

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM
TRABALHADORES DO SERVIÇO
HOSPITALAR DE LIMPEZA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Cintia da Silva Marconato

Santa Maria, RS, Brasil

2015

**DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM
TRABALHADORES DO SERVIÇO
HOSPITALAR DE LIMPEZA**

Cintia da Silva Marconato

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Santa Maria, RS, Brasil

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Marconato, Cintia da Silva
Distúrbios psíquicos menores em trabalhadores do
serviço hospitalar de limpeza / Cintia da Silva
Marconato.-2015.
129 p.; 30cm

Orientadora: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Enfermagem 2. Serviço hospitalar de limpeza 3.
Saúde do trabalhador 4. Transtornos mentais 5.
Sofrimento psíquico I. Magnago, Tânia Solange Bosi de
Souza II. Título.

© 2015

Todos os direitos autorais reservados a Cintia da Silva Marconato. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: cintiamarconato@gmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

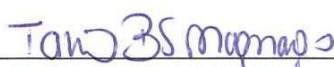
**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado**

**DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM TRABALHADORES DO
SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA**

elaborada por
Cintia da Silva Marconato

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

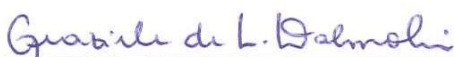
COMISSÃO EXAMINADORA




Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dra. (UFSM)
(Coordenadora/Orientadora)



Juliana Petri Tavares, Dra. (IPA)



Gazielle de Lima Dalmolin, Dra. (UFSM)



Rafaela Andolhe, Dra. (UFSM)- Suplente

Santa Maria, 23 de Outubro de 2015.

AGRADECIMENTOS

*Em especial ao meu esposo **Sandro**,
por sempre acreditar em mim e encarar meus objetivos com se fossem seus;*

*As minhas princesas, **Valentini e Alícia**,
por suportarem minha ausência;*

*Aos meus pais, **João e Iza** e aos meus sogros **Irineu e Ilva**,
que estavam sempre prontos pra cuidar de minhas filhas
e preencher com muito amor e carinho o vazio por vezes deixado por mim;*

*Aos meus irmãos, **Kélvis e Kélisson**
embora sem entender muito, me apoiaram incondicionalmente;*

*As minhas amigas e comadres **Angelita e Clarice**
que sempre me incentivaram a seguir em frente;*

*A minha amiga **Noeli Birck**, mais que amiga, irmã
confidente, que sempre esteve pronta pra me ouvir e dizer as palavras certas,
embora por vezes eu não quisesse compreendê-las;*

*A prof^a Dr^a **Tânia de Solange Bosi de Souza Magnago**,
minha orientadora e exemplo de profissional,
que acreditou em mim enquanto pesquisadora;*

*A colega de trabalho e de grupo **Marinez Diniz da Silva Ceron**,
que me apontou os caminhos menos sofridos;*

*Aos colegas de grupo de pesquisa em especial,
Mariangela, Marlize, Emanuelli, Thiana e Ana Marta, obrigada;*

*As minhas colegas e parceiras **Caroline, Graziela, Katiane e Izolina**,
vocês moram no meu coração;*

*Ao colega Ddo. **Francisco** pelas discussões e apoio;*

*A bolsista **Ana Carolina Magnago**,
pela ajuda;*

*A **UFSM e direção de enfermagem do HUSM**,
que me oportunizaram esta qualificação;*

*A equipe de enfermagem do Serviço de radioterapia do HUSM (**Dorli, Marlene, Rosimeri
Lilian, Luciana, Warlandete e R2 Enf. Fernanda Bellinazo**) e os demais colegas, pelo
incentivo e compreensão;*

*A colega aposentada **Vera Cristina Doneles**
pelo incentivo e as seções de Reiki;*

Ao PPGEnf;

*Aos **trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza,**
pela disponibilidade em participar da pesquisa;*

E a todos meus familiares e amigos que fizeram parte desta caminhada.

Muito Obrigada!

*“Quem caminha sozinho
pode até chegar mais rápido,
mas aquele que vai acompanhado,
com certeza vai mais longe”.*
Clarice Lispector

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA

AUTORA: CINTIA DA SILVA MARCONATO

ORIENTADORA: TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 23 outubro de 2015.

Os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza compõem o organograma das instituições hospitalares como integrantes do serviço de apoio, não sendo exigida formação técnico-científica específica para atuação nesse ambiente. Estão expostos às mesmas cargas e riscos laborais que os trabalhadores da área da saúde. Este estudo objetivou identificar a prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores (DPMs) em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza (SHL) de um hospital universitário. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, que derivou do projeto matricial “Avaliação das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob CAAE n. 13106313.1.0000.5346, em 26 de fevereiro de 2013. O cenário de pesquisa foi um hospital universitário público do interior do Estado do Rio Grande do Sul. A população foi composta por 157 trabalhadores que participaram do projeto matricial. Para coleta de dados utilizou-se um formulário contendo variáveis referentes aos dados sociodemográficos, laborais, hábitos e saúde (variáveis independentes); e o Sef-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) para avaliação dos DPMs (variável dependente). Os dados foram digitados no programa Epiinfo 6.04, com dupla digitação independente. Após a verificação e correção de erros e inconsistências na digitação, realizou-se a análise dos dados no programa *PASW Statistics*® 18.0 for Windows, utilizando estatística descritiva e inferencial. A prevalência global para suspeição de DPMs foi de 29,3%. O grupo de sintomas mais prevalente foi o Humor depressivo-ansioso, variando de 21% (N=33) a 55,4% (N=87) e a questão que mais recebeu respostas positivas foi “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado” (55,4%; N=87). Após ajustes por fatores de confundimento, permaneceram associadas aos DPMs: fazer uso de medicação (RPaj=1,11; IC95%=1,02-1,22), alto estresse no trabalho (RPaj=1,22; IC95%=1,08-1,38), não ter tempo para o lazer (RPaj=1,22; IC95%=1,04-1,43) e às vezes ter tempo para o lazer (RPaj=1,18; IC95%=1,06-1,31). Os resultados evidenciados sinalizam para a importância de incluir os trabalhadores do SHL nos projetos de educação permanente planejados pela instituição, atendendo à essência dos programas de atenção à saúde do trabalhador, que é a prevenção dos agravos advindos das atividades laborais.

Palavras-chave: Enfermagem. Serviço hospitalar de limpeza. Saúde do trabalhador. Transtornos mentais. Sofrimento psíquico.

ABSTRACT

Masters Dissertation
Graduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

MINOR PSYCHIC DISORDERS IN HOSPITAL CLEANING SERVICE WORKERS

AUTHOR: CINTIA DA SILVA MARCONATO
SUPERVISION: TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO
Date and Place of Defense: Santa Maria, October, 23rd 2015.

Hospital Cleaning Services Workers make up the organization chart of the hospitals as a support service members, without requiring specific technical and scientific training to operate in that environment. They are exposed to the same charges and occupational risks than health workers. This study aimed to identify the prevalence and factors associated with Psychic Minor Disorders (DPM) in Hospital Cleaning Service Workers (SHL) in a university hospital. It is an epidemiological study, which was derived from the matrix project "Assessment of working conditions and health of hospital cleaning service workers" approved by the Ethics Research Committee of *UFSM*, under *CAAE* n. 13106313.1.0000.5346 on 26th February 2013. The research setup was a public university hospital in the interior of *Rio Grande do Sul* State. The population consisted of 157 workers who participated in the matrix project. For data collection there was used a form containing variables related to socio-demographic data, employment, and health habits (independent variables); and Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) to evaluate DPM (dependent variable). The data were entered into Epi Info 6.04, double independent typing. After checking and correcting errors and inconsistencies in typing was held data analysis in SPSS 18.0 for Windows program Statistics® using descriptive and inferential statistics. The overall prevalence for psychological distress was 29.3%. The group of symptoms was more prevalent depressive anxious Humor, ranging from 21% (N = 33) to 55.4% (N = 87) and the question that received positive responses was "feeling nervous, tense or worried "(55.4%; N = 87). After adjustment for confounding variables, the factors associated with DPM: make use of medication (aPR = 1.11, 95% CI 1.02 to 1.22), high job stress (aPR = 1.22, 95% CI 1, 08-1.38), do not have time for leisure (aPR = 1.22, 95% CI 1.04 to 1.43) and sometimes have time for leisure (aPR = 1.18; 95% CI = 1.06 to 1.31). The disclosed results point to the importance of including the SHL workers in lifelong learning projects planned by the institution, given the essence of care programs to workers' health, which is the injuries prevention arising from work activities.

Keywords: Nursing. Housekeeping, hospital. Worker's health. Mental disorders. Psychic suffering.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis demográficas e econômicas, tipo e operacionalização	49
Quadro 2 – Variáveis laborais, tipo e operacionalização	50
Quadro 3 – Variáveis hábitos e saúde, tipo e operacionalização	51
Quadro 4 – Grupos de sintomas avaliados pelo SRQ-20	52
Quadro 5 – Índice de Capacidade para o Trabalho, itens e valores referenciais.....	53
Quadro 6 – Índice de Capacidade para o Trabalho: pontuação, capacidade para o trabalho e objetivos das medidas.....	53
Quadro 7 – Frequência das respostas, de acordo com grupos de sintomas. RS, Brasil, 2013.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência de DPMs segundo o perfil sociodemográfico dos trabalhadores do SHL. RS, Brasil, 2013. (N=157)	59
Tabela 2 – Prevalência de DPMs relacionados com o perfil laboral dos trabalhadores do SHL. RS, Brasil, 2013	60
Tabela 3 – Prevalência de DPMs relacionados com o perfil de saúde dos trabalhadores do SHL. RS, Brasil, 2013	61
Tabela 4 – Distribuição das associações bruta e ajustada. RS, Brasil, 2013.....	62

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEn	– Associação Brasileira de Enfermagem
ANENT	– Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AUDIT	– Alcohol Use Disorder Identification Test
CAPEs	– Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CASEs	– Centros de Atendimento Socioeducativos
CBT	– Confederação Brasileira do Trabalho
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CID	– Classificação Internacional de Doenças
CLT	– Consolidação das Leis Trabalhistas
DeCS	– Descritores em ciências da Saúde
DER	– Desequilíbrio Esforço Recompensa
DPMs	– Distúrbios Psíquicos Menores
ESF	– Equipe de Saúde da Família
ICT	– Índice de Capacidade para o Trabalho
INSS	– Instituto Nacional de Seguro Social
IPAQ	– Questionário Internacional de Atividade Física
LILACS	– Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MPM	– Morbidade Psíquica Menor
MTE	– Ministério do Trabalho e Emprego
OIT	– Organização Internacional do Trabalho
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PASW	– Predictive Analytics Soft Ware
PPGEnf	– Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPM	– Problemas Psíquicos Menores
PubMed	– Publicações Médicas
QPHAS	– Questionário de Percepção de Hábitos Saudáveis
SBED	– Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
SHL	– Serviço Hospitalar de Limpeza
SPSS	– Statistical Package for the Social Sciences
SRQ-20	– Self-Reporting Questionnaire-20
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	– Transtornos Mentais Comuns
UFMS	– Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE APÊNDICE

Apêndice A – Termo de confidencialidade, privacidade e segurança de dados	99
---	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Aprovação do comitê de ética em pesquisa.....	103
Anexo B – Instrumento de coleta de dados.....	104
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	125
Anexo D – Termo de confidencialidade, privacidade e segurança de dados.....	128
Anexo E – Autorização para utilização do banco de dados.....	129

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	25
1.1	Objetivo geral.....	29
1.2	Objetivos específicos.....	29
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	31
2.1	O trabalho e a saúde do trabalhador.....	31
2.2	O serviço hospitalar de limpeza.....	34
2.3	Transtornos mentais e DPMs.....	36
2.4	Outros acometimentos à saúde do trabalhador.....	40
2.4.1	Estresse ocupacional.....	40
2.4.2	Capacidade para o trabalho.....	41
2.4.3	Dor Musculoesquelética (DME).....	42
3	MÉTODO.....	45
3.1	Breve apresentação do projeto matricial.....	45
3.2	Tipo de estudo.....	47
3.3	Campo de estudo.....	47
3.4	População.....	48
3.5	Coleta de dados e instrumento de pesquisa.....	48
3.5.1	Descrição das variáveis, tipo e operacionalização.....	49
3.6	Organização e análise dos dados.....	55
3.7	Considerações bioéticas.....	56
4	RESULTADOS.....	57
4.1	Perfil sociodemográfico, laboral, hábitos de vida e de saúde dos trabalhadores do SHL.....	57
4.2	Prevalência de DPMs e fatores associados.....	58
5	DISCUSSÃO.....	65
5.1	Perfil sociodemográfico e econômico dos trabalhadores do SHL.....	65
5.2	Perfil laboral dos trabalhadores do SHL.....	66
5.3	Perfil de saúde dos trabalhadores do SHL.....	68
5.4	Prevalência global de DPMs e fatores associados.....	73
5.4.1	Prevalência de DPMs em trabalhadores do SHL.....	73
5.4.2	Fatores associados à presença de DPMs nos trabalhadores do SHL.....	76
6	CONCLUSÕES.....	79
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	85
	APÊNDICE.....	97
	ANEXOS.....	101

1 INTRODUÇÃO

Os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza (SHL) desenvolvem suas atividades com a finalidade de assegurar aos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde um ambiente limpo, agradável e com menor risco de contaminação. Para atingir esse fim, utilizam-se de produtos químicos, ação física e aplicação de calor ou por meio destes métodos combinados (BRASIL, 2012a). Para Petean, Costa e Ribeiro (2014, p. 616), estes trabalhadores vão além de limpar e remover micro-organismos, pois o seu trabalho de limpeza “representa uma condição de nossa própria sobrevivência, dado que dela depende o nosso conforto e bem-estar, a fim de que a permanência nesse ambiente seja possível”.

Geralmente, os trabalhadores do SHL são inseridos no mercado de trabalho com contratos de terceirização de serviços (BELTRAME et al., 2014; PETEAN; COSTA; RIBEIRO, 2014). Eles têm como possibilidades de atuação vários cenários, como clínicas, unidades básicas, hospitais, consultórios, entre outros. Neste estudo, destaca-se o ambiente hospitalar, no qual, hierarquicamente, estão na categoria do serviço de apoio. Essa classificação, por vezes, pode dar falsa impressão de não exposição às mesmas cargas e riscos laborais que os trabalhadores da área da saúde. Embora não desenvolvendo atividades ligadas ao cuidado e assistência direta ao paciente, podem sofrer implicações relacionadas à saúde devido ao convívio cotidiano com situações advindas do trabalho hospitalar (MENEQUIN; MORINE; AYRES, 2015).

Os trabalhadores do SHL apresentam algumas características peculiares, como serem predominantemente do sexo feminino (MARTINS et al., 2013; OLIVEIRA, 2014; SALWE; KUMAR; HOOD, 2011) e oriundos do trabalho doméstico ou informal. Majoritariamente, não dispõem de qualificação acadêmica para atuar no ambiente hospitalar e muitos sequer tiveram uma oportunidade de escolha, ao contrário dos trabalhadores da área da saúde, que durante a sua formação têm disciplinas específicas para ajudá-los a compreender e conviver com a subjetividade deste tipo de ambiente de trabalho. Para Gonzalez e Carvalho (2003, p. 56), o ambiente hospitalar é um local “tenso e complexo”, de dor e sofrimento alheio propício ao adoecimento físico e mental, principalmente para os trabalhadores menos qualificados.

Conforme a orientação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), antes de iniciar suas atividades laborais, os trabalhadores do SHL devem receber treinamentos

técnicos pertinentes às atividades que irão desempenhar e, posteriormente, receber educação em serviço periodicamente (BRASIL, 2012a). Após essa capacitação técnica os trabalhadores são inseridos efetivamente na rotina de trabalho, momento em que todos os sentimentos que permeiam a assistência ao paciente também podem ser experienciados pelos trabalhadores do SHL, passando a fazer parte do seu cotidiano laboral. Desses, destacam-se a alegria em ver a melhora do paciente, mas de igual forma a tristeza com a dor, o sofrimento e até a morte de adultos e crianças.

Quando a inserção dos trabalhadores no ambiente laboral acontece abruptamente, somada às exigências e demandas próprias do serviço, eles podem não dispor do tempo adequado para a adaptação e, muitas vezes, não ter a compreensão sobre como se protegerem psiquicamente dos sentimentos aflorados por estas situações vivenciadas levando-os ao sofrimento psíquico, em diversos níveis de intensidade. Corroborando, Kirchhof et al. (2009) destacam que o ambiente hospitalar apresenta inúmeras circunstâncias desgastantes e penosas para o cotidiano laboral dos trabalhadores, pois estes estão expostos permanentemente a fatores que desencadeiam doenças físicas e emocionais. Dentre os transtornos mentais que podem acometê-los, destacam-se os Distúrbios Psíquicos Menores (DPMs), foco deste estudo.

Os DPMs podem provocar nos trabalhadores uma série de sintomas. Dentre eles, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas – dor estomacal, falta de apetite, entre outras (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). A manifestação de alguns desses sintomas pode ser indicativa da presença de transtorno mental não psicótico. Infelizmente, este conjunto de sintomas, característico da presença de DPMs não faz parte da Classificação Internacional de Doenças (CID10), portanto não são classificados como uma doença mental (SANTOS et al., 2010).

Preocupados com esta forma mais leve, mas importante manifestação de adoecimento psíquico, um grupo de pesquisadores da Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu o *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ 20), para detectar a presença de DPMs. O SRQ-20 caracteriza-se por ser um instrumento de triagem de fácil aplicação para estudos com populações variadas (SANTOS et al., 2010). Na literatura, podem-se encontrar diferentes nomenclaturas para identificar a presença dos DPMs, como: Morbidade Psiquiátrica Menor (MPM), Transtornos Mentais Comuns (TMC), Problemas Psiquiátricos Menores (PPM) e Distúrbios Psíquicos Menores (DPMs) (TAVARES et al., 2011). Neste estudo, será adota a terminologia Distúrbios Psíquicos Menores (DPMs), já que esta é a terminologia adotada nos estudos realizados pelo grupo de pesquisa a qual a autora desta pesquisa é integrante.

Vários estudos realizados com trabalhadores que atuam no ambiente hospitalar apontam elevada prevalência de DPMs como, pesquisas realizadas com trabalhadores de enfermagem de um hospital da Bahia (RODRIGUES et al., 2014) e de Porto Alegre (URBANETTO et al., 2013), com médicos anestesiológicos de Belo Horizonte (NEVES; PINHEIRO, 2012) e com residentes de medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva da cidade do Recife (CARVALHO, 2013). A prevalência de DPMs evidenciada por estas pesquisas foi, respectivamente, de 35%, 20,6%, 28,4% e 51,1%. Tomando por base as evidências desses estudos, observa-se que o ambiente hospitalar com todas as suas características pode estar contribuindo para a elevada prevalência de DPMs nos trabalhadores que o têm como cenário laboral.

É crescente o número de diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho, evidência comprovada pelos dados divulgados pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Pois, no período de 2000 a 2011, os transtornos mentais foram responsáveis por 4,76% do total de solicitações de auxílio-doença, já os episódios depressivos e os transtornos ansiosos responderam por 3,55% e 1,21% respectivamente. Portanto, nesses percentuais, ocupam a 5ª (episódios depressivos) e a 18ª (transtornos ansiosos) causa de necessidade de recebimento de auxílio-doença no país (BRASIL, 2014a).

Tendo estes dados como norteador fica evidente que o adoecimento mental vem acometendo cada vez mais trabalhadores. Desta forma, é urgente a necessidade de uma revisão no planejamento, estruturação e nos processos de trabalho. No entanto, contrapondo essas evidências, há que se almejar que o trabalho seja fonte de prazer e satisfação e não causador de doenças físicas e emocionais nos indivíduos. Para Ribeiro et al. (2011), o trabalho é considerado atividade vital para os seres humanos e é por meio dele que os sujeitos desenvolvem suas capacidades intelectuais e sociais. Assim sendo, um diagnóstico do perfil dos trabalhadores do SHL, bem como de suas condições de saúde e das características laborais é imprescindível para embasar revisões no processo de trabalho destes, tornando-o mais saudável.

Para fundamentar este estudo foi realizada uma busca nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Publicações Médicas (PUBMED) e no banco de Teses e Dissertações da ABEn e do Portal CAPES, com o objetivo de identificar as temáticas das produções científicas nacionais e internacionais realizadas com trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza. Como resultado, identificaram-se três estudos na base PUBMED e um na base LILACS. Nenhum estudo foi localizado no banco de Teses e

Dissertações da ABEn, nem no Portal CAPES. Dos estudos identificados, apenas um contemplava a temática transtornos mentais, mas não referente a DPMs.

Esta busca revelou a existência de uma lacuna na produção científica sobre DPMs com a população em foco. Dessa forma, justifica-se o investimento no seguinte objeto de estudo: identificação da prevalência e dos fatores associados aos DPMs em trabalhadores do SHL. Além da lacuna mencionada, considera-se a participação da mestrandia no grupo de pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, no qual teve a oportunidade de aprofundar os conhecimentos relacionados à temática proposta. Ainda, a experiência profissional como enfermeira assistencial e atuação em vários serviços, possibilitando, em muitos momentos, a observação do sofrimento mental apresentado e relatado por estes trabalhadores. Tal experiência despertou o interesse em conhecer o perfil sociodemográfico, laboral e de saúde destes trabalhadores, incluindo-se aí os DPMs.

Assim, este estudo está inserido na linha de pesquisa “Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde” e traz como questão de pesquisa: **Qual a prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores (DPMs) em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza (SHL)?**

Tendo este problema como eixo norteador, acredita-se que este estudo traz contribuições para o conhecimento do perfil sociodemográfico, laboral e de saúde mental destes trabalhadores. A identificação da prevalência e dos fatores associados aos DPMs poderá colaborar para a elaboração de programas destinados à prevenção e/ou diminuição dos fatores relacionados a estes nos trabalhadores do SHL.

Também o conhecimento proporcionado com este estudo é mais uma oportunidade de o profissional enfermeiro agregar novos conhecimentos e fortalecer-se como líder e gestor, já que em muitas instituições hospitalares o enfermeiro é o responsável por este serviço. Para Marziale (2010), o enfermeiro deve continuar produzindo estudos com a temática saúde do trabalhador, mas ampliando o foco e atentando para as demandas políticas, sociais e econômicas que o rodeiam. Deve cuidar do trabalhador, mas sem deixar de atuar na perspectiva de prevenção, vigilância e promoção da saúde laboral dos indivíduos em geral.

A partir dessas considerações foram delineados os objetivos do estudo.

1.1 Objetivo geral

Identificar a prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza.

