazes de gerar, entre outros, fadiga, *stress*, insatisfação laboral.

O conhecimento dos riscos ocupacionais, acidentes de serviço, e doenças profissionais são importantes relativamente aos problemas de saúde e sofrimento que geram aos profissionais, justificando a tomada de medidas que conduzam à Prevenção dos mesmos. Paralelamente é necessário conhecer também a importância dos custos económicos deles derivados, pela sua envergadura e consequências sociais.

A promoção da saúde e a proposta da vigilância da saúde no trabalho surge como um instrumento poderoso que vai permitir à Saúde do trabalhador integrar-se e sair do isolamento em que se encontra relativamente às políticas públicas de saúde.

Segundo (BULHÕES, 1986) A Saúde do Trabalhador é uma área específica da saúde pública que procura definir uma actuação através de procedimentos próprios com a finalidade de promover e proteger a saúde de pessoas envolvidas no exercício do trabalho:

Neste contexto (Minayo-Gómez,1997), refere que o investimento dos hospitais na Saúde do Trabalhador implica um investimento multidisciplinar e interdisciplinar em que a enfermagem está englobada, junto a outros profissionais especializados, procurando a preservação e a promoção da saúde através de medidas de projecção colectiva.

### **2.3 A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO/SATISFAÇÃO PROFISSIONAL**

Conte (2003) define Qualidade de vida no trabalho (QVT) como um programa com a finalidade de simplificar e satisfazer as necessidades do trabalhador ao desenvolver suas actividades na organização, tendo como foco principal o facto de que as pessoas são mais produtivas quanto estão mais satisfeitas e envolvidas com o próprio trabalho.

FEIGENBAUM (1994) entende que QVT é baseada na premissa de que o comprometimento com a qualidade ocorre de forma mais natural nos ambientes em que os funcionários se encontram intrinsecamente envolvidos nas decisões que influenciam directamente os seus procedimentos.

A QVT deve ser encarada como um processo dinâmico, porque as organizações e as pessoas mudam constantemente; e é contingencial porque depende da realidade de cada empresa no contexto em que está inserida.

São inúmeros os factores que interferem na satisfação dos indivíduos relativamente ao seu trabalho, nomeadamente os factores físicos, sociológicos e psicológicos sem deixar de considerar os aspectos tecnológicos da organização do próprio trabalho, que, em conjunto, afectam a cultura e interferem no clima organizacional com reflexos na produtividade e na satisfação dos trabalhadores.

Neste contexto, não obstante a qualidade de vida dependa de condições de trabalho favoráveis, existem outros aspectos que podem tornar os cargos mais satisfatórios, com reflexos indirectos na produtividade e que são independentes da elevação do custo operacional com pessoal ou insatisfações. *“São factores organizacionais, ambientais que, tecnicamente bem administrados e correctamente combinados influenciam o projecto de cargos, elevando o nível de satisfação e produtividade” (FERNANDES, 1996:44).*

A meta principal do programa de QVT é a conjugação dos interesses dos indivíduos e das organizações, tendo como propósito a satisfação do trabalhador, e a melhoria da produtividade da empresa.

RODRIGUES (2002) refere que a origem dos estudos sobre Qualidade de vida no Trabalho (QVT) remonta a 1950 tendo como mentor Eric Trist e seus colaboradores, que efectuaram várias pesquisas no Tavistock Institute de Londres, com base na análise e reestruturação das tarefas, tendo como finalidade tornar a vida do trabalhador menos penosa.

Para o autor supra citado a abordagem à QVT primou no início pela vertente sociotécnica que tinha como prioridade a organização do trabalho a partir da análise e reestruturação da tarefa. Não se verificou grandes avanços até à década de 80, altura em que são criados Ciclos de controlo de Qualidade que se disseminaram pelas organizações do Ocidente, principalmente nas norte-americanas cuja meta era o atingir a qualidade total”. (RODRIGUES 2002)

De acordo com CAMPOS (1992), um dos mais importantes conceitos dos programas de qualidade está na premissa de que somente se melhora o que se pode medir, sendo necessário medir para melhorar. Assim, constata-se a importância da monitorização da satisfação dos profissionais da empresa, como indicador da percepção dos funcionários sobre os factores intervenientes na qualidade de vida e na organização do trabalho.”

Os anos 90 foram responsáveis pela difusão dos conhecimentos sobre QVT, sendo que países como a França, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Noruega, Holanda e Itália adoptaram métodos e modelos de trabalho visando a satisfação dos clientes internos e externos.

Com base nos estudos e pesquisas realizadas, FERNANDES (1996:45) “Apresenta a sua conceitualização de QVT como sendo “a gestão dinâmica e contingencial de factores físicos, tecnológicos e sócio-psicológicos que afectam a cultura e renovam o clima organizacional, reflectindo-se no bem-estar do trabalhador e na produtividade das empresas”.

## Evolução do Conceito de Qualidade de Vida no Trabalho

<b>CONCEPÇÕES EVOLUTIVAS DA QVT</b>	<b>CARACTERÍSTICAS OU VISÃO</b>
1 – QVT como uma variável (1959 a 1972)	Reacção do indivíduo ao trabalho. Era Investigado como melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo.
2 – QVT como uma abordagem (1969 a 1974)	O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional, mas, ao mesmo tempo, tendia a trazer melhorias tanto ao empregado quanto à direcção.
3 – QVT como um método (1972 a 1975)	Um conjunto de abordagens, métodos ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e mais satisfatório. QVT era visto como sinonimo de grupos autónomos de trabalho, enriquecimento de cargo ou desenho de novas plantas com integração social e técnica.
4 – QVT como um movimento (1975 a 1980)	Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos – administração participativa e democracia industrial – eram frequentemente tidos como ideais do movimento de QVT.
5 – QVT como tudo (1979 a 1982)	Como panaceia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais.
6 – QVT como nada (futuro)	No caso de alguns projectos de QVT fracassarem no futuro, não passará de apenas um “modismo” passageiro.

Fonte: Nadler e Lawler, (cit. por FERNANDES, 1996, p. 42)

No entender de WALTON (1975) “Qualidade de vida no trabalho visa proteger o empregado e propiciar-lhe melhores condições de vida dentro e fora da organização. Para que a qualidade de vida seja alcançada é necessário que o trabalhador tenha”:

“Compensação adequada e justa” – Refere-se ao salário justo ou à adequação entre o trabalho e o pagamento nos seus diversos níveis relacionados entre si.

“Condições de segurança e saúde no trabalho” – Os trabalhadores não devem ser expostos a condições físicas e psicológicas que sejam perigosas ou a horários excessivos de trabalho que sejam prejudiciais à saúde.

“Oportunidade imediata para a utilização e desenvolvimento da capacidade humana” – Para que os trabalhadores possam usar e desenvolver as suas habilidades e capacidades são necessários: (1) autonomia no trabalho; (2) utilização de múltiplas habilidades; (3) informação e perspectiva de crescimento pessoal; (4) realização de tarefas completas; e (5) planeamento das actividades.

“Oportunidade para crescimento contínuo e segurança” – É importante que o trabalhador tenha a possibilidade de auto-desenvolvimento, aquisição de novos conhecimentos e perspectivas de sua aplicação prática, oportunidades de promoções e segurança no emprego.

“Integração social na organização” – Para haver um bom nível de integração social é necessário que o ambiente de trabalho seja sem preconceitos, de senso comunitário, fraca estratificação, existência de modalidade ascendente e franqueza interpessoal.

“Constitucionalismo na organização do trabalho” – São as normas que estabelecem os direitos e os deveres dos trabalhadores. Os aspectos mais significativos versam sobre a privacidade, a liberdade de expressão (o diálogo livre) e o tratamento justo em todos os assuntos.

Trabalho e o espaço total da vida – O trabalho, muitas vezes, absorve parte da vida extra-organização do empregado, afectando consideravelmente o seu tempo de dedicação à família, tempo de lazer e sua convivência comunitária.

A relevância social da vida no trabalho – Os trabalhadores através de seus empenhos e comprometimentos, esperam que, socialmente, a instituição não deprecie o seu trabalho e conseqüentemente a sua profissão”.

LASAC (2000), refere relativamente ao conceito de QVT que este (...) “é abrangente e imputado de grande subjectividade, dependendo de factores intrínsecos e extrínsecos, passando por noções de motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho e está envolto em recentes discussões acerca de organização de trabalho e novas tecnologias”

Para PIZZOLI (2005:1056)

*“A verificação de índices de QVT pode trazer informações de factores que interferem directamente na satisfação e motivação pessoal e colectiva, reflectindo-se na excelência da estrutura e do serviço. Um estudo sobre esses elementos permite conhecer como as pessoas se sentem em relação a vários aspectos (tanto internos como externos) da empresa e, a partir daí, gerir os dados, transformando essas informações em bases para a construção de estratégias que promovam o aumento do envolvimento”.*

A satisfação no trabalho é considerada um dos indicadores de QVT, e a sua medida tem sido utilizada em diversos estudos, nomeadamente em Stamps (1997) e por Lino (2004) na avaliação da qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidade de Cuidados Intensivos.

Relativamente ao nosso utilizamos uma escala de satisfação profissional, adaptado do questionário de Graça (1999) para avaliar a qualidade de vida no trabalho sob a óptica da satisfação profissional, relativamente aos domínios, Autonomia e poder, Condições de Trabalho e Saúde, Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional, Relações de Trabalho e Suporte Social, Outros Aspectos Funcionais, e por último 3 questões abertas, relativamente a estratégias individuais e organizacionais que visem a satisfação profissional.

### **3. TRABALHAR EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

As UCI surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes num núcleo especializado.

HUDAK e GALLO (1990), referem que na década de 60, houve um rápido crescimento de unidades de cuidados intensivos em hospitais gerais. Paralelamente a esse crescimento e progresso, surgiram as novas tecnologia, unidades altamente modernas e aumento da utilização de aparelhos invasivos e não invasivos para medir, monitorizar e regular os sistemas orgânicos, tornando os cuidados intensivos potencialmente mais amedrontadores, mais solitários, confusos e desumanizados que antes.

Neste contexto autores como BOEMER, ROSSI, NASTARI, (1989) referem que o aspecto humano do cuidado de enfermagem é frequentemente apontado como um dos mais descurados neste tipo de serviço. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) faz com que os profissionais de enfermagem, na maioria das vezes esqueçam aspectos como o tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente.

Vários autores como CASTRO (1990) HOLLAND, CASON, PRATER (1997) e GUIRARDELLO (1999) referem acerca das UCI que embora sejam o local ideal para o atendimento de doentes em estado grave, as UCI propiciam um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital”.

SPINDOLA (1994) discorre acerca da mesma temática referindo que as UCI são o local ideal para atender doentes em estado considerado grave, sendo simultaneamente considerado como um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Os factores agressivos não atingem apenas os doentes, mas também a equipe de saúde, principalmente a enfermagem que convive diariamente com situações de emergência, pacientes graves, isolamento, morte, entre outros.

Assim são vários os factores que dão origem a que os enfermeiros nestas unidades sejam vítimas de um contínuo estado de stress psicológico e físico:

- O elevado número e rotação de doentes em estado grave;
- A pequena percentagem de doentes capazes de comunicar;
- O contacto frequente com a morte e os problemas éticos envolvidos;
- A imprevisibilidade do ambiente;
- A especificidade do ambiente;
- O sofrimento dos familiares e muitas vezes o contacto com famílias disfuncionais;
- A alta tecnologia.

O papel da enfermagem nas UCI é mais tecnológico, mais orientado fisiologicamente, mais intenso e com mais exigência intelectual que antes, e com essas alterações o aspecto do cuidar como principal dimensão da enfermagem, tornou-se mais importante mas simultaneamente mais ameaçado.

O processo de trabalho nas UCI implica um empenhamento colectivo, uma vez que a gravidade e complexidade dos doentes requerem a utilização de tecnologia sofisticada, reavaliações clínicas constantes e procedimentos complexos, com tomadas de decisões imediatas.

São frequentemente os enfermeiros que auto impõe um elevado grau de expectativas sobre o seu desempenho, na tentativa de assim conseguirem manter o seu equilíbrio emocional. Trata-se de um comportamento de defesa para lidar com a constante pressão a que estão submetidos na Unidade de Cuidados Intensivos.

As exigências que pesam sobre os enfermeiros são muitas, tanto física como emocionalmente. Os recursos humanos nem sempre são adequados tanto em número como em diferenciação e, muitas vezes as decisões sobre os cuidados de enfermagem a prestar podem parecer duvidáveis e questionáveis.

Devido aos inúmeros efeitos negativos do ambiente das UCI sobre o paciente, a família e a equipe multiprofissional, vários estudos se têm centrado na temática da humanização destes serviços.

Alguns estudos referem que a introdução e implementação de novas tecnologias nas organizações, têm contribuído para o aparecimento de situações indutoras de stress, as quais podem produzir experiências de stress negativas e altamente nocivas para a saúde mental e bem-estar psicológico. Contudo, a necessidade de novos conhecimentos e competências requer mudanças que podem constituir também situações indutoras de stress.

#### **4. RISCOS OCUPACIONAIS DOS ENFERMEIROS**

Para FUNDEN (1996:93) *“Os riscos ocupacionais são todas as situações de trabalho que podem romper o equilíbrio físico, mental e social das pessoas, e não somente as situações que originem acidentes e doenças”*.

As instituições de saúde são ambientes complexos que apresentam um elevado número de riscos ocupacionais para os seus profissionais, tanto na área de atendimento aos pacientes/clientes como em todas as outras áreas relacionados com a saúde, predispondo os profissionais de saúde para a ocorrência de acidentes de trabalho de variada natureza.

Segundo (Bolick, 2000:30)

*“Os riscos a que estão sujeitos os profissionais de saúde, e não nos referimos apenas a médicos, enfermeiros ou pessoal auxiliar, são inúmeros, a frequência com que os profissionais de saúde sofrem acidentes é a mesma atribuída aos trabalhadores da indústria, enquanto o risco detido, no que se refere à possibilidade de contrair doenças, é cerca de 1,5 vezes maior que para a restante população trabalhadora”*

Assim para FERNANDES e col. (2000:1357) Factores de risco podem ser:

*“ (...) entendidos como variáveis que se alteram na presença ou ausência de risco”* enquanto STONE (1999:33) define Factor de risco como *“ um factor ambiental ou de comportamento que está associado a um risco aumentado de uma doença em particular ou a uma causa de morte”*.

Para STONE (1999:82) Risco é “(...) *a probabilidade de ocorrer um acontecimento numa população*” sendo aplicável a grupos populacionais e não a pessoas individualmente; é conhecido através dos dados epidemiológicos fornecidos por estudos referentes a anos anteriores”.

Os riscos existentes dentro de uma organização hospitalar, são específicos do tipo de trabalho desenvolvido e das características inerentes ao desempenho profissional, em que o altruísmo está tantas vezes presente, e é um agente facilitador da ocorrência de acidentes.

Segundo BOLICK (2000:329), uma organização americana – a *American Safety and Health Institute (ASHI)*, apresentou em conferência um levantamento das necessidades relativas à segurança nos profissionais de saúde tendo enumerado alguns factores como ameaças à segurança no local de trabalho: “ (...) *violência no local de trabalho, alergia ao látex, hepatite, lesões lombares, picadas acidentais com agulhas, exposição a substâncias químicas tóxicas, radiação e fármacos em suspensão aerossol*”.

A exposição diária a diversos riscos laborais, de ordem biológica, química, ergonómica e psicossocial, a que os enfermeiros estão expostos contribuem para um elevado número de acidentes de serviço e doenças profissionais, constituindo um grupo prioritário na intervenção da equipa de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.

Os enfermeiros a partir dos quarenta anos são frequentemente tratados a problemas osteo-articulares, muitos queixam-se de perturbações de sono, memória, e estão descritos vários casos de perturbação psíquica em profissionais com muitos anos de carreira, imputados à convivência com a dor e sofrimento dos outros, muitas vezes sem esperança de vida.

Por outro lado os relatos de inúmeros acidentes de serviço, nomeadamente picadas com agulhas, os esforços exagerados, a elevada rotatividade horária, onde o trabalho nocturno é uma constante, a sobrecarga de horas de trabalho nas instituições inserem a profissão de Enfermagem, como sendo um trabalho desenvolvido em condições

altamente stressantes, as quais podem levar a problemas como: Desmotivação, Insatisfação profissional, Absentismo e tendência para o Abandono da profissão.

A actual formação dos enfermeiros permite que cada vez mais estes tenham consciência dos problemas que envolvem a não utilização de Equipamento de Protecção Individual, no conseqüente aumento do risco para acidentes de serviço. Assim cabe aos Serviços de Saúde Ocupacional implementar e monitorizar medidas credíveis e fáceis de integrar na rotina diária que visem a prevenção de acidentes de serviço minimizando os riscos ocupacionais.

No entanto verifica-se que muitos dos acidentes de serviço ainda estão relacionados com o não cumprimento das **Normas Padrão**, sendo premente a adopção de estratégias organizacionais e individuais que visem a promoção e prevenção da sua saúde enquanto trabalhador, assim como o respectivo controlo.

Segundo( BULHÕES, 1998), os enfermeiros que trabalham em meio hospitalar, permanecem 24 horas junto ao doente, executm o “cuidar” dentro da perspectiva do “fazer” e, conseqüentemente, fica mais exposto a riscos, podendo adquirir doenças ocupacionais e do trabalho, além de lesões provenientes dos acidentes de trabalho.

É fundamental a formação dos profissionais de saúde nesta área de modo a sensibiliza-los para a mudança de comportamentos e uma fiscalização mais efectiva face ao cumprimento das normas de protecção instituídas co-responsabilizando a instituição empregadora e o trabalhador. Estes deveriam ter acesso à estatística anual relativa aos acidentes de serviço ocorridos e as circunstâncias da sua ocorrência.

Os factores de riscos a que se encontram expostos os profissionais de saúde, estão divididos em:

- Factores de *Risco de natureza biológica/infecciosa* – exposição a agentes infecciosos;
- Factores de *Risco de natureza Física* – Incluem a exposição a radiações ionizantes e não ionizantes, a exposição a altas temperaturas;
- Factores de *Risco de natureza Química* – exposição a substâncias tóxicas;

- Factores de *Risco de natureza ergonómica* – relacionados com os aspectos decorrentes do equipamento.
- Factores de *Risco de natureza psicológica ou psicossocial* – desencadeados pelo stress.

MARZIALE e RODRIGUES realizaram um estudo acerca da temática “*A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem*”. Foi realizado um levantamento bibliográfico retrospectivo, dos últimos 16 anos (2000-1985), por meio dos bancos de dados *Lilacs* (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *Medline* (National Library of Medicine). As principais conclusões do estudo destaca a prática inadequada de recapsular de agulhas e o inadequado descarte do material como os factores predisponentes a ocorrência dos acidentes em vários países.

NISHIDE e BENATTI (2004) realizaram um estudo sobre a temática “*Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de cuidados intensivos no Brasil*”, neste estudo os autores identificaram e avaliaram os riscos ocupacionais a que os enfermeiros estão expostos, bem como identificaram a utilização do EPI entre os trabalhadores.

Os riscos de acidentes mais evidenciados pelos trabalhadores de enfermagem da UTI foram os relacionados directamente à assistência ao paciente. Em relação ao uso de EPI pelos trabalhadores de enfermagem da UTI, 65 (96%) referiram sempre utilizar luvas durante os procedimentos e, na mesma proporção, 48 (71%) trabalhadores referiram sempre utilizar a máscara e o avental.

#### **4.1 RISCO BIOLÓGICO**

JANSEN AC. (1997) refere quanto aos riscos biológicos, que estes dizem respeito ao contacto do trabalhador com microorganismos (principalmente vírus e bactérias) ou material infectado, os quais podem causar doenças como: tuberculose, hepatite, rubéola, herpes, escabiose e SIDA

BREVIDELLI (1997) refere que a exposição ocupacional por material biológico é entendida como a possibilidade de contacto com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho, e as formas de exposição incluem inoculação percutâneas, por intermédio de agulhas ou objectos cortantes, e o contacto directo com pele e/ou mucosas.

O maior risco para os trabalhadores relativamente aos riscos biológicos, dizem respeito ao contacto do trabalhador com microorganismos (principalmente vírus e bactérias) ou material infecto-contagioso, os quais podem ser os factores causais de doenças como: tuberculose, hepatite, rubéola, herpes, escabiose e SIDA.

O sangue e os fluidos corporais devem ser considerados sempre potencialmente infecciosos independentemente do doente que cuidamos, o que devemos ter presente é o facto de a manobra/procedimento que vamos realizar implicar risco de exposição do profissional ao sangue ou aos fluidos corporais.

As hepatites víricas e a infecção pelo vírus imunodeficiência humana (HIV) ocupam um lugar muito importante no que concerne à exposição aos riscos profissionais, sendo uma preocupação crescente em saúde pública. O facto de não haver imunização para o HIV e hepatite C, fez com que houvesse necessidade de repensar estratégias de prevenção de risco ocupacional para todos os microorganismos transmitidos via sanguínea.

Neste contexto foram criadas precauções universais que surgiram da necessidade de minimizar o risco dos profissionais de saúde de se infectar durante o exercício da sua actividade profissional.

Segundo Saghafi e al citado por Ferreira (2005:30)

*“ (...) mais de 20% das lesões provocadas por objectos cortantes e/ ou perfurantes ocorrem durante a eliminação destes. Referem ainda, que as lesões também ocorrem durante tentativas para recapsular as agulhas, uma prática que deve ser abandonada. Verifica-se contudo que uma grande parte de profissionais age com negligência,*

*mesmo estando consciente dos riscos que decorrem de recolocar os invólucros protectores das agulhas utilizadas.*

*A International Health Care Worker (1999) refere dados do CDC, a estimativa anual de acidentes percutâneos com trabalhadores da saúde nos hospitais é de 384.325 casos; o risco de contaminação com o vírus HIV (SIDA) é de 0,3%, com o vírus HBV (Hepatite B) é de 6% a 30%; e o risco de contaminação é de 0,5% a 2% para o HCV (Hepatite C).*

Segundo o organismo supra citado

*“(...) as consequências da exposição ocupacional aos microorganismos patogénicos veiculados pelo sangue não são só os referentes às infecções, mas também os relativos ao trauma psicológico ocasionado pela espera do resultado de uma possível seroconversão e mudanças nas práticas sexuais, no relacionamento social e familiar, efeito das drogas profiláticas, entre outros.*

O contacto com microorganismos patológicos responsáveis por acidentes devido à manipulação de material perfuro-cortantes é muito frequente na execução do trabalho de enfermagem.

Relativamente ao serviço aonde foi efectuado o nosso estudo UCIM, o risco biológico/infeccioso é uma constante diária, tendo em conta o número de doentes infectados com diferentes estirpes de microorganismos assim como o número de procedimentos invasivos a que os doentes são submetidos diariamente.

## **4.2 RISCO FÍSICO**

Segundo MARZIALE e CARVALHO (1998) os riscos físicos são referentes à temperatura ambiental (elevada nas áreas de esterilização e baixa em centro cirúrgico), radiação ionizante, ruídos e iluminação em níveis inadequados e exposição do trabalhador a incêndios e choques eléctricos.

No que concerne à UCIM, destacamos relativamente ao risco físico o ruído constante motivado pelo funcionamento dos ventiladores, os alarmes, as radiações da sala de hemodinâmica devido à utilização permanente do Intensificador de Imagem (os enfermeiros utilizam aventais de chumbo como medida protectora contra as radiações, que em contrapartida devido ao seu peso excessivo provoca dores ao nível da coluna lombar e membros inferiores).

### **4.3 RISCO ERGONÓMICO**

Os factores ergonómicos são aqueles que incidem na adaptação entre o trabalho/trabalhador. São eles o desenho dos equipamentos, do posto de trabalho, a maneira como a actividade laboral é executada, a comunicação e o meio ambiente.

Segundo Marziale (1998) na sua pesquisa subordinada à temática “*Condições ergonómicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internamento de cardiologia*” refere que o frequente levantamento de peso para mobilização e transporte de doentes e equipamentos, a postura inadequada e flexões de coluna vertebral em actividades de organização e assistência podem causar problemas à saúde do trabalhador, tais como fracturas, lombalgias e varizes. Tais factores causais estão relacionados a agentes ergonómicos.

