

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
2º CURSO DE MESTRADO EM DIREÇÃO E CHEFIA DE SERVIÇOS DE  
ENFERMAGEM

PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DA APTIDÃO  
CONDICIONADA NO TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE: RELAÇÃO COM INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA  
O TRABALHO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ana Emília Pereira Mouta

PORTO | 2016



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
2º CURSO DE MESTRADO EM DIREÇÃO E CHEFIA DE SERVIÇOS DE  
ENFERMAGEM

PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DA APTIDÃO  
CONDICIONADA NO TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE: RELAÇÃO COM INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA  
O TRABALHO

Dissertação académica orientada pela Prof.(a) Doutora Manuela Martins  
e co-orientada pela Mestre Joana Amaro

Ana Emília Pereira Mouta

PORTO | 2016



## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à memória da minha mãe, acreditando que onde quer que ela esteja me continua a ver e a proteger. Amo-te Mãe.



## AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho é o resultado não só do meu esforço pessoal, mas principalmente da presença de um conjunto de pessoas que me acompanharam, compreenderam e me deram a força que eu precisava para avançar, atenuando os medos que me povoavam a mente, e por tudo isto, lhes tenho o dever de agradecer.

À Professora Doutora Manuela Martins, minha orientadora, pelo seu acompanhamento, orientação e incentivo ao longo deste percurso. Obrigado pela vivacidade e energia transmitida.

À Mestre Joana Amaro, minha coorientadora, pela sua presença constante, preocupação, dedicação e companheirismo, tornando este percurso menos solitário. Quero agradecer-lhe não só pelo seu contributo ao nível do seu conhecimento, mas pelo seu carinho e ternura nos momentos em que me senti mais desiludida. A minha filha, agora com 10 anos de idade teve a oportunidade de a conhecer, e eu muito naturalmente lhe perguntei: “Então o que achaste da Joana? E, sem hesitar, respondeu-me: “Mãe parece um anjo, como tu!” Depois desta resposta tão espontânea, garanto que eu não conseguiria definir melhor a Joana.

Ao Doutor Pedro Norton, diretor do serviço de saúde Ocupacional, por toda a sua disponibilidade, profissionalismo e amabilidade que mostrou desde o primeiro dia e me ter “aberto as portas” do Serviço de Saúde Ocupacional, como se eu dele sempre fizesse parte.

Ao hospital onde trabalho, a todos, que a diferentes níveis colaboraram para que este estudo se concretizasse.

À minha cunhada Ana Paula.

Ao meu pai, que apesar da sua idade avançada nunca se esquecia de me ir perguntando: “Como é que vão andando os estudos?”

À minha filha Alexandra e ao meu marido Alexandre que me foram sempre fortalecendo com os seus carinhos inesgotáveis.

A todos vós, o meu sincero MUITO OBRIGADO!



## ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AC - Acidente de Trabalho

AC - Aptidão Condicionada

ACT- Autoridade das Condições de Trabalho

ARSLVT- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BS - Balanço Social

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

Cit. - Citado

DGS - Direção-Geral da Saúde

DP - Doença Profissional

EU - OSHA- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

Et. Al - e outros

FEMCVT - Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho

FIOH - Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional

INE - Instituto Nacional de Estatística

MS - Ministério da Saúde

Nº - número

OIT - Organização Internacional do trabalho

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSLT- Promoção da Saúde no Local de Trabalho