1.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, de saúde e laboral dos trabalhadores;
- Verificar a prevalência de DPMs;
- Analisar se existe associação entre DPMs e as variáveis sociodemográficas, de saúde, laborais, capacidade para o trabalho, estresse ocupacional e dor musculoesquelética.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O presente capítulo propõe-se a apresentar os aspectos da literatura que norteiam esta dissertação de mestrado. Está organizado conforme os itens: O trabalho e a Saúde do Trabalhador, O Serviço Hospitalar de Limpeza (SHL) e Os Distúrbios Psíquicos Menores (DPMs).

2.1 O trabalho e a saúde do trabalhador

O trabalho tem uma função que estrutura o ser social, pelo seu valor intrínseco à vida humana e pelo conhecimento que ele proporciona na relação do homem com a natureza e com seus pares (SOUZA et al., 2010). Está presente na vida da humanidade desde o período da pré-história, com os homens das cavernas, quando estes o realizavam para sobreviver ou se defender e as próprias mãos eram utilizadas como instrumento de trabalho (MOTA, 1997). Na Grécia Antiga o trabalho era dividido em trabalho intelectual e braçal e era tido como uma forma de castigo – o trabalho escravo (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

Ainda, descrições sobre o trabalho também são encontradas na história da Igreja Católica, como citam estudos sobre a vida de São Francisco que em seus ensinamentos falava sobre as formas de trabalho, como os homens deveriam realizá-lo e quais os possíveis efeitos negativos que este, se não realizado adequadamente, poderia causar na vida dos trabalhadores. Para São Francisco, o trabalho deveria ser motivo de alegria e união e não um fardo que levasse ao desgaste físico, mental e psíquico (PORTO; BARTHOLO, 2006).

O trabalho, ao longo da história, teve várias apresentações, como o trabalho escravo, o rural, o artesanal, até a chegada do século XIX, no qual houve uma importante mudança sobre as formas de trabalho. Nesse século ocorreu Revolução Industrial, na Inglaterra, movimento que fez com que o trabalho sofresse alterações consideráveis, tanto no processo, quanto no fator econômico que este representava. Para Vasconcelos; Faria, (2008), as mudanças ocasionadas nos processos de trabalho contemporâneos, em virtude da globalização e ampliação das fronteiras econômicas, interferiram tanto nos sujeitos, quanto nas organizações,

tendo ambos que se transformarem para se manterem competitivos e participativos no mercado econômico.

Com o advento da Revolução Industrial houve a necessidade de expansão dos serviços (ou fábricas) e aumento do contingente de trabalhadores. Ocorrendo assim um movimento de migração do meio rural para a zona urbana, que acarretou um “inchaço” na periferia das grandes cidades. Este movimento contribuiu para o início do processo de trabalho centrado na produção em larga escala (MENDES; DIAS, 1991; OLIVEIRA, 1991; ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

Frente a todas as alterações ocorridas nos processos de trabalho e conseqüentemente na vida dos trabalhadores, estes começaram a adoecer devido aos desgastes provocados pelo próprio trabalho. E diante do adoecimento dos trabalhadores houve a necessidade de criação de leis e serviços responsáveis pela prevenção e cuidado da saúde destes (MENDES; DIAS, 1991; ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

A preocupação com implicações negativas que o trabalho poderia provocar na saúde ocupacional dos trabalhadores não é algo recente, pois no século XVIII Bernardino Ramazzini, médico italiano, foi considerado o pai da Medicina do Trabalho ao escrever o livro “De Morbis Artificum Dratriba” (As Doenças dos Trabalhadores) (VASCONCELLOS; GAZE, 2013). Sendo este um marco para o campo da saúde do trabalhador.

O médico Bernardino Ramazzini realizava, em seu consultório, montado dentro da fábrica, junto dos trabalhadores, a anamnese e a observação clínica destes. Uma vez que julgava imprescindível conhecer o local e as rotinas de trabalho com propriedade para, assim, diagnosticar as doenças típicas das atividades laborais. Além disso, apontou os danos que um ambiente insalubre poderia provocar na saúde dos trabalhadores, reconheceu a importância das pausas durante o turno de trabalho para diminuir a fadiga, da realização de exercícios físicos e da postura adequada durante a realização das atividades para prevenir lesões osteomusculares (VASCONCELLOS; GAZE, 2013; BAIBICH; HERNÁEZ, 2014).

Mas foi somente no século XIX, na Inglaterra, que o primeiro serviço destinado a cuidar da saúde dos trabalhadores foi estruturado. Para Silva et al. (2010, p.185) estes serviços “eram estruturas centradas na figura do médico, que, por meio de uma atuação focada no trabalhador, assumiam a responsabilidade pela prevenção dos acidentes e das doenças”. Primeiramente denominado como medicina do trabalho, passando para saúde ocupacional e, finalmente, chegando a saúde do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

No Brasil, foi a partir de 1912 que se iniciaram as discussões sobre os direitos e deveres dos trabalhadores, bem como as formas de protegê-los dos riscos advindos do

trabalho. Essas discussões se deram na Confederação Brasileira do Trabalho (CBT), durante o quarto Congresso Operário Brasileiro. O qual objetivava fomentar discussões sobre alterações dos direitos dos trabalhadores, incluindo semana de trabalho de seis dias, jornada de trabalho de oito horas, seguro obrigatório para os casos de doenças, pensão para velhice, fixação de um salário mínimo, entre outros direitos (BRASIL, 2014b).

Anos mais tarde, com a criação do Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943, surgiu finalmente a Consolidação das Leis Trabalhistas, a qual garantiu aos trabalhadores os direitos reivindicados por mais de 30 anos. Neste mesmo decreto, no Capítulo V, foram instituídas as normas para a segurança e medicina do trabalho no país (BRASIL, 1943).

Em 1990, o Brasil homologou a Lei 8080/90 a qual criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e, a partir de então, a saúde do trabalhador foi legitimada como estratégia para promover a saúde destes, em todo o território nacional. No artigo 6º, parágrafo 3º da mesma lei, conceitua-se como saúde do trabalhador: um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde destes, submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990). Todavia, somente em 18 de novembro de 1999 foi instituída a Portaria nº 1.339/GM, a qual no artigo 1º, Anexo I, institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 1999).

Porém, apenas 14 anos mais tarde, ou seja, em 2004, é que foi lançada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004, p. 11). Esta política tem por finalidade “a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua, das ações de Governo no campo das relações de produção, consumo, ambiente e saúde”. Em 2012, esta política foi ampliada para Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, visando reduzir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, por meio de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Compreendendo, ainda, a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a participação da população, o apoio a estudos e a capacitação de recursos humanos, fortalecendo a Vigilância em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2012b).

Pode-se perceber que, ao longo do tempo, os serviços de saúde do trabalhador passaram de um modelo biomédico, centrado na doença, para um olhar multiprofissional e interdisciplinar, objetivando a promoção da saúde, a melhora da qualidade de vida, a prevenção e a diminuição da morbimortalidade em virtude das doenças ocupacionais. Isso contribuiu, conseqüentemente, para a melhora da qualidade de vida dos trabalhadores (LINO et al., 2012).

Com esta proposta multiprofissional, a enfermagem, como integrante dos serviços de saúde do trabalhador, no Brasil, teve sua inserção em 1950. Primeiramente, foi denominada de Enfermagem do Trabalho e, a seguir, de Enfermagem em Saúde Ocupacional. Contudo, foi somente em 1959, a partir publicação da Resolução 112 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que o profissional de enfermagem foi incluído legalmente neste serviço (MARZIALE, 2010).

De acordo com a Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho (ANENT), são atribuições do Enfermeiro do trabalho a identificação de necessidades destinadas à segurança dos trabalhadores, assim como elaboração, execução e avaliação de programas de promoção, proteção e prevenção a doenças ocupacionais, entre outras (ANENT, 2012). O enfermeiro do trabalho tem se evidenciado como um profissional muito importante na composição das equipes nos serviços de saúde do trabalhador. Principalmente, em serviços com intenso desgaste físico e mental e altamente insalubres, como, por exemplo, o ambiente hospitalar, cenário laboral dos trabalhadores do SHL, objeto deste estudo.

2.2 O serviço hospitalar de limpeza

O SHL é um dos serviços fundamentais, dentro do ambiente hospitalar, para a promoção da segurança do paciente. As atividades realizadas por estes trabalhadores diminuem o risco de infecções e iatrogenias provenientes do ambiente, dos materiais e das roupas usadas pelo paciente. De acordo com a Portaria nº 529, artigo 4º, parágrafo I, do Ministério da Saúde, por segurança do paciente entende-se a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2013). Nesse contexto, muito embora não haja contato direto com o paciente, a responsabilidade que recai sobre estes trabalhadores é grande. E, dependendo como esta carga de responsabilidade é percebida, pode também ser um fator desencadeante de sofrimento mental para estes trabalhadores.

Os trabalhadores do SHL, assim como os demais trabalhadores do ambiente hospitalar, vivenciam diariamente cargas de trabalho provenientes do contato com secreções, sangue, substâncias químicas, radiação ionizante, ruído, má postura, esforço físico e do estresse decorrente da própria natureza do trabalho. Ainda, são acrescentadas as exigências das atividades a serem realizadas, a jornada de trabalho extenuante, a repetitividade de tarefas,

o grau de responsabilidade e comprometimento com o trabalho, as relações interpessoais e o convívio com a dor, com o sofrimento e com o risco da morte por parte dos pacientes (SILVA et al., 2010; MARTINS et al., 2013).

Para Magnago et al., (2010), a insalubridade ou o desgaste gerado pelo trabalho, no ambiente hospitalar, decorrem da constante exposição a fatores que podem provocar doenças ou sofrimento, estes advindos da própria natureza deste trabalho. Para Inocente e Guimarães (2004), a forma como o trabalhador relaciona-se com seus pares, no local de trabalho, também pode ser fonte geradora de estresse. Dessa forma, a realização de treinamentos que abordem as habilidades sociais de convívio, em que o trabalhador possa identificar suas fragilidades e desenvolver estratégias de interação e defesa, pode auxiliá-lo a minimizar seu sofrimento mental.

Na instituição campo deste estudo, as atividades realizadas pelos trabalhadores do SHL têm o objetivo de proporcionar um ambiente agradável e seguro para os pacientes, profissionais e demais clientes. Para a realização das atividades estes trabalhadores são divididos em escalas de turnos de oito ou 12 horas diárias de trabalho e em equipes (equipe de desinfecção, de rotineiros, de serviços gerais, de recolhimento de resíduos, de limpeza externa e jardinagem). E são admitidos por contrato de terceirização de serviços.

A terceirização, de acordo com o Relatório Técnico do Ministério do Trabalho, “é o processo pelo qual uma empresa deixa de executar uma ou mais atividades realizadas por trabalhadores diretamente contratados e as transfere para outra empresa” (BRASIL, 2003, p. 5). Petean, Costa e Ribeiro (2014) afirmam que esta forma de contratação de serviços reflete diretamente na saúde do trabalhador, uma vez que ele pode se sentir discriminado e desvalorizado pelos outros trabalhadores da instituição. Este também pode ser um fator desencadeante de sofrimento.

Para fundamentar a necessidade de investir em estudos com os trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza, foi realizada uma busca na base de dados LILACS. Esta busca teve o objetivo de identificar os estudos publicados e os temas abordados com essa população no Brasil. Como estratégia de busca, utilizou-se: Serviço Hospitalar de Limpeza [Descritor de Assunto].

Como resultado obtiveram-se 53 estudos e, após a leitura crítica dos resumos, foram analisados 11 estudos, os quais abordaram os seguintes temas: envelhecimento e capacidade para o trabalho; significado das cargas de trabalho; tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias; avaliação da prevalência da colonização por *Staphylococcus aureus* nestes trabalhadores, seus conhecimentos e crenças acerca desta problemática; avaliação da resposta

sorológica à vacina contra a Hepatite B. Ainda, qualidade de vida e sintomas osteomusculares; atividades de educação continuada; saúde do trabalhador e terceirização; saúde mental e conhecimento e adesão às medidas de precauções padrão.

No entanto, esta busca resultou em apenas um estudo abordando a temática saúde mental com os trabalhadores do SHL. Esse estudo teve como objetivo, analisar as percepções dos trabalhadores da limpeza sobre seu ambiente de trabalho e as repercussões na sua condição física e mental. A metodologia utilizada foi descritivo-exploratória com uma abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram 19 trabalhadoras do SHL do Hospital Universitário de Maringá (HUM), Estado do Paraná. A principal conclusão evidenciada pelo estudo foi a necessidade da estruturação de um serviço multiprofissional que possibilite a discussão de temas como dor e morte. Para que, através da socialização dos sentimentos vivenciados, possam desenvolver estratégias de proteção que venham contribuir para a manutenção de uma boa condição de saúde mental para essas trabalhadoras.

Com este resultado, ou seja, apenas um estudo que abordou a temática saúde mental, evidenciou-se uma lacuna científica referente à temática com esta categoria profissional. Uma vez que, estes trabalhadores estão expostos a implicações físicas e mentais semelhantes ou até mais desgastantes que os trabalhadores da área da saúde. Tendo como agravante a falta de embasamento científico para administrar estas implicações, o que pode favorecer o surgimento de sofrimento psíquico provocado pelo ambiente laboral.

Assim, esta categoria profissional merece uma atenção especial por parte de pesquisadores para construção de programas que visem à prevenção de transtornos mentais relacionadas ao trabalho, embasados cientificamente por dados que demonstrem claramente as características sociodemográficas, laborais e de saúde destes profissionais.

2.3 Transtornos mentais e DPMs

As transformações contemporâneas ocorridas nas relações de trabalho, por exemplo, as terceirizações, quarteirizações e até mesmo a contratação de trabalhadores que desenvolvem suas atividades no próprio domicílio estão favorecendo a precarização do trabalho. Uma vez que estes novos processos organizacionais provocam o distanciamento entre o contratante e o contratado, promovendo dessa forma a individualidade e não o trabalho em equipe, tido até então como protetor da saúde mental dos indivíduos (SILVA, 2011).

Junior et al., (2014) indicam algumas situações que levam o trabalhador a viver em permanente estado de tensão. Dentre elas estão: o medo do desemprego, o ritmo acelerado de trabalho, as metas inatingíveis, as condições inadequadas de trabalho, a competição dentro do trabalho, entre outros. Estas situações são fatores que podem ajudar no surgimento dos transtornos mentais e comportamentais nos trabalhadores que as vivenciam.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), estes são definidos como:

Uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (CORDIOLI, 2014, p. 20).

Os transtornos mentais estão comumente relacionados a algum sofrimento ou incapacidade importante, podendo atingir o indivíduo ao nível social, laboral, na sua capacidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer e satisfação, enfim, na vida como um todo (RISSARDO; GASPARINO, 2013; CORDIOLI, 2014). Não é algo que depois de instalado possa ser tratado e/ou resolvido facilmente sem deixar sequelas, no mínimo emocionais. Portanto, necessita de atenção especial de líderes e gestores para a criação de políticas públicas na área da saúde do trabalhador e programas institucionais que primem pela prevenção destas doenças, assim protegendo efetivamente a saúde laboral dos indivíduos.

No Brasil, foi somente em 1999, que os transtornos mentais foram incluídos pelo Ministério da Saúde como doença relacionada ao trabalho, através da Portaria nº 1339/GM (BRASIL, 1999) e, desde 2007, vêm aumentando significativamente dentre as doenças ocupacionais diagnosticadas (SILVA, 2011).

Dentre os transtornos mentais que podem acometer os trabalhadores, encontram-se os DPMs, foco deste estudo. Como foi dito anteriormente, o termo DPMs foi criado por Goldberg e Huxley (GOLDBERG; HUXLEY, 1992) para indicar a associação de sintomas como ansiedade, depressão, somatização, fadiga, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, esquecimento, entre outros. Sintomas estes que não seguem todos os critérios nosológicos para doença mental, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID10), ou dos Manuais de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana (COUTINHO; FILHO; MARI, 1999). Mas estão presentes em muitos indivíduos e se apresentam como importante problema de saúde para gestores e empresários (RODRIGUES, 2014). Para Tavares et al. (2014, p. 408), os DPMs “são de difícil

caracterização” uma vez que a presença da sintomatologia pode ser indicativa de outras patologias.

Os estudos que objetivam a identificação da presença de transtornos mentais caracterizados pelos sintomas descritos acima recebem várias denominações, dentre elas: Morbidade Psiquiátrica Menor (MPM), Transtornos Mentais Comuns (TMCs), Problemas Psiquiátricos Menores (PPMs) e Distúrbios Psíquicos Menores (DPMs), sendo esta a terminologia utilizada neste estudo, assim como preconizada por Tavares et al. (2011).

Em virtude do crescente número de casos de trabalhadores com sofrimento mental em países menos desenvolvidos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) solicitou a criação de um instrumento para detecção precoce dos sinais e sintomas de alterações na saúde mental nos indivíduos (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). Assim, foi estruturado o formulário Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) a partir de outros instrumentos como: o General Health Questionnaire (GHQ-60), Present State Examination (PSE), o Post Graduate Institute Health Questionnaire N2 (PGI) e o Patient Symptom Self Report (PASSR) (MARI; WILLIANS, 1986; SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). Contribuindo, Gonçalves, Stein e Kapezinski (2008) enfatizam que os instrumentos de rastreamento psiquiátrico devem ser de baixo custo e de fácil aplicabilidade. Dessa forma favorecem estudos de epidemiologia psiquiátrica, ainda escassos no meio acadêmico, e como se propõe o SRQ-20.

A versão original do SRQ-20 continha 24 questões, as 20 primeiras questões relacionadas à identificação de distúrbios não psicóticos e as quatro últimas questões para identificação de sintomas psicóticos (SANTOS et al., 2010). Foi validado, no Brasil, por Mari e Willians, em 1986. Na versão em português, foram adotadas as 20 primeiras questões para identificação de problemas e sintomas não psicóticos apresentados pelos trabalhadores nos últimos 30 dias de trabalho anteriores à investigação (WHO, 1994).

O SRQ-20 é um instrumento adequado para avaliar a prevalência de DPMs nas mais variadas populações, como, por exemplo, com médicos que atuam em saúde pública (ASSUNÇÃO et al., 2013), eletricitistas de equipamentos e linhas de transmissão de energia elétrica de alta tensão (SOUZA et al., 2011), estudantes de medicina (SILVA; CERQUEIRA; LIMA, 2014) e motoristas de caminhão (ULHÔA et al., 2010). Porém, apesar de ser adequado á estudos com várias populações, até o momento nenhum estudo contemplou os trabalhadores do SHL como participantes.

Para ampliar a fundamentação relacionada à temática e demonstrar as tendências de estudos publicados, realizou-se uma busca no portal CAPES e catálogos da ABEn que

utilizaram o SRQ-20 para identificar a suspeição de DPMs. A busca resultou em: 36 estudos no total, sendo 16 no portal CAPEs e 20 nos catálogos da ABEn.

Após a leitura crítica dos resumos foram excluídos 12 estudos por estarem repetidos nas bases e quatro, por estarem incompletos. Dos estudos selecionados, três eram teses e 17 dissertações. Quanto às regiões de publicações dos estudos prevaleceu a Região Sul, Sudeste e Nordeste. Referentes às abordagens, 19 estudos eram quantitativos e um quali quantitativo. A população predominante foi a enfermagem com seis estudos, seguida por quatro estudos realizados com pacientes, dois com indivíduos adventistas e não adventistas, um com multiprofissionais da área da saúde hospitalar, um com trabalhadores da Equipe da Saúde da Família-ESF/Distrito Sanitário, um com cuidadores, um com trabalhadores de atendimento pré-hospitalar, um com Agentes socioeducadores, um com idosos, um com Cuidadores e um com motoristas profissionais.

Assim, os temas que os estudos identificados analisaram, além de DPMs, foram risco cardiovascular, síndrome metabólica, dimensões psicossociais do trabalho (Modelo Demanda-Controle de Karasek e Theorel), adesão ao tratamento (presença de fatores dificultadores e Teste de Morisky e Green), avaliação de suporte social (Escala de Apoio Social), qualidade do sono (Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg), índice de massa corporal, avaliação antropométrica, depressão (Inventário de Depressão de Beck), acidentes de trabalho, hábitos de vida, avaliação cognitiva (Mini Exame do Estado Mental-MEEM), avaliação da sobrecarga de cuidados (Caregiver Burden Scale-CBS), avaliação de violência sofrida por trabalhadores, avaliação da pressão arterial, perfil sociodemográfico, Burnout, estresse ocupacional, capacidade para o trabalho (Índice de Capacidade para o trabalho), avaliação da religiosidade (Escala de Duke-DUREL), hábitos alimentares (Questionário de Frequência Alimentar), Alcohol Use Disorder Identification Test-AUDIT. Nestes estudos, a prevalência de DPMs nos trabalhadores investigados variou de 14,6% a 50,1% e nos demais participantes (cuidadores e pacientes), de 25% a 40,7%.

Após a análise das tendências dos estudos, conclui-se que o SRQ-20 é um instrumento utilizado para identificar a suspeição de DPMs em várias populações. Também foram identificadas a existência de lacuna quanto ao número de publicações no ano de 2009, a concentração dos estudos em apenas três regiões do país (Região Sul, Sudeste e Nordeste) e a não investigação com trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza – objeto de pesquisa desta dissertação.

Com base nos resultados apresentados pelos estudos descritos pode-se inferir que os DPMs acometem trabalhadores independentemente da categoria profissional. Contudo, os

trabalhadores da área de saúde apresentam uma maior prevalência de DPMs entre os demais, demonstrando que o ambiente laboral também é responsável pelo adoecimento dos trabalhadores. Percebeu-se ainda com esta busca a necessidade de estudos que incluam as mais variadas categorias profissionais, para que dessa forma seja obtido um diagnóstico amplo referente a esta problemática e mudanças efetivas sejam realizadas nos processos e relações de trabalho.

2.4 Outros acometimentos à saúde do trabalhador

2.4.1 Estresse ocupacional

Com as alterações ocorridas no mundo do trabalho com o advento da Revolução Industrial, no século XIX, somadas às alterações financeiras, sociais, políticas e econômicas da atualidade, o ambiente de trabalho tem contribuído para elevar o estresse nos trabalhadores (RIBEIRO et al., 2015; SZNELWAR et al., 2004). Principalmente, entre aqueles que convivem com situações de finitude e sofrimento do outro, como é o caso dos trabalhadores do SHL (SZNELWAR et al., 2004).

De acordo com Ceron (2013), os trabalhadores do SHL não possuem um preparo acadêmico, como os profissionais da saúde. Eles trabalham num cenário em que há desgaste psíquico provocado pelas situações limítrofes de vida e morte presenciadas cotidianamente. Essas vivências podem contribuir para o desenvolvimento do estresse.