O risco ergonómico tem o seu factor causal nas deficientes condições de trabalho em que os enfermeiros desempenham as suas funções. Destacam-se os espaços inapropriados, doentes com graus de dependência múltipla, a permanência de pé durante muito tempo consecutivo, posicionamento de doentes dependentes com a implicação de esforço físico, o que obriga o enfermeiro a adoptar posturas estáticas e dinâmicas que o expõe ao risco.

MARZIALE e CARVALHO (1998) referem que o frequente levantamento de peso para movimentação e transporte de pacientes e equipamentos, a postura inadequada e flexões de coluna vertebral em actividades de organização e assistência podem causar problemas à saúde do trabalhador, tais como fracturas, lombalgias e varizes. Tais factores causais estão relacionados a agentes ergonómicos.

Refere ainda que os enfermeiros são frequentemente alvo de perturbações músculo-esqueléticas das quais se destaca a cervicalgia, a dorsalgia e a lombalgia. (Marziale 1998).

O risco ergonómico é muito representativo nas Unidades de Cuidados intensivos nomeadamente na UCIM quer pela tipologia dos doentes com graus de dependência muito elevados, a grande incidência de obesos na população portuguesa, a idade avançada e a gravidade da doença.

No que diz respeito aos recursos existentes na UCIM muitas das camas ainda não têm sistema eléctrico, e não existe elevador para levantar de doentes. Os doentes são posicionados de 2 em 2 horas segundo um protocolo de prevenção de úlceras de pressão, obrigando os enfermeiros a uma constante sobrecarga física.

#### **4.4 RISCO PSICOSSOCIAL**

Os riscos psicossociais, advêm das características inerentes à profissão de Enfermagem. Neste contexto (ESTRYN-BEHAR,1996) refere que entre os riscos psicossociais, está a sobrecarga motivada pelo contacto com o sofrimento de pacientes, com a dor e a morte, o trabalho nocturno, rodízios de turno, ritmo de trabalho, realização de tarefas múltiplas, fragmentadas e repetitivas, o que pode levar à depressão, insónia, suicídio, tabagismo, consumo de álcool e drogas e fadiga mental.

As profissões de saúde são consideradas de alto risco em termos de stress emocional. Estudos efectuados acerca de stress ocupacional referem haver relação com a maior incidência de problemas físicos e psicológicos, podendo estes conduzir a uma Diminuição da produtividade, Taxas mais elevadas de absentismo, Acidentes de trabalho, Erros de desempenho, Invalidez e Problemas familiares. (CALHOUN, 1980; GREENBERG, 1987; GRUNNARDSDÓTTIR & RAFNSSON, 1995; LINDSTROM, (1992), cit por MCINTYRE ET AL (1999).

(CALHOUN, (1980), RODRIGO, (1995), CITADO POR MCINTYRE ET AL (1999) referem que os hospitais e os centros de saúde são ambientes de trabalho particularmente stressantes, sendo detentores de determinadas características organizacionais que geralmente estão associadas como potencialmente stressoras.

Nomeadamente, os níveis múltiplos de autoridade, heterogeneidade de pessoal, interdependência das responsabilidades e especialização profissional.

Na UCIM o risco psicológico é determinante no sentido em que o enfermeiro convive diariamente com situações de alta complexidade que envolvem grande sofrimento, morte, angústia de doentes e famílias situações com as quais é necessário agir em detrimento das emoções pessoais.

No entanto embora as situações indutoras de stress sejam comuns a todos os profissionais a forma como as vivenciam difere de indivíduo para indivíduo, sendo que cada pessoa utiliza diferentes estratégias para as ultrapassar, umas mais eficazes que outras.

#### **4.4.1 STRESS OCUPACIONAL**

O stress ocupacional refere-se à interacção das condições de trabalho com características do trabalhador, de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade em lidar com elas. (ROSS e ALTMAIER, 1994 cit. por SERRA, 2002)

Referem ainda como stressores ocupacionais:

- Indivíduo;
- Características do trabalho;
- Autonomia de decisão;
- Papel a desempenhar na organização;
- Relações inter-pessoais na empresa;
- Carreira profissional;
- Clima de organização.

O stress ocupacional pode ter várias consequências das quais destacamos:

- Subjectivas – estado emocional
- Comportamentais – acidentes de serviço

- Cognitivas – dificuldade de concentração
- Fisiológicas – aumento da tensão arterial
- Organizacionais – conflitos laborais

*Estudos efectuados em diversos países, acerca do tema “Stress Ocupacional nos profissionais de Saúde”, revelam como fontes de stress mais frequentemente mencionadas pelos enfermeiros, as seguintes:*

- *Sobrecarga horária;*
- *Quantidade de trabalho,*
- *Rotina;*
- *Ambiguidade e conflito de papeis;*
- *Nível elevado de responsabilidade;*
- *Falta de autonomia ou controlo;*
- *Trabalho por turnos (Gray-Toft & Anderson, 1981;Lepparen & Olkinuora, 1987; Lindstrom, 1992).*

Também Gray-Toft e Anderson (1981), citados por McIntyre (1994), *realizaram um estudo de stress em enfermeiros, no qual identificaram como principais situações indutoras de stress; a sobrecarga de trabalho e o facto de se sentirem insuficientemente preparados para lidar com exigências emocionais dos doentes e suas famílias.*

Os autores apontam referem que relativamente à causalidade da Sobrecarga de trabalho, elementos stressores de ordem organizacional, como conflito e ambiguidade de papel, e o nível de responsabilidade. Muitas vezes, a responsabilidade não é acompanhada da possibilidade de tomar ou influenciar decisões, o que aumenta o stress envolvido.

A síndrome de Burnout é definida por alguns autores como uma das consequências mais marcantes do stress profissional, que se caracteriza por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade com relação a quase tudo e todos (até como defesa emocional).

Esta síndrome é predominante a um tipo de stress ocupacional e institucional com incidência para profissionais que mantêm uma relação constante e directa com outras pessoas, principalmente, quando esta actividade é considerada de ajuda (médicos, enfermeiros, professores).

Para PINES e ARONSON (1993; cit. SERRA, 2002), Síndrome de Burnout é um estado de exaustão física, emocional e mental causado pelo envolvimento, por longo tempo, em situações emocionalmente desgastantes.

CHOPRA, 2004 e MASLACH et al., 2001) referem três dimensões do Síndrome de Burnout que são:

- Exaustão;
- Despersonalização;
- Baixa realização Profissional.

Segundo SERRA (2002) é necessário intervir em 3 níveis de forma a minimizar os efeitos do Síndrome de Burnout, nomeadamente: Ao Nível Organizacional; ao Nível do Grupo; e por ultimo ao Nível Individual. As medidas preventivas têm como benefícios a redução do número de dias de baixa; a diminuição da recorrência a serviços médicos assim como o aumento da produtividade.

LAZARUS, (1991,1993) referem que segundo a teoria transaccional, a condição de stressor depende do tipo de avaliação que a pessoa faz da situação, da sua vulnerabilidade à mesma, ou seja, das características individuais e das estratégias de coping”.

Assim LAZARUS & FOLKMAN (1984), dizem-nos que as estratégias de Coping utilizadas individualmente referem que os modelos interactivos mais recentes são complexos e postulam que as diferenças individuais nos níveis de stress ocupacional são medidas pelas estratégias pessoais de avaliação e de Coping.

Em Portugal existem poucos estudos efectuados sobre Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde.

#### **4.4.2 ESTRATÉGIAS DE COPING**

FOLKMAN, (1982); (1984) e FOLKMAN E AL., (1986), definem Coping como os esforços cognitivos e comportamentais desencadeados por uma pessoa para gerir as exigências internas e/ou externas da sua relação com o ambiente, relação que é, pois, avaliada como ameaçadora.

Numa perspectiva cognitivista, FOLKMAN E LAZARUS (1980) propõem um modelo que divide o coping em duas categorias funcionais: lidar com o problema que causa angústia (coping focado no problema) e regular as emoções (coping focado nas emoções).

Relativamente ao coping centrado no problema, este leva o indivíduo a desenvolver esforços para modificar a situação, acalmar, racionalizar, resolver o problema, no que diz respeito ao coping centrado nas emoções, o indivíduo assume uma postura de distanciamento, auto-controlo, procura de suporte social, fuga/evitamento, aceitação de responsabilidades e reavaliação positiva (Folkman e al., 1986).

### **5. SAÚDE OCUPACIONAL**

Segundo a Organização Internacional de Trabalho (OIT) e Organização Mundial de Saúde, a saúde ocupacional tem como objectivos:

*“A saúde ocupacional tem como objectivos: a promoção e manutenção, no mais alto grau, do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção entre os trabalhadores, de doenças ocupacionais causadas pelas suas condições de trabalho; a protecção dos trabalhadores nos seus empregos, dos riscos resultantes de factores adversos à sua saúde; a colocação e conservação (manutenção) dos trabalhadores nos ambientes ocupacionais adaptados às suas aptidões fisiológicas e psicológicas; em resumo: a adaptação do trabalho ao homem e de cada homem ao seu próprio trabalho.”*

A saúde ocupacional pelo seu cariz multiprofissional enceta três áreas de actuação: a saúde centrada no trabalhador; a higiene do trabalho que tem como foco de acção o ambiente de trabalho, e a segurança no trabalho, minimizando os riscos e promovendo a qualidade de vida do profissional.

Historicamente a medicina do trabalho remonta há aproximadamente cem anos, e nasce com a chamada segunda revolução industrial, o Taylorismo-Fordismo na qual a Inglaterra foi pioneira.

O poder político viu-se obrigado a intervir através da promulgação de legislação e regulamentação sobre as condições de trabalho, nomeadamente, o trabalho infantil e feminino, a duração do trabalho, a inspecção do trabalho, a prevenção e a reparação dos acidentes, etc.

A medicina do trabalho veio preceder a reforma sanitária. No início os objectivos prendiam-se sobretudo com problemas de saúde pública (risco de epidemias e de propagação de doenças infecto-contagiosas) e não se centrava na perspectiva da saúde do trabalhador.

No entanto no que concerne a higiene e segurança no trabalho na perspectiva da protecção médico-legal dos trabalhadores em caso de acidente de trabalho e doença profissional, remonta às últimas décadas do séc. XIX.

As doenças profissionais passaram assim a respeitar o princípio de notificação obrigatória, sendo relevante no sentido em que comprometia as organizações a intervir no caso de um trabalhador ser portador de patologia provocada por exposição profissional.

O desenvolvimento da medicina do trabalho foi um processo muito lento, a vigilância do trabalhador foi durante muito tempo orientada para problemas curativos como consequência de acidentes e de algumas doenças profissionais mais do que para a prevenção de riscos.

A partir do início da década de 90, fez-se sentir em Portugal e na União Europeia a necessidade de reformular o conceito de saúde no local de trabalho, desenvolvendo

novas estratégias para dar resposta aos novos problemas de saúde dos trabalhadores, tendo como meta a reorientação das políticas dos serviços e das actividades de Segurança Higiene e Segurança do trabalhador.

Em Portugal existem vários organismos responsáveis pela regulamentação vigilância e promoção da saúde do trabalhador, que em parceria se complementam, nomeadamente o **Instituto Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho** (ISHST); o **Centro Nacional de Protecção contra Riscos Profissionais** (CNPRP); e a **Inspeção-geral do Trabalho** (IGT).

O **Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho** (ISHST) foi criado em 2004, de acordo com o definido no Decreto-lei nº 171/2004 de 17 de Julho, é um organismo da administração pública central “(...) o qual tem como missão promover a segurança, higiene, saúde e bem-estar no trabalho, exercício no contexto do qual lhe cabe coordenar, executar e avaliar as políticas no âmbito do Sistema de Prevenção dos Riscos Profissionais”( [www.ishst.pt](http://www.ishst.pt)).

Integrado na administração indirecta do Estado e tutelado pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, o ISHST é um organismo com personalidade jurídica de direito público, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Este instituto sucedeu o Instituto para o Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho, de cuja extinção resultou ainda a autonomização da Inspeção-geral do Trabalho.

O Instituto de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (ISHST) tem ao seu cargo a divulgação dos relatórios anuais de actividades dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho.

A sua missão consiste em promover a segurança, higiene, saúde e bem-estar no trabalho, exercício no contexto do qual lhe cabe coordenar, executar e avaliar as políticas no âmbito do Sistema Nacional de Prevenção dos Riscos Profissionais ([www.ishst.pt](http://www.ishst.pt)).

A implementação do Sistema de Prevenção de Riscos Profissionais (SPRP), em Portugal, assume especial relevo económico-social, conduzindo a uma melhoria progressiva das condições de vida nos locais de trabalho.

**O Centro Nacional de Protecção contra Riscos Profissionais (CNPRP)**, *“é uma instituição que pertence ao Ministério do Trabalho e Segurança Social e que tem por missão assegurar a prevenção, tratamento, recuperação e reparação de doenças ou incapacidades resultantes de riscos profissionais”*( [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt)).

*“Tem um corpo de médicos especialistas que se encarregam de certificar as doenças profissionais, isto é, estudam as doenças que são comunicadas através das participações e as condições de trabalho em que se desenvolveram para compreenderem se existem, ou não, relações entre ambas”*([www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt)).

A criação do CNPRP visa não só proporcionar uma solução institucional mais coerente para a questão da protecção contra os riscos profissionais como também, e sobretudo, oferecer um conjunto de respostas mais eficaz a nível das prestações reparadoras e a nível das intervenções de prevenção, reparação e reabilitação.

Trata-se de um primeiro passo tendente à reforma da protecção social das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho, sendo para o efeito cometido ao CNPRP duas áreas de responsabilidades particularmente relevantes:

- 1- A dinamização e a articulação das respostas preventivas e reparadoras, incluindo nestas o tratamento e a recuperação;
- 2- O estudo e a concepção global das incapacidades resultantes de riscos profissionais.

Ao CNPRP cabe estudar e avaliar a situação, nomeadamente identificar se se trata de doença profissional, mediante solicitação do próprio trabalhador afectado, em impresso próprio. Também as prestações pecuniárias e em espécie deverão ser requeridas ao CNPRP pelo trabalhador doente.

As doenças profissionais em nada se distinguem das outras doenças, salvo pelo facto de terem a sua origem em factores de risco existentes no local de trabalho.

*“Qualquer médico, perante uma suspeita fundamentada de doença profissional, diagnóstico de presunção, tem obrigação de notificar o Centro Nacional de Protecção contra Riscos Profissionais (CNPRP), mediante o envio da Participação Obrigatória devidamente preenchida” ( [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt)).*

O diagnóstico feito pelo médico designa-se de “diagnóstico presuntivo”, enquanto o “diagnóstico definitivo” (art. 77º/3 do DL n.º 248/99) é da exclusiva responsabilidade do CNPRP, que posteriormente tem a obrigatoriedade de comunicar à Inspeção-geral do Trabalho (IGT).

A comunicação de acidentes à **Inspeção-geral do Trabalho** visa permitir aos inspectores do trabalho proceder à realização de inquéritos de acidentes de trabalho e de doenças profissionais e, em especial, sobre aqueles que revistam de um carácter grave ou frequente. Esta tarefa é de importância fundamental porque permite estudar as medidas susceptíveis de evitar a sua repetição, propor, fazer aplicar e acompanhar a efectivação das medidas de controlo que se demonstrem necessárias.

O inquérito visa um diagnóstico do acidente de trabalho ou da doença profissional que desencadeie o estudo das condições de trabalho na empresa/organização em questão e uma análise global da situação de trabalho, uma vez que, por princípio, o acidente ou a doença tem origem em múltiplas causas.

A IGT conhece oficialmente a ocorrência das doenças profissionais que tenham sido objecto de “diagnóstico definitivo” uma vez que essa é uma obrigação de comunicação do CNPRP (art. 85º do DL n.º 248/99, de 2-7).

Segundo a IGT, a ocorrência de acidentes de trabalho ou de doenças profissionais constitui um indicador da existência de disfunções nos locais de trabalho e/ou nas respectivas envolventes. A informação da sua ocorrência e das circunstâncias em que o acidente ou a doença acontecem vai permitir:

À IGT, direccionar com maior acerto a sua acção no domínio fundamental da promoção da segurança, da saúde e do bem-estar no trabalho;

Às empregadoras, conhecer melhor as necessidades de correcção das medidas de controlo de riscos aplicadas nos locais de trabalho.

Apesar da existência de um conjunto significativo de diplomas legais ao nível nacional, que estabelecem as prescrições mínimas de segurança, higiene e saúde a observar nos locais de trabalho, o cumprimento do preceituado nestes diplomas ainda se encontra desvirtuado, comparativamente à realidade vigente em alguns Estados-membros da União Europeia. A existência de serviços de segurança, higiene e saúde nos locais de trabalho, deverá ser encarada como um factor de produtividade e de competitividade para as empresas.

A diminuição dos acidentes de trabalho, das doenças profissionais e consequentes custos económicos e sobretudo humanos, constituem objectivos fundamentais da implementação destas medidas.

Segundo Ferreira (2005:29)

*“Os enfermeiros são dos grupos profissionais que mais estão expostos no seu dia a dia a diversos riscos laborais, de ordem biológica, química, ergonómica e psicossocial, que consequentemente contribuem para um elevado número de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Estes variam segundo a categoria profissional, especialização e local de trabalho.”*

Segundo este autor a prevalência de acidentes de serviço com profissionais de enfermagem é elevada, muitos são os serviços que não dispõem de material de protecção e segurança, e os que dispõem nem todos os profissionais o usam por rotina, refere ainda que o Manual de Boas Práticas não está implementado ao nível dos serviços.

O Instituto de Segurança, Higiene e Saúde no trabalho em Portugal preconiza a responsabilização da entidade patronal no que diz respeito à promoção e vigilância da saúde do trabalhador, nomeadamente pela adopção de medidas de prevenção e protecção, identificando, avaliando e controlando os riscos a que os profissionais estão expostos.

ALBUQUERQUE (2003) refere que actualmente a saúde ocupacional é vocacionada para a Promoção da Saúde cuja estratégia principal é a de através de processos educativos e formativos, modificar os comportamentos e os estilos de vida prejudiciais à saúde.

A mesma autora refere que o conceito de *Acções de promoção da Saúde no Local de Trabalho* "(...) implica a existência de políticas, programas ou actividades que permitam aos diferentes grupos de trabalhadores aumentar o controlo da sua saúde e melhorar o nível desta.

Segundo GRAÇA, L: (1999) A grande ênfase na prevenção dos riscos profissionais, na vigilância da saúde através de exames periódicos dos trabalhadores e na reparação das doenças profissionais contribuiu para uma cultura centrada no médico que acaba por subestimar e ignorar problemas como:

- *Sub notificação e sub reconhecimento de casos de doença profissional;*
- *A prevenção da morbilidade geral da população activa;*
- *A incidência de outros riscos não directamente relacionados com o trabalho (põe exemplo, condições de vida, hábitos, comportamentos de saúde e outras características individuais);*
- *Os factores de risco de natureza psicossocial a os problemas de saúde mental e de bem-estar da população trabalhadora;*
- *Os custos económicos e sociais da incapacidade para o trabalho (temporária, de longa duração e permanente);*
- *A questão da empregabilidade e da manutenção da capacidade de trabalho ao longo da vida activa;*
- *E em última análise, a necessidade de uma abordagem integrada, concertada, flexível, participativa e custo-eficácia dos problemas de saúde dos trabalhadores, no contexto das profundas mudanças (económicas, sociais, culturais, tecnológicas, organizacionais, etc.) que se operam a nível do trabalho e do local de trabalho a partir de meados da década de 1970".*

A humanização das instituições hospitalares é um assunto amplamente discutido, valorizando a prestação dos cuidados ao utente e deixando as condições de trabalho,

a motivação e, em consequência o bem-estar dos profissionais de saúde relegado para segundo plano, ou mesmo completamente descurado.

A saúde ocupacional tem assim um papel preventivo no que concerne à saúde do trabalhador e simultaneamente reparador no sentido de assumir as consequências dos riscos a que expõe os trabalhadores, sendo que estes riscos podem advir de acidentes de serviço ou da permanente exposição aos riscos, nomeadamente as doenças profissionais.

## **5.1 PREVENÇÃO DOS RISCOS**

Conscientes de toda a problemática decorrente dos riscos profissionais a que estão expostos, os profissionais têm vindo a adquirir uma postura diferente relacionada com a utilização de equipamento de protecção e segurança, paralelamente à criação de legislação nesta área, no entanto ainda está longe do ideal.

As instituições devem garantir a protecção dos trabalhadores ao seu serviço face aos riscos profissionais. Os trabalhadores têm direito a: informação e formação, ser consultados e participar nesta matéria, à auto-protecção, e vigilância médica específica.

O trabalhador é obrigado a velar, de acordo com as suas possibilidades, pela Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho e a cooperar com o empregador de forma a manter a segurança nas condições de trabalho.

A União Europeia, mediante directivas, está a configurar um espaço comum, onde as condições de trabalho dos diferentes países se vão aproximando cada vez mais entre si, e onde os produtos comercializados devem cumprir os mesmos requisitos de segurança.

No entanto as directivas comunitárias são adaptadas por cada país europeu à sua própria legislação. A este processo chama-se “transposição”.

A Lei de Bases da Segurança Higiene e Saúde no Trabalho [DL 441/91, de 14 de Novembro, alterado pelo DL 133/99, de 21 de Abril e regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 488/99, de 17 de Novembro] é a norma legal mais importante nesta matéria, em Portugal.

Assim a referida Lei regula a actuação da Administração Pública, dos empregadores e dos trabalhadores, dos Serviços de Prevenção e as formas de participação dos trabalhadores na Prevenção de riscos no trabalho, e define os “princípios gerais da acção preventiva” a aplicar no trabalho. Estes são os seguintes:

- Evitar os riscos;
- Avaliar os riscos que não se possam evitar;
- Combater os riscos na sua origem;
- Adaptar o trabalho ao indivíduo, particularmente no que respeita à concepção dos postos de trabalho, assim como à escolha dos equipamentos e dos métodos de trabalho e de produção, a fim de, em especial, atenuar a monotonia e a repetição, e reduzir os efeitos das mesmas na saúde;
- Ter em conta a evolução da técnica;
- Substituir o que for perigoso pelo que apresente pouco ou nenhum perigo;
- Planificar a Prevenção, procurando um conjunto coerente que integre a técnica, a organização do trabalho, as condições de trabalho, as relações sociais e a influência dos factores ambientais no trabalho;
- Adoptar medidas que antepõem a protecção colectiva à individual;
- Dar as devidas instruções aos trabalhadores.

O Regime de organização e funcionamento das actividades de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (DL 109/2000) regula a organização da Prevenção nas empresas.

Paralelamente existe um grande número de disposições relacionadas directa ou indirectamente com a Prevenção de Riscos, que tratam os mais diversos aspectos, desde o ruído ou o uso de ecrãs de visualização de dados, as condições de segurança que as instalações eléctricas devem reunir, ou quais os casos em que se pode declarar uma “doença profissional”.

A “**Segurança no Trabalho**” é o conjunto de técnicas e procedimentos que têm por objectivo eliminar ou diminuir o risco que conduz aos acidentes de trabalho.

Neste contexto é importante ter em conta todos os aspectos do trabalho que possam afectar a saúde, e para isso, é preciso considerar que a realização de um trabalho produz modificações no lugar onde este acontece. Estas podem ser de natureza diversa, nomeadamente, mecânicas, físicas, químicas, biológicas, psicológicas, sociais e até morais, e ter repercussões sobre o trabalhador.

Para desenvolver uma actividade preventiva adequada, é necessário analisar e avaliar [utilizando as técnicas adequadas], cada uma dessas modificações para determinar os seus efeitos sobre a saúde, tanto os efeitos positivos como os negativos, a fim de definir as medidas de Prevenção adequadas.

Estas medidas deverão estar direccionadas para a eliminação ou redução, dentro do possível, dos efeitos negativos, e promover e potenciar os efeitos positivos que possam melhorar a saúde do trabalhador, como por exemplo, a participação e a comunicação.

No trabalho que realizamos existem aspectos negativos que devemos evitar ou minimizar, como os riscos profissionais. Contudo, também existem outros aspectos positivos que convém promover, como por exemplo, as possibilidades de evolução do trabalhador, tanto profissionalmente, como pessoal e socialmente.

### **5.1.1. NORMAS PADRÃO**

Historicamente, os profissionais de saúde não eram considerados como categoria profissional de alto risco para acidentes de trabalho.