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SO - Saúde Ocupacional

SSO - Serviço de Saúde Ocupacional

UAG - Unidade de Apoio à gestão

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	23
CAPÍTULO I - FASE CONCEPTUAL .....	27
1 - Marcos Históricos na Saúde Ocupacional e Promoção da Saúde.....	27
2 - Saúde Ocupacional .....	33
2.1 - Vigilância da saúde dos trabalhadores .....	35
2.2 - Aptidão para o trabalho .....	37
2.3 - Características do local onde os profissionais de saúde desempenham o trabalho .....	42
2.4 - Consequência da atividade profissional .....	45
2.4.1 - Riscos Profissionais.....	45
2.4.2 - Acidentes de trabalho .....	49
2.4.3 - Doenças Profissionais .....	53
3 - A organização envolvida na Prevenção .....	59
3.1 - Competências do enfermeiro gestor na promoção da saúde ocupacional .....	59
4 - Conceito de absentismo.....	63
CAPÍTULO 2 - DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA .....	67
1 - Finalidade e objetivos.....	69
2 - Questão de investigação .....	71
3 - Contextualização do estudo.....	73
3.1 - População e amostra .....	73
4 - Variáveis e a sua operacionalização .....	75
5 - Colheita de dados .....	85
5.1 - Tratamento de dados .....	85

5.2 - Considerações éticas .....	86
<b>CAPÍTULO 3 - DA APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS À ANÁLISE E DISCUSSÃO .....</b>	<b>87</b>
1 - Apresentação e análise dos resultados .....	89
2 - Discussão dos resultados .....	105
2.1 - Contributos para a intervenção preventiva .....	109
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO I: Autorização do conselho de ética para a realização do estudo.....</b>	<b>129</b>
<b>Anexo II: Folha de aptidão condicionada.....</b>	<b>135</b>

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Fatores contextuais.....	40
FIGURA 2: Representação da amostra.....	74



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Tipos de exame.....	36
TABELA 2: Extensão do conceito de acidente de trabalho.....	50
TABELA 3: Doenças profissionais e não profissionais.....	56
TABELA 4: Operacionalização da variável tipo de aptidão.....	75
TABELA 5: Operacionalização da variável tipo de exame.....	76
TABELA 6: Operacionalização da variável sexo.....	76
TABELA 7: Operacionalização da variável habilitações literárias.....	77
TABELA 8: Operacionalização da variável grupo profissional.....	78
TABELA 9: Operacionalização da variável grupo etário.....	79
TABELA 10: Operacionalização da variável antiguidade.....	79
TABELA 11: Operacionalização da variável vínculo.....	80
TABELA 12: Operacionalização da variável departamento.....	81
TABELA 13: Operacionalização da variável horário.....	82
TABELA 14: Operacionalização da variável tipo de restrição sentida.....	82
TABELA 15: Operacionalização da variável certificado de incapacidade temporária para o trabalho.....	84
TABELA 16: Cálculo do número de não aptos de acordo com o exame realizado.....	89
TABELA 17: Cálculo do número de aptos condicionados.....	89

TABELA 18: Caraterísticas dos trabalhadores com aptidão condicionada.....	90
TABELA 19: Modelo de regressão logística ajustado para a idade, grupo profissional e antiguidade.....	93
TABELA 20: Cálculo da incidência de episódios de incapacidade temporária para o trabalho.....	98
TABELA 21: Dias perdidos por incapacidade temporária para o trabalho.....	101

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Evolução dos acidentes de trabalho no Ministério da Saúde.....	51
GRÁFICO 2: Taxa de incidência dos acidentes de trabalho no Ministério da Saúde.....	51
GRÁFICO 3: Distribuição dos casos de doença e doentes profissionais em serviços de saúde entre 1999-2010.....	54
GRÁFICO 4: Distribuição dos diagnósticos que motiva a aptidão condicionada.....	94
GRÁFICO 5: Distribuições das aptidões condicionadas por tipo de limitação.....	95
GRÁFICO 6: Distribuições das limitações a nível ergonómico.....	96
GRÁFICO 7: Distribuição das limitações a nível organizacional.....	97



## RESUMO

Título: Prevalência e determinantes da aptidão condicionada no trabalho em profissionais de saúde: relação com incapacidade temporária para o trabalho.

O trabalho funciona como fator determinante do desenvolvimento humano e tem uma grande importância no desenvolvimento económico e social. Apesar do seu valor inquestionável, os profissionais de saúde estão expostos a diversos riscos profissionais que comprometem não só a sua saúde como também o trabalho. Estes riscos advêm do contacto próximo com pessoas doentes, de um trabalho físico muito exigente, com imensas horas de trabalho seguidas e com tarefas repetitivas e contínuas.