Atualmente, o estresse é discutido por muitos pesquisadores que apontam a sua relação com o trabalho. Ele pode interferir sobre a qualidade do trabalho desenvolvido, influenciar no grau de satisfação pessoal e nas relações de trabalho entre colegas e supervisores (KESTENBERG et al., 2015). Em estudo proposto por Lafetá, Durães e Ferreira (2010), desenvolvido com auxiliares de limpeza em uma instituição de ensino superior pública de Montes Claros, Minas Gerais, 55% se sentiam estressados. Esse percentual pressupõe que se trata de uma atividade com elevado nível de estresse físico e psíquico.

Vários referenciais são utilizados para avaliar o estresse ocupacional. Neste estudo será abordado sob a ótica do referencial do modelo Desequilíbrio Esforço Recompensa

(DER), desenvolvido, em 1982, na Alemanha (SIEGRIST, 1996). No Brasil, em 2008, foi traduzido e adaptado para o português (CHOR et al., 2008).

Assim, este modelo favorece a identificação de quão estressante o trabalho pode ser para o trabalhador, quando este não atinge suas expectativas, sejam elas financeiras, de ordem pessoal e até mesmo coletiva.

2.4.2 Capacidade para o trabalho

As características e as exigências do trabalho atingem diretamente a capacidade para o trabalho e, dependendo do quão desgastante e insalubre o trabalho for, o trabalhador é levado à perda da sua capacidade em desenvolver suas atividades muito antes do esperado.

Os trabalhadores do SHL realizam atividades potencialmente geradoras de desgaste físico e emocional, como carregar peso, subir e descer escada, varrer, esfregar, contato com produtos e substâncias químicas, mudanças bruscas de temperatura, somadas com o convívio com a dor e o sofrimento do próximo (ANDRADE; MONTEIRO, 2007; BELTRAME et al., 2014). Com esta rotina podem estar propensos a terem sua capacidade para o trabalho diminuída antes do esperado.

De acordo com Tuomi et al. (2005, p. 9), a capacidade para o trabalho é “o quão bem está, ou estará, um(a) trabalhador(a) presentemente ou num futuro próximo, e quão capaz ele ou ela podem executar seu trabalho, em função das exigências, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais”. Para avaliar a capacidade para o trabalho é indicado o uso do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Instrumento elaborado na Finlândia por um grupo de pesquisadores. Ele avalia as características pessoais e laborais do trabalhador. É um questionário autoaplicável, composto por 10 itens agrupados em sete dimensões, tem um escore que varia de 7 pontos (pior índice) a 49 pontos (melhor índice) (JUNIOR et al., 2011). Em 1997, o ICT foi traduzido, validado e adaptado para o português (TUOMI et al., 2005).

Avaliar o ICT dos trabalhadores é pertinente, pois através dos dados identificados podem ser estruturados programas que contemplem estratégias de prevenção aos agravos provocados pelo trabalho e que levam o trabalhador ao sofrimento físico e psíquico. Sofrimento este que conseqüentemente pode interferir na sua capacidade para manutenção de uma saúde laboral adequada, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida ao trabalhador.

2.4.3 Dor Musculoesquelética (DME)

De acordo com a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), 30% da população vai ser atingida por algum episódio de dor durante a vida. É uma das causas mais frequentes da procura por atendimento médico. É considerado como um dos principais fatores de sofrimento e incapacitação para o trabalho, acarretando graves problemas psicossociais e econômicos tanto para os trabalhadores, como para a sociedade em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2015).

A DME pode estar relacionada a alguns fatores como sexo, categoria profissional, tempo de profissão, esforço físico intenso (movimentação e transporte de pacientes), adoção de postura corporal inadequada, número insuficiente de profissionais, (des) organização no processo de trabalho, entre outros (MAGNAGO et al., 2007; LIMA et al., 2014). Quanto à dor, Lima et al., (2014) afirmam que esse sintoma pode atingir trabalhadores dos mais variados segmentos e, atualmente, pode ser categorizado como um problema de saúde pública. Porém, alguns trabalhadores podem ser mais acometidos do que outros, dependendo das características das atividades laborais desenvolvidas.

Os trabalhadores do SHL são profissionais que cotidianamente desempenham atividades laborais com elevada sobrecarga física, ficando expostos a vários distúrbios ocupacionais, dentre eles a DME. Estudo realizado por Martarello e Benatti (2009) identificou que 87% dos trabalhadores do SHL apresentaram problemas osteomusculares nos últimos 12 meses. Em 62,5% dos casos, o problema osteomuscular apresentado foi dor, principalmente nos ombros, parte superior das costas, pescoço e parte inferior das costas. No estudo proposto por Lafetá, Durães e Ferreira (2010) com auxiliares de limpeza, foi identificado que 95% deles apresentaram distúrbios musculoesqueléticos, e destes, 30% apresentavam dores frequentes e 65%, às vezes.

No serviço de limpeza não há muita mecanização, pois a maioria das atividades é feita manualmente, o que requer combinação de esforços dinâmicos e estáticos (ROCHA, 2003). Como dito anteriormente, as atividades desses trabalhadores são de limpeza de pisos, paredes, materiais e equipamentos. As ações são de varrer, lavar, passar pano, recolher resíduos, entre outras que exigem bastante esforço. Muitas vezes, pela dinâmica hospitalar, precisam executá-las em pouco tempo e várias vezes no mesmo turno, o que torna o ritmo do trabalho muito intenso.

Portanto, atentar para os possíveis riscos ocupacionais a que estão expostos estes trabalhadores, como a DME, é tão importante quanto para os demais profissionais que desenvolvem suas atividades laborais no cenário hospitalar, pois todos estão expostos aos mesmos agentes e subjetividade oferecida por este, independente da categoria profissional.

3 MÉTODO

Este estudo está inserido no projeto matricial “Avaliação das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob CAAE n. 13106313.1.0000.5346, em 26 de fevereiro de 2013. No recorte deste projeto, serão analisados os dados referentes aos DPMs.

3.1 Breve apresentação do projeto matricial

O projeto matricial que deu origem a este estudo realizou uma investigação do tipo transversal com os trabalhadores do SHL de um hospital universitário público do interior do Estado do Rio Grande do Sul. O objetivo foi avaliar as condições de trabalho e de saúde destes trabalhadores. Está inserido no Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da UFSM, na Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional terceirizado que estivesse atuando no SHL por um período de 30 dias ou mais anteriores à coleta de dados, conforme exigido pelo instrumento. Foram excluídos os trabalhadores que estivessem em licença ou afastamento por qualquer motivo durante o período de coleta.

Dos 161 trabalhadores do SHL terceirizados pela instituição, dois (1,2%) foram excluídos do estudo por estarem em licença para tratamento de saúde, durante o período de coleta de dados. Assim, a população elegível foi composta por 159 trabalhadores. Destes, 157 responderam ao questionário (98,7%). As perdas (N=2; 1,3%) resultaram da não adesão ao estudo.

A coleta de dados se realizou entre os meses de março a junho de 2013, após o recebimento do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM (Anexo A). Os entrevistadores foram: acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem da UFSM, Mestrandos em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM e

Enfermeiros do Hospital Universitário campo do estudo, capacitados previamente pelo responsável pela pesquisa.

Os dados foram coletados durante o horário de trabalho dos pesquisados (manhã, tarde e noite), em local privativo. O instrumento de pesquisa (Anexo B) contém 12 blocos distintos, os quais estão assim desenhados:

- BLOCOS A, B, C e D – constam questões relacionadas às Variáveis Sociodemográficas, Laborais e de Saúde dos trabalhadores;
- BLOCO E – questões relacionadas ao Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – versão curta) (MATSUDO et al., 2001);
- BLOCO F – questões relacionadas ao Questionário de Percepção de Hábitos Saudáveis (QPHAS) (GUEDES; GRONDIN, 2002);
- BLOCO G – questões relacionadas ao Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) (TUOMI et al., 2005);
- BLOCO H – questões referentes à Escala Desequilíbrio Esforço-Recompensa (CHOR et al., 2008);
- BLOCO I – questões sobre Acidentes de Trabalho;
- BLOCO J – questões referentes ao Self-Report Questionnaire – SRQ 20 (MARI; WILLIAMS, 1986);
- BLOCO K – questões referentes à Dor Musculoesquelética (escala de 0-10) (JENSEN; KAROLY; BRAVER, 1986);
- BLOCO L – questões referentes à versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF 36 (CICONELLI, 1999).

Foram observadas as Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b). Os trabalhadores que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma ficando de posse do sujeito da pesquisa e a outra, de posse dos pesquisadores (Anexo C). Os pesquisadores envolvidos no projeto tiveram o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados (Anexo D).

Quanto aos riscos inerentes à pesquisa, esses foram mínimos para os participantes, ou seja, algum desconforto ao responderem o questionário, mas sempre que isso acontecia a entrevista era interrompida e somente reiniciava se o participante assim desejasse. No caso de algum desconforto mais grave, o participante podia ser encaminhado ao serviço de psicologia da própria empresa, previamente acordado pelo responsável pela pesquisa. As dúvidas foram

esclarecidas sempre que houvesse necessidade. Foi respeitada a decisão dos trabalhadores de participar ou não da pesquisa, bem como sua desistência a qualquer momento.

Os benefícios proporcionados foram indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento em Saúde e Enfermagem e poderão contribuir numa perspectiva de Promoção e Educação em Saúde aos trabalhadores do SHL e à instituição de uma maneira geral. Também poderão servir para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre esta temática. Será entregue ao hospital e à empresa terceirizada um relatório final sobre os dados evidenciados na pesquisa.

Os questionários preenchidos foram armazenados pela pesquisadora responsável, assim permanecendo por um período de cinco anos e após, serão incinerados. O banco de dados encontra-se arquivado na sala 1339, do Departamento de Enfermagem, prédio 26 do CCS/UFSM, sob a responsabilidade da professora Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. A partir deste momento, descrevem-se as etapas da presente dissertação.

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal. Para Pereira (2014), nos estudos transversais “causa” e “efeito” são avaliados no mesmo instante do tempo e estão sujeitos ao viés da causalidade reversa. Neste estudo, serão investigados a prevalência de DPMs e os fatores a eles associados.

3.3 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital escola de médio porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Esta instituição atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência em saúde para a região central do estado. Para o atendimento da população dispõe de infraestrutura distribuída em 30.000 m² de área construída. Atualmente, conta com 291 leitos destinados a Internação, 37 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo, 53 salas de ambulatório, 11 salas para atendimento de emergência, seis salas do Centro Cirúrgico e duas salas do Centro Obstétrico.

Em 2013, durante a coleta de dados, a equipe de trabalhadores era composta por 1355 funcionários em nível médio e superior; 443 funcionários de serviços terceirizados, além de 342 alunos – estagiários de graduação, residentes, mestrandos e doutorandos e também 166 docentes das áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina e odonto-estomatologia. Dos trabalhadores terceirizados, 161 compunham o SHL e estavam amparados por um contrato de serviço com base na Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT.

3.4 População

A população do estudo foram os 157 trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza que participaram da coleta de dados do projeto matricial em 2013. Estes trabalhadores desenvolviam suas atividades nos seguintes locais: Pronto Socorro (PS), Centro Obstétrico (CO), Serviço de Nutrição, Áreas Administrativas, Lavanderia, Patologia, Manutenção, Almoxarifado, Ambulatórios, Radiologia, Tomografia, Hemodinâmica, Unidade Toco-Ginecológica, Unidade Cirúrgica, Clínica Médica I, Nefrologia, Clínica Médica II, Pneumologia, Unidade Pediátrica, UTIs, Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO), Centro de Tratamento a Criança com Câncer (CTCRIAC), Ambulatório de Quimioterapia e Unidade Psiquiátrica.

3.5 Coleta de dados e instrumento de pesquisa

A coleta no banco de dados foi realizada no mês de dezembro de 2014, após apresentação do projeto da dissertação de mestrado na disciplina Seminário de Pesquisa e autorização para utilização do banco de dados pela responsável pela pesquisa (Anexo E). A pesquisadora tem compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando o anonimato dos sujeitos pesquisados (Apêndice A).

Como referido no item 3.1, o Instrumento do projeto matricial foi composto por 12 blocos de perguntas (Anexo B). Para esta pesquisa, foram utilizados os blocos “A, B, C, D, G, H, J e K”, referentes à identificação, caracterização do perfil sociodemográfico, hábitos de saúde e laborais dos trabalhadores, as questões referentes ao Índice de Capacidade para o

Trabalho-ICT (TUOMI et al., 1997), a Escala de Desequilíbrio Esforço-Recompensa (CHOR et al., 2008), as questões do SRQ-20 (MARI; WILLIANS, 1986) e as questões referentes a Dor Musculoesquelética (JENSEN; KAROLY; BRAVER, 1986).

3.5.1 Descrição das variáveis, tipo e operacionalização

a) Variáveis independentes:

No Quadro 1, está apresentada a relação das variáveis demográficas e econômicas coletadas, tipo e operacionalização.

	Variável	Tipo de variável	Operacionalização
Características Demográficas e econômicas	Idade	Numérica discreta Qualitativa Nominal	Anos completos e faixa etária
	Sexo	Nominal dicotômica	Masculino e Feminino
	Escolaridade	Qualitativa, Nominal Politômica	Ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, graduação incompleta, graduação completa, pós-graduação incompleta, pós-graduação completa
	Situação conjugal	Qualitativa, Nominal Politômica	Casado(a) ou companheira(o), solteiro(a) ou sem companheira(a), viúvo(a) /separado(a) ou divorciado(a)
	Número de filhos	Quantitativa Discreta	Nenhum, Um filho, Dois filhos, Três filhos, Mais de três filhos
	Renda	Quantitativa Contínua	Em valores inteiros

Quadro 1 – Variáveis demográficas e econômicas, tipo e operacionalização

No Quadro 2, está a relação das variáveis laborais coletadas, tipo e operacionalização.

	Variável	Tipo de variável	Operacionalização
Característica laboral	Turno de trabalho	Qualitativa, Nominal, Politômica	Manhã, tarde, noite e misto
	Tempo no turno	Quantitativa Discreta	Em meses e anos completos
	O número de pessoas na escala de trabalho	Qualitativa Nominal Dicotômica	Suficiente e insuficiente
	Função	Qualitativa Nominal Dicotômica	Servente de limpeza e Auxiliar de limpeza de materiais
	Tempo para o lazer	Qualitativa Nominal Politômica	Não/Às vezes/Sim
	Outro emprego	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim/Não
	Carga horária semanal no outro emprego	Quantitativa Discreta	Em horas
	Tempo de trabalho no outro emprego	Quantitativa Contínua	Em meses e anos completos
	Horas extras	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim/Não
	Receber treinamentos /capacitações	Qualitativa Nominal Politômica	Não/Às vezes/Sim
	Grau de satisfação quanto à remuneração	Quantitativa Discreta	0%, 10%, 20%, 30%, 40%, 50%, 60%, 70%, 80%, 90%, 100%

Quadro 2 – Variáveis laborais, tipo e operacionalização

No Quadro 3, está a relação das variáveis hábitos e saúde, tipo e operacionalização.

Característica de saúde	Variável	Tipo de variável	Operacionalização
	Fumo	Qualitativa Nominal Politômica	Não/Nunca fumei/Sim, fumo/Fumei, mas parei
	Consumo bebida alcoólica	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim/Não
	Abuso ou dependência de álcool(CAGE) (MASUR; MONTEIRO, 1983)	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim/Não
	Uso de medicação	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim/Não
	Atendimento médico no último ano	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim/Não
	Acompanhamento psicológico no último ano	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim/Não

Quadro 3 – Variáveis hábitos e saúde, tipo e operacionalização

b) Variável dependente (desfecho):

O SRQ-20 contém 20 questões, do tipo autoaplicável, e apresenta uma escala de variáveis dicotômicas (Sim/Não). Cada uma das alternativas tem escore de zero a 1, em que o escore 1 indica que os sintomas estavam presentes no último mês e zero, quando estão ausentes. O ponto de corte para suspeição de DPMs foi seis ou mais respostas positivas para homens e de oito ou mais para mulheres (MARI; WILLIANS, 1986).

Conforme Santos; Araújo; Oliveira (2009, p. 216) o SRQ-20 foi dividido em quatro grupos de sintomas, como apresentado no Quadro 4:

Grupos de Sintomas	Questões conforme instrumento de coleta (Anexo –A, bloco J)
Humor depressivo-ansioso	J6-Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? J4-Assusta-se com facilidade? J9-Sente-se triste ultimamente? J10-Você chora mais do que de costume?
Sintomas somáticos	J1-Tem dores de cabeça frequentemente? J3-Você dorme mal? J19-Você sente desconforto estomacal? J7-Você tem má digestão? J2-Você tem falta de apetite? J5-Tem tremores nas mãos?
Decréscimo de energia vital	J20-Você se cansa com facilidade? J12-Tem dificuldade em tomar decisão? J11-Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas? J13-O seu trabalho traz sofrimento? J18-Sente-se cansado todo o tempo? J8-Tem dificuldade de pensar claramente?
Pensamentos depressivos	J14-Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida? J15-Tem perdido o interesse pelas coisas? J17-Tem pensado em dar fim à sua vida? J16-Sente-se inútil em sua vida?

Quadro 4 – Grupos de sintomas avaliados pelo SRQ-20

Fonte: Santos; Araújo; Oliveira (2009, p. 216).

c) Outras variáveis

- Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

O ICT é mensurado com base nas respostas dos trabalhadores a questões referentes às demandas do trabalho, estado de saúde, capacidades físicas, mentais, sociais e os recursos utilizados pelo trabalhador (TUOMI et al., 2005). Este instrumento considera também a percepção do trabalhador sobre o seu problema de saúde, os registros de doenças com diagnóstico médico e o registro de licenças para tratamentos de saúde.

É composto por sete itens, totalizando 10 questões, conforme descritas no Quadro 5.

Itens	Escores alcançáveis
1. Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida.	0 – 10
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho.	2 – 10 1 – 7
3. Número atual de doenças diagnosticadas por médico.	1 – 6
4. Perda estimada para o trabalho devido às doenças.	1 – 5
5. Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses.	1,4,7
6. Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos.	1 – 4
7. Recursos mentais.	

Quadro 5 – Índice de Capacidade para o Trabalho, itens e valores referenciais

Fonte: Tuomi et al., (2005, p. 15).

O ICT possibilita identificar precocemente trabalhadores e ambientes de trabalho que necessitam de medidas de apoio (TUOMI et al., 1997, 2005). O escore final de pontos varia entre 7 e 49 pontos e demonstra o conceito do próprio trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho, conforme apresenta o Quadro 6.

Pontos	Capacidade para o trabalho	Objetivos das medidas
07 – 27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho.
28 – 36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho.
37 – 43	Boa	Melhorar a capacidade para o trabalho.
44 – 49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho.

Quadro 6 – Índice de Capacidade para o Trabalho: pontuação, capacidade para o trabalho e objetivos das medidas

Fonte: Tuomi et al., (2005, p. 11).

- Desequilíbrio Esforço-Recompensa – DER

O modelo DER traduzido é um questionário autoaplicável, utilizado para medir os aspectos psicossociais do trabalho. Fazem parte do questionário 23 questões, seis itens referentes ao esforço, 11 itens referentes à recompensa e seis itens referentes ao excesso de comprometimento (não avaliados neste estudo). As questões referentes ao esforço apresentam respostas dicotômicas, ou seja, concordo ou discordo. Para os participantes que assinalaram

"concordo" nos itens 1 a 6 e 10 a 13, são apresentadas quatro opções de resposta em escala Likert, que vão de "nem um pouco estressado" a "muito estressado" (CHOR et al., 2008).

As mesmas opções estão ligadas a "discordo" nas questões de 7 a 9 e 14 a 17. As respostas aos seis itens de "esforço extrínseco" e para os 11 itens da "recompensa" são pontuadas em uma escala de cinco pontos variando de 1 (não estressante) a 5 (muito estressante). Para analisar as relações entre o esforço e a recompensa, calcula-se inicialmente o escore de cada dimensão. A dimensão esforço varia de 6 a 30 (seis questões com escores entre 1 e 5) e a recompensa varia de 11 a 55 (11 questões com escores entre 1 e 5) (CHOR et al., 2008).

Para cada participante, foi construída uma razão, utilizando a fórmula: $e/(r*c)$, em que "e" é o escore obtido pelas perguntas de esforço, "r" é o escore obtido pela soma das perguntas de recompensa e "c" é um fator de correção (0,545454), considerando o número de itens do numerador comparado ao denominador (6/11). Valores próximos a zero indicam uma condição favorável (relativa a baixo esforço e alta recompensa) e valores superiores a 1 indicam maior esforço gasto e menor recompensa recebida (CHOR et al., 2008).

Os trabalhadores que apresentaram escores acima do valor correspondente ao terceiro tercil da distribuição foram classificados como "expostos" ao desequilíbrio esforço-recompensa (alto DER), enquanto que os demais (primeiro e segundo tercis) foram incluídos no grupo de "não expostos" (Baixo DER) (KUPER et al., 2002; COMARU, 2011). O alto DER corresponde ao grupo de alto risco para estresse ocupacional (situação de alto esforço e baixa recompensa).

- Dor Musculoesquelética (DME)

Para avaliar a presença de dor de origem musculoesquelética percebida na última semana, foi utilizada a escala adaptada de Jensen, Karoly e Braver (1986). Inicialmente, foram definidos como portadores de DME aqueles trabalhadores que responderam afirmativamente a pergunta "Nos últimos sete dias, você teve dor ou desconforto em alguma destas regiões: pescoço, ombros, membros superiores, costas, quadril e membros inferiores?". A escala de avaliação da dor apresenta uma pontuação que varia de zero a 10, onde o zero representa a total ausência de dor e 10 é a dor mais intensa já percebida pelo indivíduo. Foi avaliada em de forma dicotômica (presente/ausente).

- Avaliação do abuso ou dependência de álcool

O abuso ou de pendência de álcool foi avaliado através do questionário CAGE, o qual foi validado no Brasil em 1983, por Masur e Monteiro (FILHO et al., 2001). O questionário CAGE é constituído por quatro questões referentes ao anagrama *Cut-down, annoyed, guilty* e *eye-opener*. As questões apresentam respostas dicotômicas (Sim/Não) e o ponto de corte é duas respostas afirmativas, sugerindo *screening* positivo para abuso ou dependência de álcool (MASUR; MONTEIRO, 1983).

3.6 Organização e análise dos dados

Os dados foram digitados no programa Epi-info®, versão 6.4, com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências na digitação, a análise dos dados foi realizada no programa *PASW Statistics® (Predictive Analytics Software*, da SPSS Inc., Chicago - USA) 18.0 for Windows.