A preocupação com riscos biológicos surgiu a partir da constatação de problemas de saúde dos profissionais que exerciam actividades em laboratórios onde se dava a manipulação com microrganismos e material clínico desde o início dos anos 40.

No que concerne aos profissionais que actuavam na área clínica, só a partir do surgimento da epidemia da Sida nos anos 80, as normas para as questões de segurança no ambiente de trabalho foram melhor estabelecidas.

Em 1982, mesmo antes da identificação da etiologia da SIDA, o Centro de Controlo de doenças (CDC) um órgão dos Estados Unidos da América (EUA) recomendaram que os profissionais de saúde deveriam prevenir o contacto directo da pele ou das membranas mucosas com sangue, secreções, excreções e tecidos de pacientes com suspeita ou diagnóstico de SIDA baseado nas observações iniciais sugestivas de que a doença era causada por um agente transmissível.

Essas precauções recomendadas, denominadas *Precauções contra Sangue e Fluidos Corporais*, incluíam basicamente:

- “A manipulação cuidadosa de instrumentos perfuro-cortantes contaminados com materiais biológicos, devendo ser utilizado um contentor resistente para descartar os materiais perfurantes ou cortantes;
- Evitar o recapsular de agulhas, por ser uma causa frequente de acidentes;
- Evitar a desconexão da agulha da seringa;
- Usar luvas e aventais, quando existisse a possibilidade de contacto com sangue, fluidos corporais, excreções e secreções;
- A lavagem das mãos após a retirada das luvas antes da saída do quarto dos pacientes e também sempre que houvesse exposição a sangue;
- A utilização de desinfectantes, como o hipoclorito de sódio, na limpeza de áreas com salpicos de sangue ou outros materiais biológicos;
- Os cuidados específicos no laboratório na manipulação das amostras, como a necessidade de somente serem utilizadas pipetas mecânicas;
- O transporte de materiais contaminados em embalagens impermeáveis e resistentes e a marcação com rótulos e etiquetas, de artigos médico-hospitalar e de exames colhidos identificando-os como material proveniente de pacientes com Sida”.

Em 1987 os CDC implementaram o conceito de *Precauções Universais*. O termo “universais” referia-se à necessidade da instituição das medidas de prevenção na assistência a todo e qualquer paciente, independentemente da suspeita ou do

diagnóstico de infecções que pudessem ser transmitidas, como a infecção pelo HIV, ao invés de precauções especiais usadas somente quando esses fluidos orgânicos fossem de pacientes com infecção conhecida por um patogénico de transmissão sanguínea.

As Precauções Universais englobavam alguns conceitos já estipulados nas recomendações prévias para prevenção da transmissão do HIV no ambiente de trabalho, como o uso rotineiro de barreiras de protecção (luvas, aventais, óculos de protecção ou protectores faciais) aquando o contacto muco cutâneo com sangue ou outros materiais biológicos pudesse ser previsto.

Englobam ainda as precauções necessárias na manipulação de agulhas ou outros materiais cortantes para prevenir exposições percutâneas e os cuidados necessários de desinfecção e esterilização na reutilização de instrumentos de procedimentos invasivos.

Também foram implementadas adaptações das Precauções Universais em outros lugares do mundo, como em países da Europa, Canadá e no Brasil. Em 1991 também foram publicadas directrizes similares pela Organização Mundial de Saúde.

Em 1996, os CDC (EUA) publicaram uma actualização das práticas de controlo de infecção hospitalar englobando a categoria de Isolamento de Substâncias Corporais e as Precauções Universais no conceito de *Precauções Básicas* ou *Precauções Padrão*.

Esse novo conceito está associado à prevenção do contacto com todos os fluidos corporais, secreções, excreções, pele não íntegra e membranas mucosas de todos os pacientes ao contrário das Precauções Universais, que eram associadas somente aos fluidos corporais que pudessem transmitir o HIV e outros microorganismos patogénicos de transmissão sanguínea.

Segundo (Ferreira et al, 2000:140) “*As precauções Padrão dão ênfase a adequação da protecção à tarefa a realizar como o factor prioritário na prevenção da exposição ocupacional a patologia infecciosa*”.

Segundo BOLICK (2000:151) as Normas de **Precaução Padrão** ou **Precauções Padronizadas** englobam os seguintes procedimentos:

*“Lavagem frequente das mãos; o uso sistemático de roupa de protecção, a manipulação cuidadosa dos objectos cortantes e perfurantes ou os cuidados com equipamento contaminado. Combinam as normas de protecção que dizem respeito à manipulação de sangue ou outros líquidos corporais, que devem à partida ser considerados como potencialmente perigosos, para o isolamento de outras componentes do corpo.”*

A probabilidade de ocorrer a exposição é grande entre estudantes ou estagiários e entre profissionais em fase de integração na área da saúde, já que não há formação adequada nos cursos de base sobre as formas de prevenção às exposições a material biológico.

A equipe de enfermagem é uma das principais categorias profissionais sujeitos a exposições a material biológico. Esse número elevado de exposições relaciona-se com o facto de o grupo ser o maior nos serviços de saúde, ter mais contacto directo na assistência aos pacientes e também ao tipo e à frequência de [procedimentos](#) realizados pelos seus profissionais.

As doenças profissionais e os acidentes de trabalho constituem um importante problema de saúde pública em todo o mundo. As estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que revelam a ocorrência anual de 160 milhões de doenças profissionais, 250 milhões de acidentes de trabalho e 330 mil óbitos, baseiam-se somente em doenças não transmissíveis.

Alguns trabalhos publicados demonstram que a frequência de exposição a sangue foi reduzida em mais de 50% quando os esforços foram direccionados na motivação para cumprimento das normas de Precauções Universais. Entretanto, nenhuma dessas medidas de comportamento alcançou de forma consistente uma redução satisfatória na frequência de exposições percutâneas.

FERNANDES et al (2000) referem um estudo efectuado no Brasil no Estado de São Paulo envolvendo dois hospitais, analisou os acidentes que envolveram profissionais de Enfermagem – os acidentes atingem uma prevalência de 30% (envolvendo sangue

visível em 72,2% das situações) e as participações ocorreram em apenas 30 a 50% dos casos.

Face a estas evidências têm sido enfatizadas estratégias no sentido de prevenir o contacto com sangue e outros materiais biológicos. Entre elas: a implementação de acções administrativas; as medidas de controlo de engenharia para melhorar a segurança das agulhas para os profissionais de saúde; as mudanças nas práticas de trabalho visando à implementação e ao desenvolvimento de uma política específica da revisão de procedimentos e formação dos profissionais; e a adequação dos equipamentos de protecção individual.

### **5.1.2 EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL**

Equipamentos de Protecção Individual (EPI) são todos os dispositivos de uso individual destinados a proteger a integridade física do trabalhador, incluindo luvas, protectores oculares ou faciais, protectores respiratórios, aventais e protecção para os membros inferiores.

Segundo a recomendação de diferentes órgãos, os empregadores são obrigados a fornecer os EPI adequados ao risco a que o profissional está exposto e a realizar no momento da admissão do funcionário e de forma periódica, programas de formação dos profissionais quanto à correcta utilização.

A adequação desses equipamentos deve levar em consideração não somente a eficiência necessária para o controle do risco da exposição, mas também o conforto oferecido ao profissional; se há desconforto no uso do equipamento, existe maior possibilidade de o profissional deixar de incorporá-lo no uso rotineiro.

A determinação das características dos acidentes associados à realização de determinado procedimento, obtida a partir da vigilância das exposições ocupacionais a material biológico, tem permitido o desenvolvimento de novos equipamentos de protecção.

Os equipamentos de protecção individual são: *luvas, máscaras, barrete, óculos de protecção, aventais e protectores de sapatos*, e atendem às seguintes indicações:

As **luvas** devem ser utilizadas sempre que houver possibilidade de contacto com sangue, secreções e excreções, com mucosas ou com áreas de pele não íntegra (ferimentos, escaras, feridas cirúrgicas e outros);

Estudos têm indicado o aumento da incidência de alergia ao látex devido principalmente ao aumento exponencial no consumo nestas últimas duas décadas de luvas ou pelas mudanças no processo de manufactura deste produto. Este aumento coincide com a introdução das precauções universais, actualmente denominada de precauções padrão, pelo Centers for Disease Control (CDC), onde se enfatiza a necessidade do uso de precauções de barreira, como luvas, quando em contacto com sangue ou fluidos corporais.

A alergia ao látex é um problema amplamente discutido na literatura internacional e está sendo considerada uma das maiores causas de risco ocupacional para os trabalhadores da área da saúde. Anteriormente era considerado inócuo, mas vem-se revelando como sensibilizador alérgico importante, principalmente no ambiente hospitalar.

**Máscara, Barrete e protector facial e ocular** – A sua utilização é adequada durante a realização de procedimentos em que haja possibilidade de salpicos de sangue e outros fluidos corpóreos, nas mucosas da boca, nariz e olhos do profissional;

**Avental/Bata** – Devem ser utilizados durante os procedimentos com possibilidade de contacto com material biológico, inclusive em superfícies contaminadas;

**Protecção de sapatos** - protecção dos sapatos justifica-se em locais húmidos ou com quantidade significativa de material infectante (centros cirúrgicos, autopsias e outros).

### 5.1.3 LAVAGEM DAS MÃOS

A lavagem de mãos deve ser um hábito entre todos os profissionais de saúde e a adesão a esta prática é um desafio para a equipe de controlo de infecção de cada hospital.

Vários autores, nomeadamente DAL BEM e MOURA, (1996); BLOM e LIMA, (1999); CARRARO, (1999) e LENTZ, (2000), referem que a recomendação da lavagem de mãos é antiga e sua importância foi demonstrada desde 1847 por Ignaz Semmelweis, médico húngaro, que introduziu este procedimento nas enfermarias de um hospital em Viena, na prevenção da febre puerperal, conseguindo reduzir as taxas de infecção nas mulheres de 18% para 2% depois que os médicos passaram a lavar devidamente as mãos, antes de examinarem os utentes.

A lavagem das mãos é um procedimento simples, e através do qual reside a mais importante profilaxia contra infecções hospitalares, que em parceria com outras estratégias representa medidas indispensáveis para o controlo da infecção hospitalar.

Para SANTOS, (2000) A importância da lavagem das mãos na prevenção da transmissão das infecções hospitalares é baseada na sua capacidade de abrigar microrganismos e de transferi-los de uma superfície para outra, por contacto directo, pele com pele, ou indirecto, através de objectos.

Assim a finalidade da higienização básica das mãos com água e sabão visa remover a maioria dos microrganismos da flora transitória, células descamativas, suor, sujidade, oleosidade e outros fluidos, prevenindo assim o aumento dos índices de infecções transmitidas por contacto manual directo entre pacientes no ambiente hospitalar.

Existe em todas as instituições de saúde normas referentes à correcta lavagem das mãos, sendo um dos programas prioritários das comissões de controlo de infecção.

O Manual de Isolamento e Precauções do Centro de Controlo de Doenças de Atlanta (CDC) e do Comité de Aconselhamento para as Práticas de Controlo de Infecções em Hospitais (HICPAC) recomenda “ *a lavagem das mãos entre contactos com pacientes; após contacto com sangue, secreções corporais, excreções, secreções, equipamentos*

*ou artigos que possam estar contaminados; imediatamente após a retirada de luvas e entre actividades com o mesmo paciente, para evitar a transmissão cruzada entre diferentes sítios corporais”.*

Segundo Bolick (2000:7) (...) *“o nível de educação dos profissionais de saúde, ou a responsabilidade profissional, não parece ter qualquer efeito, sobre a frequência ou eficiência com que se lavam as mãos (...)”.*

A lavagem das mãos nem sempre é efectuada correctamente, nem utilizada com a frequência desejada, comprometendo a saúde dos doentes e dos profissionais.

Um ponto importante a ser observado na eficácia da prática de lavagem das mãos é o tempo gasto e a técnica utilizada no decorrer do horário de trabalho assistencial com o paciente. Outro aspecto significativo que merece ser destacado é a frequência e o produto usado na lavagem, que podem conduzir ao ressecamento, fissuras, dermatites e outras lesões, aumentando a probabilidade de colonização das mãos por potenciais microorganismos patogénicos e elevando, por consequência, o risco de infecção cruzada no ambiente hospitalar.

## **5.2 IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA PREVENÇÃO DOS RISCOS**

A Área da Saúde e Segurança do Trabalho pode ser definida como um conjunto de normas e medidas técnicas, educacionais e psicológicas, utilizadas para prevenir incidentes e acidentes no ambiente de trabalho, tendo como áreas privilegiadas a educação e consciencialização do trabalhador para adopção de hábitos seguros (CHIAVENATO, 1999).

Neste contexto os profissionais que trabalham na área da Saúde ocupacional, necessitam durante o exercício da sua actividade estar capacitados de modo a empregar referenciais humanos no dia a dia, nomeadamente na área da psicologia, pedagogia e da *comunicação*.

Assim o profissional da área da Saúde e Segurança no Trabalho deve focalizar as suas acções, utilizando a comunicação como meio de sensibilização e consciencialização da sua população alvo para uma cultura que favoreça comportamentos seguros durante seu trabalho. Simultaneamente as empresas devem ter programas que visem a manutenção da saúde e segurança dos seus trabalhadores.

A Saúde e Segurança no trabalho são consideradas actualmente como um dos factores de responsabilidade social, a empresa assume a obrigação legal, mas também privilegia a promoção da qualidade de vida dentro e fora do ambiente de trabalho.

Ramos (2004), refere que a comunicação deve adaptar-se às capacidades cognitivas, à cultura, ao nível educacional; às crenças e às representações que os indivíduos têm em relação ao processo de saúde/doença, bem como, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas dos utentes dos serviços de saúde.

A comunicação é assim um instrumento fundamental, para o estabelecimento de uma relação de ajuda, que é uma modalidade importante no contexto dos cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2004).

Phaneuf (2004:23), refere que,

*“(...) a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.”*

A comunicação utilizada nem sempre é eficaz verificando-se que embora exista muita informação acerca dos riscos ocupacionais existentes, e das formas de prevenção, o nº de acidentes de serviço ainda é muito elevado assim como o nº de profissionais que não cumpre as normas de protecção e segurança.

Segundo Ramos (2007:150) a comunicação “(...) constitui um conceito integrador, o qual permite redimensionar as relações entre os indivíduos, entre o indivíduo e a sociedade, entre o indivíduo e as instituições, entre a sociedade e a cultura.”

### 5.3 -CONSEQUÊNCIAS DOS RISCOS

As exposições permanentes face aos riscos ocupacionais podem ter consequências para a saúde do trabalhador, caso se verifique um acidente de trabalho tendo implicações quer ao nível físico quer ao nível psicológico, podendo decorrer do acidente uma doença profissional.

Para FERNANDES ET AL, (2000:1357)

*“Uma Exposição é definida como sendo uma lesão ocorrida num prestador de cuidados, da qual pode resultar contaminação com produto infectado de um doente e obriga a uma avaliação clínica no sentido de despistar a necessidade de profilaxia pós-exposição, adaptada de acordo com a fonte infectante. É uma noção ligada à noção de risco, em que se considera que o factor de risco é aquele que pode ser prevenido e em que a medida do risco existente se refere a uma população em que os expostos constituem o denominador “.*

#### 5.3.1 ACIDENTES DE TRABALHO

Segundo “Resolução sobre as estatísticas das lesões profissionais devidas a acidentes de trabalho” (1998)

**“Acidente de trabalho** é todo o acontecimento inesperado e imprevisto, incluindo os actos de violência, derivado do trabalho ou com ele relacionado (Ocorrido no local e no tempo de trabalho ()), do qual resulta uma lesão corporal ou mental ou a morte, de um ou vários trabalhadores. São também considerados acidentes de trabalho os acidentes de viagem, de transporte ou de circulação, nos quais os trabalhadores ficam lesionados e que ocorrem por causa, ou no decurso, do trabalho, isto é, quando exercem uma actividade económica, ou estão a trabalhar, ou realizam tarefas para o empregador”.

Considera-se também *Acidente de trabalho* o que tenha ocorrido:

- a) No trajecto de ida e de regresso para e do local de trabalho, nos termos definidos no Artigo 6.º do Decreto-Lei 143/99, de 30 de Abril;
- b) Na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para a entidade empregadora;
- c) No local de trabalho, quando no exercício do direito de reunião ou de actividade de representante dos trabalhadores, nos termos da lei;
- d) No local de trabalho, quando em frequência de curso de formação profissional ou, fora do local de trabalho, quando exista autorização expressa da entidade empregadora para tal frequência;
- e) Em actividade de procura de emprego durante o crédito de horas para tal concedido por lei aos trabalhadores com processo de cessação de contrato de trabalho em curso;
- f) Fora do local ou do tempo de trabalho, quando verificado na execução de serviços determinados pela entidade empregadora ou por esta consenti Esta definição legal refere-se tanto às lesões que se dão no local de trabalho como às produzidas no trajecto habitual entre este e o domicílio do trabalhador. Estes últimos seriam os acidentes chamados “in itinere”.

Os acidentes de trabalho são os indicadores imediatos e mais evidentes das más condições de trabalho, e dada a sua frequência e gravidade, a luta contra os acidentes é sempre o primeiro passo de toda a actividade preventiva.

As causas dos acidentes de serviço são sempre de tipo natural, não misteriosas ou sobrenaturais, e ainda que por vezes seja difícil encontrá-las, não devemos deitar a culpa “à pouca sorte” ou resignarmo-nos, pois dessa maneira não é possível prevenir o seu reaparecimento nem que se dê lugar a novos acidentes.

Os acidentes têm causas naturais e são explicáveis, e voltarão a acontecer se não descobirmos ou controlarmos as suas causas.

### 5.3.2 DOENÇA PROFISSIONAL

*Doença Profissional* é toda a doença contraída em consequência de uma exposição, durante um período de tempo a factores de risco decorrentes de uma actividade profissional. (“*Enregistrement et déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles*”, BIT/OIT, (1996).

De acordo com a legislação nacional são doenças profissionais as que constam da respectiva lista codificada (art.º 27º da L n.º 100/97, de 13-9 e o D. Reg. n.º 8/2001, de 5-5) bem como “*as lesões, perturbações funcionais ou doenças não incluídas na lista... desde que sejam consequência necessária e directa da actividade exercida pelos trabalhadores e não representem normal desgaste do organismo*” (art. 2.º do DL n.º 248/99, de 2-6).

O Artigo 29.º da Lei 100/97, de 13 de Setembro de 1997 refere que:

*A avaliação, graduação e reparação das doenças profissionais diagnosticadas a partir da entrada em vigor deste diploma é da exclusiva responsabilidade do Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais (CNPR).*

Do ponto de vista técnico-preventivo, fala-se de doença derivada do trabalho, não de doença profissional. Entende-se por **doença derivada do trabalho** *a decadência lenta e paulatina da saúde do trabalhador, produzido por uma exposição crónica a situações adversas, sejam elas produzidas pelo ambiente em que decorre o trabalho ou pela forma como este está organizado.*

Embora se possam utilizar indistintamente, o termo **doença profissional** faz referência ao conceito legal, e **doença derivada do trabalho**, ao conceito técnico-preventivo.

O Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de Maio de 2001, aprova a lista das doenças profissionais e o respectivo índice codificado.

#### **5.4. SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL DO Hospital São Francisco Xavier**

O Serviço de Saúde Ocupacional Centro hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), foi criado em 2006, com a integração dos núcleos de Saúde Ocupacional do Hospital Egas Moniz e do Hospital São Francisco Xavier e efectuada a extensão ao Hospital de Santa Cruz, tendo iniciado o seu funcionamento conjunto em 1 de Novembro de 2006.

Segundo Maria João Manzano SILVA (2008), Directora do serviço de Saúde Ocupacional do CHLO:

*“Os hospitais que constituem o CHLO apresentam uma grande diversidade de serviços, com especificidades próprias, o que associados à diferente e insuficiente composição das equipas do Serviço de Saúde Ocupacional, bem como das suas instalações, levaram a que a intervenção em Saúde, Higiene e Segurança do Trabalho, embora com objectivos semelhantes, limitem a intervenção desejada e a capacidade de resposta às inúmeras solicitações e necessidades tão específicas do meio hospitalar”.*

O serviço de saúde ocupacional do CHLO exerce uma actividade centrada nas consultas médicas, nomeadamente exames de admissão, periódicos, ocasionais, de regresso ao trabalho entre outros. Simultaneamente promove a vigilância de ambientes de trabalho (controlo de gases anestésicos, produtos químicos dos Serviços de Anatomia Patológica, desinfectantes, qualidade do ar interior, ambiente térmico, iluminação, ruído, gestão da exposição às radiações ionizantes e avaliações de risco de diferentes locais de trabalho.

Relativamente ao plano de actividade efectuado no ano de 2007 pelo Serviço de Saúde Ocupacional do (CHLO) foi o seguinte:

- Avaliou mais de 1000 trabalhadores em consulta;
- Acompanhou mais de 400 acidentes de trabalho e vários casos de doenças profissionais;
- Desenvolveu programas específicos de vigilância para acidentes de trabalho com exposição a sangue, traumatismos ou prevenção da tuberculose;

- Implementou 3 programas de vacinação: Vacina Anti-Hepatite B para os profissionais considerados grupos de risco; Vacina Anti-tetânica e Vacina Anti-gripal;
- Efectuou provas de tuberculínicas na admissão e periodicamente, integradas num programa de prevenção da tuberculose nos profissionais de saúde do CHLO, de acordo com o Plano Nacional de protecção Contra a Tuberculose da Direcção geral da saúde.

No que concerne ao plano de actividades proposto para 2008, este compreende:

- Exames médicos;
- Vacinação;
- Programa de gestão de acidentes de trabalho, programa de prevenção da tuberculose;
- Acções de vigilância e controlo dos ambientes de trabalho;
- Desenvolvimento de acções de promoção da saúde e Segurança do Trabalho;
- Implementação de um novo programa sobre prevenção das lesões músculo-esqueléticas.

O serviço de Saúde Ocupacional do Hospital São Francisco Xavier tem como principais objectivos: a promoção da saúde, a prevenção da doença e a melhoria das condições de trabalho.

O pessoal que compõe a equipa de trabalho contempla uma médica com um horário de 10 horas semanais, uma enfermeira especialista em saúde mental com um horário de 42 horas semanais e uma administrativa.

Os trabalhadores são convocados para a consulta do serviço de saúde ocupacional, consoante o grau de risco atribuído ao serviço aonde desempenham a sua actividade profissional. As consultas são obtidas mediante uma pré-marcação efectuada pela enfermeira. Na consulta os indivíduos fornecem os dados referentes aos seus dados pessoais e ocupacionais.

O serviço de saúde ocupacional em parceria com a comissão de infecção leccionam um curso de formação anual que visa sensibilizar os trabalhadores para a prevenção dos riscos ocupacionais.

O trabalhador vítima de um acidente de trabalho deve notificá-lo, procedendo ao preenchimento de um impresso próprio existente em todos os serviços do hospital. Neste é mencionado para além dos dados pessoais do acidentado, as circunstâncias em que ocorreu o acidente.

No caso particular de acidentes de trabalho com exposição ao sangue ou fluidos potencialmente contaminados existe um protocolo de actuação.

Posteriormente estes trabalhadores são seguidos pela saúde ocupacional mediante as necessidades que a ocorrência suscite, integrados num planeamento de vigilância de saúde.

O serviço de saúde ocupacional do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental procedeu à avaliação do risco ocupacional de todos os serviços. No que diz respeito à Unidade de Cuidados Intensivos Médicos local aonde se desenvolveu o trabalho de campo, os riscos identificados foram os seguintes: - Risco biológico; Carga física; Trabalho por Turnos; e Stress mental.

Existe no entanto a tomada de algumas medidas que visam minimizar alguns dos riscos acima referidos, como a existência de equipamento de segurança (cateteres com sistema de recolha de agulha, lancetas com caneta para avaliar as glicemias, sistemas de colheita de sangue tipo vacutainer, máscaras com viseira ou óculos, aventais e batas de disposable touca e sapatos descartáveis.

A equipa de Saúde ocupacional tem semanalmente um plano que contempla as actividades inerentes a cada elemento da equipa.