Assim, este trabalho foi realizado com o objetivo de analisar a prevalência e determinantes da aptidão condicionada no trabalho em profissionais de saúde, relacionando com a ausência ao trabalho por incapacidade.

Efetou-se um estudo quantitativo, transversal e descritivo. A população foi constituída por todos os trabalhadores do Centro Hospitalar São João e a amostra foi composta de 1501 profissionais de saúde, sendo 237 com aptidão condicionada e 1264 aptos com absentismo. Os dados analisados foram colhidos a partir da informação disponível nas fichas de aptidão dos trabalhadores bem como de bases de dados fornecidas pelo Serviço de Saúde Ocupacional.

Estimou-se que 4,5% dos profissionais apresentam aptidão condicionada; os principais determinantes são o grupo etário, o grupo profissional e a antiguidade. O principal diagnóstico que motiva a aptidão condicionada é do foro músculo-esquelético, sendo a principal limitação a nível ergonómico. A incidência de incapacidade temporária para o trabalho foi de 25,2% (n=1389). Dos profissionais aptos 23,9% (n=1264) apresentaram

pelo menos um episódio de incapacidade para o trabalho e dos profissionais não aptos, o valor aumentou para os 52,7% (n=125).

Conclui-se que os profissionais com aptidão condicionada são, na sua maioria, assistentes operacionais e enfermeiros, com idades superiores a 40 anos e que são amplamente afetados por problemas músculo-esqueléticos. Neste sentido, é necessário adotar estratégias não só de prevenção, mas também de readaptação destes profissionais à sua nova condição de saúde face ao trabalho, e o enfermeiro gestor tem um papel fundamental nesta transição.

**Palavras-chave:** profissionais de saúde; aptidão condicionada; sa ocupacional; absentismo; gestão em enfermagem.

## ABSTRACT

Title: Prevalence and determinants of unfit for work in health professionals: relation to absenteeism.

Work constitutes a determinant of human development and is of great importance both in economic and social development. Despite its unquestionable value, health professionals are exposed to various occupational hazards that jeopardize not only their health but also work. Some of these risks come from the close contact with ill patients, the highly demanding physical work, the large number of hours of worked and repetitive and continuous tasks.

Thus, this study aimed to analyze the prevalence and determinants of unfit for work in healthcare workers, in relation to absenteeism due to disability.

A quantitative and descriptive study was conducted. The population consisted of all the São João's Hospital workers and the sample comprised 1501 health professionals: 237 were unfit for work and 1264 were fit but also absent from work at least once in the period under analysis. Data were collected via the workers' fitness records and databases provided by the Occupational Health Service.

It was estimated that 4.5% of health professionals were at some point unfit for work; the main determinants are age group, occupational group and seniority. The main diagnosis behind it was musculoskeletal disorders, and the main limitation was ergonomic. Absenteeism incidence was 25.2% (n=1389). Among fit for work professionals, 23.9% (n = 1264) had at least one episode of absenteeism and, for unfit workers, it increased to 52.7% (n=125).

In conclusion, unfit for work health professionals are mostly operational assistants and nurses, aged over 40 years and are widely affected by musculoskeletal problems. Thus, it is necessary to adopt strategies aimed not only to prevent but also to adapt these workers to their new health

condition regarding work, and the nurse manager has a major role in this transition.

**Keywords:** health professionals; fitness for work; occupational health; absenteeism; nursing management

## INTRODUÇÃO

O perfil demográfico de Portugal inclina-se cada vez mais para o crescimento da população idosa. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), num exercício realizado por esta entidade denominado “Projeções de população residente em Portugal: 2008-2060” e publicado em 2010, o índice de envelhecimento da população mantém a tendência de aumento, estimando que em 2060 residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor que foi projetado para 2009, que seria de 116 idosos por cada 100 jovens, o que implicará uma diminuição da razão entre a população ativa e inativa.