Com o objetivo de descrever as variáveis, efetuou-se a análise descritiva das mesmas; para as qualitativas foram calculadas as frequências absoluta (N) e relativa (%) e, para as quantitativas, foram calculados a média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. A normalidade dos dados foi avaliada pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para suspeição de DPMs, o ponto de corte foi de seis ou mais respostas positivas para homens e oito ou mais para mulheres (MARI; WILLIANS, 1986). A prevalência de DPMs foi calculada pela fórmula (COSTA; KALE, 2005):

$$P = \frac{\text{Nº de casos de DPM em um dado local e período}}{\text{população do mesmo local e período}} \times 100$$

Para verificar associações entre os DPMs (variável dependente) e demais variáveis, adotou-se o teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher. A análise multivariável foi realizada por meio da Regressão de Poisson. Utilizaram-se as Razões de Prevalência e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) para a estimativa das associações. Foram consideradas confundidoras, e incluídas no modelo, as variáveis que apresentarem um p-valor \leq a 0,15. Considerou-se com associação estatística significativa ao desfecho as variáveis cujo valor p foi menor ou igual a 5% ($p \leq 0,05$).

3.7 Considerações bioéticas

Como a análise foi feita a partir de dados já coletados, solicitou-se ao pesquisador a autorização para uso do banco de dados (Anexo E). Todos os pesquisados foram favoráveis à utilização do banco de dados, sem que para isso precisasse de nova consulta. Essa autorização está assinalada no TCLE da coleta em 2013 (Anexo C).

A confidencialidade dos dados foi assumida pelo pesquisador responsável (Apêndice A). Os benefícios são indiretos, pois poderão contribuir numa perspectiva de Promoção e Educação em Saúde, proporcionando benefícios tanto aos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza como para a instituição de uma maneira geral. Também poderão servir para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre esta temática.

Os resultados serão divulgados na forma de dissertação, de resumos em eventos nacionais e internacionais e em artigos científicos. Também serão apresentados relatórios aos trabalhadores pesquisados, à instituição em que foi realizada a pesquisa e à empresa à qual pertencem os participantes.

4 RESULTADOS

Neste capítulo estão apresentados os resultados obtidos com a pesquisa, referentes à prevalência de DPMS e sua relação com as variáveis sociodemográficas, laborais, hábitos de vida e de saúde dos trabalhadores do SHL de um hospital universitário do Rio Grande do Sul.

4.1 Perfil sociodemográfico, laboral, hábitos de vida e de saúde dos trabalhadores do SHL

Este estudo foi composto por uma população de 157 trabalhadores de limpeza que atuavam no ambiente hospitalar por meio de um contrato de terceirização de serviços entre a empresa de terceirização e um hospital universitário do Rio Grande do Sul, Brasil.

Eram predominantemente do sexo feminino (N=138; 87,9%), com idade entre 45 e 60 anos (N=56; 35,7%), com média de idade 39,9 anos (DP=9,78), o mínimo referido foi de 19 anos e o máximo 60 anos, com ensino médio completo (N=86; 54,8%), casados ou com companheiro (a) (N=101; 64,3%), com até três filhos (N=114; 72,6%) e com renda familiar *per capita* de menos de um salário mínimo nacional (N=103; 66%) (Tabela 1).

Referente às **variáveis laborais** predominaram trabalhadores com cargo de Servente de Limpeza (N=103; 65,6%), que trabalhavam durante o dia (N=127; 81%), já haviam trabalhado em outro setor da instituição (N=99; 63%), não realizavam horas extras (N=106; 67,5%), consideravam o número de trabalhadores suficiente na escala de trabalho (N=116; 73,9%), recebiam treinamento em serviço (N=113; 72%) e não possuíam outro emprego (N=139; 88,5%) (Tabela 2).

Quanto às **variáveis de saúde** (Tabela 3) prevaleceram trabalhadores não fumantes (N=79; 50,3%) e que não consumiam álcool (N=140; 89,1%). Dos que consumiam bebidas alcoólicas, 35,3% (N=6) apresentaram suspeição ao alcoolismo (Teste CAGE).

Ainda, prevaleceram trabalhadores que referiram a presença de dor musculoesquelética (N=110; 70,1%) e precisaram de atendimento médico no último ano (N=92; 58,6%). Ao ser pesquisado sobre o uso de algum tipo de medicação, 51% (N=80) necessitaram fazer uso e 6,3% (N=10) precisaram de acompanhamento psicológico.

Houve o predomínio também de trabalhadores que relataram não ter nenhuma doença com diagnóstico médico (N= 47; 29,9%), que não necessitaram afastar-se do trabalho no último ano (N=89; 56,7%) e 79,6% (N=125) estavam com uma boa a ótima capacidade para o trabalho (ICT). Quanto à exposição para o estresse ocupacional, 33,1% (N=52) foram classificados no grupo de expostos (Alto DER) e 59,2% (N=93) tinham tempo para o lazer.

4.2 Prevalência de DPMs e fatores associados

A prevalência global para DPMs nos trabalhadores do SHL foi de 29,3%. A **Média** de respostas positivas evidenciadas no SRQ-20 foi **4,25** (DP 3,74). **Metade** dos trabalhadores teve **três respostas positivas** (IQ 1 - 6), **mínimo de zero** e **máximo 15** respostas positivas.

No Quadro 7, são apresentadas as repostas mais frequentes de acordo com o grupo sintomas do SRQ-20.

Grupos de Sintomas	Questões SRQ-20	N	%
Humor depressivo-ansioso	Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	87	55,4
	Assusta-se com facilidade?	53	33,8
	Sente-se triste ultimamente?	53	33,8
	Você chora mais do que de costume?	33	21,0
Sintomas somáticos	Tem dores de cabeça frequentemente?	63	40,1
	Você dorme mal?	43	27,4
	Você sente desconforto estomacal?	33	21,0
	Você tem má digestão?	25	15,9
	Você tem falta de apetite?	25	15,9
Decréscimo de energia vital	Tem tremores nas mãos?	17	10,8
	Você se cansa com facilidade?	29	18,5
	Tem dificuldade em tomar decisão?	47	29,9
	Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?	27	17,2
	O seu trabalho traz sofrimento?	14	8,9
Pensamentos depressivos	Sente-se cansado todo o tempo?	30	19,1
	Tem dificuldade de pensar claramente?	41	26,1
	Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?	12	7,6
	Tem perdido o interesse pelas coisas?	27	17,2
	Tem pensado em dar fim à sua vida?	5	3,2
	Sente-se inútil em sua vida?	3	1,9

Quadro 7 – Frequência das respostas, de acordo com grupos de sintomas. RS, Brasil, 2013

O grupo de sintomas que apresentou as maiores prevalências foi o Humor depressivo-ansioso, variando de 21% (N=33) a 55,4% (N=87). Das 20 questões, as que apresentaram maior prevalência de repostas positivas foram: “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado” com 55,4% (N=87) das respostas, seguida por “sentir dores de cabeça frequentemente” com 40,1% (N=63), “ter dificuldade de tomar decisões” com 29,9% (N=47) e “ter perdido interesse pelas coisas” com 17,2% (N=27).

Na Tabela 1, estão apresentadas as prevalências de DPMs, de acordo com o perfil sociodemográfico dos trabalhadores do SHL.

Tabela 1 – Prevalência de DPMs segundo o perfil sociodemográfico dos trabalhadores do SHL. RS, Brasil, 2013. (N=157)

Variáveis Sociodemográficas	N	%	DPMs				p
			Não		Sim		
			N	%	N	%	
Sexo							0,400**
Masculino	19	12,1	15	78,9	4	21,1	
Feminino	138	87,9	96	69,6	42	30,4	
Idade							0,866***
19 – 34 anos	51	32,5	35	68,6	16	31,4	
35 – 44 anos	50	31,8	35	70,0	15	30,0	
45 – 60 anos	56	35,7	41	73,2	15	26,8	
Escolaridade							0,770***
Fundamental	66	42,0	48	72,7	18	27,3	
Médio	86	54,8	59	68,6	27	31,4	
Superior	05	3,2	4	80,0	1	20,0	
Situação Conjugal							0,378***
Casado/com companheiro	101	64,3	69	68,3	32	31,7	
Solteiro/ sem companheiro	33	21,0	42	75,0	14	25,0	
Número de Filhos							0,091***
Nenhum	21	13,4	13	61,9	8	38,1	
Até 03 filhos	114	72,6	86	75,4	28	24,6	
Mais de 03 filhos	22	14,0	12	54,5	10	45,5	
Renda per capita familiar*							0,098***
< 01 salário mínimo	103	66,0	68	66	35	34,0	
01 a 02 salários mínimos	53	34,0	42	79,2	11	20,8	

*N=156, **Teste Exato de Fischer, ***Teste Qui-Quadrado

Não foi evidenciada associação estatística significativa entre DPMs e variáveis sociodemográficas ($p > 0,05$).

Na Tabela 2 está apresentada a prevalência de DPMs relacionados com o perfil laboral dos trabalhadores do SHL.

Tabela 2 – Prevalência de DPMs relacionados com o perfil laboral dos trabalhadores do SHL. RS, Brasil, 2013

Variáveis laborais	N	%	DPMs				P*
			Não		Sim		
			N	%	N	%	
Função							0,501
Servente de limpeza	103	65,6	71	68,9	32	31,1	
Auxiliar de limpeza de materiais	54	34,4	40	74,1	14	25,9	
Turno de trabalho							0,091
Diurno	127	80,9	86	67,7	41	32,3	
Noturno	30	19,1	25	83,3	5	16,7	
Trabalhou em outro setor							0,998
Não	58	37,0	41	70,7	17	29,3	
Sim	99	63,0	70	70,7	29	29,3	
Horas extras							0,724
Não	106	67,5	74	69,8	32	30,2	
Sim	51	32,5	37	72,5	14	27,5	
Escala de trabalho							0,428
Suficiente	116	73,9	84	72,4	32	27,6	
Insuficiente	41	26,1	27	65,9	14	34,1	
Recebe treinamentos							0,256
Não	21	13,4	16	76,2	5	23,8	
Às vezes	23	14,6	13	56,5	10	43,5	
Sim	113	72,0	82	72,6	31	27,4	
Outro emprego							0,88
Não	139	88,5	98	70,5	41	29,5	
Sim	18	11,5	13	72,2	5	27,8	

* Teste Qui-Quadrado

Não foi evidenciada associação estatística significativa entre DPMs e variáveis laborais pesquisadas ($p > 0,05$).

Na Tabela 3 está apresentada a prevalência de DPMs relacionada com o perfil de saúde dos trabalhadores do SHL.

Tabela 3 – Prevalência de DPMs relacionados com o perfil de saúde dos trabalhadores do SHL. RS, Brasil, 2013

Variáveis Saúde	N	%%	DPMs				P
			Não		Sim		
			N	%	N	%	
Fumante							0,753***
Não, nunca fumou	79	50,3	54	68,4	25	31,6	
Sim, fumo	51	32,5	38	74,5	13	25,5	
Fumei, mas parou	27	17,2	19	70,4	8	29,6	
Consumo de álcool							0,991***
Não	140	89,2	99	70,7	41	29,3	
Sim	17	10,8	12	70,6	5	29,4	
CAGE *							0,793**
Não	11	64,7	8	72,7	3	27,3	
Sim	6	35,3	4	66,7	2	33,3	
Dor musculoesquelética							0,003***
Ausente	47	29,9	41	87,2	6	12,8	
Presente	110	70,1	70	63,6	40	36,4	
Atendimento médico no último ano							0,150***
Não	65	41,4	50	76,9	15	23,1	
Sim	92	58,6	61	66,3	31	33,7	
Uso de medicação							0,008***
Não	77	49	62	80,5	15	19,5	
Sim	80	51	49	61,3	31	38,8	
Acompanhamento psicológico							0,137***
Não	147	94	106	72,1	41	27,9	
Sim	10	6	5	50,0	5	50,0	
Número de doenças diagnosticadas por médico							0,001***
05 ou mais	28	17,8	12	42,9	16	57,1	
04 doenças	5	3,2	2	40	3	60	
03 doenças	17	10,8	10	58,8	7	41,2	
02 doenças	22	14	19	86,4	3	13,6	
01 doença	38	24,2	32	84,2	6	15,8	
Nenhuma doença	47	29,9	36	76,6	11	23,4	
Afastamento do trabalho							0,012***
Não se afastou	89	56,7	70	78,7	19	21,3	
Sim, afastou-se	68	43,3	41	60,3	27	39,7	
Capacidade para o Trabalho							<0,0001***
Baixa a moderada capacidade	32	20,4	14	43,8	18	56,3	
Boa a ótima capacidade	125	79,6	97	77,6	28	22,4	
Estresse Ocupacional (DER)							<0,0001***
Baixo DER	105	66,9	88	83,8	17	16,2	
Alto DER	52	33,1	23	44,2	29	55,8	
Tempo para lazer							<0,0001***
Não	17	10,8	6	35,3	11	64,7	
Às vezes	47	29,9	26	55,3	21	44,7	
Sim	93	59,2	79	84,9	14	15,1	

* N=17, ** Teste Exato de Fischer, *** Teste Quiquadrado

No que tange às variáveis pesquisadas sobre a saúde dos trabalhadores, evidenciaram-se associações estatísticas significativas ($p < 0,05$) com: uso de medicação (38,8%; N=31); número de doenças diagnosticadas (15,8% a 60%); exposição ao estresse ocupacional (55,8%; N=29); presença de dor musculoesquelética (36,4%; N=40); afastamento do trabalho (39,7%; N=27); não ter tempo para o lazer (64,7%; N=11); e baixa capacidade para o trabalho (56,3%; N= 18).

Na Tabela 4, estão apresentadas as associações bruta e ajustada entre DPMs e variáveis com p-valor $< 0,15$.

Tabela 4 – Distribuição das associações bruta e ajustada. RS, Brasil, 2013

Variáveis	RPb	IC (95%)	P	RPaj	IC (95%)	p
Número de filhos						
Mais de 3 filhos	1,05	0,85-1,29	0,624	--	--	--
Até 3 filhos	0,90	0,76-1,06	0,216	--	--	--
Nenhum filho	1,00	--	--	--	--	--
Renda per capita familiar						
<01 salário	1,11	0,99-1,24	0,072	1,06	0,95-1,17	0,277
01 a 02 salários	1,00	--	--	1,00	--	--
Turno de trabalho						
Diurno	1,13	0,99-1,29	0,058	0,958	0,84-1,09	0,518
Noturno	1,00	--	--	1,00	--	--
Uso de medicação						
Sim	1,16	1,04-1,29	0,006	1,11	1,02-1,22	0,011
Não	1,00	--	--	1,00	--	--
Atendimento medico						
Sim	1,08	0,97-1,21	0,141	1,00	0,91-1,10	0,870
Não	1,00	--	--	1,00	--	--
Acompanhamento psicológico						
Sim	1,173	0,94-1,45	0,145	1,09	0,91-1,30	0,322
Não	1,00	--	--	1,00	--	--
Doenças com diagnóstico médico						
05 ou mais doenças	1,27	1,09-1,48	0,002	1,09	0,94-1,27	0,241
04 doenças	1,29	0,97-1,72	0,075	1,24	0,90-1,71	0,184
03 doenças	1,14	0,94-1,38	0,171	0,93	0,77-1,12	0,472
02 doenças	0,92	0,78-1,08	0,312	0,89	0,77-1,02	0,118
01 doença	0,93	0,81-1,07	0,373	0,91	0,81-1,03	0,142
Nenhuma doença	1,00	--	--	1,00	--	--
Estresse Ocupacional (DER)						

Variáveis	RPb	IC (95%)	P	RPaj	IC (95%)	p
Alto	1,34	1,20-1,49	<0,0001	1,22	1,08-1,38	0,001
Baixo	1,00	--	--	1,00	--	--
Dor musculoesquelética						
Sim	1,20	1,08-1,34	0,001	1,03	0,92-1,16	0,583
Não	1,00	--	--	1,00	--	--
Afastamento do trabalho						
Sim	1,15	1,03-1,28	0,011	0,98	0,88-1,09	0,763
Não	1,00	--	--	1,00	--	--
Tempo para lazer						
Não	1,43	1,23-1,66	<0,0001	1,22	1,04-1,43	0,012
Às vezes	1,25	1,19-1,41	<0,0001	1,18	1,06-1,31	0,002
Sim	1,00	--	--	1,00	--	--
Capacidade para o trabalho						
Baixa a moderada	1,27	1,12-1,44	<0,0001	1,02	0,89-1,18	0,712
Boa a ótima	1,00	--	--	1,00	--	--

Após ajustes por fatores de confundimento (variáveis associadas ao desfecho com $p < 0,15$), permaneceram associadas aos DPMs: fazer uso de medicação (RPaj=1,11; IC95%=1,02-1,22), alto estresse no trabalho (RPaj=1,22; IC95%=1,08-1,38), não ter tempo para o lazer (RPaj=1,22; IC95%=1,04-1,43) e às vezes ter tempo para o lazer (RPaj=1,18; IC95%=1,06-1,31).

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos na pesquisa confrontados com outros estudos relevantes que abordarão esta temática.

5.1 Perfil sociodemográfico e econômico dos trabalhadores do SHL

Quanto ao perfil **sociodemográfico e econômico** dos trabalhadores do SHL, a prevalência do sexo feminino é corroborada em estudos realizados por Lafetá, Durães e Ferreira (2010), Cruz et al. (2011), Salwe, Kumar e Hood (2011), Martins et al. (2013), os quais variaram de 66,7% a 100%. Autores apontam que o motivo pelo qual há predomínio de mulheres é em decorrência da própria cultura social imposta, na qual atividades como limpar, varrer e lavar são “coisas de mulher” (MARTARELLO; BENATTI, 2009; SILVA et al., 2010).

Isso parece reforçar a cultura de que a mulher tem aptidão para os trabalhos menos valorizados, que não necessitam de qualificação para serem exercidos, conseqüentemente recebe salários menores do que os pagos aos homens. Essa diferença salarial pode ser constatada nos dados publicados pelo IBGE, em 2013, em que os rendimentos obtidos pelas mulheres com seu trabalho corresponderam a 73,6% dos rendimentos obtidos pelos homens (BRASIL, 2015a).

Quanto à escolaridade, predominaram os trabalhadores com ensino médio completo (54,8%), corroborando outros estudos realizados com esta população (SILVA et al., 2013; PETEAN; COSTA; RIBEIRO, 2014). Estes dados refletem também os dados publicados pelo IBGE na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-2014 (PNAD), a qual identificou que, no 3º trimestre de 2014 no país, 52,2% dos indivíduos que estavam trabalhando haviam concluído pelo menos o ensino médio (BRASIL, 2014c). Com o resultado identificado neste estudo, percebe-se uma mudança positiva na busca pela escolarização desta categoria profissional, uma vez que, estudos realizados anteriormente identificaram a baixa escolaridade destes trabalhadores (CHILLIDA; COCCO, 2004; ANDRADE; MONTEIRO, 2007), ou seja, apenas 6% dos pesquisados tinham o ensino médio completo.

Foram predominantes, também, trabalhadores **casados(as)** ou **com companheiro(a)**, corroborando estudos realizados por Silva et al., (2010) e Silva et al., (2013) que identificaram percentuais de 53,1% e 58,1%, respectivamente. No que se refere ao número de filhos e renda, houve maior frequência de trabalhadores com **até três filhos** e com uma renda familiar *per capita* **menor que um salário mínimo nacional**. Silva et al., (2010) e Oliveira (2014) identificaram renda individual entre um e três salários mínimos (52% e 74,5% respectivamente). A renda familiar *per capita* identificada neste estudo apresenta-se inferior à renda *per capita* nacional, que, em 2014, foi de R\$ 1.052,00 Reais, e no Rio Grande do Sul foi de R\$ 1.318,00 Reais, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Contínua (Pnad Contínua), realizada pelo IBGE (BRASIL, 2014c). A renda familiar *per capita* inferior à obtida pelos demais trabalhadores identificada neste estudo pode ser explicada através de outros dados do mesmo, pois prevaleceram também trabalhadores que não possuíam outro emprego e não realizavam horas extras. Atitudes estas que são formas de complementar a renda dos trabalhadores.

O conhecimento do perfil sociodemográfico dos participantes de um estudo favorece o estabelecimento de metas, a construção e planejamento de ações para o crescimento da coletividade (BATTAUS; MONTEIRO, 2013). Neste estudo, os resultados referentes ao **perfil sociodemográfico e econômico** dos trabalhadores do SHL **não apresentaram significância estatística** para a prevalência de DPMs ($p > 0,05$). Outros estudos que investigaram a prevalência de DPMs com residentes médicos e da área multiprofissional, com docentes e trabalhadores de enfermagem também não encontraram diferenças entre os grupos avaliados (CARVALHO et al., 2013; URBANETTO et al., 2013; TAVARES et al., 2014).

5.2 Perfil laboral dos trabalhadores do SHL

Como **perfil laboral**, prevaleceram **Serventes de Limpeza** que trabalhavam **durante o dia**, corroborando os percentuais (93,7%) apresentados no estudo de Cruz et al., (2011). Neste estudo, a predominância de trabalhadores que desenvolvem suas atividades durante o dia pode estar relacionada diretamente com a rotina da própria instituição na qual os trabalhadores desenvolvem suas atividades. Ou seja, todos os procedimentos e consultas eletivas são realizados durante o período diurno. No noturno, são realizados procedimentos e consultas de urgência e/ou emergência.

Esta investigação identificou predomínio de trabalhadores que **não possuíam outro emprego**, resultado coerente com as pesquisas realizadas por Cruz et al. (2011), Martarello e Benatti (2009) e Silva et al., (2013). Esse resultado pode ser favorável à saúde laboral dos trabalhadores, pois é reconhecido que o ambiente hospitalar é altamente insalubre e muitas vezes não oferece as condições adequadas de trabalho. Assim, a permanência prolongada do trabalhador nesse ambiente pode ser extremamente desgastante para a sua saúde física e mental. Contribuindo, Lima et al., (2013, p. 5144) indicam que “as condições de trabalho inadequadas afetam diretamente a saúde dos trabalhadores, podendo causar efeito negativo sobre o indivíduo, desestimulando-o na realização de suas tarefas, provocando sentimentos de solidão, impotência, desânimo”, ou seja levando-o ao adoecimento.

Foi identificado, neste estudo, maior percentual de trabalhadores que **tinham desenvolvido suas atividades em outro setor**. Isso pode decorrer em função de necessidade do serviço ou por solicitação de troca pelo próprio trabalhador. Quando esta prática decorre da necessidade do serviço, pode trazer sofrimento ao trabalhador, uma vez que este tem que adaptar-se ao novo ambiente de trabalho, às novas rotinas e aos novos colegas.