**PARTE II**  
**ESTUDO EMPÍRICO**

## **6. DA PROBLEMÁTICA AOS PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO**

De acordo com Fortin (1999), a etapa inicial de um trabalho de investigação deve ter como base, encontrar um problema que interesse e preocupe o investigador e que ao mesmo tempo tenha importância para a disciplina que se pretende estudar.

Assim, perante a frequente ocorrência de acidentes de trabalho constatada na prática diária nos serviços de saúde, emerge a importância da realização de estudos na área da saúde do trabalhador que dêem visibilidade à implementação de práticas que ofereçam condições seguras aos profissionais para o desempenho da sua actividade laboral.

NISHIDE e BENATTI (2004:408) referem que:

*“ Historicamente os trabalhadores da área da saúde não eram considerados como categoria profissional de alto risco para acidentes do trabalho. A preocupação com os riscos biológicos surgiu somente a partir da epidemia de HIV nos anos 80, quando o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) introduziu as “Precauções Universais”, actualmente denominadas “Precauções Padrão”, enfatizando a necessidade de todos os trabalhadores da saúde, rotineiramente, usarem luvas ao entrar em contacto com fluidos corporais”.*

No entanto a exposição a riscos ocupacionais varia consoante a categoria profissional, a actividade realizada e a área de especialização dentro dos serviços de saúde.

Assim os cirurgiões, os estomatologistas os enfermeiros, os paramédicos e profissionais de serviço de urgência estão descritos como profissionais de alto risco e exposição a riscos ocupacionais.

As estatísticas existentes, revelam que os enfermeiros são uma das principais categorias profissionais sujeitas a riscos ocupacionais. Esta maior incidência deve-se ao facto de este ser o grupo mais representativo nos serviços de saúde, ter um maior contacto directo na assistência aos utentes, e também ao tipo e frequência de procedimentos que realiza diariamente.

CRISTIANE RAPPARINI, 2001 elaborou um estudo sobre a temática “Acidentes de trabalho com material biológico em serviços de saúde brasileiros”, referindo que para a

maioria dos casos de contaminação pelo HIV em todo o mundo por acidente de trabalho, mais de 70% dos casos comprovados e 43% dos prováveis, envolveram a categoria de enfermagem e de profissionais da área de laboratório.

Assim a ocorrência de acidentes de trabalho ou de doenças profissionais constitui um dos indicadores da existência de disfunções nos locais de trabalho tornando-se necessário a realização de estudos que contribuam para implementar estratégias que visem melhorar a qualidade de vida no trabalho.

Segundo CONTE (2003), a Qualidade de vida no trabalho é um programa que visa facilitar e satisfazer as necessidades do trabalhador ao desenvolver suas actividades na organização, tendo como idéia básica o facto de que as pessoas são mais produtivas quanto mais estiverem satisfeitas e envolvidas com o próprio trabalho.

A satisfação no trabalho é considerada um dos indicadores de QVT, e a sua medida tem sido utilizada em diversos estudos, nomeadamente Stamps (1997) Nurses and work satisfaction: and index for measurement, Chicago, e no Brasil por Lino (2004) Avaliação da qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidade de Cuidados Intensivos.

É de grande importância que todos os profissionais da área da saúde, em contexto multidisciplinar, compreendam que a biossegurança é uma normalização de condutas visando a segurança e proteção da saúde de todos aqueles que trabalham na área da saúde e não apenas um conjunto de regras criadas com o simples objetivo de atrapalhar ou dificultar a nossa rotina de trabalho.

A fundamentação científica disponível acerca da utilização de normas de segurança no trabalho contribui para que não tenhamos uma atitude de obediência perante as normas instituídas, mas sim para que as possamos adoptar com a consciência dos ganhos em saúde para os trabalhadores desta área.

As condições de segurança dos trabalhadores da área da saúde dependem de vários factores, nomeadamente as características do local de trabalho, o material utilizado, o

cliente a ser assistido, a informação e formação da equipe e das características individuais do próprio trabalhador.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como o Ministério da Saúde (MS) publicam periodicamente manuais sobre normas de segurança. Estas directrizes têm com objectivo melhorar a qualidade de vida no trabalho através de recomendações técnicas baseadas em referenciais teóricos actualizados.

Assim, a temática escolhida para a realização do estudo, prende-se com **os riscos ocupacionais e a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Médicos (UCIM) do HSFX.**

O estudo foi realizado na UCIM do HSFX, um hospital estatal. Este Hospital é parte integrante do Centro hospitalar de Lisboa Ocidental conjuntamente com o Hospital de Santa Cruz e o Hospital Egas Moniz.

O serviço UCIM foi seleccionado por conveniência por prestar assistência a doentes com alto grau de complexidade e conseqüentemente implicar aos prestadores de cuidados uma grande exposição a riscos devido à utilização diária de um elevado nº de procedimentos invasivos.

Reflectindo em todos estes pontos, surgiu a nossa questão de investigação, que de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), deve partir de um problema que o investigador gostaria de resolver, ou com uma questão que gostaria de responder:

**Qual a incidência/prevalência dos riscos laborais a que os enfermeiros estão sujeitos na UCIM, e quais as estratégias individuais e organizacionais utilizadas na promoção de qualidade de vida no trabalho?**

É com esta questão como ponto de partida que iremos conduzir a nossa investigação tentando encontrar respostas que contribuam para uma melhor compreensão da problemática em estudo.

Segundo POLIT (1995:109), “*um delineamento de pesquisa determina o plano geral do pesquisador para a obtenção de respostas a indagações de pesquisa e para a testagem de hipóteses. O delineamento de pesquisa expressa as estratégias adoptadas pelo pesquisador para desenvolver informações precisas, objectivas e passíveis de interpretação*”.

## **Objectivos do estudo**

Ao elaborarmos este estudo pretendemos conhecer os riscos cupacionais a que os enfermeiros que trabalham na UCIM estão expostos, a sua incidência/prevalência, quais as estratégias individuais e organizacionais promotoras de qualidade de vida no trabalho, assim como avaliar a satisfação profissional dos mesmos.

Neste contexto definimos como *Objectivo geral* do estudo:

**Conhecer a incidência/prevalência dos riscos laborais a que os enfermeiros estão sujeitos na UCIM, estratégias individuais e organizacionais utilizadas na promoção de qualidade de vida no trabalho e satisfação profissional.**

E como Objectivos Específicos:

- 1- Identificar e analisar os riscos ocupacionais inerentes ao desempenho da profissão na UCIM;
- 2- Identificar incidência/causalidade de acidentes de serviço na UCIM;
- 3- Identificar estratégias individuais e organizacionais de forma a promover a qualidade de vida no trabalho;
- 4- Avaliar a Qualidade de vida no trabalho através da aplicação de uma escala de Satisfação Profissional.

## TIPO DE ESTUDO

A pesquisa realizada remete-nos para um estudo transversal, de carácter exploratório-descritivo. Segundo (CARMO E FERREIRA 1998:213) “ *esta área da investigação implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação*”.

Para FORTIN (1999:163), os estudos descritivos consistem em “ *descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da população*”.

Assim para POLIT, BECK e HUNGLER (2004:34), “*na investigação descritiva o pesquisador observa, conta, descreve e classifica*”.

Trata-se também de um estudo exploratório, que segundo FORTIN (2004:34) “ *(...) Começa com algum fenómeno de interesse; no entanto, mais do que simplesmente observar e descrever o fenómeno, a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros factores com os quais está relacionado*”

Exploratório, no sentido em que, segundo GIL (1994:163) “*as pesquisas exploratórias têm como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores*”.

A metodologia utilizada incidirá numa abordagem mista, uma vez que o estudo privilegiará dois momentos de análise, um de carácter quantitativo e outro, qualitativo. Carmo e Ferreira (1998) citam Reichardt e Cook (1986) para referir que o investigador pode ter necessidade de recorrer à combinação dos atributos dos dois paradigmas, qualitativo e quantitativo, de forma a dar resposta ao problema em estudo.

A propósito da utilização de uma abordagem mista Polit, Beck e Hungler (2004), também reforçam esta ideia referindo que a utilização dos métodos disponíveis nos dois paradigmas podem tornar mais rico o estudo que se pretende efectuar, uma vez que os métodos são frequentemente complementares nos seus pontos fortes e nas suas limitações, podendo ser usados com sucesso na mesma investigação.

No nosso estudo, a abordagem quantitativa está em maior evidência sendo esta definida por FORTIN (1999:22) “ *um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador*”.

Para a mesma autora (1999:22) o método qualitativo tem como objectivo “*descrever ou interpretar, mais do que avaliar. (...) Demonstra a importância primordial da compreensão do investigador e dos participantes no processo de investigação*”.

## **6.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS MÉDICOS (UCIM) DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER (HSFX)**

A UCIM situa-se no primeiro piso do Hospital, tem uma lotação de oito camas distribuídas por três quartos, e é um serviço misto. Desta unidade faz parte integrante um laboratório de hemodinâmica que funciona com doentes externos à unidade, tem um funcionamento de segunda a sexta-feira das 8h às 16h e são realizados cateterismos diagnóstico e implantações de pace-makers definitivos. O funcionamento da sala é assegurado por um médico dois enfermeiros, um técnico de imageologia e um técnico de cardio-pneumologia.

Todas as actividades fora do horário normal de funcionamento da sala de hemodinâmica são asseguradas pelos enfermeiros de roulement e pelo médico que fica na unidade de urgência interna como é o caso de colocação de pace-makers provisórios, cateteres de swan-ganz ou balão intra-aórtico.

A equipa de enfermagem é composta por 27 enfermeiros distribuídos por cinco equipas com 5 elementos cada, dos quais 14 enfermeiros são graduados e 13 nível 1, estando incluídas as duas enfermeiras já referenciadas como pertencentes á sala de hemodinâmica. A chefia é constituída por 2 elementos um enfermeiro chefe com a especialidade de saúde do idoso e uma enfermeira coordenadora com a categoria profissional de enfermeira graduada.

Todos os anos são traçados pelo Enf. Chefe, os objectivos para o desempenho da equipa de enfermagem, de acordo com as necessidades do serviço e com a filosofia do Hospital.

O rácio enfermeiro doente é de 1:2, existindo um enfermeiro por equipa que desempenha funções de chefia e ao qual não são atribuídos doentes, ficando este com responsabilidade de coordenar a equipa.

O horário implementado é de 35 horas semanais com turnos de 12 horas seguindo o seguinte esquema:

- Manhã (8h-20h 30m);
- Descanso;
- Noite (20h-8h 30m);
- Folga;
- Folga.

Segundo vários autores cit por LINO (2004:150), sobre os turnos de 12h, os autores afirmam que:

*“ (...) Nesses turnos existe um aumento do volume de trabalho, da fadiga e queda no desempenho, mesmo quando favorece melhor ajuste de folgas MAKOWIEC-DABROWSKA et al (2000). UGROVICS, WRIGHT (1990) não encontraram relações entre os turnos de 12h com manifestações de fadiga e níveis de desempenho, e concluíram que, sob esse regime de trabalho, existe maior satisfação devido ao melhor ajuste da vida pessoal, social e familiar. No estudo de RICHARDSON et al (2003) os resultados também sugeriram maior satisfação em relação aos turnos de trabalho de 12h”.*

O método de trabalho utilizado é o individual sendo cada enfermeiro responsável no seu turno pela totalidade dos cuidados dispensados aos dois doentes que lhe são previamente atribuídos assim como o acolhimento à família.

A equipa de enfermagem utiliza como modelo para a prestação de cuidados a teórica Nancy Rooper.

“ Roper baseou o seu modelo num modelo de vida formado por cinco componentes:

- *Actividades de vida*
- *Ciclo vital*
- *Contínuo dependência/independência*
- *Factores que influenciam as actividades de vida*
- *Individualidade de vida”* (ROPER ap. OLIVEIRA, 2000:9)

Segundo esta teórica, para que o Homem se mantenha vivo necessita de efectuar um conjunto de actividades a que Roper chamou de Actividades de Vida. Segundo ROPER citado por OLIVEIRA (id. p.15) “*Essas actividades são doze e encontram-se estritamente ligadas às necessidades humanas básicas.*” São elas:

- *Manter o ambiente seguro*
- *Respirar*
- *Eliminar*
- *Controlar a temperatura do corpo*
- *Trabalhar e divertir-se*
- *Dormir (sono)*
- *Comunicar*
- *Comer e beber*
- *Higiene pessoal e vestir-se*
- *Mover-se*
- *Exprimir a sexualidade*
- *Morrer”* (ROPER ap. OLIVEIRA, lbd.)

Os instrumentos de registos utilizados pelos enfermeiros na UCIM, são constituídos por:

- Folha de Apreciação do Doente/Plano de Cuidados/Escala de Braden.
- Folha Diária de Enfermagem, que inclui registo de: sinais vitais, balanço hídrico, PVC, glicemias capilares e outros parâmetros, terapêutica e notas de enfermagem.
- Folha de Transferência de Enfermagem.

Na Folha de Quantificação de Risco segundo a Escala de Braden, é feita a avaliação de parâmetros que influenciam na integridade da pele, bem como é registado o procedimento a ter em caso de alterações da integridade da pele. Esta avaliação permite chegar a um valor, segundo o qual se verifica se o doente tem elevado risco, moderado risco, baixo risco ou não tem risco de alterar a integridade da pele e perante esse resultado, existem planos de acção segundo o grau de risco do doente. Esta folha deve ser preenchida na admissão do doente e depois, de dois em dois dias.

A administração de terapêutica na UCIM funciona segundo as normas da distribuição personalizada (Sistema Unidose).

A UCIM tem um núcleo de formação que é da responsabilidade de uma enfermeira que coordena toda a formação em serviço, permitindo aos enfermeiros uma actualização de conhecimentos permanente, e a participação dos mesmos.

A UCIM recebe doentes provenientes de qualquer ponto do país que solicite vaga para doentes em estado crítico. As patologias são essencialmente do foro médico tendo em conta que o hospital dispõe de uma Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos.

Os doentes internados inserem-se numa tipologia comum, sendo doentes graves com falência de um ou mais órgãos, apresentam elevado grau de dependência física, são sujeitos a inúmeros procedimentos invasivos, e com o actual aumento da esperança de vida a faixa etária predominante são idosos.

A carga de trabalho nestas unidades é habitualmente excessiva quer no domínio físico quer no domínio psicológico exigindo dos profissionais competências específicas ao nível técnico e ao nível relacional.

A UCIM é constituída por 3 quartos, um com 4 camas e dois com 2 camas cada. Os doentes estão ligados a uma central que permite visualizar a sua monitorização hemodinâmica. No entanto a distribuição atrás referida não permite ao enfermeiro da central visualizar os doentes, existindo inúmeras paredes como barreira.

Relativamente à comunicação, a maioria destes doentes para não referir a totalidade encontra-se com entubação endotraqueal, não permitindo a expressão verbal, sendo que as estratégias de comunicação utilizadas se prendem com a mímica labial ou utilização de quadros de letras que não podem ser utilizados se o enfermeiro não estiver à cabeceira do doente.

As unidades de cuidados intensivos mais recentes pautam por uma sala ampla que permite ao enfermeiro visualizar todos os doentes em simultâneo sendo a central regra geral situada no centro permitindo não só vigilância hemodinâmica como simultaneamente o contacto visual.

Relativamente à UCIM os riscos a que os enfermeiros se encontram sujeitos são os comuns aos relatados em estudos feitos em unidades de cuidados intensivos, nomeadamente os riscos: ergonómico, físico, biológico, e psicossocial.

## **6.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS**

De acordo com a definição de FORTIN (1999) a escolha dos métodos de colheita de dados depende da natureza do problema, dos objectivos do estudo, do nível dos conhecimentos que o investigador tem sobre as variáveis e sua operacionalização, da estratégia de análise considerada, das medidas adequadas às definições conceptuais, da fidelidade dos instrumentos de medida e a eventual concepção destes para o investigador.

O instrumento de eleição para a recolha de dados para o nosso estudo foi o questionário. A escolha partiu da falta de disponibilidade dos enfermeiros para que seja aplicado outro método que não este. Tem a vantagem de poder ser respondido quando e onde o sujeito escolher e a possibilidade de o fazer com mais privacidade, permitindo-lhe uma maior reflexão, visto que não é necessária a presença do investigador.

Segundo a autora supra citada (1999:240) “ (...) o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda do instrumento de medida em particular é

*exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação”. Cabe ao investigador “ (...) determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”.*

Foram utilizados 2 questionários como instrumentos de recolha de dados.

Segundo FORTIN (1999:249) o questionário “ (...) é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos (...) é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos, sem assistência”.

O 1º questionário foi elaborado exclusivamente para a investigação em questão, com a finalidade de abordar todos os aspectos pertinentes para a compreensão do nosso estudo (Anexo nº 2). A sua estrutura é composta por 22 perguntas fechadas e 6 abertas, e foi construído com os seguintes objectivos:

Caracterizar a população ao nível sócio-demográfico: *sexo, idade, estado civil, nº de filhos, apoio familiar*, (5 questões);

Caracterizar a população no contexto de trabalho

- Anos de profissão;
- Anos de trabalho na UCIM;
- Carga horária semanal
- Motivos para trabalhar por turnos;
- Opinião do cônjuge acerca do trabalho por turnos;

Identificar e analisar factores de risco inerentes ao desempenho da profissão na UCIM;

- Tipo de riscos a que a UCIM expõe os enfermeiros;
- Horas de trabalho semanal no emprego principal;
- Existência de duplo emprego;
- O porquê de trabalhar em duplo emprego;
- Se já se acidentou em serviço;

- Se estava a usar medidas adequadas de protecção e segurança quando se acidentou;
- Tipo de acidente;
- Causas do acidente;
- Notificou o acidente;
- Se teve acompanhamento adequado pelo serviço de saúde ocupacional;
- Se tem alguma doença profissional;
- Se tem especifique qual;

#### Avaliar a qualidade de vida no Trabalho

- Se tem tempo para actividades extra laborais;
- Estratégias que utiliza para promover a sua qualidade de vida no trabalho;
- Estratégias organizacionais utilizadas para promover a saúde do trabalhador.
- Escala de Avaliação profissional (2º instrumento)

O 2º instrumento utilizado é igualmente um questionário misto, pretende avaliar a Qualidade de vida no trabalho através da aplicação de uma escala de Satisfação Profissional, “Avaliação da Satisfação profissional dos enfermeiros da UCIM” (Anexo nº 3) É adaptado do questionário concebido por Graça (1999). Esta escala é composta por cinco dimensões com vários itens em regime de perguntas fechadas e por 3 questões abertas.

As **Cinco dimensões** avaliadas são:

1-Autonomia e poder, com 6 Itens;

Margem de poder e de liberdade que o enfermeiro tem no exercício das suas funções, dentro dos constrangimentos impostos pela especificidade da prestação de cuidados de saúde, da organização e do sistema de saúde onde se está inserido (neste caso, a UCIM), etc.

Inclui a independência e a autonomia técnico-científicas, a disponibilidade de recursos, a oportunidade de participação na organização e funcionamento dos serviços, o autocontrolo do trabalho, a capacidade de influenciar a gestão estratégica do serviço, etc.

## 2-Condições de Trabalho e Saúde com 4 itens;

O ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde, segurança e bem-estar físico, mental e social do enfermeiro;

A existência de serviços, programas e actividades orientadas para não só para a prevenção dos riscos profissionais bem como para a vigilância e a promoção da saúde (por ex., ter meios, a nível individual e colectivo, para proteger a sua saúde e a dos seus colegas);

A informação no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST), as oportunidades de participação e consulta, etc.

## 3-Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional com 6 itens;

Concretização das possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional;

Decorre em grande medida das oportunidades e desafios colocados pela organização onde se trabalha, da profissão que se tem, do conteúdo do trabalho, etc.

A realização pessoal e profissional do enfermeiro está, assim, associada tanto ao seu próprio desempenho individual como ao desempenho organizacional do serviço onde está inserido (UCIM).

## 4-Relações de Trabalho e Suporte Social com 5 itens;

O conjunto das relações de trabalho (hierárquicas, funcionais e cooperativas) que o enfermeiro estabelece com os outros profissionais, a nível interno e externo (por ex., médicos, administrativos, colegas, chefe de serviço, director do Hospital etc.

Inclui o suporte social que pode (e deve) ser dado pelos superiores.

## 5-Outros Aspectos Funcionais com 3 alíneas.

Referente à existência de normas e protocolos relativamente a condutas de actuação e simultaneamente à participação de reuniões multidisciplinares.

Por último as 3 questões abertas têm como objectivo identificar respectivamente os aspectos positivos que contribuem para uma maior satisfação no trabalho, os aspectos negativos e as sugestões que visem a melhoria da satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham na UCIM.

A escala de satisfação profissional que foi utilizada (Graça, 1999) revela ter um excelente consistência interna no seu formato original, quer no conjunto dos seus 23 itens quer nas suas cinco dimensões (ou sub-escalas) (Alpha de Cronbach > .80).

A resposta aos vários itens era assinalada numa **escala de intervalos** com a seguinte configuração:

Totalmente Insatisfeito	1	2	3	4	5	NA	Totalmente Satisfeito
-------------------------	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Em que a sigla NA significa – Não se aplica

Os itens estão agrupados por dimensão e o 'score' médio indicado é o indicador de satisfação, ou seja, a discrepância (E-R) entre Expectativas (E) e Resultados (R).

### **Pré-Teste**

De acordo com POLIT, BECK e HUNGLER (2004: 255) O instrumento seleccionado para a realização da pesquisa deve ser pré-testado numa pequena amostra de participantes. Assim torna-se possível determinar se o instrumento foi construído com “clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas”.

Neste contexto procedemos à aplicação de um pré-teste como objectivo de verificar a compreensão clareza objectividade, assim como o tempo de preenchimento. Este foi

aplicado numa Unidade de Cuidados Intensivos da área de Lisboa com características semelhantes à unidade em que se efectuou o estudo.

Esta etapa foi realizada em Abril de 2006. Os enfermeiros foram pessoalmente convidados a participar no estudo. Foram inquiridos para o efeito 3 participantes, havendo a necessidade de aferir pequenas alterações relativamente aos intervalos das idades e redigir pequenas alterações de português, o tempo médio de preenchimento do questionário foi de 15 minutos.

Segundo POLIT (1995:169) *“um Pré-teste constitui uma tentativa para que se determine, o quanto possível, se o instrumento está enunciado de forma clara, livre das principais tendências e, além disso, se ele solicita o tipo de informação que se deseja”*.

Para FORTIN (1999:253) o Pré-teste *“(…) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas”*.

## **SELECÇÃO DA AMOSTRA**

Segundo FORTIN (1999:202) amostra é *“um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. (...) Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”*.

POLIT (1995:143) define população como *“toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios”*.

Neste contexto participaram neste estudo os enfermeiros que trabalhavam na UCIM e que se incluíam nos critérios pré estabelecidos:

- Concordar em participar no estudo;
- Trabalhar na UCIM há pelo menos 1 anos;
- Trabalhar por turnos, na assistência directa aos doentes.

Foram excluídas do estudo os enfermeiros com cargos de gestão e os enfermeiros que se encontravam fora do serviço por ausências prolongadas, nomeadamente férias, doença, ou licença de maternidade.

Assim dos 29 enfermeiros que fazem parte do efectivo da unidade participaram no estudo 25 sujeitos. Dos 4 que não responderam 2 fazem parte da gestão do serviço respectivamente chefe e coordenador, e relativamente aos outros dois, um encontrava-se de atestado por doença e outra de licença de maternidade.

Assim, a nossa população alvo é constituída pelos enfermeiros que trabalham na UCIM, e cumpriam os critérios de inclusão preestabelecidos para a participação no estudo.

Para FORTIN (1999:202) população *“é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”* e ainda *“uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo”* (1999:202).

No nosso estudo a amostra é probabilística, sendo definida por FORTIN (1999:363) como sendo uma *“técnica que permite a selecção aleatória dos elementos de uma população para formar uma amostra”*, ou seja, todos os enfermeiros que trabalham na unidade de cuidados intensivos.

### **6.3 VARIÁVEIS EM ESTUDO**

Ao iniciarmos um estudo de investigação é necessário identificar quais as variáveis em estudo. As variáveis são assim a base de sustentação de qualquer estudo.

Segundo FORTIN (1999:36), *“ as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças”*.

Para POLIT (1995:26), uma variável *“é toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente”*.