Este cenário traz outras implicações, observando-se atualmente no quadro político e socioeconómico a obrigatoriedade de os trabalhadores permanecerem por mais tempo a trabalhar, com o aumento das horas semanais a realizar e com o aumento da idade da reforma, contribuindo para a perda ou redução da capacidade funcional dos trabalhadores, não só em Portugal como em outros países da Europa. Perante esta evidência considera-se importante que a população ativa se mantenha apta para o trabalho por mais tempo possível, ou seja, até à idade da reforma.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (pág.1, 2014) os empregadores estão cada vez mais a reconhecer que as questões relacionadas com a saúde, como as faltas por doença, custos de litigação e compensação, prémios de seguros crescentes, são dispendiosas e que ignorá-las pode levar a graves consequências económicas. Os melhores empregadores sublinham a mensagem importante de que boa saúde significa bons negócios, e que muito se pode conseguir neste campo simplesmente através da introdução de boas práticas de gestão.

De acordo com Martinez, Latorre e Fisher (2010), a manutenção da capacidade para o trabalho tem consequências positivas na determinação

da saúde, bem-estar e empregabilidade dos trabalhadores, com benefício para as organizações e para a sociedade em função do seu impacto sobre a produtividade, absentismo e sobre os custos sociais decorrentes das reformas por incapacidade e da assistência às doenças.

O tema a abordar neste estudo é a “Prevalência e determinantes da aptidão condicionada no trabalho em profissionais de saúde: relação com incapacidade temporária para o trabalho”.

Sem avançar mais no trabalho e para que se perceba do que se está a tratar, importa desde já explicar o que são trabalhadores com aptidão condicionada para o trabalho. Estes, constituem um grupo de pessoas que estão aptas para trabalhar, mas que apresentam um determinado problema de saúde, independentemente do seu foro, seja físico, mental ou outro, que as limita ou condiciona no seu desempenho profissional. Em termos de gestão de recursos humanos, considerando este grupo de pessoas mais vulneráveis em termos de saúde, importa estudá-las para que a sua limitação não evolua para incapacidade para o trabalho, contribuindo para o aumento do absentismo. Portanto, é importante que as entidades patronais estejam atentas e sensibilizadas para isto e para as consequências que poderão daqui advir.

A escolha deste tema prendeu-se com vários aspetos que se consideraram relevantes. Em primeiro lugar, por se considerar que os recursos humanos são a parte da organização mais importante e a quem os gestores devem ter um olhar mais atento, sobretudo quando se está a estudar a condição de saúde da pessoa perante o trabalho. E, de acordo com esta ideia, Antunes e Pina e Cunha (2014) referem que o capital humano é atualmente reconhecido como um fator fundamental para o sucesso e a competitividade das organizações.

Por outro lado, serviu também de motivação o facto de ser um tema em que há escassez de estudos realizados quer em Portugal, quer a nível mundial que abordem os profissionais de saúde, mais especificamente os que vivenciam a condição de aptidão condicionada para o trabalho e deste modo contribuir para a criação de conhecimento nesta área.

Um último fator de motivação prende-se com a importância que os profissionais de saúde têm na sociedade, estes constituem o pilar do Sistema de Saúde, dependendo toda a população dos cuidados de saúde por eles prestados.

Ao desenvolver o estudo em indivíduos com aptidão condicionada, a preocupação não recai somente sobre estes profissionais, estende-se também a todos os trabalhadores, uma vez que a limitação de um profissional irá inevitavelmente condicionar o trabalho dos restantes elementos. As atividades que não poderão ser realizadas pelas pessoas com restrições, serão realizadas pelos outros, e é aqui que o gestor tem de por à prova a sua sensibilidade e procurar um ponto de equilíbrio para que ao proteger uns, não afete outros.

Este estudo irá decorrer no Centro Hospitalar São João, no Serviço de Saúde Ocupacional e tem como objetivo geral analisar a prevalência e determinantes da aptidão condicionada no trabalho em profissionais de saúde, relacionando com a ausência ao trabalho por incapacidade. Quanto aos objetivos específicos serão apresentados mais à frente, aquando da metodologia.

Relativamente aos objetivos da dissertação, são considerados os seguintes:

- Sintetizar os referenciais teóricos que sustentaram as opções conceituais e metodológico do estudo;
- Descrever os dados mais relevantes da investigação;
- Desenvolver conhecimentos na área da investigação.