Outro dado importante observado foi o predomínio de trabalhadores que **recebiam treinamento** em serviço, resultado coerente com a exigência da ANVISA. Pois, os trabalhadores do SHL devem receber “*obrigatoriamente*” treinamentos que abordem assuntos que promovam a segurança do próprio trabalhador e do paciente. Os treinamentos devem contemplar teoria e prática, com enfoque multiprofissional, com linguagem acessível e com técnicas de abordagem variadas, como cartilhas, cartazes e encenações, para possibilitar a compreensão e assimilação dos temas discutidos (BRASIL, 2012a). Quanto à necessidade dos trabalhadores do SHL de receberem treinamentos constantes, Valente et al., (2011) apontam como algo pontual, para que estes não se tornarem sujeitos para a promoção e disseminação de focos de infecção hospitalar e outros agravos que ameacem a segurança dos pacientes e dos profissionais.

Entretanto, os treinamentos planejados não devem abordar somente a realização e revisão de técnicas, mas incluir discussões em grupo sobre o próprio trabalho, os desgastes físicos e emocionais provocados pelo mesmo, às relações interpessoais no dia a dia laboral e as formas de enfrentamento, prevenção e proteção da saúde destes trabalhadores. Andrade e Monteiro (2007, p. 243) afirmam que “é preciso olhar a área hospitalar como um local que também precisa ‘cuidar’ da saúde dos trabalhadores, quaisquer que sejam eles”.

Neste estudo, o **perfil laboral não mostrou significância estatística para suspeição de DPMs entre os grupos estudados**. Resultado parcialmente identificado em estudos

realizados com trabalhadores de enfermagem, pois nestes apenas o setor, turno e demanda física no trabalho estavam associados com a suspeição de DPMs (KIRCHHOF et al., 2009; URBANETTO et al., 2013).

5.3 Perfil de saúde dos trabalhadores do SHL

Referente ao perfil de saúde dos trabalhadores do SHL, prevaleceram os trabalhadores **não fumantes** e que **não ingerem bebidas alcólicas**. Resultado semelhante foi identificado em estudo realizado por Silva et al. (2013), com trabalhadores do Serviço de Higiene de um hospital público de São José dos Campos/SP, que identificou maior parcela de não fumantes (78,8%) e dos que não tinham o hábito de ingerir bebidas alcólicas (69,7%). No entanto, dentre os consumidores, assim como em estudo realizado por Rodrigues et al. (2014), em que 27,7% dos trabalhadores foram classificados, de acordo com o CAGE, positivamente para o abuso e dependência de álcool.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Álcool e Saúde de 2014, divulgado pela OMS, o uso abusivo de álcool é considerado como um grave problema de saúde pública. Estimando-se que dois bilhões de pessoas em todo o mundo fazem uso desta substância e 5,1% das doenças que acometem os indivíduos estão ligadas diretamente a este hábito. Ainda, o consumo abusivo de álcool pode provocar danos à saúde física e mental dos indivíduos, como lesões em órgãos e tecidos, comprometimento motor e cognitivo, alteração nas relações de afeto sociais, profissionais e familiares (WHO, 2014a). O abuso do álcool pode ser uma forma de o trabalhador fugir das dificuldades e dos problemas do cotidiano laboral, por vezes precário e insalubre, podendo levá-lo ao sofrimento físico e psíquico (HERMANSSON, 2010).

Sobre o abuso do álcool por trabalhadores, Brites e Abreu (2014) indicam que é preciso conhecer a realidade de cada serviço, para, se houver necessidade, propor estratégias para a promoção e prevenção de doenças provocadas pelo uso abusivo do álcool pelos trabalhadores, diminuindo os efeitos aos níveis pessoal, familiar, profissional e econômico.

Foram prevalentes também os trabalhadores que responderam afirmativamente para a presença de **dor musculoesquelética**. Resultado este compartilhado por estudo realizado por Lima et al. (2014) com trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria/RS, o qual identificou que 91,4% dos trabalhadores informaram apresentar dor

musculoesquelética. A elevada porcentagem de dor identificada neste estudo, assim como no estudo de Lima et al. (2014), pode estar relacionada à questão da prevalência de trabalhadores do sexo feminino, pois muitas têm dupla jornada de trabalho, algumas têm filhos pequenos que necessitam de cuidados que demandam esforço físico intenso e também as mulheres parecem ter mais facilidade de expressar seus sentimentos(queixas) do que os homens (MAGNAGO et al., 2010).

A **presença de DME** foi prevalente entre os trabalhadores pesquisados e apresentou significância estatística quando relacionada com a presença de DPMs (36,4%; $p=0,003$). Resultado semelhante foi evidenciado em estudo realizado com trabalhadores da rede municipal de saúde de Belo Horizonte/MG, ou seja, a presença de dor musculoesquelética também associou-se significativamente quando relacionada a suspeição de DPMs ($p < 0,001$; $RP= 1,60$ (IC:1,44-1,77) nesses trabalhadores (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012).

A elevada suspeição de DPMs verificada entre os trabalhadores do SHL, quando relacionada com a variável dor, pode ser explicada também pelas características das atividades desenvolvidas por estes trabalhadores (varrer, esfregar, carregar peso, permanecer horas em pé, etc.) e pelos efeitos psíquicos que a dor pode provocar nos indivíduos, como irritabilidade, insônia, isolamento social devido à própria dor e também em resposta ao comportamento hostil apresentado por colegas e chefias de trabalho frente às queixas manifestadas.

Em estudos realizados com trabalhadores do SHL, investigando, entre outros, a presença de sintomas osteomusculares (MARTARELLO; BENATTI, 2009) e das cargas de trabalho (MARTINS et al., 2013), foi identificado que 43% dos trabalhadores sentiam dor na região dorsal e a carga de trabalho mais significativa para estes era a carga fisiológica, principalmente a referente a lombalgia. Assim, evidenciando que a dor é um sintoma presente no cotidiano destes trabalhadores.

Para Lima et al., (2014, p. 531) “a dor é incapacitante” e por vezes os trabalhadores são tidos como “poliqueixosos”, pois a mensuração da dor é muito particular e subjetiva e não cabe a ninguém fazer pré-julgamentos. Com base no conhecimento a respeito da prática laboral e do grupo de trabalho em que estão inseridos os trabalhadores do SHL permite-se inferir que estes, muitas vezes, são hostilizados pelos próprios colegas de trabalho quando referem problemas de saúde, principalmente dor. E, como defesa, se isolam dos demais. A hostilidade somada ao isolamento pode desencadear nesses indivíduos sofrimento mental.

Portanto, julga-se necessário à instituição empregadora oferecer apoio ao trabalhador, encaminhando-o para a realização de uma consulta médica e avaliação clínica adequada às

suas queixas. Quanto a sentir dor, Moraes e Bastos (2013, p. 3-4) enfatizam que “toda dor deve ser considerada como real e legítima, independentemente de sua origem, seja psicológica ou física”. Pois, dor quando não tratada pode se tornar crônica e acarretar em sérias consequências para vida dos trabalhadores não somente ao nível laboral, mas particular e social, pois pode, entre outras, comprometer a qualidade de vida deste trabalhador (MARTARELLO; BENATTI, 2009; LUZ, 2015).

Com **relação ao atendimento médico**, neste estudo houve predomínio daqueles que **tiveram esta necessidade**. E estudos realizados por Chillida e Cocco (2004) e por Jodas et al. (2009) com trabalhadores do serviço de limpeza de hospitais universitários também identificaram que os trabalhadores pesquisados necessitaram de pelo menos uma consulta médica por ano (84% e 45,9%, respectivamente).

Quanto ao **uso de algum tipo de medicação**, o resultado deste estudo é semelhante ao realizado por Jodas et al., (2009) e Silva et al. (2013), os quais identificaram, respectivamente, que 47,4% e 42% dos trabalhadores faziam uso de algum tipo de medicação. Os trabalhadores do SHL, assim como os demais trabalhadores da área da saúde, em virtude do próprio ambiente de trabalho e pelo círculo de convivência (e até de amizade), a partir de uma queixa já recebem a indicação do uso de medicação, porém esta queixa pode ser advinda de um problema grave de saúde necessitando a realização de uma consulta médica especializada e a realização de exames. Dessa forma, isto não acontece e o problema acaba sendo mascarado com o uso de analgésicos, anti-inflamatórios e antidepressivos.

Quanto ao **número de doenças** referidas e que possuíam diagnóstico médico, prevaleceram os trabalhadores que **não possuíam nenhuma** doença. Porém, nesta variável as respostas oscilaram de nenhuma doença, que foi a resposta predominante, até cinco ou mais doenças. E, quanto maior o número de doenças com diagnóstico médico, maior a prevalência de DPMs.

Os DPMs provocam nos trabalhadores sintomas psicofisiológicos como insônia, cansaço, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, gastralgia, inapetência, etc. (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Ressaltando Gouvêa; Haddad; Rossaneis (2014, p. 46), “os fenômenos psicossomáticos têm, sobretudo, uma função defensiva”, ou seja, devido às preocupações com a saúde física e com as atividades laborais que devem realizar os trabalhadores acabam somatizando estas preocupações e as transformando em transtornos mentais.

Talvez os resultados evidenciados neste estudo referente ao número de doenças com diagnóstico médico e elevada prevalência de DPMs esteja mais uma vez atrelado ao processo

de trabalho destes indivíduos, que é desgastante física e mentalmente. Pois permanecem várias horas em pé, sobem e descem escadas várias vezes durante seu turno de trabalho, carregam peso, realizam atividades repetitivas como varrer, escovar, limpar, convivem com os desgastes emocionais apresentados pelo próprio ambiente de trabalho (dor, morte, sofrimento, angústia, incertezas, etc.) (BELTRAME, 2014).

Para Gonzalez e Carvalho (2003) os trabalhadores do SHL podem ser os mais susceptíveis aos desgastes emocionais dentro do cenário hospitalar, por não possuírem qualificação na área da saúde e, conseqüentemente, receberem um salário menor que os demais trabalhadores deste ambiente. Para Silva (2011, p. 35) “o trabalho, conforme a situação, tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto vulnerabilizá-la e mesmo gerar distúrbios que se expressarão coletivamente e no plano individual”.

A **necessidade de afastar-se** do trabalho apresentou-se associada à suspeição de DPMs (39,7%; $p=0,012$). Para os trabalhadores terceirizados, a necessidade de afastar-se do trabalho pode provocar sentimentos de angústia e medo, pois o afastar-se do trabalho pode ser motivo para uma futura demissão. De acordo com os dados do IBGE, no 1º trimestre de 2015, a taxa de desemprego foi de 7,9%, ou seja, 7,934 milhões de pessoas ficaram sem emprego (BRASIL, 2015b). Quando o trabalhador necessita afastar-se do trabalho ele pode ser substituído e acabar perdendo a sua vaga. Diante dessa problemática, muitos trabalhadores omitem a presença de problemas de saúde ou protelam essa necessidade com medo de engrossar as estatísticas de desemprego presentes no país.

Contudo, alguns fatores podem desencadear o aparecimento de doenças relacionadas ao trabalho, principalmente aos transtornos mentais, e em muitos casos o afastamento do trabalho é essencial para o reestabelecimento da saúde mental do trabalhador. Dentre os fatores que podem levar o trabalhador ao sofrimento mental, Farias e Araújo (2011) apontam as condições adversas impostas pelo trabalho, como baixos salários, cargas horárias extenuantes, mudanças nos processos organizacionais, esforço físico intenso, diminuição de postos de trabalho, entre outros.

Ainda sobre o número de afastamentos do trabalho, de acordo com o 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por incapacidade, entre 2000 e 2011 os transtornos mentais (episódios depressivos e outros transtornos ansiosos) foram responsáveis por 4,76% das causas de afastamento do trabalho (BRASIL, 2014a). Anteriormente, a causa principal de afastamento do trabalho eram os problemas infectos/traumáticos. A partir dessa publicação, passou a ser em decorrência de doenças ergonômicas e mentais (problemas crônicos) (BRASIL, 2014).

Ao ser avaliado o **Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)**, predominaram os classificados com uma **boa a ótima capacidade**. Estudo de Silva et al., (2010) também evidenciou predomínio de trabalhadores do SHL com boa (45,9%) e ótima capacidade para o trabalho (23,5%). Porém, neste estudo, nos trabalhadores classificados em baixa a moderada capacidade para o trabalho, a prevalência de DPMs mostrou-se significativamente elevada (56,3%; $p < 0,001$). Estudo com trabalhadores de enfermagem também concluiu que aqueles com suspeição para DPMs apresentavam duas vezes mais chances de ter a capacidade para o trabalho reduzida (MAGNAGO et al., 2015).

Com base nos dados identificados, percebe-se que o ICT reduzido pode provocar no trabalhador sintomas de desgaste mental. Suspeitando-se ainda que, quando o trabalhador julga não estar cumprindo suas atividades adequadamente, ele pode sentir-se inferior aos demais trabalhadores e essa percepção o leva ao desenvolvimento de sintomas físicos e mentais. Acrescentando, o ambiente em que os trabalhadores do SHL laboram apresenta, como dito anteriormente, cargas físicas e psíquicas muito intensas e estes trabalhadores, muitas vezes, não tem estrutura emocional e/ou conhecimento adequado para enfrentá-las.

De acordo com Meneguín; Morine; Ayres (2015), apesar de os trabalhadores do SHL não realizarem atividades diretamente com os pacientes, podem ser acometidos por doenças ou lesões, tanto física quanto mentalmente, provocadas por essa convivência próxima. Portanto, parece também ser de responsabilidade dos empregadores ou gerentes promover discussões com estes trabalhadores que visem alertá-los sobre os prejuízos que as atividades e a convivência com pacientes e familiares em sofrimento podem trazer à sua saúde. Vislumbrando, dessa forma, o desenvolvimento de estratégias pessoais para o enfrentamento e a superação, principalmente do sofrimento mental.

Reforçando, Magnago et al., (2010) afirmam que as características exigidas pelo cenário laboral podem trazer implicações negativas para a saúde do trabalhador, tanto físicas como mentais, assim comprometendo sua capacidade para o mesmo. Ainda referente ao **perfil de saúde** dos trabalhadores do SHL, as variáveis uso de medicamentos, exposição ao estresse ocupacional (alto DER) e não ter tempo para o lazer apresentaram **significância estatística** ($p < 0,05$) para suspeição de DPMs e se mantiveram associadas após ajustes para fatores de confundimento. Estas serão abordadas mais adiante, na página 60.

5.4 Prevalência global de DPMs e fatores associados

5.4.1 Prevalência de DPMs em trabalhadores do SHL

A prevalência total para DPMs identificada neste estudo (29,3%), embora alta, foi inferior à verificada em estudos de outras instituições realizados com profissionais de saúde da rede especializada de Aracaju (Sergipe) (50,6%) e trabalhadores de enfermagem de um hospital da Bahia (35%) (RODRIGUES et al., 2014; FILHO; ARAÚJO, 2015). Porém, foi superior à verificada em estudo realizado com profissionais de saúde (equipe de enfermagem, médico, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (27,9%) (ALVES et al., 2015).

Em estudo realizado por Kirchhof et al. (2009), com trabalhadores de enfermagem da instituição do presente estudo, também foi verificada uma prevalência de DPMs menor que a encontrada com trabalhadores do SHL (18,7% vs. 29,3%). Esses resultados indicam que os profissionais do SHL estão expostos aos riscos de sofrimento mental e parecem apresentar maior chance de adoecimento que os trabalhadores da saúde que atuam no ambiente hospitalar. Pois o ambiente hospitalar é um local de avanço tecnológico muito rápido e a presença de trabalhadores com um nível de escolaridade mais elevado pode ser um fator de prevenção de doenças advindas do trabalho. Uma vez que este trabalhador é familiarizado com o uso de tecnologias no seu dia a dia e acaba apresentando maior facilidade de compreender as informações disponibilizadas nos treinamentos em serviço quanto aos riscos a que estão expostos.

Dessa forma, o risco maior de adoecimento dos trabalhadores do SHL pode estar relacionado com a falta de preparo acadêmico destes profissionais. Pois os trabalhadores da área da saúde têm, durante o seu período de formação, disciplinas específicas para melhor enfrentar as situações de dor e sofrimento alheio presentes no ambiente hospitalar. Tal evidência sinaliza para a necessidade de os trabalhadores do SHL também fazerem parte de programas para prevenção do sofrimento psíquico advindo do trabalho. Os programas podem oportunizar momentos de socialização das dificuldades e angústias vivenciadas, melhorando a qualidade de vida no trabalho. Pois se acredita fortemente que é através do empoderamento do trabalhador sobre as formas de prevenção dos transtornos físicos e emocionais provocados

pelo trabalho que este vai se tornar proativo no cuidado à sua saúde e ainda vai ajudar a gestão fornecendo subsídios sobre ações para promoção da saúde do trabalhador (TRINDADE, 2015).

Na análise a partir o grupo de sintomas proposto pelo SRQ-20, o grupo mais prevalente foi o Humor depressivo-ansioso, seguido pelo grupo dos Sintomas somáticos, Decréscimo de energia vital e Pensamentos depressivos. Já as questões que apresentaram as maiores prevalências de repostas positivas foram respectivamente: sentir-se nervoso, tenso ou preocupado com 55,4%, sentir dores de cabeça frequentemente com 40,1%, e dificuldade em tomar decisão com 29,9% das repostas positivas.

Corroborando os resultados aqui evidenciados, estudos realizados com trabalhadores da saúde do Município de João Pessoa, na Paraíba (BRAGA et al., 2013), com docentes dos cursos de graduação em enfermagem das sete universidades federais do Rio Grande do Sul (TAVARES et al., 2014) e com agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativos (CASEs) do Rio Grande do Sul (GRECO et al., 2015) também obtiveram maior percentual de repostas afirmativas para a questão do SRQ-20 referente a sentir-se nervoso, tenso ou preocupado, resultando respectivamente em 81%, 49,2% e 68,5% das repostas positivas. Tendo estes também como o grupo de sintomas mais prevalente o Humor depressivo-ansioso.

A prevalência elevada (81%) para a questão sentir-se nervoso, tenso ou preocupado apresentada no estudo com trabalhadores da saúde do Município de João Pessoa, na Paraíba (BRAGA et al., 2013), apresenta-se maior que a identificada neste estudo para esta questão (55,4%). Porém, alguns aspectos do trabalho vivenciados por estes trabalhadores assemelham-se aos vivenciados pelos trabalhadores do SHL. Entre outros, o ambiente de trabalho insalubre, a convivência com a dor, com a morte, com sentimentos de incerteza e impotência frente às questões de políticas públicas de saúde e acesso a tratamentos de saúde de responsabilidade do estado.

Assim, reforçando mais uma vez a necessidade de os trabalhadores do SHL receberem a mesma atenção que os trabalhadores da área da saúde no que tange à prevenção ao sofrimento mental provocado pelo ambiente laboral, embora estes não sejam vistos como trabalhadores da área da saúde.

A prevalência desta questão reflete também o momento vivenciado por muitos trabalhadores atualmente, pois, em decorrência das mudanças ocorridas no mercado de trabalho e atual crise do sistema financeiro, o trabalhador é inundado por angústias e incertezas. Estes sentimentos refletem diretamente na saúde dos trabalhadores, gerando assim

desgaste e sofrimento mental. Tanto para os trabalhadores do SHL como para os demais trabalhadores da área da saúde estes sentimentos podem ser intensificados, pois, além das incertezas do mercado de trabalho, convivem com o ser humano num dos momentos mais difíceis da sua vida, que é o momento da doença e da finitude.

Outro resultado evidenciado neste estudo que merece destaque é o grupo de sintomas referentes aos pensamentos depressivos. Pois fazem parte deste grupo questões relacionadas à incapacidade de desempenhar papel útil na vida, falta de interesse pelas coisas, ter pensado em suicídio e sentir-se inútil. Questões essas que não apresentaram prevalências elevadas, porém pela importância das respostas que são obtidas merecem destaque, uma vez que, podem diagnosticar um intenso sofrimento mental que alguns trabalhadores podem estar vivenciando e até mesmo o risco de suicídio.

Conforme a OMS cerca de 800 mil pessoas se suicidam por ano, a cada 40 segundos uma pessoa se suicida no mundo e cerca de 75% dos suicídios ocorrem em países de média e baixa renda. No Brasil, as taxas de suicídio são consideradas baixas, entre 5.4/100.000 e 5.9/100.000 habitantes e a Região Sul apresenta as taxas mais elevadas podendo ser comparada com países europeus (WHO, 2014b).

A causa de suicídio na população em geral é variada (WHO, 2014b), porém as mudanças provocadas pelo modelo neoliberal nos processos de trabalho difundido a partir da década de 90 trouxeram implicações negativas para os indivíduos tanto na esfera social, quanto na coletiva (HIRATA, 2011). Assim, o trabalho passou a ser um também uma possível causa de suicídio.

O suicídio em decorrência do trabalho, assim como o suicídio em geral, ainda é pouco discutido e divulgado. Mas países como França e Japão já dispõem de dados sobre o suicídio em virtude do trabalho, e está relacionado com intensificação e excesso de trabalho, falta de solidariedade entre a equipe de trabalho, assédio moral e psicológico, entre outros (HIRATA, 2011; CECCON et al., 2014).

Estudo realizado com o objetivo de analisar a mortalidade por suicídio e sua relação com o trabalho em metrópoles brasileiras identificou que São Paulo apresentou associação do suicídio com atividade laboral. Porém, este mesmo estudo indica que o suicídio “é um fenômeno complexo e multicausal e não pode ser entendido exclusivamente como resultante das condições relacionadas ao trabalho” (CECCON et al., 2014, p. 2229). Então, é importante a realização de estudos com esta temática para a produção de um diagnóstico situacional e consequente estruturação de programas específicos de prevenção do suicídio relacionado ao trabalho.

5.4.2 Fatores associados à presença de DPMs nos trabalhadores do SHL

Neste estudo, após análise ajustada por fatores de confundimento, a suspeição de DPMs mostrou-se associada aos seguintes fatores: fazer uso de medicação, alto estresse no trabalho, não ter tempo para o lazer e às vezes ter tempo para o lazer.

Fazer **uso de medicação** evidenciou uma chance 11% mais elevada de desenvolver suspeição de DPMs do que aqueles trabalhadores que não faziam uso. Dependendo de como é enfrentada as dificuldades e exigências impostas pelas atividades laborais, estas podem desencadear um processo de adoecimento físico e mental nos trabalhadores. Em casos mais graves é necessário o uso de algum tipo de medicação para ajuda-los a superá-las ou enfrentá-las. Faz-se necessário ressaltar também que os DPMs provocam nos trabalhadores sintomas físicos e mentais como, insônia, cefaleia, fadiga, irritabilidade, gastralgia, entre outros (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Sintomas estes, que muitas vezes o trabalhador necessita fazer o uso de medicação para aliviá-los.