As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização. Consideramos, na nossa pesquisa dois tipos de variáveis:

### 6.3.1 VARIÁVEL DEPENDENTE

Variável dependente, que segundo FORTIN (1999:37) “(...) é aquela que sofre o efeito (...) é o comportamento, a resposta ao resultado esperado que é devido à presença da variável independente.” Para POLIT, BECK e HUNGLER (2004:46) “A variável dependente (algumas vezes denominada variável de resultado) é a variável que o pesquisador está interessado em compreender, explicar ou prever”.

No presente estudo a *variável dependente* é definida por:

**-Riscos ocupacionais dos enfermeiros;**

**-Qualidade de vida no trabalho.**

De forma a operacionalizar a variável dependente utilizam-se indicadores com vista a tornar os conceitos mensuráveis.

Como indicador para medir os **Riscos Ocupacionais** considerámos:

Incidência de acidentes de serviço.

Utilização de medidas adequadas de protecção e segurança.

Tipo de acidente.

Causalidade do acidente.

Existência de doenças profissionais.

Contexto em que surgiu a doença.

Como indicador para medir a **Qualidade de vida no trabalho** considerámos:

Motivo pelo qual trabalha por turnos.

Apoio Familiar.

Carga horária Semanal.

Duplo Emprego.

Tempo utilizado em actividades extra-profissionais.

Estratégias individuais utilizadas para promover a qualidade de vida no trabalho.

Estratégias organizacionais utilizadas para promover a qualidade de vida no trabalho.

Escala de avaliação Satisfação Profissional.

### 6.3.2 VARIÁVEL INDEPENDENTE

*Variável independente* é, segundo POLIT, BECK e HUNGLER (2004) a causa presumível, “*Variável que influencia a variável dependente*”.

Definimos como **variáveis independentes** do nosso estudo:

Variáveis *Demográficas* do nosso estudo:

- Sexo
- Idade
- Estado civil
- Nº de filhos
- Habilitações profissionais

Experiência profissional;

Duplo Emprego;

Medidas de prtotecção e segurança;

Horário de trabalho.

### 6.4 QUESTÕES ÉTICAS

Ao pretendermos proceder a um trabalho de investigação importa estar sempre atento aos princípios éticos que devem acompanhar todo e qualquer processo de pesquisa. Nas diferentes fases do trabalho de investigação, deve ser assegurado o respeito pelos direitos de todos aqueles que estiverem implicados neste estudo.

FORTIN (1999:114) define ética como sendo “o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Indo ao encontro do descrito por FORTIN (1999:116) “é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações”.

Num trabalho de investigação devem ser salvaguardados os seguintes direitos: direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à protecção contra o desconforto e prejuízo e direito a um tratamento justo e leal (FORTIN, 1999).

#### **O DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO;**

Enquanto pessoa autónoma, ele é convidado a participar no estudo e escolhe voluntariamente participar ou não (LEVINE, 1986).

#### **O DIREITO À INTIMIDADE;**

O investigador deve assegurar a protecção da intimidade dos sujeitos em estudo. “ As informações consideradas como íntimas e privadas relacionam-se com as atitudes, os valores, as opiniões ou quaisquer outras informações pessoais que o participante aceite partilhar com o investigador (KOVACS, 1985).

#### **O DIREITO AO ANONIMATO E À CONFIDENCIALIDADE**

Este direito é respeitado, se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.

#### **O DIREITO À PROTECÇÃO CONTRA O DESCONFORTO E O PREJUÍZO**

Corresponde às regras de protecção da pessoa, contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.

No sentido de permitir aos sujeitos em estudo, decidirem sobre a sua participação, há que ter como base o **Consentimento informado**, esclarecendo acerca da natureza do estudo, os seus objectivos, o direito que lhes assiste de se recusarem a participar, as responsabilidades do investigador assim como o contributo face à sua elaboração.

Neste contexto foram informados os participantes do estudo, aquando da passagem de ocorrências. A finalidade era reunir duas equipas em simultâneo, esclarecer acerca da temática a estudar assim como obter o seu consentimento para participar no estudo. Foi ainda garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato.

Como forma de garantir a confidencialidade dos dados, os questionários não continham local para identificação do participante e era pedido ao mesmo para que não a colocassem em nenhuma folha.

Através da realização desta pesquisa pretendemos conhecer os riscos ocupacionais, a que os enfermeiros da UCIM estão expostos, a sua incidência/prevalência, as estratégias utilizadas na promoção da qualidade de vida no trabalho, assim como a satisfação profissional, contribuindo para consciencializar os profissionais de saúde acerca das suas práticas.

## **6.5 PROCEDIMENTOS**

Foi solicitado por escrito autorização junto da Direcção de Enfermagem do HSFX para a realização da investigação (ver Anexo I). No pedido foram referidos os objectivos do estudo e os métodos de recolha de dados que pretendíamos utilizar.

Neste contexto após a respectiva autorização iniciamos o nosso trabalho de campo que decorreu durante o período compreendido entre 1 de Maio e 1 de Junho de 2006.

Os inquéritos foram distribuídos pelos chefes das cinco equipas existentes na unidade e explicado ao grupo os objectivos do estudo e os instrumentos a utilizar.

Sempre que possível foi pedido aos participantes que respondessem na hora.  
A adesão foi de 100% relativamente à população com critérios de inclusão no estudo.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Relativamente às limitações deste estudo, reportam-se à colheita de dados que foi efectuada em 2006, por motivos profissionais/ pessoais que se revelaram impeditivos da conclusão do trabalho.

## 6.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Como já foi referido, este estudo de investigação tem uma abordagem quantitativa e qualitativa, sendo a área quantitativa a dominante.

Os dados obtidos através de perguntas fechadas, foram transformados em grandezas expressas por números, os quais foram analisados pela estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central (média, moda e mediana).

O processamento de dados foi feito informaticamente, utilizando o programa SPSS. (Segundo FORTIN (1996, p.277) a estatística descritiva (...) *permite descrever as características da amostra na qual os dados foram escolhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis. (...) incluem as distribuições de frequência, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão*”.

Segundo FORTIN (1996, p.372) a média é uma “ *medida de tendência central igual á soma dos scores obtidos por cada sujeito numa variável, dividida pelo número total de sujeitos*”; Moda é definida como “ *medida de tendência central correspondendo ao score que é mais frequentemente observado numa distribuição de efectivos*”.

No que diz respeito à abordagem qualitativa, foi realizada uma análise temática de conteúdo, dividindo as respostas de cada pergunta e agrupando-as em categorias de conteúdo semelhante.

Para FORTIN (1996, p.364), uma análise temática de conteúdo consiste numa *“estratégia que serve para identificar um conjunto de características essenciais à significação ou à definição de um conceito”*.

A análise temática de conteúdo apresenta certas características que a tornam muito vantajosas num trabalho de investigação. Segundo GEORGE, citado por BARDIN (1977, p.114) a *“análise de conteúdo é utilizada como um instrumento de diagnóstico, de modo a que se possam levar a cabo inferências específicas ou interpretações causais sobre um dado aspecto da orientação comportamental do locutor”*.

Como refere BARDIN (1977, p.115), a análise de conteúdo

*“é válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais. Pode funcionar sobre corpus reduzidos e estabelecer categorias mais discriminantes (...) Levanta problemas ao nível da pertinência dos índices retidos (...) A compreensão exacta do sentido é, neste caso, capital. Além do mais, o risco de erro aumenta porque se lida com elementos isolados ou com frequências fracas”*.

No tratamento dos resultados obtidos e interpretação *“os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (análise factorial), permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise”*.

## **7. APRESENTAÇÃO, E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Depois de obtidos e analisados os dados tal como refere FORTIN (1999:329) refere que “ (...) a etapa seguinte consiste em apresentar os resultados e interpretá-los à luz das questões de investigação.”.

O presente capítulo irá englobar a caracterização sócio-demográficos da amostra assim como a caracterização da amostra em contexto de trabalho com a finalidade de enquadrar os participantes no fenómeno do estudo. Seguidamente procederemos à apresentação da análise e discussão dos dados obtidos, através da aplicação de dois questionários que visam avaliar os riscos ocupacionais e a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros que trabalham na UCIM.

### **CARACTRIZAÇÃO SÓCIO-DEMORÁFICA DA AMOSTRA**

Participaram no estudo um total de **25 enfermeiros**. Verifica-se através da análise do quadro (1), que a amostra é maioritariamente feminina sendo que 14 dos inquiridos são do sexo “Feminino” (56%), e 11 são do sexo “Masculino” (44%) (Quadro 1).

A Enfermagem continua a ser uma profissão exercida maioritariamente por mulheres, embora na população em estudo esta diferença não seja significativa. Associada ao universo feminino, “ainda hoje, 81% dos profissionais são mulheres” (CARAPINHEIRO, 1996:51).

SEBRANT, (1999); VAITSMAN, (2002), referem ser importante ao se considerar as relações de género e poder nos hospitais, organizações tradicionalmente patriarcais, onde as posições hierárquicas mais elevadas são, em geral, ocupadas por médicos homens e as posições intermediárias e mais baixas, por mulheres, predominantemente da equipa de enfermagem.

**Quadro 1 – Distribuição da população segundo dados sócio-demográficas**

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS		FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Sexo	Feminino	14	56%
	Masculino	11	44%
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>
Idades	[24-28[	6	24,0
	[28-32[	5	20,0
	[32-36[	2	8,0
	[36-40[	7	28,0
	[40-44[	4	16,0
	[44-48[	1	4,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>
Estado Civil	Solteiro	13	52
	Casado	10	40
	Divorciado	2	8
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Relativamente à idade, foi aplicada a Regra de Sturges através da qual se obteve um valor arredondado de 6 classes. A idade máxima observada foi de **47 anos** e a idade mínima observada de **24 anos**, incidindo a média em **33,48 anos**.

O coeficiente de variância (cv) é de 21,44%, e a mediana de 34. Assim o valor da mediana é aproximado ao da média sendo <a dispersão. (Quadro 1)

A idade média da amostra remete-nos para um grupo jovem adulto com experiência suficiente que lhes permite avaliar os riscos ocupacionais e a qualidade de vida no trabalho.

Relativamente ao estado civil, a relação entre os “Solteiros” e os “Casados” é pouco significativa, sendo respectivamente (52%), e (40%), (Quadro 1).

Alguns autores têm-se referido às consequências do trabalho por turnos, na estabilidade e felicidade conjugal. Bailloueuil-Debourneuf e cols. (1978) Apresentaram resultados que indicavam uma forte proporção de solteiros nos serviços de saúde (60%) e um número não negligenciável de mulheres divorciadas (30%).

No que diz respeito ao facto de terem filhos, só 9 dos inquiridos têm filhos (36%). Na sociedade actual existe uma ênfase no desenvolvimento profissional, verificando-se cada vez mais um aumento da idade média relativamente ao casamento e à maternidade, (Quadro 2).

**Quadro 2 – Distribuição da população segundo dados sócio-demográficos (cont.)**

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS		FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Nº de filhos	0	16	64
	1	2	8
	2	4	16
	3	3	12
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
Apoio familiar com os filhos	Cônjuge	5	55,6
	Avós	2	22,2
	Ama	1	11,1
	Prolongamento Creche	1	11,1
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Dos 9 inquiridos que têm filhos, 4 têm 2 filhos cada; 3 têm 3 filhos cada; e 2 têm 1 filho cada. (Quadro 2)

Relativamente ao apoio no que concerne à educação e guarda dos filhos, aquando dos turnos da Tarde e Noite, dos 9 inquiridos, 5 referem ter como apoio o “Cônjuge”, 2 os “Avós”, e com 1 resposta, “Ama” e “Prolongamento da creche”. (Quadro 2)

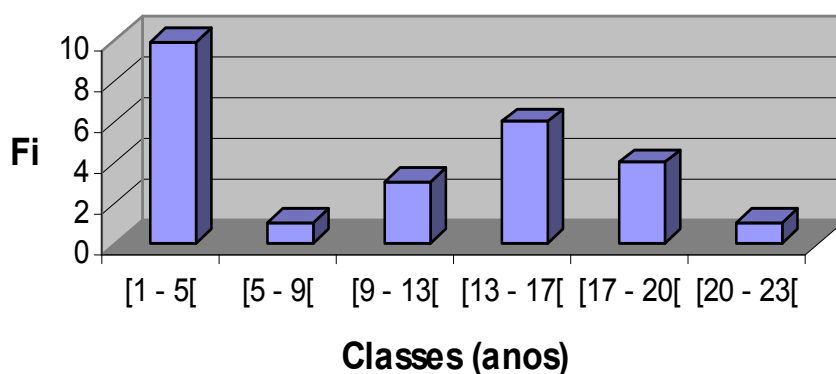
Os enfermeiros que trabalham por turnos, deparam-se por vezes com problemas decorrentes do horário rotativo, essencialmente no que concerne à tarde (16H-24h) e ao horário da noite (24h às 8h) que não se enquadram no padrão normal da maioria dos trabalhadores, apresentando este horário alguns obstáculos sociais, e familiares nomeadamente, no que diz respeito à guarda dos filhos, e relações sociais e familiares.

Alguns estudos realizados tornam evidentes as dificuldades acrescidas para os trabalhadores por turnos com crianças pequenas.

As dificuldades apontadas relacionam-se essencialmente com a educação, como por exemplo levar as crianças ao infantário, proporcionar um apoio escolar, por outro lado, um maior desgaste para o trabalhador pois muitas vezes fica comprometido o seu descanso diurno (J. Paquet, 1976; Estryng-Behar e tal., 1986; Michel-Briand e tal., 1981)

## Avaliação da amostra em contexto do trabalho

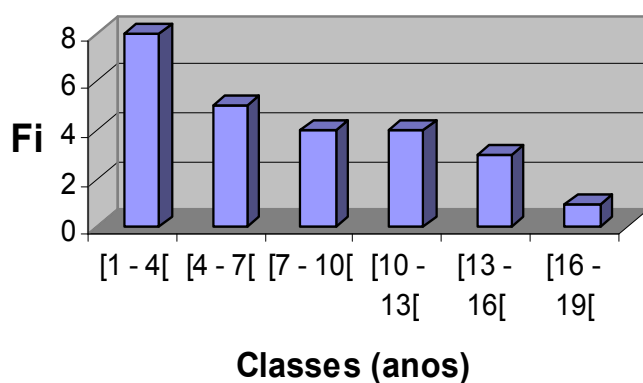
**Gráfico (1) – Distribuição dos sujeitos segundo os anos de profissão**



Relativamente aos anos de profissão da população estudada, a média situa-se em **9,76 Anos**, sendo que a idade máxima se situa em **21 anos** de profissão e a mínima em **1 ano**.

O coeficiente de variação (cv) é igual a 71,49% e a mediana é de 10. Verifica-se grande dispersão justificada pelo > n° de observações na 1ª classe.

**Gráfico (2) – Distribuição dos sujeitos segundo o tempo (em anos) em que trabalha na UCIM**



Relativamente à caracterização da amostra no que concerne ao tempo em que trabalha na UCIM, verificamos uma média de **7,2 anos**, uma mediana de 6 e um coeficiente de variação de 67,09%. O máximo de anos de trabalho na UCIM encontrado situa-se em 17 anos e o mínimo em 1 ano.

Segundo Lino Silva 2001 cit por Lino (2004:155) *“A identificação pessoal e individual com a assistência a pacientes críticos envolve, além dos componentes humanísticos, elementos de capacitação profissional específicos desse nível assistencial, que geram satisfação na medida em que são desafiadores e que conferem status profissional diferenciado, historicamente constituído”*

Deste modo entende-se a razão pela qual os enfermeiros trabalham durante tantos anos em Unidade de cuidados intensivos e simultaneamente o poder atractivo que este tipo de serviço exerce sobre os enfermeiros mais novos.

Ainda relativamente ao trabalho nas UCI, vários autores como LEVINE et al 1988; BASTOS 2002 cit por Lino (2004:155) referem:

*“A complexidade clínica dos pacientes e o crescente desenvolvimento no campo terapêutico e diagnóstico privilegiam qualificação e actualização profissionais constantes que, se por um lado atendem à procura de um modelo assistencial, por outro elitizam a prática de enfermagem pelo poder explicitamente conferido ao saber científico e ao domínio tecnológico. A isso somam-se os mitos e estereótipos de auto-suficiência e fria eficiência atribuídos às enfermeiras de UCI”.*

O conhecimento e a responsabilidade pelos resultados do trabalho são elementos postulados como mediadores positivos de motivação e satisfação profissional elevadas (Hackman, Oldham, 1980).

**Quadro (3) – Distribuição dos sujeitos relativamente às razões pelas quais trabalham por turnos.**

<b>RAZÕES APONTADAS PELOS ENFERMEIROS PARA TRABALHAR POR TURNOS:</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Faz parte integrante da nossa profissão</b>	13	52
<b>Melhor remunerado</b>	8	32
<b>Mais conveniente p/ as actividades familiares</b>	4	6
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

As razões mais apontadas pelos sujeitos para o facto de trabalharem por turnos prendem-se maioritariamente com razões relativas ao facto de considerarem o horário

como sendo “parte integrante da profissão” com 13 sujeitos (52%); seguida do factor “Remuneratório” com 8 sujeitos (32%) e por último o ser “Mais conveniente para as actividades familiares” com 4 respostas (16%).

**Quadro (4) – Distribuição da amostra relativamente às opiniões que os inquiridos referem ser a dos seus familiares acerca de trabalharem por turnos**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO
Opinião do Cônjuge/familiar:	Favorável	Inerente à profissão	13
		Mais tempo livre	2
	Desfavorável	Perturbador da dinâmica familiar	5
		Desgastante	4
		Indisponibilidade nos fins-de-semana	2
	<b>Total</b>		

Relativamente à “Opinião da família sobre o trabalho por turnos”, identificaram –se 2 subcategorias - **Opiniões favoráveis** e **Opiniões desfavoráveis** com 27 unidades de enumeração no total. No respeitante às primeiras, foram apuradas 2 unidades de registo, das quais “Inerente à profissão” com 13 unidades de enumeração e “Ter mais tempo livre” com 2 unidades de enumeração.

Alguns dos aspectos referenciados pelos inquiridos:

- “(...) Por vezes tem a percepção de que tenho muito tempo livre, aprova e compreende o meu horário”
- “ No início teve dificuldade em aceitar mas com o passar do tempo acabou por perceber as contingências da profissão”

No que diz respeito às **Opiniões desfavoráveis** que os inquiridos referem ser a dos seus familiares acerca de trabalharem por turnos, surgiram 3 unidades de registo, “Perturbador da dinâmica familiar” com 5 unidades de enumeração; “Desgastante” com 4 unidades de enumeração; “Indisponibilidade aos fins-de-semana” com 2 unidades de enumeração.

Alguns dos aspectos referenciados pelos inquiridos:

- *“ Pode ser cansativo a médio/longo prazo tornar-se desgastante”*
- *“ Por vezes não compreende a minha indisponibilidade ao fim-de-semana”*

SANTOS E TREVISAN (2002), referem como factores inerentes à profissão de enfermagem, considerados perturbadores da dinâmica familiar e social, as longas horas de trabalho; os turnos de 12 horas, sobretudo no período da noite; o desagrado da maioria dos funcionários quanto aos turnos nos fins-de-semana e feriados; os esquemas de trabalho em turnos em roulement”.

Segundo (Gadbois, 1990) diz que trabalhar por turnos pode afectar inúmeras actividades sociais fora do trabalho, tais como actividades domésticas, ocupação dos tempos de lazer, relações familiares e sociais, participação na vida associativa, relações de amizade e encontros intra-familiares.

Monk e tal. (1996) Realizaram uma pesquisa comparativa entre profissionais que trabalhavam por turnos, e profissionais com horário fixo (matinais), acerca da sua satisfação com o tempo que passam com os familiares e amigos. Enquanto que mais de metade dos sujeitos com turnos matinais demonstraram satisfação, apenas 20%-30% dos trabalhadores por turnos estavam satisfeitos com este aspecto das suas vidas”.

O trabalho por turnos tem sido alvo de vários estudos ao longo dos anos nomeadamente com amostras de enfermeiros, e os autores são unânimes em reconhecer os problemas médicos, biológicos e sociais que este sistema pode provocar no trabalhador e por isso merecedores de investigação aprofundada.

Para (CRUZ, 2003) O trabalho por turnos enfatiza a dessincronização de horários como uma das maiores fontes de problemas para o trabalhador, esta permanente variação de horários impede que o indivíduo acompanhe normalmente a vida dos seus familiares, acarretando problemas de relacionamento com os filhos e o cônjuge, e perturbando a participação em actividades sociais: estudo, lazer, vida sindical, vida política, desporto. O trabalhador por turnos é assim marginalizado.

Os problemas decorrentes do trabalho por turnos são diversos, nomeadamente as perturbações gástricas, de sono, de humor, fadiga crónica, ansiedade, depressão, doenças cardíacas, acidentes de trabalho, problemas familiares a que vários autores fazem referência (AZEVEDO, 1980; KNUTSSON, 1989; MONK, 1989; MUZET, 1993; AZEVEDO, 1994; SILVA, 1994)

No estudo de Marziale, Rozestraten (1995), 91,7% das enfermeiras referem que o trabalho por turnos interferia negativamente sobre o sono, e que este não era de boa qualidade, devido a interrupções e dificuldades de dormir durante o dia.

A autora acima citada refere ainda relativamente à problemática do trabalho por turnos que este horário, reduz o tempo de sono devido a não adaptação dos ritmos biológicos na inversão de horários. O sono diurno possui características diferentes do sono nocturno devido a elementos sociais, ambientais e factores intrínsecos como as variações cíclicas do organismo. Prejuízos na qualidade do sono impedem o bom rendimento físico, diminui o nível de atenção e perturba sensivelmente a coordenação motora e o ritmo mental.

Estudos sobre o trabalho nocturno (Chaves, 1994; Grossman, 1997; Rotenberg e tal, 2001; Fischer e tal, 2002) apontam que a violação do ritmo circadiano tem influências não apenas sobre os ritmos biológicos mas também, sobre padrões sociais, podendo gerar fadiga física e mental, alterações dos padrões do sono, irritabilidade, apatia, consumo de álcool e/ou drogas (frequentemente relacionadas ao auto tratamento da insónia), alterações de humor, depressão e problemas gastro-intestinais.

Simultaneamente provoca um aumento de risco de doença coronária, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, hiperglicémia, diminuição da menstruação e parto prematuro (Grossman, 1997).

Relativamente à UCIM os turnos para além de serem rotativos são de 12 horas. Embora não fosse apurado neste estudo a satisfação relativamente a este tipo de horário o facto de um nº expressivo de enfermeiros trabalhar na unidade há mais de 9 anos leva-nos a inferir que este é do agrado dos trabalhadores.

No estudo de Makowiec-Dabrowska et al (2000), sobre os turnos de 12 horas, os autores afirmam que nesses turnos existe um aumento do volume de trabalho, da fadiga e queda no desempenho, mesmo quando favorece melhor ajuste de folgas.

No entanto Ugrovics, Wright (1990) não encontrou relação entre os turnos de 12 horas com manifestações de fadiga e níveis de desempenho, e concluíram que, sobre esse regime de horário, existe maior satisfação devido ao melhor ajuste da vida pessoal, social e familiar.

Richardson et al (2003) realizou também uma pesquisa subordinado à temática do trabalho por turnos de 12h em enfermeiras de UCI, e os resultados sugeriram maior satisfação em relação ao horário de trabalho de 12 horas. Um aspecto importante que deve ser evidenciado é o facto destes estudos terem sido realizados noutros países com diferentes leis do trabalho e em diferentes contextos culturais.

No entanto os problemas relacionados com o trabalho por turnos não são sentidos pela totalidade dos trabalhadores nem da mesma forma. Isso deve-se a vários factores endógenos e exógenos como a idade, o sexo, a amplitude dos ritmos circadianos o sistema de rotação de turnos, aspectos relacionados com o cronótipo e diferenças individuais (Malbecq et al., 1981).

**Quadro (5) – Distribuição da amostra relativamente ao nº de horas que trabalha na UCIM.**

<b>HORÁRIO SEMANAL NA UCIM:</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>35H</b>	16	64%
<b>40H</b>	9	36%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

O horário com maior expressão no serviço estudado é o de 35 horas com 16 sujeitos (64%) seguidas do horário de 40 horas com 9 sujeitos (36%).