Após a introdução do trabalho, este está estruturado em três capítulos. No capítulo um é feito um enquadramento teórico, no qual são abordados os temas mais pertinentes e atuais relacionados com a problemática em estudo.

O capítulo dois refere-se à investigação empírica e o capítulo três consiste na apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos.

Por fim são apresentadas algumas sugestões e as principais conclusões do estudo, seguidas das referências bibliográficas que sustentam a realização do estudo e os anexos.

Acredita-se que o tema proposto para estudo poderá contribuir para a promoção do bem-estar de todos os trabalhadores, quer sejam profissionais aptos ou com aptidão condicionada, no seu local de trabalho e para a sensibilização junto dos trabalhadores e gestores hospitalares acerca desta problemática, nomeadamente, a sua influência na saúde, na capacidade para o trabalho, nas consequências económicas, e para a necessidade de uma intervenção, se for caso disso, tendo em vista a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

## CAPÍTULO I - FASE CONCETUAL

De acordo com Fortin, Côté e Fillion (2009) a fase concetual é a parte da investigação que envolve definir os elementos de um problema. Assim, a fase concetual engloba cinco etapas, sendo elas: a escolha do tema, a revisão da literatura, a elaboração do quadro de referência, a formulação do problema, o enunciado do objetivo, as questões de investigação e as hipóteses.

Nesta parte é importante estar familiarizado com conceitos importantes, tais como o objetivo, as questões de investigação, as hipóteses e as variáveis, pelo que se considera importante desde já uma breve definição destes.

Para Fortin, Côté e Fillion (2009, pág.53) a questão de investigação é *“uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui os conceitos em estudo”*.

Para os mesmos autores (2009, p.53) a hipótese *“é uma predição sobre uma relação existente entre variáveis, que se verifica empiricamente”*.

Fortin, Côté e Fillion (2009, p.53) referem que as variáveis *“formam a substância das questões de investigação e das hipóteses. Elas devem ser definidas ao mesmo tempo que o quadro teórico ou concetual”*.

### **1- Marcos Históricos na Saúde Ocupacional e Promoção da Saúde**

São várias as organizações que fizeram história na Saúde Ocupacional (SO), e uma vez que é impossível abordá-las a todas, a escolha passou muito pela pesquisa que foi feita para a realização do estudo.

Segundo Freitas (2008) antes da Revolução Industrial a produção era predominantemente artesanal. O grande impacto nas condições de trabalho ocorreu no fim do século XVIII, quando começou a haver um aumento da necessidade de mão-de-obra. A criação do sistema fabril começou a concentrar um maior número de trabalhadores, com a utilização de máquinas, tornando-se estas cada vez mais complexas.

A Revolução Industrial começou a ter consequências na vida das pessoas, nomeadamente na sua saúde. Os trabalhadores deixaram de conseguir controlar os meios de produção e, deste modo surgiram cada vez mais riscos profissionais. A sinistralidade agravou-se, apareceram novas doenças e com isto a necessidade de criar as primeiras leis de proteção das condições de trabalho. Em 1802, surge a primeira lei, denominada “Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes”. Em 1819 o parlamento inglês estabelece a idade mínima de 9 anos para as crianças trabalharem na indústria do algodão. E, assim com o decorrer do tempo e do perigo, novas leis foram surgindo.

A Associação Internacional Laboral foi criada em 1900, e em 1905, são aprovadas duas convenções internacionais por iniciativa desta associação, que haveria de estar na origem da Organização Mundial de Trabalho (OIT). A OIT, por sua vez, vem desde então até ao presente a desenvolver um trabalho fundamental na melhoria das condições de trabalho (Freitas, 2008).

Fundado em 1945, o Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (FIOH) é um instituto de pesquisa multidisciplinar especializado em segurança e saúde no trabalho. É um instituto governamental federal que abrange relevantes aspetos de pesquisa sobre a vida laboral e as condições de trabalho que incluem a fiscalização das condições de trabalho, bem-estar no trabalho, exposições físicas, químicas, biológicas e fisiológicas, medicina ocupacional, psicologia e stresse, epidemiologia, segurança e organização do trabalho.