Ainda, quanto ao uso de medicamentos por trabalhadores do ambiente hospitalar e a relação com doença mental, Schneider e Azambuja (2015), em seu estudo realizado com profissionais de um hospital de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, investigaram utilização de psicofármacos e os fatores associados a este uso. O estudo apontou que os técnicos de enfermagem (22,8%) eram os trabalhadores que mais consumiam este tipo de medicamento e utilizavam devido a depressão, ansiedade e insônia, sintomas estes característicos de DPMs. Também é importante ressaltar que neste estudo, a relação entre uso de medicação e suspeição de DPMs pode estar relacionada com a prevalência de dor referida pelos trabalhadores do SHL.

O **alto estresse no trabalho (alto DER)** foi outra variável associada à suspeição de DPMS. Assim, para os trabalhadores que estavam em alto desequilíbrio entre o esforço empreendido e a recompensa recebida tiveram 22% mais chance de apresentar DPMs, do que aqueles em baixo desequilíbrio. Reforçando esta ideia, em estudo realizado sobre o estresse psicossocial de enfermeiros que atuavam em oncologia, uma das variáveis que apresentaram associação significativa com alto DER foi a variável sente-se triste/deprimido ($p < 0,05$) (SÁ, 2014). Também estudo realizado com enfermeiras no Japão evidenciou associação entre alto DER, estado depressivo e ansiedade (KIKUCHI et al., 2010).

O modelo DER tem como base o princípio de que o estresse laboral ocorre como uma resposta do organismo a um desequilíbrio entre o *alto esforço no trabalho-componente*

extrínseco (demandas e deveres no trabalho) e a *baixa recompensa-componente intrínseco* (salário, relação com colegas, perspectivas de crescimento no emprego, segurança, entre outros) (SIEGRIST, 1996; SILVA; BARRETO, 2010).

Para demonstrar o componente intrínseco que o trabalho pode ter para os indivíduos, em estudo realizado com trabalhadores do serviço de limpeza de uma unidade de emergência/pronto socorro de um hospital público de Londrina, Paraná evidenciou, entre outras, que uma das cargas psicológicas relatadas pelos trabalhadores era a falta de reconhecimento no trabalho. Principalmente, por parte dos outros profissionais da área da saúde (MARTINS et al., 2013). Hanzelmann e Passos (2010, p. 695) afirmam que “a falta de valorização gera um sentimento de inutilidade, remetendo à falta de qualificação e de finalidade do trabalho”. Tal sentimento pode levar o trabalhador ao sofrimento mental e, possivelmente, a DPMs.

As variáveis **não ter tempo para o lazer e ter tempo às vezes** também se apresentaram associadas à suspeição para DPMs, ou seja, nos trabalhadores que não tinham tempo ou tinham às vezes para o lazer tiveram respectivamente 22% e 18% mais chance de apresentar suspeição de DPMs. Estudo com outros trabalhadores também evidenciaram maiores prevalências de DPMs nos grupos sem tempo para o lazer, ou seja, variaram de 31,6% a 75% (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; FARIAS; ARAÚJO, 2011; GRECO et al., 2015).

Alguns autores (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; PINHO; ARAÚJO, 2012) apontam a questão do sexo feminino como um fator que pode interferir para a falta de tempo disponível para o lazer e, conseqüentemente, na prevalência de DPMs. Pois, Gonzalez e Carvalho (2003) relatam que a trabalhadora ajuda financeiramente com seu salário a prover as necessidades do seu lar e, assim, acaba se dividindo entre o trabalho remunerado e o trabalho doméstico. As tarefas domésticas, como lavar, passar, cozinhar e cuidar dos filhos, entre outras, são atividades que demandam uma grande parcela de tempo para executá-las, não sobrando tempo para atividades de lazer que são importantes para a prevenção dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, como os DPMs.

Estudo realizado com técnicos de enfermagem de um hospital público de São Paulo investigou as atividades realizadas pelos trabalhadores quando tinham tempo livre e de lazer e evidenciou que, no horário livre e de lazer, 84% deles afirmaram ficar em casa, dedicando-se aos afazeres domésticos, 63% ficavam assistindo televisão e 20% relataram não ter tempo livre, pois possuíam outro emprego (FERREIRA; LUCCA, 2015).

Ainda, sobre a importância da realização de atividades de lazer, Araújo, Pinho e Almeida (2005) referem que estas são importantes artifícios para promover a diminuição das tensões, favorecendo a saúde física, mental e social dos indivíduos.

Portanto, é fundamental discutir a importância em se ter um tempo de lazer pode ser acrescentado em programas de educação permanente em saúde, estimulando os trabalhadores a dispensar uma parte do seu tempo de folga para realizar atividades que lhes proporcionem prazer e satisfação.

6 CONCLUSÕES

Com base nos objetivos propostos, e de acordo com a metodologia eleita, a análise das variáveis permitiu as seguintes conclusões relacionadas aos trabalhadores do SHL:

Quanto ao perfil sociodemográfico:

- ✚ 87,9% eram do sexo feminino;
- ✚ 35,7% tinham entre 45 e 60 anos de idade;
- ✚ 54,8% tinham o ensino médio completo;
- ✚ 64,3% eram casados(as)/com companheiro(a);
- ✚ 72,6% tinham até três filhos;
- ✚ 66% tinham a renda *per capita* familiar menor que um salário mínimo nacional.

Quanto ao perfil laboral:

- ✚ 65,6% eram serventes de limpeza;
- ✚ 80,9% trabalhavam durante o dia;
- ✚ 88,5% não possuíam outro emprego;
- ✚ 67,5% não realizavam horas extras;
- ✚ 63,05% já haviam trabalhado em outro setor;
- ✚ 72% recebiam treinamentos;
- ✚ 73,9% relataram ser suficiente o número de trabalhadores na escala de trabalho.

Quanto ao perfil de saúde:

- ✚ 50,3% nunca fumaram;
- ✚ 89,2% não consumiam álcool;
- ✚ 70,1% referiram dor;
- ✚ 58,6% necessitaram de atendimento médico no último ano;

- ✚ 51% faziam uso de medicação;
- ✚ 70,1% relataram ter de uma a cinco ou mais doenças diagnosticadas;
- ✚ 93,6% não necessitaram de acompanhamento psicológico;
- ✚ 66,9% estavam em baixo DER;
- ✚ 43,3% precisaram afastar-se do trabalho;
- ✚ 59,2% tinham tempo para lazer;
- ✚ 20,4% estavam em baixa a moderada capacidade para o trabalho.

Quanto à prevalência da suspeição de DPMs e os fatores associados:

- ✚ 29,3% apresentaram suspeição para DPMs;
- ✚ Alto DER (RP=1,22; IC95%=1,08-1,38), ou seja, os trabalhadores em Alto DER apresentaram prevalência 22% mais elevada para suspeição de DPMs.
- ✚ Não ter tempo para o lazer (RP=1,22; IC95%=1,04-1,43), ou seja, os trabalhadores que não tem tempo para o lazer apresentaram prevalência 22% mais elevada para suspeição de DPMs.
- ✚ Ter tempo às vezes para o lazer (RP=1,18; IC95%=1,06-1,31), ou seja, os trabalhadores que tem tempo às vezes para o lazer apresentaram prevalência 18% mais elevada para suspeição de DPMs.
- ✚ Uso de medicação (RP=1,11; IC95%=1,02-1,22), ou seja, os trabalhadores que usam medicação apresentaram prevalência 11% mais elevada para suspeição de DPMs.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência global de DPMs nos trabalhadores do SHL da instituição pesquisada foi elevada, equiparando-se à de trabalhadores da área da saúde. Tal evidência demonstra que eles estão expostos a riscos semelhantes. Os fatores associados foram fazer uso de medicação, estar exposto ao alto estresse no trabalho e não ter tempo para o lazer.

Outras características evidenciadas neste estudo foram a prevalência de **Serventes de Limpeza do sexo feminino**. Este resultado deixa implícito que atividades relacionadas a limpeza ainda são realizadas por mulheres. Mas, em contrapartida, o grau de escolaridade predominante foi o de trabalhadores com **ensino médio completo**, característica esta que demonstra a busca pela qualificação e, conseqüentemente, ao acesso a melhores empregos e salários.

Neste estudo o grupo de sintomas que apresentou as maiores prevalências foi o Humor depressivo-ansioso e a questão com a maior prevalência de repostas positivas foi “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado”. Um dos primeiros sintomas de sofrimento mental é a alteração do humor, seguido por irritabilidade e falta de paciência. Sintomas estes que podem ser concomitantes com a presença de sintomas físicos como cefaleia e gastralgia. Dessa forma, é essencial que líderes e gestores observem os trabalhadores do SHL com um olhar mais atento para que os sinais de sofrimento mental sejam identificados precocemente, antes de acarretar problemas mais graves aos trabalhadores.

Outro dado relevante evidenciado neste estudo foram as respostas das perguntas referentes ao grupo dos sintomas relacionados aos pensamentos depressivos, que poderiam ser um indicativo de intenso sofrimento mental e até mesmo de risco de suicídio. Portanto, embora pequeno o número de trabalhadores que responderam afirmativamente a estas questões, estes dados não podem ser desprezados e o risco de suicídio em decorrência do trabalho deve ser discutido e avaliado por empregadores, serviços de saúde do trabalhador, governantes e trabalhadores.

Em muitas instituições, o enfermeiro é responsável por coordenar os trabalhadores do SHL e também por desenvolver programas de educação em serviço. Assim sendo, deve estar atento a esta classe de trabalhadores e propor estratégias que tenham como objetivo proteger e promover a saúde dos mesmos.

Na instituição que foi campo desta pesquisa, a inserção dos trabalhadores do SHL na rotina de trabalho ocorre após a prática de um treinamento realizado pela enfermeira coordenadora do serviço. Este treinamento tem o objetivo de fornecer capacitação técnica e a divulgação de normas e rotinas necessárias às atividades que irão desempenhar. A partir de então, eles são colocados em escala de serviço, conforme a necessidade da instituição. Em muitos casos, os trabalhadores não dispõem de um tempo para desenvolver estratégias para enfrentar e/ou minimizar os sentimentos provocados pelo convívio com uma rotina de trabalho estressante e penosa.

Por isso, destaco aqui algumas variáveis que, apesar de não apresentarem significância estatística, merecem atenção pela elevada prevalência de suspeição de DPMs. Dentre elas, estão: ter mais de três filhos (45,5%), trabalhadores que relataram às vezes receber treinamento em serviço (43,5%), trabalhadores que necessitaram de acompanhamento psicológico no último ano (50%), e trabalhadores que precisaram se afastar do trabalho (39,7%). Este resultado precisa ser mais bem explorado em estudos futuros. Neste estudo, não foi possível pelas limitações do delineamento transversal, que não permite o acompanhamento dos trabalhadores, apenas retrata o momento vivenciado e pelo viés da causalidade reversa que não possibilita concluir sobre causa-efeito. Também pelo número de participantes ser pequeno (apesar de se ter atingido a população de trabalhadores da instituição pesquisada).

Dessa forma, evidencia-se que os trabalhadores do SHL, essenciais tanto para a segurança de paciente como dos próprios trabalhadores, devem compor um número maior de estudos que abordem diferentes temáticas. Isso possibilitará a elaboração de um diagnóstico das situações de trabalho vivenciadas por estes trabalhadores e quais delas são condições de saúde e quais são de adoecimento. Assim, os diagnósticos efetuados poderão servir de base para a organização de programas de educação em serviço voltados, especificamente, para suas dificuldades e limitações. É importante que eles sejam incluídos nos projetos de educação permanente planejados pela instituição, atendendo à essência dos programas de atenção à saúde do trabalhador, que é a prevenção dos agravos advindos das atividades laborais.

Neste estudo, foi identificada a alta prevalência de trabalhadores com o relato de DME e suspeição para DPMs. Essa relação pode ser aprofundada em estudos futuros, pois, na análise ajustada, a associação significativa foi perdida. No entanto, cabe o destaque, pois a presença de dor pode provocar nos indivíduos a manifestação de sentimentos de limitação e falta de capacidade para desenvolver suas atividades laborais. A presença destes sentimentos pode levar o trabalhador a intenso sofrimento mental e à suspeição de DPMs.

Outro resultado evidenciado neste estudo foi a elevada prevalência de DPMs nos trabalhadores classificados em alto DER. Na análise multivariada a associação estatística foi preservada. Suspeita-se que esse resultado seja em virtude das características laborais dos trabalhadores do SHL em que o ambiente insalubre, a convivência rotineira com a dor referida por pacientes, a angústia manifestada por familiares, o sofrimento, a desesperança e a morte, somada ao despreparo técnico e emocional e às exigências físicas das atividades desenvolvidas foram fatores que associados elevaram o sofrimento mental destes trabalhadores.

Ainda, a falta de tempo para o lazer ou ter tempo às vezes associaram-se positivamente à presença de DPMs nos trabalhadores do SHL. Este resultado permite considerar-se que desfrutar de tempo para o lazer é fundamental, agindo como protetor à saúde mental dos trabalhadores. Pois o momento do lazer é a oportunidade que o trabalhador tem para afastar-se das demandas advindas da rotina desgastante de trabalho. É o momento em que ele pode interagir com a família e amigos, realizando atividades que lhe dão prazer. Porém, nem todos têm a possibilidade de desfrutá-lo em virtude de suas condições financeiras e ou organização familiar. E alguns não têm a devida dimensão do quanto é importante o lazer para a manutenção da sua saúde física e mental.

Como já visto, a prevenção do sofrimento psíquico é a melhor estratégia para promover a saúde mental dos trabalhadores do SHL. Então, é necessária a organização de programas de educação em serviço que abordem este tema. De igual forma, a utilização de metodologias criativas e de fácil compreensão para que os assuntos discutidos sejam compreendidos e assimilados por todos.

Dentre as atividades a serem desenvolvidas para prevenção do sofrimento mental provocado pelo ambiente de trabalho, sugere-se: a organização de grupos coordenados por profissionais capacitados, com o objetivo de socialização das dificuldades e angústias vivenciadas pelos trabalhadores. Dessa forma, o próprio grupo de trabalhadores pode construir estratégias coletivas de suporte emocional e fortalecer-se como equipe. Os encontros poderiam ser quinzenais, previstos em escala de trabalho, e cada dia da semana contemplar um número “X” de trabalhadores. Assim, o trabalhador não vai se sentir angustiado em se afastar do seu setor e também o setor não ficará descoberto sem a presença do profissional.

Também se sugere como estratégia para prevenção dos problemas físicos ocasionados pelas atividades desenvolvidas pelos trabalhadores do SHL a realização de oficinas com educador físico e/ou fisioterapeuta, com o objetivo de fazer alongamento e orientação postural. Estas poderiam ser realizadas duas vezes por semana e ter uma abordagem lúdica.

Também serem previstas em escala de serviço e com duração de no máximo de 30 minutos. Porém, todas estas estratégias de prevenção de doenças físicas e emocionais advindas do trabalho devem contemplar a participação do trabalhador na sua organização, para que este se sinta proativo, se responsabilizando também pelo cuidado da sua saúde laboral.

Portanto, acredita-se fortemente que o empoderamento dos trabalhadores, por meio do conhecimento das características e rotinas de suas atividades e também a socialização das dificuldades enfrentadas no dia-a-dia laboral com os colegas de trabalho este se torne o maior protetor de sua saúde laboral.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 64-9, 2015.

ANDRADE, C. B.; MONTEIRO, M. I. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Rev Esc Enferm**, v. 41, n. 2, p. 237-44, 2007.

ARAÚJO et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-33, 2003.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, jul./set., 2005.

ANENT. Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho. **Atribuições do Enfermeiro do Trabalho**. Publicada em 05 de Julho 2012.

ASSUNÇÃO, A. A. et al. Working conditions ancommon mental disorders in physicians in Brazil. **Occupational Medicine**. v. 63, n. 3, p. 234-237, 2013.

BAIBICH, M. E. S.; HERNÁEZ, A. M. Reflexões acerca das contribuições da psicologia no campo da saúde mental e trabalho. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 6, n. 13, p. 21-46, 2014.

BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; ARAÚJO, T. M. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1569-1580, ago., 2012.

BATTAUS, M. R. B.; MONTEIRO, M. I. Perfil sociodemográfico e estilo de vida de trabalhadores de uma indústria metalúrgica. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 66, n. 1, p. 52-58, jan./fev., 2013.

BELTRAME, M. T. et al. Capacidade para o trabalho no serviço hospitalar de limpeza e fatores associados. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 49-57, 2014.

BRAGA, L. S. et al. Sofrimento psíquico em trabalhadores da estratégia saúde da família. **Rev. enferm UFPE on line**. Recife, v. 7, n. 2, p. 345-54, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2012a.

_____. **Decreto-Lei N.º 5.452, DE 1º de maio de 1943**. Presidência da República. Divulgado em 1º de maio de 1943. Rio de Janeiro, 1943. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De15452.htm>. Acesso em: 28 set. 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2º trimestre de 2015-PNAD Contínua**. Divulgada em: Ago. 2015. Rio de Janeiro, 2015b.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Brasil em síntese – Trabalho**. Rio de Janeiro, 2015a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Indicadores IBGE Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 3º trimestre de 2014-PNAD Contínua**. Rio de Janeiro, 2014c.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 29 set. 2014.

_____. Ministério da Previdência Social. **1º Boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade**. Divulgado em 25 de abr. 2014. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2014a.

_____. Ministério da Previdência Social. **Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS**. Divulgado em junho de 2015. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº466**, que trata de pesquisas em seres humanos. Publicada em: 12 dez. 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Publicada em: 12 dez. 2012b. Acesso em: 12 set. 2014.

_____. Ministério do Trabalho. **A história do Ministério do Trabalho**. Brasília: Ministério do Trabalho, 2014b.

_____. **O processo de terceirização e seus efeitos sobre os trabalhadores no Brasil- Relatório Técnico.** nº 04/2003, Processo nº 46010.001819/2003-27. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BA5F4B7012BAAF91A9E060F/Prod03_2007.pdf>. Acesso em: 16 out. 2014.

_____. **Política nacional de segurança e saúde do trabalhador.** Brasília, DF, 29 dez. 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf>. Acesso em: 21 set. 2014.

_____. **Portaria nº 1.823**, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF, 2012b. Publicada em 23 de agosto de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 21 set. 2014.

_____. **Portaria nº 1339/G de 1999**, que institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho. Brasília, DF, 1999. Publicada em 18 de novembro de 1999. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html>>. Acesso em: 16 de set. 2014.

_____. **Portaria nº 529**, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF, 2012. Publicada em 1º de abril de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 15 de set. 2014.

BRITES, R. M. R.; ABREU, A. M.M. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 2, p. 93-99, 2014.

CARVALHO, C. N. et al. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **J Bras Psiquiatr**. v. 62, n. 1, p. 38-45, 2013.

CECCON, R. F. et al. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2225-2234, 2014.

CERON, M. D. S. **Serviço hospitalar de limpeza e acidentes de trabalho: contribuições da enfermagem.** 2013. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

CHILLIDA, M. S.; COCCO, M. I. M. Saúde do trabalhador & terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. **Rev. latinoam. enferm.** Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 271-276, 2004.

CHOR et al. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 219-224, 2008.

CICONELLI, R.M.R. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira Reumatologia**, v. 39, p. 143-50, 1999.

COMARU, C. M. **Estresse psicossocial e vínculo profissional em trabalhadoras da enfermagem: uma análise da flexibilização do trabalho a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa**. 2011. 89 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

CORDIOLI, A. V.(Coord.). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014.

COSTA, A. J. L.; KALE, P. L. Medidas de frequência de doença. In: MEDRONHO et al., (Org.). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2005.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA FILHO, A.; MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultado de um estudo transversal em três áreas urbanas do Brasil. **Rev Psiquiatr Clín**. Edição Internet, v. 26, n. 5. p. 246-56, 1999.

CRUZ, E. D. A. et al. Detecção de *Staphylococcus aureus* na boca de trabalhadores da limpeza hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 90-96, 2011.

FARIAS, M. D.; ARAÚJO, T. M. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores de zona urbana de Feira de Santana-BA. **Rev.bras.Saúde ocup**. São Paulo, v. 36, n. 123, p. 25-39, 2011.

FERREIRA, N. N.; LUCCA, S. R. Síndrome de *burnout* em técnicos de enfermagem de um hospital público do estado de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 68-79, jan./mar., 2015.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock, 1992.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPEZINSKI, F. Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

GONZALES, B. B.; CARVALHO, M. D. B. Saúde mental de trabalhadoras do serviço de limpeza de um hospital universitário. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 25, n. 1, p. 55-62, 2003.

GOUVÊA, P. B.; HADDAD, M. C. L.; ROSSANEIS, M. A. Manifestações psicossomáticas associadas à síndrome de burnout referidas por trabalhadores da saúde. **Rev. Saúde (Santa Maria)**. Santa Maria, v. 40, n. 1, p. 45-52, 2014.

GRECO, B. T. et al. Prevalência de distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 68, n. 1, p. 93-101, 2015.

GUEDES, D. P.; GRONDIN, L. M. V. Percepção de hábitos saudáveis por adolescentes: Associação com indicadores alimentares, prática de atividade física e controle do peso corporal. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 23-45, 2002.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Rev Esc Enferm USP[online]**. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 694-701, 2010.

HERMANSSON, U. et al. Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Consumption in the Workplace: Results of a 1-Year Randomized Controlled Study. **Alcohol & Alcoholism**. v. 45, n. 3, p. 252-257, 2010.

HIRATA, H. Tendências recentes da precarização social e do Trabalho: Brasil, França, Japão. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. esp. 01, p. 15-22, 2011.

INOCENTE, N. J.; GUIMARÃES, L. A. M. **Habilidades sociais no trabalho**. In:_____. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Cap. 2, p. 129-146.

JENSEN, M. P.; KAROLY, P.; BRAVER, S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. **Pain**, v. 27, n. 1, p. 117-26, 1986.

JODAS, D. A. et al. Risco para doenças cardiovasculares de trabalhadores de higiene de um hospital universitário público. **Rev. Min. Enferm**. Belo Horizonte, v. 13, n. 3 p. 399-406, jul./set., 2009.

JUNIOR, E. G. et al. Trabalho e estresse: identificação do estresse e dos estressores ocupacionais em trabalhadores de uma unidade administrativa de uma instituição pública de ensino superior (ies). **Revista GUAL**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 1-17, jan. 2014.

JUNIOR, S. H. A. S. et al. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1077-1087, 2011.

KESTENBERG, C. C. F. et al. O estresse do trabalhador de enfermagem: estudo em diferentes unidades de um hospital universitário. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 45-51, 2015.

KIKUCHI, Y et al. Effort–reward imbalance and depressive state in nurses. **Occupational Medicine**. v. 60, n. 3, p. 231-233, 2010.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios Psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215-223, 2009.