Os enfermeiros contratados fazem obrigatoriamente horário de 40H semanais, não sendo o nº de horas de trabalho opcional, os enfermeiros do quadro Hospitalar têm um horário de 35H semanais.

**Quadro (6) – Distribuição da amostra relativamente ao nº de sujeitos que trabalha em duplo emprego**

<b>TRABALHA EM DUPLO EMPREGO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	16	64%
<b>Não</b>	9	36%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Relativamente à questão de os elementos trabalharem em duplo emprego, 16 responderam que “Sim” (64%), e 9 inquiridos responderam “Não” (36%).

Esta questão encontra apoio em (Haddad, 2002), que aponta as dificuldades socio-económicas enfrentadas pelos profissionais de Enfermagem que auferem de baixa remuneração, leva-os a manter dois horários em mais de um emprego para sustentar sua família e ter uma vida digna. Há que se convir que uma remuneração baixa concorre para uma baixa qualidade de vida no trabalho além de aumentar os riscos de acidentes de trabalhos e stress”.

**Quadro (7) – Distribuição da amostra segundo as razões apontadas para trabalhar em duplo emprego**

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE ENUMERAÇÃO
<b>Razões para Trabalhar em duplo emprego</b>	Económicas	15
	Diversificar experiências	4
	Enriquecer o currículo	1
	Tempo disponível	1
<b>Total</b>		<b>21</b>

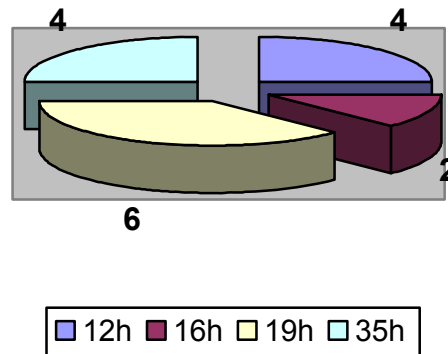
Relativamente aos sujeitos que trabalham em duplo emprego as razões apontadas são as mais expressivas “Económicas” com 15 unidades de enumeração, “Diversificar experiências” com 4 unidades de enumeração, “Enriquecer o currículo” e “Ter tempo disponível” com 1 unidade de enumeração cada.

Alguns dos aspectos referenciados pelos inquiridos:

- “Necessidades monetárias e diversificar a minha actividade”
- “Melhorar a qualidade de vida”
- “Por opção pessoal e visão de futuro”

O fenómeno duplo emprego mantém-se sem regras definidas, assim os enfermeiros submetem-se a uma carga acrescida de horas de trabalho diário, condicionando por vezes os cuidados que prestam aos doentes. No entanto verifica-se da parte das entidades empregadoras falta de regulamentação e controle face a estes trabalhadores permitindo por vezes que estes façam 24 horas de trabalho contínuas.

**Gráfico (3) - Distribuição dos sujeitos relativamente ao nº de horas que trabalha no duplo em emprego**



Relativamente ao horário praticado pelos 16 enfermeiros que referiram ter duplo emprego, 6 (37,5%) praticam horário de 19 horas, 4 sujeitos (25%) referem ter horário de 35h, outros 4 (25%) referem horário de 12h e por ultimo 2 (12,5%) referem ter horário de 16h.

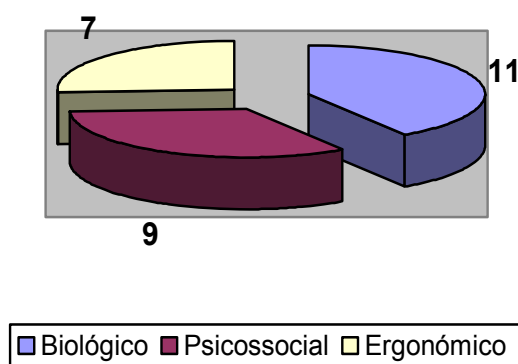
No seu estudo Beck (2000) apontou para 40% das Enfermeiras de UCI que trabalhavam em duplo emprego, implicando horários irregulares de actividades de vida diária, mediadores potenciais de desequilíbrios na saúde física e mental, além de desajustes na vida social e familiar.

**Quadro (8) – Distribuição dos sujeitos relativamente à opinião acerca da UCIM expor mais a riscos ocupacionais do que outro serviço.**

A UCIM EXPÕE MAIS OS ENF. A RISCOS QUE OUTROS SERVIÇOS	Nº	%
Sim	20	80,0
Não	5	20,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

Inquiridos sobre o facto de trabalhar numa unidade de cuidados intensivos implicar uma maior exposição no que diz respeito a riscos ocupacionais relativamente ao trabalho em outros serviços, é significativo o nº de sujeitos que respondeu “Sim” com 20 respostas (80%) e 5 sujeitos responderam “Não” (20%).

**Gráfico (4) - Distribuição dos sujeitos relativamente ao tipo de riscos que referem estar mais expostos ao trabalhar na UCIM**



No que diz respeito à exposição a riscos relativamente ao trabalho na UCIM, 11 dos sujeitos referem risco “Biológico” (44%), 9 dos sujeitos refere o risco “Psicossocial” (36%) e por ultimo 7 dos inquiridos refere o risco “Ergonómico” (28%). Somente o risco Químico não obteve expressão, no serviço estudado.

Muitos dos riscos ocupacionais estão interrelacionados, sendo que a presença de um condiciona por vezes o surgimento de outros riscos adicionais.

Benatti e Nishide (2002:413) realizaram uma pesquisa sobre o tema: *Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de cuidados intensivos* e referem que:

*“Os riscos de acidentes mais evidenciados pelos trabalhadores de enfermagem da UCI foram os relacionados directamente à assistência ao utente. Constatou-se que a maioria dos trabalhadores identificou como principais riscos biológicos a exposição a sangue, excretas/secreções e/ou fluidos corpóreos 49 (72%), a exposição a perfuro cortante 47 (69%) e a exposição a infecções e doenças de diagnóstico não confirmado*

23 (34%). Quanto aos riscos ergonómicos, 31 (46%) trabalhadores identificaram o esforço físico como causa de acidente. Este resultado mostrou que os trabalhadores conhecem os riscos a que estão expostos através do grau de exposição pela prática quotidiana do seu trabalho”.

Segundo estudos efectuados em Portugal e noutros países sobre Risco psicossocial, mais concretamente, o stress ocupacional e as estratégias de coping, nomeadamente: Felício & Pereira, (1994); Lindstom, (1992); Michie, Ridout& Johnsnton, (1996), identificaram como as primeiras quatro fontes de stress, sobrecarga de trabalho, más condições físicas e técnicas, carência de recursos e excessivo número de doentes.

**Quadro (9) – Distribuição dos sujeitos relativamente à existência ou não de equipamento de protecção e segurança na UCIM.**

<b>A UCIM DISPÕE DE EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO E SEGURANÇA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	20	80,0
<b>Não</b>	5	20,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à existência equipamento de protecção e segurança na UCIM, 20 dos sujeitos referiram “Sim” 80%, e 5 dos inquiridos referiram “Não” (20%).

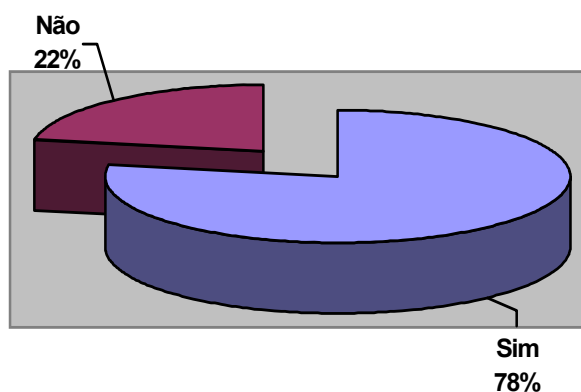
MARCUS R (1997) refere que os enfermeiros ainda negligenciam a utilização de EPI aquando da realização de procedimentos aos doentes, apontando que embora tenha havido um considerável progresso sobre o entendimento do risco ocupacional e HIV, os trabalhadores da saúde e, principalmente, os da enfermagem têm-se mostrado resistentes à utilização de equipamentos de protecção individual, à subestima do risco de se infectar e à notificação do acidente de trabalho.

**Quadro (10) – Distribuição dos sujeitos relativamente a terem sofrido algum acidente de serviço**

JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE DE SERVIÇO	Nº	%
Sim	18	72,0
Não	7	28,0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

No que diz respeito à ocorrência de acidentes de serviço, 18 sujeitos da amostra referem ter sofrido acidente de serviço (72%), e 7 dos sujeitos refere nunca se ter acidentado (28%). Assim verifica-se uma prevalência de acidentes de serviço muito elevada na população estudada.

**Gráfico (5) - Distribuição dos sujeitos relativamente a estarem a usar equipamento de protecção e segurança quando se acidentou**



Dos 18 enfermeiros que referem ter sofrido acidente de serviço, verificou-se que 14 (78%) estavam a usar equipamento de protecção e segurança, e 4 (22,3%) não o utilizaram.

Verifica-se a existência de uma parcela considerável de elementos que se mantêm resistentes à utilização de equipamentos de protecção individual, subestimando o risco de se infectar, não cumprimento as directrizes contempladas nas Precauções **padrão**.

**Quadro (11) -Distribuição dos sujeitos relativamente ao Tipo de Acidente de Serviço**

<b>TIPO DE ACIDENTE:</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Lombalgia</b>	11	44%
<b>Picada</b>	8	32%
<b>Salpicos com produtos biológicos</b>	8	32%
<b>Salpicos com medicamentos</b>	5	20%
<b>Ferida c/ objecto cortante</b>	4	16%

No que concerne ao Tipo de acidente de serviço referenciado na amostra, surge a “Lombalgia” com 11 respostas (44%), seguida da “Picada”, e “Salpicos com produtos biológicos com uma expressão de 8 sujeitos cada (32%), Salpicos c/ medicamentos com 5 sujeitos (20%), e Ferida com objecto cortante com 4 sujeitos. (16%)

Alguns dos inquiridos referiram mais do que um tipo de acidente pelo que o total de ocorrências é superior à amostra.

Um estudo realizado em 26 unidades de saúde da área de Paris, refere que a principal causa de baixa ao trabalho são as lesões músculo-esqueléticas que afectam 16% dos trabalhadores. Em Inglaterra, Stubbs (1983), numa amostra de 3921 enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde, diz que 43,1% sofreram de lombalgia de esforço e 17% destes tiveram de aceder a baixa.

Em Portugal M. Ferreira (2005) realizou um estudo numa amostra de 288 enfermeiros de um hospital Central da zona Norte, distribuídos por 3 serviços distintos, nomeadamente, Medicina; Cirurgia e Cuidados Intensivos, apontando uma prevalência de 52% de acidentes de serviço, em que o tipo mais referenciado foi a picada acidental com 41% seguido da lombalgia de esforço com 24,7%. Relativamente às causas que provocaram o acidente a mais expressiva é a mobilização de doentes 26,9%.

MARZIALE e RODRIGUES (2002:575) referem no seu estudo acerca de *A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro cortante entre trabalhadores de enfermagem que:*

“ (...) o principal factor associado a ocorrência do acidente percutâneo é o recapsular de agulhas, o qual infringe as precauções-padrão, antigamente denominadas universais, e que os auxiliares e técnicos de enfermagem são os que mais frequentemente realizam esse procedimento inadequado”.

A tipologia do doente de unidade de cuidados intensivos é caracterizada na sua maioria por doentes em fase crítica com falência de um ou mais órgãos, estes habitualmente encontram-se sedados, com a mobilidade comprometida, existe o recurso frequente a técnicas invasivas e diferenciadas aumentando a exposição dos profissionais, a vários tipos de risco. A carga física dispendida pelo enfermeiro neste serviço é muito grande, assim se compreende que o tipo de acidente mais referido seja a lombalgia.

O exercício da prestação de serviços é propício a estes acidentes, devido à mobilização de doentes com vários graus de dependência bem como a frequente manipulação de objectos cortantes ou perfurantes, de produtos biológicos e tóxicos.

Os enfermeiros de UCI desenvolvem muitas actividades que exigem esforço físico. Estas actividades não se centram só na mobilização de doentes, mas também um sem número de outros trabalhos.

A utilização de equipamentos com tecnologia desajustada (camas com dispositivo manual de ajuste, ausência de manutenção dos equipamentos e do mobiliário, espaço físico inadequado e a inexistência de equipamentos auxiliares para mobilização e transferências de utentes são factores que contribuem para riscos de acidentes no trabalho e lesões por esforço físico.

**Quadro (12) – Distribuição dos sujeitos relativamente às causas que motivaram o acidente de serviço.**

<b>CAUSA DO ACIDENTE DE SERVIÇO:</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Mobilização de doentes</b>	12	48
<b>Não cumprimento normas Universais</b>	9	36
<b>Utilização inadequada Material Perfurante/cortante</b>	5	20
<b>Recapsular agulha</b>	4	16
<b>Espaço físico inadequado</b>	3	12
<b>Manuseamento produtos Biológicos</b>	3	12

Relativamente às causas dos acidentes referenciadas por parte dos sujeitos, 12 dos sujeitos apontaram “Mobilização de doentes” (48%); 9 dos sujeitos (36%) referiram o “Não cumprimento normas universais”; 5 dos sujeitos (20%) responderam “Utilização inadequada material Perfurante/cortante”; 4 sujeitos (16%); referiram “Recapsular agulha” e por último com 3 sujeitos cada foi apontado “Espaço físico inadequado” e “Manuseamento produtos biológicos” assim a causa de acidente mais referenciada é a mobilização de doentes (o que se coaduna com o tipo de doentes internados na UCIM, que apresentam elevado grau de dependência) que tem relação com o acidente mais referido que é a lombalgia.

Alguns dos inquiridos referiram mais do que uma causa de acidente pelo que o total de ocorrências é superior à amostra.

Marziale e Rodrigues (2002:576) realizaram um estudo acerca da “Produção Científica sobre os Acidentes de Trabalho com Material Perfurante/cortantes entre Trabalhadores de Enfermagem” que consistiu na análise de artigos científicos publicados entre 1985 e 2000 na *Lillac* e *Medline* relativamente à ocorrência de acidentes de serviço e aos factores predisponentes dos acidentes de serviço, concluíram:

“ (...) que o recapsular de agulhas, a inadequação dos dispositivos utilizados para descartar e o manuseio de agulhas foram os principais factores identificados nas pesquisas analisadas. Uma série de outros factores, no entanto, são atribuídos pelos autores como predisponentes à ocorrência de acidentes de trabalho dessa natureza tais como: situações de urgência, a falta de capacitação dos profissionais, sobrecarga de trabalho, fadiga, transporte de material perfuro cortante, má qualidade dos materiais, desconhecimento dos profissionais sobre os riscos de infecção e não utilização das precauções padrão, desatenção.”

O que vai ao encontro do nosso estudo em que os acidentes devido ao “Não cumprimento das normas universais” e à “Utilização inadequada de material Perfurante/cortante”, apresentaram resultados expressivos sendo esses Respectivamente **36%** e **20%**.

**Quadro (13) – Distribuição dos sujeitos relativamente ao facto de terem notificado o acidente**

<b>NOTIFICOU O ACIDENTE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	12	66,6
<b>Não</b>	6	33,4
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Relativamente à notificação do acidente só 12 dos 18 enfermeiros é que procederam à notificação do acidente, sendo que 6 dos sujeitos não o fizeram.

Apesar de, legalmente, ser obrigatória a participação de acidente de trabalho observa-se, na prática, a sub notificação dos acidentes de trabalho implicando que estes

profissionais não foram observados por um médica nas duas horas subsequentes ao acidente como está preconizado nas normas de segurança.

MARZIALE e RODRIGUES (2002:576) referem ser:

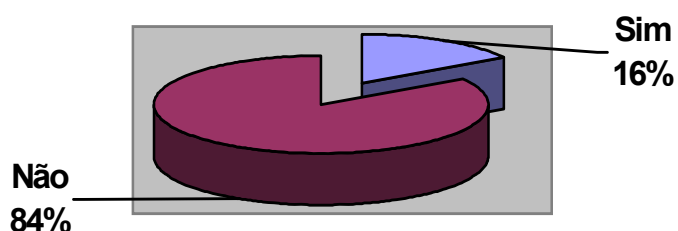
*“ (...) Importante que se elabore e implemente um programa de educação continuada que aborde a questão dos acidentes e exposição a material biológico, esclarecendo os trabalhadores de enfermagem sobre a importância da notificação, busca de atendimento médico nas 2 horas que seguem o acidente, sensibilizá-los sobre a eficácia da vacina para prevenção da hepatite B e C, esclarecer sobre a utilização de EPI e precauções padrão”.*

**Quadro (14) – Distribuição dos sujeitos relativamente ao facto de terem tido acompanhamento adequado pelo serviço de saúde ocupacional**

TEVE ACOMPANHAMENTO ADEQUADO SAÚDE OCUPACIONAL	Nº	%
Sim	9	75
Não	3	25
Total	12	100

Dos 12 enfermeiros que registaram a ocorrência do acidente de serviço, 9 referem não ter tido o acompanhamento adequado pelo serviço de saúde ocupacional (75%), e 3 referem que o acompanhamento foi adequado (25%).

**Gráfico (6) Distribuição dos sujeitos relativamente ao facto de terem doenças profissionais**



Dos 25 elementos em estudo 21 (84%) referem não ter doenças profissionais e 4 referem ter doença profissional (16%).

**Quadro (15) – Doenças profissionais indicadas pelos participantes em estudo**

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO
Doença Profissional	Alergia ao pó das luvas	2
	Tendinite supra espinhosa	1
	Hérnia discal	1
Total		4

Dos 4 sujeitos que referiram ter doenças profissionais, 2 refere “Alergias ao pó das luvas”, 1 refere “Tendinite supra-espinhosa” e por ultimo 1 refere “Hérnia Discal”

**Quadro (16) – Contexto em que surgiram as doenças profissionais**

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO
Contexto em que surgiu a doença	Alergia pó/material constituição das luvas.	2
	Mobilização de doentes	2
Total		4

Dos profissionais que referem ter doenças profissionais 2 apontam para factores alérgicos relacionados com a utilização de luvas, 2 referem no contexto da mobilização de doentes.

Relativamente à referência a alergia ao pó/material inerente à constituição das luvas, estudos têm indicado o aumento da incidência de alergia ao látex devido principalmente ao aumento exponencial no consumo nestas últimas duas décadas de luvas ou pelas mudanças no processo de manufactura deste produto (utilização de uma maior quantidade de pó no seu interior). Este aumento coincide com a introdução das precauções universais, actualmente denominada de precauções padrão, pelo Centers for Disease Control (CDC), onde se enfatiza a necessidade do uso de precauções de barreira, como luvas, quando em contacto com sangue ou fluidos corporais.

**Quadro (17) - Distribuição da amostra relativamente ao ter tempo e disponibilidade para actividades fora do âmbito da sua profissão**

<b>TEMPO PARA ACTIVIDADES EXTRA PROFISSIONAIS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	24	96
<b>Não</b>	1	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Relativamente aos inquiridos disporem de tempo para actividades extra profissionais, 24 dos sujeitos (96%) refere que “Sim”, e 1 dos sujeitos (4%) refere que “Não”.

Benatti. (1997) Realizou um estudo com 1.218 enfermeiros de um hospital universitário acerca de "Acidentes de trabalho, a sua ocorrência e os factores de risco entre trabalhadores de enfermagem e constatou uma incidência acumulada de 8,2% de acidentes de trabalho.

No estudo acima referido, a autora concluiu que os indivíduos ficam propensos a acidentes nas situações em que existe falta de tempo para lazer e adoptam posturas cansativas e forçadas no trabalho.

**Quadro (18) – Distribuição dos sujeitos relativamente às actividades que exerce fora do âmbito da profissão**

<b>CATEGORIA</b>	<b>UNIDADE DE REGISTO</b>	<b>UNIDADE DE ENUMERAÇÃO</b>
<b>Actividades extra profissão</b>	Passear com Família/amigos	20
	Desporto	14
	Cinema	8
	Leitura	5
	Artes Decorativas	2
	Viajar	1
<b>TOTAL</b>		<b>50</b>

A população em estudo refere, relativamente à utilização do seu tempo em “Actividades extra-profissionais”, 6 unidades de registo com um total de 50 unidades de enumeração. Assim “Passear com a família/amigos” foi referenciado com 20 unidades de enumeração, “Desporto” com 14 unidades de enumeração, “Cinema” com 8 unidades de enumeração, Leitura com 5 unidades de enumeração, “Artes Decorativas” com 2 unidades de enumeração, e “Viajar” com 1 unidade de enumeração.

O que nos leva a inferir que embora a população estudada ocupe grande parte do seu tempo a trabalhar, consegue utilizar estratégias de modo a dispor de tempo para dedicar a actividades extra-laborais.

**Quadro (19) – Distribuição dos sujeitos relativamente às estratégias individuais que utiliza para promover a sua qualidade de vida no trabalho**

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO
<b>Estratégias individuais</b>	Estabelecer bom relacionamento com a equipa	8
	Bom Humor	7
	Organização do trabalho	6
	Pausas durante o trabalho para convívio com os colegas	4
	Promoção da vida pessoal	3
	Cumprir regras universais de protecção e segurança	3
	Descanso entre os turnos	2
	Sinceridade	1
	Diversificar as actividades (evitar a monotonia)	1
	Música no ambiente no trabalho	1
	Serenidade	1
	Paciência	1
	Formação contínua	1
	Diminuir o nº de turnos da Noite	1
	Partilha de experiências com a Equipa	1
<b>Total</b>		<b>41</b>

Relativamente ao tema Estratégias individuais utilizadas pelos inquiridos promotoras da sua qualidade de vida no trabalho, identificaram-se 14 unidades de registo num total de 41 unidades de enumeração.” Estabelecer bom relacionamento com a equipa” com 8 unidades de enumeração, Bom Humor” com 7 unidades de enumeração,

“Organização do trabalho” com 6 unidades de enumeração, “Pausas durante o trabalho para convívio com os colegas” com 4 unidades de enumeração, “Promoção da vida pessoal” e “Cumprir regras universais de protecção e segurança” com 3 unidades de enumeração cada, “Descanso entre os turnos” com 2 unidades de enumeração, “Música no ambiente no trabalho”, “Sinceridade”, “Diversificar as actividades (evitar a monotonia)”, “ Paciência”, “Formação contínua”, “Diminuir o nº de turnos da Noite” e “Partilha de experiências com a Equipa” foram todas referenciadas com uma unidade de enumeração.

Segundo os inquiridos as estratégias individuais mais expressivas como promotoras da qualidade de vida no trabalho, são o *bom relacionamento estabelecido com a equipa, o bom humor e a organização do trabalho.*

Alguns dos aspectos referenciados pelos inquiridos:

- *“Um sorriso no rosto”*
- *“Ouvir música enquanto trabalho ajuda a relaxar... pausas durante o turno para convívio com os colegas”.*
- *“Postura correcta e cordial com todos os elementos da equipa multidisciplinar”*
- *“Cumprir as regras de protecção individual e universal”.*

**Quadro (20) – Distribuição dos sujeitos relativamente às estratégias organizacionais utilizadas para promover a sua qualidade de vida enquanto trabalhador.**

<b>CATEGORIA</b>	<b>SUBCATEGORIA</b>	<b>UNIDADE DE ENUMERAÇÃO</b>
<b>Estratégias Organizacionais</b>	Desconheço	10
	Nenhumas	8
	Formação sobre Prevenção de infecção Hospitalar	1
	Material de Protecção/segurança	1

Relativamente às estratégias utilizadas pelo Hospital para promover a qualidade de vida os inquiridos referem “Desconheço” com 10 unidades de enumeração, “Nenhumas” com 8 unidades de enumeração, “Formação sobre prevenção de infecção hospitalar” com 1 unidade de enumeração, assim como “Material de protecção e segurança com 1 unidade de enumeração.

Alguns dos aspectos referenciados pelos inquiridos:

- “Acções de formação no âmbito da infecção hospitalar, desconheço outras”
- “Nenhumas...”
- “Desconheço que exista alguma no sentido de promover a qualidade de vida do trabalhador...Quando surge a doença temos onde recorrer”

A pouca informação sobre qualidade de vida no trabalho leva a que os próprios trabalhadores tenham dificuldade em identificar as estratégias organizacionais, não que estas sejam as ideais mas embora existam não são reconhecidas como tal.