KUPER, H. et al. When reciprocity fails: effort–reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. **Occup Environ Med**, v. 59, p. 777-84, 2002.

LAFETÁ, J. C.; DURÃES, G. M.; FERREIRA, M. A. M. A prática regular de exercícios físicos e a prevalência da fadiga ocupacional e de distúrbios algícos em auxiliares de limpeza. **Revista Digital**. Buenos Aires, v.15, n.146, julho, 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd146/fadiga-ocupacional-em-auxiliares-de-limpeza.htm>>. Acesso em: 02 set. 2015.

LIMA, A. C. S et al. Prevalência e características da (in) capacidade para o trabalho de trabalhadores de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 7, n. 8, p. 5143-5149, 2013.

LIMA, A. C. S. et al. Fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 526-32, 2014.

LINO, M. M. et al. Enfermagem do Trabalho à Luz da Visão Interdisciplinar. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 3, n. 1, p. 85-91, 2012.

LUZ, E. M. F. **Dor musculoesquelética e qualidade de vida em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza**. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Maria, 2015.

MARCELINO FILHO, A.; ARAÚJO, T. M. Estresse ocupacional e saúde mental dos profissionais do centro de especialidades médicas de Aracaju. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 177-199, 2015.

MAGNAGO, T. S. B. et al. Relação entre capacidade para o trabalho na enfermagem e distúrbios psíquicos menores. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 362-70, 2015.

_____. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2010.

_____. Distúrbios musculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 701-5, nov./dez., 2007.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-V. Aristides Volpato Cordioli (Org.). Porto Alegre: Artmed, 2014.p.948.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARTARELLO, N. A.; BENATTI, M. C. C. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v. 43, n. 2, p. 422-8, 2009.

MARTINS, J. T. et al. Significado de cargas no trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. **Acta paul. enferm. [online]**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 63-70, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/11.pdf>> .Acesso em: 23 mar. 2015.

MARZIALE, M. H. P. Contribuições do Enfermeiro do Trabalho na Promoção da Saúde do Trabalhador. EDITORIAL. **Acta Paul de Enferm**. São Paulo, v. 23, n. 2, 2010.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. **J Biol Res**. v. 16, p. 215-218, 1983.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 6 p. 5-18, 2001.

PAZ-FILHO, G. J.; SATO, L. J.; TULESKI et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. **Rev Ass Med Brasil**. v. 47, n. 1, p. 65-69, 2001.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MENEGUIN, S.; MORINE, R.; AYRES, J. A. Acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes entre os trabalhadores do serviço de limpeza. **Rev Enferm UFSM**. Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 151-159, 2015.

MORAES, P. W. T.; BASTOS, A. V. B. As LER/DORT e os fatores psicossociais. **Arquivos Brasileiros de Psicologia [online]**. Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 2-20, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v65n1/v65n1a02.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2015.

MOTA, D. **Formação e Trabalho**. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 1997. 87p.

NEVES, B. S.; PINHEIRO, T. M. M. Perfil epidemiológico e ocupacional dos anesthesiologistas inseridos no mercado de trabalho de Belo Horizonte, Minas Gerais, em 2010. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 5, n. 62, p. 612-624, 2012.

OLIVEIRA, C. R. **História do Trabalho**. São Paulo: Ática S.A., 1991.

OLIVEIRA, L. M. Hábitos e estilo de vida de trabalhadores do serviço de higiene e limpeza de um hospital público, geral e de grande porte de São José dos Campos - SP. **Revista Educação – UnG**. Guarulhos, v. 9, n. 2, 2014.

ORNELLAS, T. C. F.; MONTEIRO, M. I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 4, p. 552-555, 2006.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2014.

PETEAN, E.; COSTA, A. L. R. C.; RIBEIRO, R. L. R. Repercussões da ambiência hospitalar na perspectiva dos trabalhadores de limpeza. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro. v. 12, n. 3, p. 615-35, 2014.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Rev. Bras. Epidemiol. [online]**. v. 15, n. 3, p. 560-72, 2012.

PORTO, M. F.; BARTHOLO, R. (Org.). **Sentidos de trabalho humano: Miguel de Simoni, presença inspiração**. Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais Ltda., 2006.

RIBEIRO, A. C. A. et al. Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 4, p. 623-633, 2011.

RIBEIRO, R. P. et al. Prevalência da Síndrome Metabólica entre trabalhadores de Enfermagem e associação com estresse ocupacional, ansiedade e depressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 435-40, maio./jun., 2015.

RISSARDO, M. P.; GASPARINO, R. C. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 128-132, jan./mar., 2013.

ROCHA, C. S. **Análise ergonômica do trabalho da equipe de limpeza de uma universidade particular**. 2003. 101 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

RODRIGUES, E. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 2, p. 296-301, 2014.

SÁ, G. M. P. **O estresse psicossocial do enfermeiro em oncologia: uma análise a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa**. 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SALWE, K.; KUMAR, S.; HOOD, J. Nonfatal Occupational Injury Rates and Musculoskeletal Symptoms among Housekeeping Employees of a Hospital in Texas. **Journal of Environmental and Public Health**, v. 2011, 2011.

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: Estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214-222, jan., 2009.

SCHNEIDER, A. P. H.; AZAMBUJA, P. G. Uso de fármacos psicotrópicos por profissionais da saúde atuantes da área hospitalar. **Infarma Ciências Farmacêuticas**. v. 27, p. 14-21, 2015.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**. v. 1, n. 1, p. 27-41, 1996.

SILVA, L. S.; BARRETO, S. M. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala effort-reward imbalance: um estudo com trabalhadores de banco. **Rev Panam Salud Pública**, v. 27, n. 1, p. 32-36, 2010.

SILVA, A. et al. Morbidade referida pelos trabalhadores do Serviço de Higiene de um hospital público de São José dos Campos – SP. **Revista Enfermagem Atual In Derme**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 67, p. 19-22, 2013.

SILVA, A. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; LIMA, M. C. P. Apoio social e transtorno mental comum entre estudantes de Medicina. **Rev Bras Epidemiol**. [online], v. 17, n. 1, p. 229-242, jan./mar., 2014.

SILVA, E. S. et al. Saúde do Trabalhador no início do século XXI. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v.3 5, n. 122, p. 185-186, 2010.

SILVA, E. S. **Trabalho e Desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011. 622 p.

SILVA, L. G. et al. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 158-163, 2010.

SILVA, L.S.; BARRETO, S. M. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala effort-reward imbalance: um estudo com trabalhadores de banco. **Rev Panam Salud Publica**, n. 27, n. 1, p. 32-36, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR – SBED. **O que é Dor? – Impactos**. Disponível em: <<http://www.sbed.org.br/>>. Acesso em: 21 de jul. 2015.

SOUZA, S. F. et al. Desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho e transtornos mentais comuns em eletricistas de alta tensão. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p. 83-95, 2011.

SOUZA, S. S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 449-455, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>>. Acesso em: 25 set. 2014.

SZNELWAR, L. I. et al. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. **Produção**, v. 14, n. 3, p. 45-57, 2004.

TAVARES, J. P. et al. Prevalência de distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, n. 3, v. 18, p. 407-414, 2014.

TAVARES, J. P. et al. Produção sobre os distúrbios psiquiátricos menores a partir do self report questionnaire. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 113-123, 2011.

TRINDADE, L. L. Saúde do trabalhador: o referencial das cargas de trabalho como caminho de pesquisa e intervenções. **J Nurs Health**, v. 5, n. 1, p. 1-03, 2015.

TUOMI et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. Helsinque: Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, 1997.

_____. **Índice de Capacidade para o Trabalho**. Tradução de Fischer, F.M. Helsinki: Instituto de Saúde Ocupacional, 2005.

ULHÔA, M. A. et al. Distúrbios psíquicos menores e condições de trabalho em motoristas de caminhão. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1130-6, 2010.

URBANETTO, J. S. et al. Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Controlle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 3, n. 47, p. 1186-1193, 2013.

VALENTE, G. S. C. et al. O enfermeiro na educação em saúde ao trabalhador da limpeza no ambiente hospitalar. **Rev. Pesqui. Cuid. Funda. (online)**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 1702-10, 2011.

VASCONCELLOS, L. C. F.; GAZE, R. Saúde, trabalho e ambiente na perspectiva da integralidade: o método de Bernadino Ramazzini. **Rev. Em Pauta**, v. 11, n. 32, p. 65-88, 2013.

VASCONCELOS, A.; FARIA, J. H. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 444-452, 2008.

World Health Organization (WHO). Division of Mental Health. A User`s guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneva, 1994.

_____. Global status report on alcohol and health – 2014 ed. [Internet]. Geneva: WHO; 2014a. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en>. Acesso em: 17 de mar. 2015.

_____. Preventing suicide A global imperative. Geneva, 2014b. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 17 de mar. 2015.

APÊNDICE

Apêndice A – Termo de confidencialidade, privacidade e segurança de dados**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Projeto de Pesquisa: “**DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA**”.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Instituição: Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Santa Mariacontato

Telefone de contato: (55) 32208263; sala 1339 – prédio 26/CCS/UFSM.

Local coleta de dados: Hospital universitário do RS

Os pesquisadores envolvidos na produção de dados desta pesquisa comprometem-se com as questões éticas que envolvem as pesquisas com seres humanos. Concordam igualmente que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas por um período de cinco anos, e sob a responsabilidade da Profª Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, na sala 1339, do Departamento de Enfermagem/CCS/UFSM. Após esse período, serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob CAAE n. 13106313.1.0000.5346, em 26 de fevereiro de 2013.

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Santa Maria, RS,.....dede 2014

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do comitê de ética em pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



associação entre as variáveis de estudo, mediante a utilização de testes paramétricos ou não-paramétricos de acordo com o tipo de variável e distribuição de normalidade. Nessas associações, adotar-se-á níveis de confiança de 95% ($p < 0,05$). Os resultados comporão dissertações de mestrado e Trabalhos de Conclusão de Curso apresentados ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Espera-se que o estudo contribua para a construção do conhecimento na área de saúde, saúde do trabalhador, enfermagem e que sirva de subsídios para novas pesquisas relacionadas ao tema.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um Hospital Universitário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

as considerações sobre os riscos e benefícios estão adequadas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado e tem justificativa científica pautada em literatura atualizada. Apresentam cronograma e orçamento adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

os termos estão de acordo com as exigências do sistema CEP/CONEP

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovar nova versão do projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

Anexo B – Instrumento de coleta de dados

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**PESQUISA SOBRE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E
SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA**

(circulação restrita)

INSTRUÇÕES

**Para complementar o questionário, pedimos a você para responder às
perguntas que se seguem.**

**O entrevistador lerá calmamente as questões, informando a você todas as
opções de resposta.**

Obrigado pela colaboração!

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PESQUISA: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS
TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO		
Nome do entrevistador: _____		En__ __
A1. Código do questionário: __ __ __		A1__ __ __
A2. Data da entrevista: __/__/____		A2__ __ __ __ __ __ __ __
A3. Local em que trabalha: [1] PS [2] CO [3] CC [4] NUTRIÇÃO [5] TÉRREO / ÁREAS ADMINISTRATIVAS [6] LAVANDERIA / PATOLOGIA / MANUTENÇÃO / ALMOXARIFADO [7] TÉRREO/AMBULATÓRIOS [8] RX / TOMOGRAFIA [9] HEMODINÂMICA [10] 2º ANDAR [11] 3º ANDAR [12] 4º ANDAR / NEFROLOGIA [13] 5º ANDAR / PNEUMOLOGIA [14] 6º ANDAR [15] UTIS [16] CTMO / CTCRIAC / AMBULATÓRIOS DE QUÍMIO [17] UNIDADE PSIQUIÁTRICA		A3__ __

BLOCO B – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		
B1. Data de nascimento: __/__/____		B1__ __ __ __ __ __ __ __
B2. Sexo:	[1] Masculino [2] Feminino	B2__
B3. Escolaridade:	[1] Ensino Fundamental Incompleto [2] Ensino Fundamental Completo [3] Ensino Médio Incompleto [4] Ensino Médio Completo	B3__

	[5] Graduação Incompleta [6] Graduação Completa [7] Pós-Graduação Incompleta [8] Pós Graduação Completa	
B4. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos, preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?	[1] Branca [2] Preto-negra [3] Parda [4] Amarela [5] Indígena	B4__
B5. Situação conjugal:	[1] Casado(a) ou companheira(o) [2] Solteiro(a) ou sem companheira(a) [3] Viúvo(a) /separado(a) ou divorciado(a)	B5__
B6. Número de filhos:	[0] Nenhum [1] Um filho [2] Dois filhos [3] Três filhos [4] Mais de três filhos	B6__
B7. No mês passado quanto ganharam, aproximadamente, você e as pessoas que moram com você? (trabalho ou aposentadoria).	Você: R\$ _____,____ Pessoa 1: R\$ _____,____ _____ Pessoa 2: R\$ _____,____ _____ Pessoa 3: R\$ _____,____ _____ Pessoa 4: R\$ _____,____ _____ Valor total: R\$ _____,____	B7_ _ _ _
Preencher com 0000,00 nos casos em que ninguém teve renda.		
B8. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? (Inclua dependentes que recebem pensão alimentícia.)		B8__ __

BLOCO C – PERFIL PROFISSIONAL		
As questões que se seguem se referem ao seu trabalho NESTA instituição.		
C1. Qual seu turno de trabalho?	[1] Manhã [2] Tarde [3] Noite	C1 __
C2. Há quanto tempo trabalha nesse turno?	[2a]__ __ Mês(es) [2b]__ __ Ano(s)	C2a__ __ C2 b__ __
C3. Carga horária semanal de trabalho no HUSM:	__ __ Horas	C3__ __
C4. Tempo de trabalho nesta instituição:	[C4a] __ __ Mês(es) [C4b] __ __ Ano(s)	C4a__ __ C4b__ __

C5. Na <u>maior parte do tempo</u> o número de pessoas na escala de trabalho é:	[1] Suficiente [2] Insuficiente	C5__
C6. Qual a sua função?	[1] Serviço de limpeza [2] Auxiliar de serviços gerais	C6__
C7. Qual o tempo de trabalho nessa função?	[C7a] __ __ Mês(es) [C7b] __ __ Ano(s)	C7a_ __ C7b_ __
C8. Você está satisfeito com o local onde trabalha?	[0] Não [1] Sim	C8__
C9. Você tem tido tempo para o lazer?	[0] Não [1] Sim [2] Às vezes	C9__
C10. Possui outro emprego?	[0] Não [1] Sim	C10__
*Se a resposta for Não, pule para a questão C13.		
C11. Carga horária semanal desse outro emprego:	__ __ Horas	C11__
C12. Tempo total de trabalho no outro emprego:	[a] __ __ Mês (es) [b] __ __ Ano(s)	C12a __ __ C12b __ __
C13. Você faz horas extras, no HUSM ou no outro emprego?	[0] Não [1] Sim	C13 __
*Se a resposta for Não, pule para a questão C15.		
C14. Se você respondeu que sim, quantas horas extras você faz, em média, por mês? __ __ Horas		C14 __ __
C15. Você recebe treinamentos e/ou cursos de capacitação?	[0] Não [1] Sim [2] Às vezes	C15 __
C 18. Circule o percentual que corresponde ao seu grau de satisfação com a sua remuneração. 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		C18__ __
BLOCO D - PERFIL DE SAÚDE		
D1. Você fuma?	[0] Não, nunca fumei. Pule para a questão D4 [1] Sim, fumo. Pule para a questão D3 [2]. Fumei, mas parei. Pule para a questão D2	D1__
D2. Há quanto tempo você parou de fumar?	[a] __ __ Mês (es) [b] __ __ Ano (s)	D2a__ __ D2b__ __
D3. Número de cigarros consumidos por dia _____		D3__ __
As questões D4 a D7 estão relacionadas ao consumo de bebida alcoólica.		
D4 - Você consome algum tipo de bebida alcoólica?	[0] Não [1] Sim	D4__
Se a resposta for negativa pule para D9		
D5. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	[0] Não [1] Sim	D5__
D6. Você se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica?	[0] Não [1] Sim	D6__
D7. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?		D7__

	[0] Não [1] Sim	
D8. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã, para diminuir o nervosismo ou ressaca?	[0] Não [1] Sim	D8__
D9. Você faz uso de droga?	[0] Não [1] Sim	D9__
D10. Qual? _____		D10__
D11. Qual a sua altura? _____ cm		D11__
D12. Qual sua circunferência abdominal? _____ cm		D12__
D13. Faz uso de alguma medicação (qualquer tipo de medicação)?	[0] Não [1] Sim	D13__
D14. Se sim, qual? _____		D14__
D15. O uso da medicação foi por indicação:	[1] Médica [2] Conta própria	D15__
D16. No último ano, precisou de atendimento médico?	[0] Não [1] Sim	D16__
D17. No último ano, precisou de acompanhamento psicológico?	[0] Não [1] Sim	D17__
D18. Média de horas de sono por dia: _____ Horas		D18__
D19. A: _____ x _____ mg/dl		D19s__ D19d__
D20. Qual o seu peso? _____ kg		D20__
BLOCO E - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA – IPAQ, (MATSUDO, S. et al., 2001)		
As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação! Para responder as questões lembre que:		
<input type="checkbox"/> atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal <input type="checkbox"/> atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.		
E1a. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?		E1a__
	Dias _____ por SEMANA [] nenhum	
E1b. Nos dias em que você caminhou por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?		E1b__
	Horas: _____ Minutos: _____	
E2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> , como, por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do		

jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração? (POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA) Dias _____ por SEMANA [] Nenhum	E2a__
E3a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> , como, por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração? Dias _____ por SEMANA [] Nenhum	E3a__
E3b. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia ? Horas: _____ Minutos: _____	E3b__
Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isso inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro. E4 a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana ? _____ horas _____ minutos	E4a__
E4 b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana ? _____ horas _____ minutos	E4b__

BLOCO F - QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS – QPHAS (GUEDES, D.P.; GRONDIN, L.M.V., 2002)					
F1. Na maioria das vezes o excesso de gordura corporal ocorre devido à elevada ingestão de alimentos e falta de atividade física.					
[] Concordo totalmente	[] Concordo parcialmente	[] Discordo parcialmente	[] Discordo totalmente	[] Não tenho opinião formada	F1__
F2. A maneira com que a gordura está distribuída no corpo – maiores quantidades no abdômen ou quadril – não influencia a saúde das pessoas.					
[] Concordo totalmente	[] Concordo parcialmente	[] Discordo parcialmente	[] Discordo totalmente	[] Não tenho opinião formada	F2__
F3. Doenças como diabetes, pressão alta, derrame, doenças do coração são mais comuns em pessoas gordas do que em pessoas não gordas.					
[] Concordo totalmente	[] Concordo parcialmente	[] Discordo parcialmente	[] Discordo totalmente	[] Não tenho opinião formada	F3__
F4. Crianças e adolescentes gordos têm maiores chances de se tornarem também adultos gordos.					
[] Concordo totalmente	[] Concordo parcialmente	[] Discordo parcialmente	[] Discordo totalmente	[] Não tenho opinião formada	F4__
F5. O excesso de gordura e de peso corporal é apenas um problema estético.					
[] Concordo totalmente	[] Concordo parcialmente	[] Discordo parcialmente	[] Discordo totalmente	[] Não tenho opinião formada	F5__
F6. A quantidade de alimentos que ingerimos, independente da atividade física que fazemos, determinará a quantidade de peso corporal que temos.					
[] Concordo totalmente	[] Concordo parcialmente	[] Discordo parcialmente	[] Discordo totalmente	[] Não tenho opinião formada	F6__

<p>F7. Crianças e adolescentes que fazem uso de cigarro e bebidas alcoólicas têm maiores chances de ficarem doentes na idade adulta.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F7__
<p>F8. A genética (características físicas que herdamos de nossos pais) tem maior influência no aumento de gordura corporal do que os aspectos do meio ambiente (alimentação e atividade física).</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F8__
<p>F9. A atividade física regular, juntamente com a alimentação adequada, pode beneficiar a saúde de pessoas gordas e não gordas.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F9__
<p>F10. Produtos e métodos como chás, cremes, massagens, etc. podem substituir de maneira saudável a atividade física e a alimentação para controlar o peso corporal.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F10__
<p>F11. Para a nossa saúde o que importa é apenas a quantidade de alimentos que comemos e não o tipo de alimentos que ingerimos (frutas, cereais, hortaliças, leite, carne, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F11__
<p>F12. Por causa da sua importância para o funcionamento de nosso organismo, devemos evitar a perda excessiva de água (suar demasiadamente, fazer sessões de sauna muito prolongadas, tomar medicamentos diuréticos, exercitar-se com grande quantidade de roupa, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F12__
<p>F13. Os alimentos de origem vegetal são os que têm menos gordura e que fornecem os principais nutrientes para o nosso corpo.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F13__
<p>F14. Quando uma pessoa que faz dieta para emagrecer rapidamente retorna à alimentação “normal”, ela permanece com o mesmo peso corporal pós-dieta.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F14__
<p>F15. As vitaminas e os sais minerais não fornecem energia para nosso corpo, mas ajudam em seu funcionamento.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F15__
<p>F16. Apenas os alimentos de origem animal fornecem energia ao nosso corpo.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F16__
<p>F17. As gorduras de alimentos de origem vegetal prejudicam a nossa saúde tanto quanto as gorduras de alimentos de origem animal.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F17__
<p>F18. Os alimentos industrializados (lanches como x-salada, cachorro quente, refrigerantes, chocolates, sorvetes, etc.) são tão saudáveis quanto os alimentos naturais (frutas, verduras, leite, cereais).</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho</p>	F18__

totalmente	parcialmente	parcialmente	totalmente	opinião formada	
F19. Grandes quantidades de alimentos ricos em proteínas (carne, leite, ovos, etc.) podem aumentar os depósitos de gordura no nosso corpo.					
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada	F19__
F20. Os alimentos ricos em carboidratos (massas, pães e cereais) são aqueles que deverão oferecer maior quantidade de energia para o nosso corpo.					
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada	F20__
F21. Por não serem considerados exercícios físicos, os esforços físicos realizados nas tarefas domésticas, brincadeiras ativas e ocupações profissionais não ajudam a preservar e a melhorar a saúde.					
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada	F21__
F22. Dependendo das condições físicas de cada pessoa, os melhores exercícios físicos para a saúde são aqueles realizados com intensidade de baixa a moderada (caminhar, correr, nadar, pedalar, etc.).					
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada	F22__
F23. A prática de esportes (voleibol, basquetebol, futebol, handebol, etc.) é a única forma de fazer atividade física para a saúde.					
<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada	F23__
F24. Os efeitos benéficos do exercício físico para a saúde permanecem em nosso organismo mesmo depois de nos tornarmos sedentários novamente.					
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada	F24__
F25. A execução de exercícios de flexibilidade pode reduzir a incidência de lesões músculo-ósteo-articulares.					
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada	F25__
F26. Quando fazemos exercícios físicos, a gordura corporal pode ser transformada em músculo.					
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada	F26__
F27. Devemos fazer exercícios físicos entre 3 e 5 vezes na semana, preferencialmente em dias não consecutivos.					
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada	F27__
F28. O ideal é que cada sessão de exercício físico voltado à promoção da saúde tenha uma duração mínima de 30 minutos.					
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada	F28__
F29. Os exercícios físicos realizados com pesos (musculação) e o uso de substâncias anabólicas (anabolizantes) são essenciais para a nossa saúde, pois aumentam de forma excessiva os nossos músculos.					
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada	F29__
F30. Os exercícios físicos com pesos (musculação), mesmo que não ofereçam ganho significativo de massa muscular, são importantes para a nossa saúde.					