As organizações precisam instituir uma política de consciencialização dos profissionais face à importância da qualidade de vida no trabalho implementando práticas seguras com regras rígidas e com controlo face à sua aplicabilidade.

### **Avaliação da qualidade de vida no trabalho através da utilização de uma escala de avaliação da satisfação profissional.**

O presente questionário é misto, e pretende avaliar a Qualidade de vida no trabalho através de uma escala de Satisfação Profissional, é adaptado do questionário concebido pelo Dr. Luís Graça (1999), é constituído por 5 grupos de questões fechadas, nomeadamente, Autonomia e poder, com 6 alíneas, Condições de Trabalho e Saúde com 4 alíneas, Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional com 6 alíneas, Relações de Trabalho e Suporte Social com 5 alíneas, Outros Aspectos Funcionais com 3 alíneas, e por último 3 questões abertas.

Por meio da análise do score dos componentes, foi possível avaliar a dimensão de satisfação ou insatisfação para cada uma das 5 dimensões.

Os intervalos possíveis para cada uma das 5 dimensões da Escala de Satisfação Profissional têm valores distintos, devido às diferenças entre o número de itens que compõe cada dimensão.

A forma que consideramos adequada para analisar a avaliação dos enfermeiros relativamente à satisfação profissional percebida diante de cada dimensão é através da média dos itens. Os valores médios possíveis para todos os itens variam de 1 a 5, sendo que quanto maior o valor, maior a satisfação. (Quadro 21)

**Quadro (21) – Scores da Escala de avaliação da Satisfação Profissional**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>INTERVALO DE SCORES</b>	<b>SCORE OBTIDO</b>
<b>1 -Autonomia e poder (6 itens)</b>	150-750 450 PM	469
<b>2-Condições de trabalho e saúde (4 itens)</b>	100-500 300 PM	273
<b>3- Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional (6 Itens)</b>	150-750 400 PM	496
<b>4- Relações de Trabalho e Suporte Social (5 Itens)</b>	125-625 375 PM	408
<b>5- Outros aspectos funcionais (3 Itens)</b>	75-350 225 PM	227
<b>Total</b>	<b>1750</b>	<b>1873</b>

Chiavenato (1996) refere que acerca da qualidade de vida no trabalho numa empresa, que é algo que se compõe de uma infinidade de pequenas e grandes coisas, sendo que como “grandes coisas” estão incluídas oportunidade de ascensão profissional, experiência contínua, salários competitivos e benefícios adequados; e como “pequenas coisas”, local para tomar banho, vestiários, local apropriado para descanso e refeições, centros de ginástica, entre outras.

Através da análise dos resultados da escala de Satisfação Profissional constatou-se que as dimensões que apresentaram scores mais elevados foram por ordem de importância “**Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional**”, “**Autonomia e poder**”; e “**Relações de Trabalho e Suporte Social**”.

Relativamente às dimensões que obtiveram scores abaixo da média, surge “**Outros aspectos funcionais**”; e “**Condições de Trabalho e Saúde**”

Ao efectuar uma análise comparativa com outros estudos nomeadamente: Fung-Kam (1998)“Job satisfaction and autonomy of Hong kong registered nurses; e Lino (2004) Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de unidade de cuidados intensivos, São Paulo, verifica-se bastante similaridade entre eles, sendo que **Realização pessoal e profissional, Relações de trabalho e Suporte Social, Autonomia e poder** surgiram como fontes de maior satisfação para os trabalhadores estudados.

Relativamente à população em estudo na dimensão **Autonomia e poder** destacamos o item 1.1 (a independência e a autonomia ao exercício das minhas funções) com o maior índice de satisfação e o item com menor representatividade o item 1.6 (A oportunidade de participar em programas e actividades de cuidados intensivos, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais).

O trabalho das enfermeiras de UCI é assim caracterizado pela incerteza instabilidade e variabilidade e imediatismo MARK; HAGENMUELLER (1994), envolvendo níveis elevados de habilidades e competências nos domínios psicomotor cognitivo e afectivo FREEMAN et al (1983).

No que diz respeito à variável **Condições de trabalho e Saúde**, o item 2.1 (A disponibilidade de equipamento/meios necessários à realização da actividade profissional) foi o que obteve um score mais elevado, em contrapartida o item 2.2 (As condições físicas do local de trabalho) foram o menos apontado como indicador de satisfação profissional.

Os resultados levam-nos a interpretar que os enfermeiros da UCIM reconhecem a adequação ao nível de meios e equipamentos que lhes permite uma boa prestação de cuidados, da mesma forma que se contacta a não satisfação com as condições físicas do local de serviço.

A UCIM é uma unidade com praticamente 20 anos e a sua estrutura é constituída por quartos, sendo que as paredes funcionam como barreira arquitectónica não facilitadora da vigilância permanente dos doentes críticos, embora existam monitores ligados a

uma central, a estrutura física não permite ao enfermeiro uma visualização directa do doente.

A variável **Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional** obteve o valor mais expressivo relativamente ao item 3.5 (A percepção da garantia de qualidade dos cuidados e serviços que são prestados aos utentes nesta unidade de cuidados intensivos, por mim e pelos demais profissionais), e o menos expressivo em relação ao item 3.2 (A oportunidade de formação contínua e desenvolvimento pessoal, no âmbito da minha carreira).

Os resultados levam assim a inferir que os enfermeiros da UCIM estão satisfeitos de uma maneira geral com os cuidados dispensados aos doentes pela equipa multiprofissional. A UCIM dispõe de protocolos definidos e método de trabalho que permite ao enfermeiro uma prestação de cuidados individualizados e personalizados ao utente e respectiva família.

No que diz respeito à formação contínua e desenvolvimento pessoal a satisfação é baixa. A formação relativamente aos enfermeiros fica cada vez mais dispendiosa, sendo que para que haja desenvolvimento profissional este tem de ser feito com a disponibilidade financeira de cada um.

Assim o Hospital embora aposte na formação contínua dos seus profissionais, demite-se relativamente aos encargos financeiros, paralelamente verifica-se a falta de disponibilidade para atribuir comissões gratuitas de serviço, implicando a utilização de tempo extra-laboral por parte dos profissionais o que por vezes limita a inscrição em formações exteriores ao hospital.

No que se refere à formação em serviço esta é acessível a todos os enfermeiros quer na modalidade de formador ou de formando.

No que concerne à variável **Relações de Trabalho e Suporte Social** o item mais referenciado foi o 4.1 (O espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço (UCIM) independentemente da sua profissão ou carreira), o menos referenciado foi o item 4.2 (A cooperação e a colaboração com que posso contar por parte dos meus colegas de profissão).

Os inquiridos referem ser importante o bom relacionamento interdisciplinar, tendo como meta os cuidados dispensados aos doentes internados.

Por último e relativamente à variável **Outros Aspectos Funcionais** o item mais apontado foi o 5.3 (O conhecimento atempado de reuniões de serviço e da respectiva ordem de trabalhos), e o menos apontado 5.2 (a participação em reuniões multidisciplinares regulares para discussão de questões clínicas e/ou organizativas).

No que diz respeito à análise da escala, começamos por calcular o score médio relativamente à avaliação da satisfação profissional através das 5 dimensões apresentadas no quadro 21, verificamos que o score médio da escala total tem um valor de **1750**. Verificou-se relativamente à população estudada a obtenção de um score de **1873**, situando-se este resultado acima da média preestabelecida.

Os níveis de satisfação verificados nos enfermeiros a exercer funções na UCIM são de uma forma geral muito bons em quase todas as dimensões, o que inicialmente pode levar a inferir que não existem problemas, e que os sistemas de qualidade implantados são favoráveis.

Entretanto, numa visão mais aprofundada e crítica em alguns pontos pode-se detectar problemas que embora possam ser considerados pequenos – poderão comprometer o bom funcionamento do sector de Enfermagem do Hospital. Assim os problemas identificados incidem nas dimensões “**Condições de trabalho e saúde**” e na dimensão “**Outros aspectos funcionais**”

Relativamente às dimensões acima mencionadas verificou-se como resultados scores abaixo da média, sendo que a maioria dos participantes referem como constrangimento à qualidade de vida no trabalho a estrutura física do serviço. MOLLER (1996), salienta que um dos factores que pode influenciar o nível de desempenho da pessoa é o ambiente físico e apropriado.

Assim autores como por WALTON (1975), citado por FERNANDES (1996) refere que a qualidade de vida no trabalho visa proteger o empregado e propiciar-lhe melhores condições de vida dentro e fora da organização, assim este autor alerta os

trabalhadores que não devem ser expostos às condições físicas e psicológicas prejudiciais à saúde.

Paralelamente à dimensão Condições de trabalho e saúde também a dimensão **Outros aspectos funcionais** apresentou também um índice de satisfação abaixo da média, em que o aspecto que obteve score mais baixo se relaciona com o facto de os sujeitos considerarem haver falta de participação dos enfermeiros nas decisões organizacionais.

**Quadro (22) – Distribuição da amostra relativamente a alguns factores positivos e negativos que interferem na satisfação profissional**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO
<b>Factores que Interferem na Satisfação Profissional</b>	<b>Positivos</b>	Bom ambiente na equipa	<b>19</b>
		Acessibilidade a formação	<b>5</b>
		Reforço positivo da chefia	<b>4</b>
		Horário de 12h	<b>3</b>
		Tempo livre	<b>1</b>
		Trabalho de equipa	<b>1</b>
		Qualidade dos cuidados	<b>1</b>
<b>Total</b>			<b>34</b>

**Quadro (23) – Distribuição da amostra relativamente a alguns factores positivos e negativos que interferem na satisfação profissional (Cont.)**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO
<b>Factores que Interferem na Satisfação Profissional</b>	<b>Negativos</b>	Condições físicas do serviço	<b>9</b>
		Sobrecarga de trabalho	<b>9</b>
		Apoio da chefia	<b>7</b>
		Falta apoio à formação	<b>6</b>
		Poucos momentos de reunião e partilha	<b>2</b>
		Algum material desadequado	<b>2</b>
		Contratos de trabalho	<b>1</b>
		Stress inerente ao tipo de doentes	<b>1</b>
		Falta de objectivos do serviço	<b>1</b>
		Horário de 12h	<b>1</b>
<b>Total</b>			<b>39</b>

Relativamente ao tema “Factores que interferem com a Satisfação Profissional” emergiram 2 subcategorias, **Factores Positivos** e **Factores Negativos** com 73 unidades de enumeração no total. No que concerne às primeiras, foram apuradas 7 unidades de registo, das quais “Bom ambiente na equipa” com 19 unidades de enumeração, “Acessibilidade a formação” com 5 unidades de enumeração, “Reforço positivo da chefia” com 4 unidades de enumeração, “Horário de 12h” com 3 unidades de enumeração, “Tempo livre” com 1 unidade de enumeração, “Trabalho de equipa” com 1 unidade de enumeração e “Qualidade dos cuidados” com 1 unidade de enumeração.

Alguns dos aspectos referenciados pelos inquiridos:

- *“ Reconhecimento das dificuldades sentidas por parte da chefia, assim como espírito de grupo e cooperação mútua.”*
- *“ Bom ambiente sentido entre a equipa de enfermagem”*
- *“ Agrada-me o local de trabalho”*
- *“ A disponibilidade de alguns colegas mais velhos em esclarecer e transmitir os seus conhecimentos”*

No respeitante aos **Factores Negativos** referidos pelos sujeitos surgiram “Condições físicas do serviço” com 9 unidades de enumeração, “Sobrecarga de trabalho” com 9 unidades de enumeração, “Apoio da chefia” com 7 unidades de enumeração “Falta apoio à formação” com 6 unidades de enumeração, “Poucos momentos de reunião e partilha” com 2 unidades de enumeração, “Algum material desadequado” com 2 unidades de enumeração, “Contratos de trabalho” com 1 unidade de enumeração, “Stress inerente ao tipo de doentes” com 1 unidade de enumeração, “Falta de objectivos do serviço” com 1 unidade de enumeração e por ultimo “Horário de 12h” também com 1 unidade de enumeração.

Alguns dos aspectos referenciados pelos inquiridos:

- “Poucos momentos de reunião e partilha”*
- “Grande pressão psicológica face ao estado dos doentes e respectivo acompanhamento da família.”*
- “ Mau ambiente entre a chefia e os colaboradores, assim como alguma tensão inter-profissional”.*
- “ Espaço físico em que se insere a UCIM”*

**(Quadro 24) – Distribuição da amostra relativamente a sugestões dadas com vista a melhorar a satisfação profissional**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO
<b>Sugestões que visam a Satisfação profissional</b>	Melhorar as condições físicas da unidade	8
	Criação de uma sala convívio	6
	Envolvimento dos Enf. nas decisões do serviço	6
	Aquisição de material que diminua a carga física aos Enf.	5
	Aumentar o nº de enfermeiros	5
	Convívio dos profissionais fora do serviço	5
	Reforço positivo	1
	Actividades extra-laborais	1
	Melhor comunicação entre os serviços	1
<b>Total</b>		<b>38</b>

Relativamente a **Sugestões** concretas e viáveis fornecidas pelos inquiridos surgiram 9 Unidades de Registo com um total de 38 unidades de enumeração. Assim surge “Melhorar as condições físicas da unidade” com 8 unidades de enumeração, “Criação de uma sala convívio” com 6 unidades de enumeração, “Envolvimento dos Enf. nas decisões do serviço” com 6 unidades de enumeração, “Aquisição de material que diminua a carga física aos Enf.” Com 5 unidades de enumeração, “Aumentar o nº de enfermeiros” com 5 unidade unidades de enumeração, “Convívio dos profissionais fora do serviço” com 5 unidade de enumeração, “Reforço positivo” com 1 unidade de enumeração, “Actividades extra-laborais” com 1 unidade de enumeração, “Melhor comunicação entre os serviços” com 1 unidade de enumeração

Alguns dos aspectos referenciados pelos inquiridos:

- “ *Adquirir um elevador para levante/posicionamento de doentes*”
- “ *Reorganização da estrutura física da unidade*”
- “ *Promover mais convívios entre os diferentes profissionais*”
- “*Reuniões interdisciplinares para troca de informações sobre os doentes, reuniões essas que levassem a troca de conhecimentos implicando melhores cuidados*”
- “ *Adaptar o espaço físico às necessidades do serviço.*”

As sugestões emitidas pelos enfermeiros vão ao encontro dos resultados obtidos na escala de Satisfação Profissional utilizada. Assim unidades de registo como *“Melhorar as condições físicas da unidade”*, *“Aquisição de material que diminua a carga física aos Enf.”* e *“Aumentar o nº de enfermeiros”*, remetem-nos para a insatisfação encontrada no resultado obtido na dimensão **“Condições de trabalho e saúde”** que apresenta um score abaixo da média. As pontuações baixas atribuídas na dimensão acima citada englobam aspectos como equipamentos desadequados, más condições físicas do local de trabalho, assim como a elevada exposição a riscos e carga de trabalho.

Relativamente à dimensão **“Outros aspectos funcionais”**, que obteve igualmente Scores abaixo da média, surgem sugestões como *“Envolvimento dos Enf. nas decisões do serviço”*, *“Reforço positivo”* e *“Melhor comunicação entre os serviços”* que nos dão conta da insatisfação dos enfermeiros relativamente à participação nas questões relacionadas com a gestão do serviço, assim do pouco reconhecimento face aos cuidados prestados.

## CONCLUSÕES

Ao terminamos este trabalho de investigação, sentimos ter-se tratado de uma experiência gratificante e enriquecedora, quer ao nível pessoal quer ao nível profissional.

A investigação é um contributo fundamental para que a Enfermagem se assuma como uma ciência, com um quadro conceptual bem definido e com teorias que sustentem a prática.

A abordagem de aspectos relativamente à qualidade de vida no trabalho no âmbito dos serviços de saúde, caracteriza a pertinência desta pesquisa, podendo ser propícia à implementação de estratégias que favoreça a melhoria das condições de trabalho, com repercussão no aumento da produtividade e qualidade dos cuidados prestados.

A melhor forma de impedir os acidentes é **Conhecer** e **Controlar** os riscos. Deste modo pensamos que a pesquisa realizada é pertinente no sentido de identificar os riscos a sua causalidade, assim como as medidas individuais/organizacionais que os profissionais e as instituições utilizam para que se verifique Qualidade de vida no trabalho.

A presente pesquisa tratou-se de um estudo, transversal, exploratório/descritivo. Foi realizado numa unidade de cuidados intensivos médicos de um Hospital de Lisboa. Relativamente à recolha de dados foram utilizados dois questionários, a uma amostra de 25 enfermeiros.

A análise efectuada teve uma abordagem mista (quantitativa e qualitativa), com análise descritiva e análise de discurso respectivamente.

A análise e reflexão realizada no decorrer da pesquisa, permitiu-nos atingir o objectivo a que nos propusemos. Os resultados obtidos neste trabalho são restritivos à população estudada, 25 enfermeiros a desempenhar funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Médicos o que não permite a generalização dos dados.

Assim apresentamos em seguida as conclusões do estudo:

Relativamente à **Caracterização Sócio-Demográfica** verificamos que os participantes do estudo são na maioria do sexo Feminino, solteiros, com uma média de idades de 33,48 anos. Apenas uma minoria da amostra tem filhos e o apoio familiar mais referenciado na guarda dos filhos é o cônjuge, provavelmente devido às actuais constituições familiares (famílias nucleares).

ALMEIDA (1995) referia em relação às alterações às configurações familiares que a família portuguesa sofreu importantes processos de transformação nos últimos vinte anos, os quais se manifestaram sobretudo na queda das taxas de nupcialidade e de fecundidade, no aumento dos divórcios .

A média dos participantes é enfermeiro há mais de 9 anos e a média de anos em que trabalham na UCIM é de sensivelmente 7anos.

Ao analisar a nossa população, constatamos se tratar de um grupo adulto jovem, com anos de profissão suficientes que lhes confere alguma estabilidade profissional e consequentemente económica, no entanto como referimos anteriormente no nosso trabalho alguns autores apontam para cada vez mais um maior investimento na profissão em detrimento da vida familiar.

Paralelamente o facto de a população estudada, trabalhar por turnos é por si só uma condicionante à vida familiar, apontando os inquiridos as principais razões para a prática deste horário o facto de ser "*Parte integrante da profissão*" e simultaneamente a "*Melhor remuneração*". No entanto referem que o horário por turnos é apontado pela família como sendo "*Perturbador da dinâmica familiar*", e "*Desgastante para os enfermeiros*".

Relativamente à população estudada a maioria trabalha em duplo emprego, elevando assim a carga horária semanal auferida por cada sujeito. As razões apontadas prendem-se com aspectos económicos como o principal factor causal, verificamos ainda através da análise diferenciada que, o maior nº de acidentes de serviço, ocorreram em sujeitos que trabalhavam em duplo emprego.

Segundo os dados apurados na nossa pesquisa os sujeitos em estudo, referem que o facto de trabalhar em UCI aumenta a exposição a riscos ocupacionais, identificam o *Risco biológico*, *Risco psicossocial* e o *Risco ergonómico* como os mais significativos no trabalho em unidades de cuidados intensivos.

No entanto os inquiridos referem que o serviço onde foi realizado o estudo dispõe de equipamento de protecção e segurança individual.

A incidência de acidentes de serviço na população estudada revelou-se elevada, verificamos que um expressivo nº de sujeitos não utilizava equipamento de protecção e segurança aquando do acidente de serviço.

*A Lombalgia, a Picada e os Salpicos com produtos biológicos* são o tipo de acidente com maior representatividade, sendo as causas mais significativas apontadas, a *Mobilização de doentes, o Não cumprimento das Normas Universais e a Utilização inadequada de material perfurante/cortante.*

MARZIALE e RODRIGUES (2002) referem na sua pesquisa acerca Produção Científica sobre os Acidentes de Trabalho com Material Perfurante/cortantes entre Trabalhadores de Enfermagem que:

*“(...) que todas os enfermeiros estão sujeitos a acidentes com material perfuro cortante, o que faz necessária a realização de estudos aprofundados que detectem as causas mais comuns e as consequências para os profissionais, para possibilitar a elaboração de programas de educação, treino dos profissionais, supervisão contínua e sistemática e modificações nas rotinas de trabalho, tornando um hábito a prática das precauções de segurança”.*

Uma expressiva percentagem dos sujeitos que se acidentou não notificou o acidente, e os que o fizeram na sua maioria referem ter tido um acompanhamento adequado por parte do serviço de saúde ocupacional.

Dos sujeitos que referem ter doenças profissionais estas surgiram no contexto do cuidado directo aos doentes.

Embora a maioria dos inquiridos trabalhe em duplo emprego, o que obrigatoriamente leva a uma carga horária de trabalho semanal acrescida, referem gerir o seu tempo de forma a disporem de tempo para actividades extra profissionais, sendo estas na maioria utilizadas em actividades com a família e amigos.

As estratégias individuais apontadas pelos inquiridos de forma a promover a qualidade de vida no trabalho baseiam-se no *Estabelecer bom relacionamento com a equipa, na utilização de Bom Humor e na Organização do trabalho.*

THORNTON, e WHITE (1999) Indicaram que o comportamento de humor enquanto habilidade humana, cognitiva, intelectual e emocional é utilizado como um meio de encarar, que permite que a enfermeira intensivista possa lidar com incongruências e pressões assumindo a perspectiva de alívio do stress e sobrevivência nesse ambiente de trabalho.

No entanto face às estratégias organizacionais revelaram dificuldade em enumerar as estratégias implementadas para promover a qualidade de vida no trabalho referindo que estas são *inexistentes ou não são do conhecimento dos trabalhadores.*

O índice de satisfação profissional na população estudada atingiu valores satisfatórios na globalidade (score acima do ponto médio).

Segundo LINO 2001cit por LINO 2004:155) *“A identificação pessoal e individual com a assistência a pacientes críticos envolve, além dos componentes humanísticos, elementos de capacitação profissional específicos desse nível assistencial, que geram **satisfação** na medida em que são desafiadores e que conferem status profissional diferenciado, historicamente constituído”*

As dimensões que apresentaram maiores índices de satisfação foram, *Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional; Autonomia e poder; e Relações de Trabalho e Suporte Social.*

LINO (1999) refere que a autonomia é um dos elementos que confere maior profissionalização e prestígio a uma ocupação, atendendo a questões individuais de

inserção social que no caso das enfermeiras é introduzido ou reforçado na sua formação educacional.

Nas organizações hospitalares vigora ainda o modelo biomédico não favorecendo a autonomia dos enfermeiros, constatando-se uma desigualdade na distribuição de poderes, nas decisões relacionadas com a saúde dos utentes.

No entanto verificamos algumas mudanças relativamente ao papel dos enfermeiros nos serviços de saúde, pautando-se por uma enfermagem baseada em conhecimentos científicos e uma prática fundamentada que lhe permite cada vez mais ter um lugar de destaque no seio da equipa multidisciplinar.

MANIAS, STREET (2001) indica que existe uma interdependência entre a tomada de decisões relacionada com a assistência do doente e o nível de conhecimento da enfermeira de UCI, e que enfermeiras e médicos têm concepções distintas e divergentes na valorização do conhecimento das enfermeiras.

Paralelamente as dimensões que apresentaram índices de satisfação profissional mais baixos são *Outros aspectos funcionais; e Condições de Trabalho e Saúde*.

Verificamos que existe insatisfação com as condições de trabalho e saúde na população estudada, reflectindo-se na alta prevalência de acidentes de serviço, nas estratégias identificadas pelos enfermeiros como sendo necessárias à sua qualidade de vida no trabalho e simultaneamente à unânime opinião de que as estratégias organizacionais que visem a promoção da qualidade de vida no trabalho não existem ou pelo menos não são do conhecimento da população em estudo.

As conclusões deste trabalho permitem-nos inferir que o nº de enfermeiros que se acidenta é ainda muito elevado, embora a maioria das instituições de saúde seja detentora de equipamento de protecção e segurança, ainda há profissionais que não estão consciencializados para a importância da sua utilização, nem são responsabilizados quando não o fazem.

A opinião generalizada dos inquiridos é a de que a instituição de saúde não se compromete com estratégias que promovam a qualidade de vida no trabalho.

No entanto os enfermeiros estudados apresentam um nível satisfatório relativamente à satisfação profissional, utilizando estratégias individuais que lhe permitam ter qualidade de vida no trabalho o que na leva a inferir que se encontram comprometidos e satisfeitos com a profissão/instituição de saúde.