<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada	F30__
--	--	--	--	--	-------

BLOCO G – ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO – ICT (TUOMI et al, 1997)																																																												
<p>G1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.</p> <p>Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>Estou incapaz para o trabalho</p> <p style="text-align: right;">Estou em minha melhor capacidade para o trabalho</p>					0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												G1__ __																																	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																		
<p>G2. Como você classificaria sua <u>capacidade atual para o trabalho</u> em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo). 5 <input type="checkbox"/> muito boa 4 <input type="checkbox"/> boa 3 <input type="checkbox"/> moderada 2 <input type="checkbox"/> baixa 1 <input type="checkbox"/> muito baixa</p>					G2 __																																																							
<p>G3. Como você classificaria sua <u>capacidade atual para o trabalho</u> em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer). 5 <input type="checkbox"/> muito boa 4 <input type="checkbox"/> boa 3 <input type="checkbox"/> moderada 2 <input type="checkbox"/> baixa 1 <input type="checkbox"/> muito baixa</p>					G3 __																																																							
<p>G4. Em sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui ATUALMENTE. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Minha Opinião</th> <th>Diagnóstico Médico</th> <th>Não tenho</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>G4. 1. Lesão nas costas.</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>G4. 1 __</td> </tr> <tr> <td>G4. 2. Lesão nos braços/mãos</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>G4. 2 __</td> </tr> <tr> <td>G4. 3. Lesão nas pernas/pés</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>G4. 3 __</td> </tr> <tr> <td>G4. 4. Lesão em outras partes do corpo. G4a. Onde? _____ G4b. Que tipo de lesão? _____</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>J4. 4a__ J4. 4b__</td> </tr> <tr> <td>G4. 5. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes.</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>G4. 5__</td> </tr> <tr> <td>G4. 6. Doença da parte inferior das costas com dores frequentes.</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>G4. 6 __</td> </tr> <tr> <td>G4. 7. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>G4. 7 __</td> </tr> <tr> <td>G4. 8. Doença musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes.</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>J4. 8 __</td> </tr> <tr> <td>G4. 9. Artrite reumatoide</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>J4. 9__</td> </tr> <tr> <td>G4. 10. Outra doença musculoesquelética. G4. 10a Qual? _____</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>G4. 10a __</td> </tr> </tbody> </table>						Minha Opinião	Diagnóstico Médico	Não tenho		G4. 1. Lesão nas costas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 1 __	G4. 2. Lesão nos braços/mãos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 2 __	G4. 3. Lesão nas pernas/pés	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 3 __	G4. 4. Lesão em outras partes do corpo. G4a. Onde? _____ G4b. Que tipo de lesão? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	J4. 4a__ J4. 4b__	G4. 5. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 5__	G4. 6. Doença da parte inferior das costas com dores frequentes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 6 __	G4. 7. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 7 __	G4. 8. Doença musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	J4. 8 __	G4. 9. Artrite reumatoide	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	J4. 9__	G4. 10. Outra doença musculoesquelética. G4. 10a Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 10a __	
	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	Não tenho																																																									
G4. 1. Lesão nas costas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 1 __																																																								
G4. 2. Lesão nos braços/mãos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 2 __																																																								
G4. 3. Lesão nas pernas/pés	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 3 __																																																								
G4. 4. Lesão em outras partes do corpo. G4a. Onde? _____ G4b. Que tipo de lesão? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	J4. 4a__ J4. 4b__																																																								
G4. 5. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 5__																																																								
G4. 6. Doença da parte inferior das costas com dores frequentes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 6 __																																																								
G4. 7. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 7 __																																																								
G4. 8. Doença musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	J4. 8 __																																																								
G4. 9. Artrite reumatoide	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	J4. 9__																																																								
G4. 10. Outra doença musculoesquelética. G4. 10a Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 10a __																																																								

G4. 11. Hipertensão arterial (pressão alta).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 11 __
G4. 12. Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 12 __
G4. 13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 13 __
G4. 14. Insuficiência cardíaca.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 14 __
G4. 15. Outra doença cardiovascular. G4. 15 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	J4. 15a __
G4. 16. Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 16 __
G4. 17. Bronquite crônica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 17 __
G4. 18. Sinusite crônica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 18 __
G4. 19. Asma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 19 __
G4. 20. Enfisema	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 20 __
G4. 21. Tuberculose pulmonar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 21 __
G4. 22. Outra doença respiratória. G4. 22 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 22a_
G4. 23. Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 23 __
G4. 24. Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 24 __
G4. 25. Problema ou diminuição da audição	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 25 __
G4. 26. Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 26 __
G4. 27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 27 __
G4. 28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos. G4. 28 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 28a_
G4. 29. Pedras ou doença da vesícula biliar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 29 __
G4. 30. Doença do pâncreas ou do fígado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 30 __
G4. 31. Úlcera gástrica ou duodenal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 31 __
G4. 32. Gastrite ou irritação duodenal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 32 __
G4. 33. Colite ou irritação do cólon	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 33 __
G4. 34. Outra doença digestiva G4. 34 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 34 __
G4. 35. Infecção das vias urinárias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 35__
G4. 36. Diarreia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 36 __
G4. 37. Constipação	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 37__
G4. 38. Gazes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 38 __
G4. 39. Doença dos rins	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 39 __
G4. 40. Doença nos genitais e aparelho reprodutor (p. ex. problema nas trompas ou na próstata)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 40 __
G4. 41. Outra doença geniturinária. G4. 41a Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 41 __
G4. 42. Alergia, eczema	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 42 __
G4. 43. Outra erupção.				

G4. 43 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 43 __
G4. 44. Outra doença da pele G4. 44 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 44 __
G4. 45. Tumor benigno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 45 __
G4. 46. Tumor maligno (câncer) G4. 46 a. Onde? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 46 __
G4. 47. Obesidade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 47 __
G4. 48. Diabetes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 48 __
G4. 49. Varizes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 49 __
G4. 50. Colesterol alto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 50 __
G4. 51. Bócio ou outra doença da tireoide	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 51 __
G4. 52. Outra doença endócrina ou metabólica. G4. 52 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 52 __
G4. 53. Anemia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 53 __
G4. 54. Outra doença do sangue. G4. 54 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 54 __
G. 55 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 55 __
G4. 56. Outro problema ou doença, G4. 56 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 56 __
G. 5. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta) 6 <input type="checkbox"/> Não há impedimento / Eu não tenho doenças 5 <input type="checkbox"/> Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas. 4 <input type="checkbox"/> Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho 3 <input type="checkbox"/> Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho 2 <input type="checkbox"/> Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial 1 <input type="checkbox"/> Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar				Registrar o menor valor G5 __
G6. Quantos <u>DIAS INTEIROS</u> você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses? 5 <input type="checkbox"/> nenhum 4 <input type="checkbox"/> até 9 dias 3 <input type="checkbox"/> de 10 a 24 dias 2 <input type="checkbox"/> de 25 a 99 dias 1 <input type="checkbox"/> de 100 a 365 dias				G6 __
G7. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de <u>DAQUI A 2 ANOS</u> fazer seu trabalho atual? 1 <input type="checkbox"/> é improvável 4 <input type="checkbox"/> não estou muito certo 7 <input type="checkbox"/> bastante provável				G7 __
G8. Você tem conseguido apreciar (se sentir satisfeito com) suas atividades diárias? 4 <input type="checkbox"/> sempre 3 <input type="checkbox"/> quase sempre 2 <input type="checkbox"/> às vezes 1 <input type="checkbox"/> raramente 0 <input type="checkbox"/> nunca				G8 __
G9. Você tem se sentido ativo e alerta? 4 <input type="checkbox"/> sempre 3 <input type="checkbox"/> quase sempre 2 <input type="checkbox"/> às vezes 1 <input type="checkbox"/> raramente 0 <input type="checkbox"/> nunca				G9 __
G10. Você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?				G10 __

<p>H10 – No trabalho, eu sou tratado injustamente. 1. Concordo→ E com isso, eu fico: 1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 2. Discordo 3. <input type="checkbox"/> estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H10__ H10a__
<p>H11 – Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro. 1. <input type="checkbox"/> Concordo→ E com isso, eu fico: 1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 2. <input type="checkbox"/> Discordo 3. <input type="checkbox"/> estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H11__ H11a__
<p>H12 – No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas. 1. <input type="checkbox"/> Concordo→ E com isso, eu fico: 1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 2. <input type="checkbox"/> Discordo 3. <input type="checkbox"/> estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H12__ H12a__
<p>H13 – Tenho pouca estabilidade no emprego. 1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico: 1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 2. <input type="checkbox"/> Discordo 3. <input type="checkbox"/> estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H13__ H13a__
<p>H14 – A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento. 1. <input type="checkbox"/> Concordo 2. <input type="checkbox"/> Discordo→ E com isso, eu fico: 1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H14__ H14a__
<p>H15 – No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço. 1. <input type="checkbox"/> Concordo 2. <input type="checkbox"/> Discordo→ E com isso, eu fico: 1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H15__ H15a__
<p>H16 – Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas. 1. <input type="checkbox"/> Concordo 2. <input type="checkbox"/> Discordo→ E com isso, eu fico: 1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H16__ H16a__
<p>H17 – Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado. 1. <input type="checkbox"/> Concordo 2. <input type="checkbox"/> Discordo→ E com isso, eu fico: 1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H17__ H17a__
<p>H18 – No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo. 1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente 2. <input type="checkbox"/> Discordo 3. <input type="checkbox"/> Concordo 4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente</p>	H18__
<p>H19 – Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho. 1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente 2. <input type="checkbox"/> Discordo 3. <input type="checkbox"/> Concordo 4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente</p>	H19__
<p>H20 – Quando chego em casa, consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho. 1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente 2. <input type="checkbox"/> Discordo 3. <input type="checkbox"/> Concordo 4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente</p>	H20__
<p>H21 – As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho. 1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente 2. <input type="checkbox"/> Discordo 3. <input type="checkbox"/> Concordo 4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente</p>	H21__
<p>H22 – O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir. 1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente 2. <input type="checkbox"/> Discordo 3. <input type="checkbox"/> Concordo 4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente</p>	H22__

H23 – Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje. 1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente 2. <input type="checkbox"/> Discordo 3. <input type="checkbox"/> Concordo 4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente	H23__
---	-------

BLOCO I - ACIDENTES DE TRABALHO		
i1- Nos últimos 12 meses você sofreu algum tipo de acidente de trabalho? (Se sim, prossiga nas demais perguntas). [0] Não [1] Sim		i1__
i2- O Acidente ocorreu enquanto você se deslocava da casa para o trabalho ou vice-versa? [0] Não [1] Sim		i2__
i3- O acidente ocorreu quando você já estava no HUSM? [0] Não [1] Sim		i3__
i4- Quantas horas após o início da sua jornada de trabalho o acidente aconteceu? [1] Entre 1 e 2 horas [2] Entre 3 e 4 horas [3] Entre 5 e 6 horas [4] Entre 7 e 8 horas [5] Maior que 8 horas trabalhadas		i4__
i5. O acidente foi notificado ao setor de Recursos Humanos? [0] Não [1] Sim		i5__
i6. Por causa desse acidente você teve que procurar assistência médica? Não [0] [1] Sim		i6__
i7. Tipo de serviço procurado: [1] Emergência HUSM [2] Serviço privado (consultório particular, convênios) [3] Posto de saúde [4] Outros		i7__
i8a.. Por causa desse acidente você necessitou ficar hospitalizado? i8b - Quantos dias?_ _____ [0] Não [1] Sim		i8a_ i8b__
i9a. Por causa desse acidente você teve que faltar ao trabalho por 1 dia ou mais? [0] Não [1] Sim i9b. dias? _____ Quantos		i9a_ i9b__
i10. Você estava usando EPI? [0] Não [1] Sim		i10__
i11. Quais EPIs você usa? [a] luvas [b] máscara [c] avental [d] óculos [e] gorro [f] outros		i11a_ i11b_ i11c_ i11d_ i11e_ i11f__
i12. Nos últimos 6 meses você recebeu algum treinamento referente a prevenção		

dos acidentes de trabalho?	[0] Não [1] Sim	i12__
i13. Com o acidente você sofreu? [1] Perfuração com objeto [2] Corte/arranhões/esfolões [3] Respingos de sangue ou outras secreções [4] Queimaduras tipo: [a] elétrica [b] fogo [c] com produtos químicos [5] Choque elétrico [6] Contusão ou distensão muscular [7] Queda [8] Fratura [9] Agressão [10] Outros: _____		I13__ __
i14. Como aconteceu o acidente? _____ _____ _____		i14__
i15. Quanto à situação do acidente, o mesmo ocorreu quando você: [1] Manuseava lixo [2] Manuseava roupas [3] Manuseava os seus instrumentos de trabalho [4] Outros: _____		i15__
i16. Qual foi a parte do corpo atingida? [1] Mãos/dedos [2] Pés [3] Olhos [4] Face/cabeça, exceto olhos. [5] Membros superiores, exceto mãos. [6] Tórax [7] Abdome [8] Quadril, nádegas, genitais. [9] Membros inferiores, exceto pés.		i16__
i17. Após o acidente você teve alguma sequela ou limitação como: [1] dor [2] limitação de movimentos [3] perda da função [4] perda da sensibilidade [5] edema/hematoma		i17__
i18. Por quanto tempo ficou com essa dificuldade? i18a. Dias _____ i18b Meses _____ i18c Anos _____		i18a__ __ i18b__ __ i18c__ __
i19 Você estava usando EPI quando o acidente ocorreu?	[0] Não [1] Sim	i19__
i20. Você tem esquema vacinal completo para Hepatite B e Tétano?	[0] Não [1] Sim	i20__
i21. Você sabe a origem do agente causador do acidente?	[0] Não [1] Sim	i21__
i22a.. Você precisou usar medicamentos após o acidente?	[0] Não	i22a__

I22b-Quais: _____	[1] Sim	i22a__
i23. Por quanto tempo você usou esses medicamentos? i23a. Dias _____ i23b Meses _____ i23c Anos _____		i23a__ __ i23b__ __ i23c__ __
i24. Você coletou exames após o acidente?	[0] Não [1] Sim	i24__
i25. Você faz acompanhamento médico após o acidente?	[0] Não [1] Sim	i25__
i26. Relate quais foram os seus sentimentos quando se acidentou: _____		i26__

BLOCO J – SELF-REPORT QUESTIONNAIRE - SRQ 20 (MARI e WILLIAMS, 1986)		
As seguintes questões dizem respeito a informações sobre teu estado geral nos ÚLTIMOS 30 DIAS. J1. Tem dores de cabeça frequentes?		
	[0] Não [1] Sim	J1 __
J2. Tem falta de apetite?	[0] Não [1] Sim	J 2 __
J3. Dorme mal?	[0] Não [1] Sim	J 3 __
J4. Assusta-se com facilidade	[0] Não [1] Sim	J4 __
J5. Tem tremores de mão?	[0] Não [1] Sim	J5 __
J6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	[0] Não [1] Sim	J 6 __
J7. Tem má digestão?	[0] Não [1] Sim	J 7 __
J 8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	[0] Não [1] Sim	J 8 __
J 9. Tem se sentido triste ultimamente?	[0] Não [1] Sim	J 9 __
J 10. Tem chorado mais do que de costume?	[0] Não [1] Sim	J 10 __
J 11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	[0] Não [1] Sim	I 11 __
J 12. Tem dificuldades para tomar decisões?	[0] Não [1] Sim	J 12 __
J 13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento).	[0] Não [1] Sim	J 13 __
J 14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	[0] Não [1] Sim	J 14 __

J 15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	[0] Não [1] Sim	J 15 __
J 16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	[0] Não [1] Sim	J 16 __
J 17. Tem tido ideias de acabar com a vida.	[0] Não [1] Sim	J 17 __
J 18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	[0] Não [1] Sim	J 18 __
I 19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	[0] Não [1] Sim	J 19 __
J 20. Cansa-se com facilidade?	[0] Não [1] Sim	J 20 __

BLOCO K - DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA (ESCALA DE 0-10)																								
<p>K1. <u>Nos últimos sete dias</u>, você teve dor ou desconforto em alguma destas regiões: pescoço, ombros, membros superiores, costas, quadril e membros inferiores? Em caso afirmativo, suponha que a maior dor que você já sentiu tem um valor igual a 10 pontos.</p> <p>Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria para a sua dor.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"> ↑ ↑ </p> <p style="text-align: center;"> Ausência total de dor Dor mais intensa que já percebi </p>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												K1__ _
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
BLOCO L - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36 – (CICONELLI, 1997)																								
L1- Em geral você diria que sua saúde é:																								
<i>Excelente</i>	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim	L1__																			
1	2	3	4	5																				
L2- Comparada a um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?																								
Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior	L2__																			
1	2	3	4	5																				
3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?																								
Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior	L3__																			
1	2	3	4	5																				
Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum																					
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito	1	2	3		L3a__																			

esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.				
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3	L3b__
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3	L3c__
d) Subir vários lances de escada	1	2	3	L3d__
e) Subir um lance de escada	1	2	3	L3e__
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3	L3f__
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3	L3g__
h) Andar vários quarteirões	1	2	3	L3h__
i) Andar um quarteirão	1	2	3	L3i__
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3	L3j__
4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?				
	Sim	Não		
a) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	L4a__	
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	L4b__	
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2	L4c__	
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2	L4d__	
5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?				
	Sim	Não		
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	L5a__	
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	L5b__	
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como	1	2	L5c__	

geralmente faz?							
6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?							L6__
De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente			
1	2	3	4	5			
7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?							L7__
Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave		
1	2	3	4	5	6		
8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?							L8__
De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente			
1	2	3	4	5			
9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.							
	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algum a parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6	L9a__
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6	L9b__
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6	L9c__

d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6	L9d__
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6	L9e__
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6	L9f__
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6	L9g__
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6	L9h__
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6	L9i__
10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo, a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?							
Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo			L10__
1	2	3	4	5			
11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?							
	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso		L11a__
a) Eu costumo obedecer um pouco	1	2	3	4	5		

mais facilmente que as outras pessoas.						
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5	L11b__
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5	L11c__
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5	L11d__

Número do seu telefone: _____ **MUITO OBRIGADO**

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Projeto de Pesquisa: “AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA”.

Orientadora/Pesquisadora: Profa. Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Local da Coleta de Dados: Hospital Universitário de Santa Maria/Universidade Federal de Santa Maria

Eu..... informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, e que aceito participar da pesquisa “**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA**”, que tem como objetivo avaliar as condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza do Hospital Universitário de Santa Maria/UFSM.

A pesquisa terá **duração** de 18 meses (período de coleta dos dados, análise, discussão e apresentação dos resultados). A justificativa para a realização desta pesquisa dá-se pelo fato da maior parte dos estudos publicados sobre Saúde do Trabalhador avaliaram as condições de saúde de outros trabalhadores ocorrendo falta de estudos relativos à saúde do trabalhador do Serviço Hospitalar de Limpeza.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, pois os dados apresentados serão relativos ao coletivo dos trabalhadores e não individuais.

Os **dados coletados** serão utilizados em pesquisa e comporão um banco de dados. Os **resultados serão divulgados** em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder um questionário, durante o seu turno de trabalho. As perguntas serão feitas por acadêmicos que foram capacitados para

desenvolverem esse trabalho. Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**.

Poderá haver o **risco de desconforto** relacionado à questão de responder ao questionário. Sua participação poderá ser interrompida a qualquer instante, sem qualquer ônus. Os **benefícios** relacionados com a sua participação são: conhecimento da realidade desse acometimento na instituição; a possibilidade de que medidas de promoção, prevenção e tratamento possam ser efetuadas com maior eficácia e eficiência com conseqüente diminuição dessa patologia nos trabalhadores de enfermagem. Os resultados serão apresentados à instituição.

Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados, ficando estes (os pesquisadores) comprometidos em apresentarem o relatório final nesta instituição, para que possamos, efetivamente, conhecer a nossa realidade.

Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de: receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;

- a qualquer momento, retirar meu consentimento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;

- não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa.

Além disso, os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução no 196/96 sobre pesquisas em seres humanos;

- minha participação é isenta de despesas e minha assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Concordo que os dados formem um banco de dados () Sim () Não

Para pesquisas com novos objetivos com banco de dados quero assinar novo TCLE

() Sim () Não

Santa Maria, ____ de ____ de 2013.

Assinatura do informante e n° do RG

Nome e assinatura da Coordenadora do Projeto

Endereço Pesquisador Principal: Rua José Manhago, 123 Bairro Camobi, Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220 8263; e-mail: tmagnago@terra.com.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.

Anexo D – Termo de confidencialidade, privacidade e segurança de dados**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Projeto de Pesquisa: **“AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA”**.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Os pesquisadores envolvidos na produção de dados da pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA”** comprometem-se com as questões éticas que envolvem as pesquisas com seres humanos. Concordam igualmente que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas por um período de cinco anos, e sob a responsabilidade da Prof^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, na sala 1339, do Departamento de Enfermagem da UFSM. Após esse período, serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob CAAE n. 13106313.1.0000.5346, em 26 de fevereiro de 2013.

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Santa Maria, RS,.....dede 2014.

Anexo E – Autorização para utilização do banco de dados

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE BANCO DE DADOS

Eu, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Enfermeira, Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa “Avaliação das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza”, realizado no Hospital Universitário de Santa Maria, aprovado 26 de fevereiro de 2013, pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Universidade sob CAAE n. 13106313.1.0000.5346, **autorizo** Cintia da Silva Marconato, Enfermeira, aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf), da Universidade Federal de Santa Maria, a utilizar o banco de dados da pesquisa supracitada em seu projeto de Dissertação de Mestrado.

Santa Maria, 3 de Outubro de 2014.

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem/UFSM
Coordenadora do projeto