De acordo com os dados obtidos sugere-se que as instituições de saúde se envolvam mais na promoção da qualidade de vida dos seus trabalhadores, melhorando as condições físicas e humanas, assim como investindo na formação e prevenção de acidentes implicando os profissionais nas estratégias utilizadas.

Pensamos ter atingido os objectivos a que nos propusemos para a realização deste estudo, e esperamos consciencializar os enfermeiros da importância da prevenção dos riscos ocupacionais, quer através de estratégias individuais adoptadas quer através do envolvimento das instituições na implementação de medidas que fomentem qualidade de vida no trabalho.

## BIBLIOGRAFIA

-ALBUQUERQUE, P. C. (2003), Doenças Profissionais: A Formação na Prevenção Das lesões Músculo-Esqueléticas, Lisboa: Universidade Aberta, tese de Mestrado Comunicação em Saúde.

-ALMEIDA, G. E. S., 2000. *Para que Somar se a Gente Pode Dividir? Abordagens Integradoras em Saúde, Trabalho e Ambiente*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

-ANDRADE, M. I. (1995). Educação para a Saúde-Guia para Professores e Educadores. Lisboa: Texto Editora.

-BENATTI MCC. 1997. Acidente do trabalho em um hospital universitário: um estudo sobre a ocorrência e os factores de risco entre trabalhadores de enfermagem. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP;

-BEZOLD, C.; CARLSON, R.J. & PECK, J. C (1986): - The future of Work and health. Institute for Alternative futures Dover, Ma: Auburn house,.

-BOLICK, D. (2000): Segurança e controle de infecção, Rio de Janeiro, Reichmann e Affonso Editores. ISBN 85-87148-400

-BOEMER MR, ROSSI LR, NASTARI, RR. (1989) A idéia de morte em unidade de terapia intensiva - análise de depoimentos. Rev Gaúcha Enfermagem julho; 10(2):8-14.

-BREVIDELLI MM. (1997) Exposição ocupacional aos vírus da AIDS e da hepatite B: análise da influência das crenças em saúde sobre a prática de recapsular agulhas. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP.

-BRITO, J. C. & PORTO, M. F. S., (1991). Processo de Trabalho, Riscos e Cargas à Saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz.

-BYBEE, R. (1993). Reforming Science Education. *Social Perspectives & Personal Reflections*. New York, Teachers College Press.

-CAMPOS, Vicente Falconi(1992) TQC - Controle de qualidade total. 2.ed. São Paulo: Bloch Editores.

-CARAPINHEIRO, G. ; LOPES, N. (1996). Recursos e condições de trabalho dos Enfermeiros portugueses. Lisboa: instituto Superior Ciências do trabalho e da empresa.

-CARMO, H.; FERREIRA,M.M. (19998): Metodologia da investigação – um guia para a auto-aprendizagem, Lisboa, Universidade Aberta.

-Castro DS. (1990).Experiência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva: análise fenomenológica. [dissertação]. Ribeirão Preto.

- CERQUEIRA, W.F.A. (1997). Anti-sepsia das Mãos e do Campo Operatório: In RODRIGUES et al. Infecções Hospitalares Prevenção e Controle. São Paulo. Sarvier, p.436.
- CHIAVENATO, I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- CONTE, António (2003) QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. Funcionários com qualidade de vida no trabalho são mais felizes e produzem mais . Rev F A E B U S I N E S S , n.7, Nov.
- COLLIÉRE, Marie-Françoise (1999). *PROMOVER A VIDA: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3ª edição, Lisboa, LIDEL Editora,
- COLLIÉRE, Marie-Françoise (2001) – *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª edição, Lisboa, Lusociência, , ISBN: 972-8383-53-3
- COUTINHO, João; VERÍSSIMO, Isabel (2006) Compilação, dos principais temas, elaborada pela direcção de serviços de recursos humanos, da direcção regional de educação de Lisboa. Novembro.
- DAL BEM, L.W., MOURA, M.L.P.A . Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar para Enfermeiros. São Paulo: SENAC, p.09 (1995).
- DI LASCIO, Raphael Henrique Castanho. Model for Analysis of the life quality in the professionals' of the nursery services work in pediatric hospital, 2003, 129t. Dissertation (Master's degree in Engineering of Production) - Program of Masters degree. UFSC, Florianópolis.
- DOMINGUES O.P., Frei Bernardo (1995) Comunicação solidária para a promoção da saúde. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2370. 43:4 (Julho/Agosto) 170-172.
- ECO, Umberto. Como se faz uma tese em Ciências sociais, 11ª Ed., Lisboa, editora presença, Junho 2004, 234pp.
- EUROSTAT; “*Estatísticas Europeias de Acidentes de Trabalho (EEAT), Metodologia*”; 2001
- ESTRYN-BEHAR M. (1996) Ergonomia hospitalar: teoria e prática. 7º Encontro Nacional de Enfermagem do Trabalho. Rio de Janeiro, Brasil, Agosto 1996. p. 96-105.
- FEIGENBAUM, Armand V. (1994). Controle de qualidade total. 40.ed. São Paulo: Makron Books,. v.1 e v.2.
- FERNANDES, Eda C. Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar. 2.ed. Salvador: Casa da Qualidade
- FERNANDES, A. T., FERNANDES, M. O., FILHO, N. R. (2000): Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde, S. Paulo, Editora Atheneu, 2 volumes.

- FERRAZ R. M. S. (2002), Acidentes de exposição ao sangue: Atitudes, Crenças, Intenção e Comportamento, Lisboa: Universidade Aberta, dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- FERREIRA, M. M. (2005) Riscos de Saúde dos Enfermeiros no Local de Trabalho. "Sinais Vitais", nº 59; p.29-35, Março.
- FISHBEIN; Martin; AJZEN, Icek (1980): Understanding attitudes and predicting social behaviour, prentice-Hall, Inc. New Jersey, USA.
- FOLKMAN, S. (1982) Na Approach to the measurement of coping. Journal of occupational behaviour, 3 (1), 95-107.
- FUNDEN. 1996. El riesgo profissional. In: Manual de Salud Laboral. Madrid; p.93-8. (Serie enfermería)
- FERNANDES, E. (1996) Qualidade de Vida no Trabalho: como medir para melhorar. 2.<sup>a</sup> edição. Bahia: Casa da Qualidade.
- FOLKMAN, S. (1984) Personal control and stress and coping processes : A Theoretical analysis Journal of Personality and Social Psychology, 46, 839-852.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R. S., GRUEN, R. J., & DELONGIS, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of personality and Social Psychology, 50 (3), 571-579.
- GAB/GT (2005) A inspecção do Trabalho e os inquéritos de acidentes de trabalho e doenças profissionais, IGT.
- GRAÇA, L. (1999): Da velha Medicina do Trabalho à "Nova" Saúde Ocupacional. Textos sobre saúde e trabalho.
- GRAÇA, L., HENRIQUES, A. Isabel (2000) – Florence Nightingale e Ethel Fenwick: da Ocupação à Profissão de Enfermagem. Textos sobre Saúde e Trabalho. Lisboa.
- GRAHAM, K. J (1991): - Quality of life in the Working Environment. Public health Nursing, 8 (2).
- GRAY-TOFT, P.; & ANDERSON, J. (1981). Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. Social Sciences Medicine, 15a, 639-647.
- GUIRARDELLO EB, ROMERO-GABRIEL CAA, PEREIRA IC, MIRANDA AF. (1999) A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enfermagem USP junho; 33(2):123-9.
- HOLLAND C, Cason CL, Prater LR (1997). Patient.s recollections of critical care. Dimens Crit Care Nurs May-June; 16(3):132-41.
- INTERNATIONAL HEALTH CARE WORKER (1999).- Safety Center. Risk of infection: following a single HIV, HBV, or HCV – contaminated needlestick or sharp instrument

injury. University of Virginia, Virginia-EUA [serial online] Available from: URL: <http://www.medvirginia.edu>

-IGT (2005); “*Normas Internacionais do Trabalho sobre a Inspeção do Trabalho*”; IGT,; Lisboa (In [www.igt.gov.pt](http://www.igt.gov.pt)) OIT; “*Enregistrement et déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles*”, BIT, Genebra, 1996.

-JANSEN, AC. (1997) Um novo olhar para os acidentes de trabalho na enfermagem: a questão do ensino. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP;

- KAHN, RL, (1991) *Work and health*, New York: John Wiley & Sons,

- LACAZ FAC. (2000) Qualidade de vida no trabalho e saúde /doença. *Ciência Saúde Colectiva*; 5(1):151-61.

-LAZARUS, R., & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer publishing.

-LINO MM (1999) Satisfação Profissional entre enfermeiros da UCI. Adaptação transcultural do índice of work satisfaction (dissertação) São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de USP

-LINO, M, SILVA (2001), enfermagem na unidade de cuidados intensivos: a história como explicação da prática. *Nursing 4* (41): 25-9 (edição brasileira)

-LINO (2004) Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiros da UCI São Paulo

-MACHADO, J. M. H., 1997. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (Sup. 2): 33-45.

-MARCUS R, BELL DB. (1997) Occupational risk of human immunodeficiency virus-infection in health care workers. In: de Vita VT. *AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention*. 4ª ed. Philadelphia (EUA): Lippincott-Raven,;

-MARTINS, Mª de Lourdes; LOURENÇO, Margarida Sousa – A arte de comunicar: comunicação interdisciplinar. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871-2370. 44:2 (Março/Abril 1996) 63-68.

-MARTINS, P; MARTINS, A. C - Análise psicológica - O regime de trabalho e a vida social e doméstica: Satisfação e estratégias de Coping – um estudo numa amostra de enfermeiros. (1999), 3 (XVII): 529-546.

-MARZIALE MHP, CARVALHO EC. (1998) Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internamento de cardiologia. *Rev Latino-am Enfermagem* jan; 6(1):99-

- MARZIALE MHP, RODRIGUES CM. (2002) A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem julho-agosto; 10(4):571-7.
- MCINTYRE, T. M., MCINTYRE, S. E; SILVÉRIO, J. Análise Psicológica – respostas de stress e recursos de Coping nos enfermeiros. (1999) 3(XVII): 513-527.
- MENDES, R. & DIAS, E. C., 1991. Da Medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de saúde pública, São Paulo, 25 (5): 341-349.
- MAKOWIEC-DABROWSKA et al (2000) Can nurses be employed in 12 hour shift systems? In j occup scf ergonom; 6(3): 393-403.
- MOREIRA, Martha Cristina Nunes (1999) *IMAGENS NO ESPELHO DE VÊNUS: Mulher, Enfermagem e Modernidade*. Revista latino-Americana, [on line], , vol. 7, nº 1.
- MURRIA, M. P, et al (1996). Exposición accidental a sangue com fluidos corporales (y II). Riesgo asociado a maniobras de Enfermería. Rol de Enfermería nº 210, Febrero.
- MIGUEL, Alberto, S. - Manual de Higiene e Segurança do Trabalho. Porto Editora, 3ª Ed., 1995, pp. 20-75.
- NISHIDE, Vera, BENATTI, Maria Cecília Cardoso (2004); Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Rev Escola de Enfermagem USP 38(4): 406-14.
- OMS – La promotion de la santé des travailleurs. Genève Rapports Techniques, 762, 1988.
- PHANEUF, M. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência
- PIZZOLI, L. (2005) Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital Heliópolis. Ciência Saúde Colectiva vol.10 nº4 Rio de Janeiro Out. /Dez, 1054-1062.
- QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L.V. (1998): Manual de investigação em Ciências sociais, Lisboa, Gradiva.
- RAMOS, N. (2004) Psicologia clínica da saúde, Lisboa Univ. aberta.
- RAMOS, N. (2007) Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. Revista Psychologica. 45.147-169.
- RAPPARINI C. Riscos biológicos e profissionais de saúde: procedimentos clínicos. (21 abr. 2001).
- “Resolução sobre as estatísticas das lesões profissionais devidas a acidentes de trabalho” (1998) adoptada pela 16ª Conferência Internacional de Estaticistas do Trabalho convocada pelo CA do BIT/OIT, Cfr. art.º 6º da L n.º 100/97 de 13-1 e art.º 6º do DL n.º 143/99, de 30-4.

- RICHARDSON, et al. (2003) Twelve hour shift on ITU: a nursing evaluation. *Nurs Crit Care*; 8(3):103-8.
- RODRIGUES MVC. (2002) *Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes;.
- ROGERS Bonnie, RN, Dr. PH, COHN, FAAN (1997). *Enfermagem do Trabalho, Conceitos e Prática*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 557p,
- Russell S. (1999) An exploratory study of patient.s perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *J Adv Nurs*; 29(4):783-91.
- SAGEHOMME, D. – Por um trabalho melhor. Guia de análise das condições de trabalho em meio hospitalar. FORMASAU, Formação e saúde Lda., 1ª Ed. 1997.
- SANTOS, C. S. (1991) *O desenvolvimento da saúde ocupacional e os cuidados de saúde primários*. Lisboa: (s.n.)
- SANTOS, C.; CORREIA, I.; CASTRO, M. (1999) *Manual de Saúde ocupacional e Condições de trabalho*. Lisboa: (s.n.).
- SANTOS, A. A. M. (2000) Lavar as mãos: A importância da higienização das mãos. *Revista Meio de Cultura*, São Paulo, v. 3, n. 13, p. 10–14.
- SANTOS, A.L.G.S.; BACKES, V.M.S.; VASCONCELOS, M.A. (2002) A assistência humanizada ao cliente no centro cirúrgico: uma experiência apoiada na teoria humanística de Paterson & Zdera. São Paulo. *Rev. Nursing*, n.º 48, p. 25-30,.
- Spindola T, Castañon FF, Lopes GT. (1994) O stress na Unidade de Terapia Intensiva. *Âmbito Hospitalar*; 5:2-41.
- SOARES, M. (1997). *Da blusa de brim à touca branca – contributo para a história do ensino de Enfermagem em Portugal 1880-1950*. Tese de mestrado em ciências da educação, Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da educação.
- SPINDOLA T, CASTAÑON FF, LOPES GT(1994). O stress na Unidade de Terapia Intensiva. *Âmbito Hospitalar*; 5:2-41.
- STONE, D., ARMSTRONG, W., MACRINA, D., PANKAU, J. (1999): *Introdução à Epidemiologia*, Alfragide, McGraw-Hill Companies, Inc.
- THORNTON J.; WHITE A. (1999) Heideggerian investigation into the lived humour by nurses in an intensive care unit. *Intensive care nurse*; 15 (5): 266-78
- UGROVICS, WRIGHT (1990) 12 hours shifts: does fatigue undermine ICU nursing judgments? *Nurs manage*; 21(1): 64A, 64D, 64F, 64G.

-VILELA, E. M., MENDES, J. M. (2002) Entre Newton e Einstein: Desmedicalizando o conceito de saúde. Holos Editora,.

-YER, P.W. e colaboradores. Processos e diagnósticos em enfermagem. Porto Alegre: Artes eléticas, 1993.

-[WWW.portugal.gov.pt](http://WWW.portugal.gov.pt) – Comunicação do Conselho de Ministros de 7 de Dezembro de 2005.

## **ANEXOS**

ANEXO I – Pedido de autorização ao Conselho de administração  
do HSFX para a realização do estudo

ANEXO II – Inquérito “Riscos de saúde e qualidade de vida no trabalho nos profissionais de enfermagem”

## **INQUÉRITO**

# **“Riscos de saúde e qualidade de vida no trabalho em profissionais de Enfermagem”**

**Uma investigação na Unidade de Cuidados Intensivos  
Médicos do Hospital São Francisco Xavier**

**Mestrado de Comunicação em Saúde**

Lígia Maria Ribeiro Moreira Martins da Silva

**Esclarecimentos adicionais:**

1. O questionário é anónimo e confidencial.
2. Não existem respostas certas ou erradas, estamos simplesmente interessados na sua opinião.

**Obrigada por nos dedicar algum do seu tempo**

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

Gostaríamos de saber algumas das suas informações pessoais. Usaremos esta informação quando analisarmos as outras respostas do restante questionário.

Por favor indique qual a resposta que melhor o descreve a si e à sua situação profissional assinalando o quadrado apropriado.

### **Sexo:**

Feminino

Masculino

### **2- Idade: -----anos**

### **2.Estado civil:**

Solteiro

Casado

Divorciado

Viúvo

União de facto

### **4- N° de filhos**

0

1

2

3

>3

**4.1- Tem apoio familiar no que concerne ao cuidar dos filhos nos turnos da tarde, noite e fins de semana, especifique assinalando a hipótese correcta**

- **Cônjuge**
- **Prolongamento na creche**
- **Avós**
- **Ama**

**Contexto do trabalho**

**1- Há quanto tempo exerce a profissão de enfermagem?**

----- anos

**Há quantos anos trabalha neste serviço (unidade de cuidados intensivos médicos -UCIM)?**

----- anos

**3- Quais são as razões principais para trabalhar por turnos?**

Faz parte integrante da profissão

Mais conveniente para as minhas actividades familiares

Melhor remunerado

Outra

**4 – O que pensa o seu cônjuge/familiares relativamente ao seu trabalho por turnos?**

-----  
-----  
-----  
-----

**5- Quantas horas trabalha por semana na UCIM?**

35 Horas

40 Horas

42 Horas

Outro

**6- Trabalha em duplo emprego?**

Sim

Não

**7- Se respondeu afirmativamente, justifique porquê.**

-----  
-----  
-----  
-----

**8- Quantas horas semanais faz para além do seu horário na UCIM?**

12h

16h

19h

35h

**Se anteriormente já trabalhou noutro serviço responda à questão9**

**9- Sente relativamente à UCIM que está mais exposto a riscos ocupacionais do que noutro serviço?**

Sim

Não

**10- Se respondeu Sim, indique quais os riscos a que se encontra mais exposto na UCIM, relativamente a outros serviços aonde trabalhou?**

Risco biológico/infeccioso

Risco ergonómico

Risco Químico

Riscos psicossociais

Outros  **Qual**-----

**11- A UCIM dispõe de equipamento de protecção e segurança?**

Sim

Não

**12- Já sofreu algum acidente de serviço?**

Sim

Não

**Se respondeu afirmativamente. Preencha as alíneas de 12.1 a 12.7**

**12.1- Estava a utilizar as medidas adequadas de protecção e segurança quando se acidentou?**

Sim

Não

**12.2– Tipo de acidente**

Picada

Lombalgia

Ferida objectos cortantes

Salpicos com medicamentos

Salpicos produtos biológicos

Outros  Qual-----

**12.3– Causas de acidente de serviço**

Mobilização de doentes

Espaço físico inadequado

Recapsular agulhas

Utilização inadequada de material cortante/perfurante

Manuseamento do material sujo/infectado

Não cumprimento de precauções universais

Pavimento escorregadio ou em más condições

Manuseamento de produtos biológicos

Outro

**12.4- Notificou o acidente?**

Sim

Não

**Se notificou o acidente responda à questão 13.6.**

**12.5- Teve acompanhamento adequado da sua situação pelo serviço de saúde ocupacional?**

Sim

Não

**12.6- Tem alguma doença profissional?**

Sim

Não

**12.7- Se respondeu afirmativamente, especifique a doença e em que contexto surgiu-----**

-----  
-----  
-----  
-----

**13- Tem tempo e disponibilidade para actividades fora do âmbito da sua profissão?**

Sim

Não

**13.1- Se respondeu afirmativamente diga quais-----**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**14- Quais as estratégias individuais que utiliza para promover a sua qualidade de vida no trabalho?**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**15 - Quais as estratégias colectivas (organizacionais) que são utilizadas neste hospital para promover a sua qualidade de vida enquanto trabalhador?**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

ANEXO III – Escala de avaliação da satisfação profissional dos  
enfermeiros

## Avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros da UCIM.

Assinale com uma cruz o número que estiver mais de acordo com a sua satisfação sentida relativamente aos itens referidos, de acordo do com a seguinte escala:

(totalmente insatisfeito)	1	2	3	4	5	(totalmente satisfeito)
---------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------

N.A	(Não se Aplica, ou seja, se considerar que o item não se aplica ás funções que desempenha)
-----	--

### 1- Autonomia e Poder:

1.1. A independência e a autonomia indispensáveis ao exercício das minhas funções.

1	2	3	4	5	N.A
---	---	---	---	---	-----

1.2. A possibilidade efectiva e concreta de participar na concepção, planeamento, implementação e avaliação dos programas e actividades relacionados com o meu trabalho.

1	2	3	4	5	N.A
---	---	---	---	---	-----

1.3. A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços, unidades e equipas, de modo a prevenir falha de comunicação e conflitos.

1	2	3	4	5	N.A
---	---	---	---	---	-----

1.4. A percepção de que o meu papel e as minhas competências são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites pelos demais profissionais.

1	2	3	4	5	N.A
					.

1.5. A percepção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência.

1	2	3	4	5	N.A
					.

1.6. A oportunidade de participar em programas e actividades de cuidados intensivos, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais.

1	2	3	4	5	N.A
					.

## **2- Condições de trabalho e saúde:**

2.1. A disponibilidade de equipamento/meios necessários à realização da actividade profissional

1	2	3	4	5	N.A
					.

2.2. - As condições físicas do local de trabalho

1	2	3	4	5	N.A
					.

2.3. - A adequada protecção contra os riscos profissionais, de natureza física e ou biológica, a que estou exposto no meu local de trabalho

1	2	3	4	5	N.A
					.

2.4. - A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho (por ex., conflitos com os utentes e colegas, sobrecarga de trabalho).

1	2	3	4	5	N.A
					.

### **3- Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional:**

3.1. A convicção de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor no serviço (UCIM) onde trabalha.

1	2	3	4	5	N.A
					.

3.2. A oportunidade de formação contínua e desenvolvimento pessoal, no âmbito da minha carreira.

1	2	3	4	5	N.A
					.

3.3. O devido reconhecimento do meu desempenho profissional, por parte da minha chefia hierárquica.

1	2	3	4	5	N.A
					.

3.4. O entusiasmo com que vivo as mudanças que estão a (ou vão) ser introduzidas neste serviço (UCIM).

1	2	3	4	5	N.A
					.

3.5. A percepção da garantia de qualidade dos cuidados e serviços que são prestados aos utentes nesta unidade de cuidados intensivos, por mim e pelos demais profissionais.

1	2	3	4	5	N.A
					.

3.6. O orgulho que sinto relativamente à imagem deste serviço, junto do hospital onde está inserido.

1	2	3	4	5	N.A
					.

#### **4- Relações de Trabalho e Suporte Social:**

4.1. O espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço (UCIM) independentemente da sua profissão ou carreira.

1	2	3	4	5	N.A
					.

4.2. A cooperação e a

colaboração com que posso contar por parte dos meus colegas de profissão.

1	2	3	4	5	N.A
					.

4.3. O apoio com que posso contar por parte das chefias, sobretudo nos meus momentos difíceis em que uma pessoa precisa de ajuda.

1	2	3	4	5	N.A
					.

4.4. A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras.

1	2	3	4	5	N.A
					.

4.5. As oportunidades de convívio informal dos funcionários.

1	2	3	4	5	N.A
					.

## **5- Outros Aspectos Funcionais:**

5.1. A existência de linhas de orientação ou protocolos, quer a nível clínico/técnico, quer a nível de alguns aspectos mais importantes da organização e funcionamento desta unidade.

1	2	3	4	5	N.A
					.

5.2. A participação em reuniões multidisciplinares regulares para discussão de questões clínicas e/ou organizativas.

1	2	3	4	5	N.A
---	---	---	---	---	-----

5.3. O conhecimento atempado de reuniões de serviço e da respectiva ordem de trabalhos.

1	2	3	4	5	N.A
---	---	---	---	---	-----

Nos espaços que se seguem, solicitamos-lhe que confira alguns FACTORES que considere que contribuem para uma maior e para uma menor satisfação profissional, no momento actual:

**FACTORES POSITIVOS:**

---

---

---

---

---

**FACTORES NEGATIVOS:**

---

---

---

---

---

Por último, agradecemos-lhe todas as **SUGESTÕES** concretas e viáveis que possa dar tendo em vista a melhoria da satisfação dos profissionais deste serviço.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Inquérito adaptado do questionário concebido pelo Dr. Luís Graça (1999):**

**MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.**