As suas principais funções são de pesquisa, serviços especializados de consultadoria, treino e divulgação da informação. O instituto funciona como um especialista da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da

Organização Internacional do Trabalho (OIT) na área de saúde ocupacional. Especialistas do FIOH contribuem para diversos órgãos consultivos e grupos de normalização da União Europeia (EU), sendo a FIOH membro ativo dos Centros Temáticos da Agência de Bilbao (PRIMA-EF, 2011).

O histórico e a tradição finlandesa no estudo, no desenvolvimento de ações e na definição de políticas voltadas para a promoção da saúde do trabalhador possibilitaram consolidar um corpo de conhecimentos e direcionar intervenções relativas à capacidade para o trabalho com o foco centrado predominantemente em aspectos preventivos. O modelo finlandês proposto para a manutenção da capacidade para o trabalho mostrou ser válido e foi construído com base na integração de quatro diferentes áreas de ação: melhoria das condições de trabalho, melhorias na organização e no ambiente psicossocial do trabalho, promoção da saúde e dos recursos individuais e desenvolvimento de competência profissional (Martinez, Latorre e Fischer 2010).

*“O envelhecimento da população trabalhadora na Finlândia levou o Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) a desenvolver estudos que representaram o primeiro marco teórico importante nesta área do conhecimento”* (Ilmarinen *et al.*, 1991a; Ilmarinen, 1997, 2001, cit. por Costa, 2009, p.57).

Bonfim (2009) refere que os pesquisadores da FIOH partiram da concepção que a capacidade para o trabalho diz respeito às qualificações do trabalhador para lidar com as exigências do trabalho, sendo baseada nas suas capacidades física, mental e social. Situações em que as exigências são superiores ou inferiores aos recursos do trabalhador, podem ser resultantes tanto de um trabalho não adequado às características do trabalhador, como de uma condição que o trabalho não é percebido como significativo e respeitado.

Os estudos que surgiram a partir dos anos 80, permitiram consolidar a base teórica sobre os principais determinantes da capacidade para o trabalho, as consequências positivas de uma boa qualidade da capacidade para o trabalho e, ainda recomendar medidas de intervenção válidas para promover e proteger a capacidade para o trabalho (Ilmarinen *et al.*, 1991a,

1991b; Ilmarinen, 1997, 2001; Tuomi *et al.*, 1997b, 1997d; Ilmarinen & Rantanen, 1999, cit. por Costa, 2009).

Uma outra entidade que surgiu posteriormente foi a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (Eu-OSHA) em 1996, tendo sido criada pela União Europeia. A sua sede situa-se em Bilbau, Espanha, reunindo representantes da Comissão Europeia, governos dos estados membros, organizações de trabalhadores, bem como peritos reconhecidos em cada um dos estados membros. A agência investiga, desenvolve e distribui informação fidedigna, equilibrada e imparcial sobre saúde e segurança e organiza campanhas de sensibilização em toda a Europa (Eu-OSHA, 2013).

A expressão “promoção de saúde” foi usada inicialmente em 1945, por Henry Sigerist no contexto da definição das atividades de medicina e em termos históricos, a promoção da saúde referia-se a hábitos saudáveis de vida (Terris, 1992, citado por Uva e Serranheira 2013).

De acordo com a Carta de Ottawa (1986, cit. por Uva e Serranheira, 2013)

*“a promoção de saúde consiste pois em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar a sua saúde, assim como a possibilidade de exercerem um maior controlo potencial nesse domínio e dessa forma, possibilitar uma mais robusta capacitação das pessoas a aumentar o controlo sobre a sua saúde e os seus determinantes”.*

Numa reflexão sobre a declaração do Luxemburgo (1997) que sustenta a promoção da saúde no local de trabalho para a União Europeia, é clara a importância dada à saúde no trabalho para o futuro social e para o bem-estar económico dos países, evidenciando-se a força de trabalho saudável.

Nesta declaração apoiaram o lançamento de uma rede europeia de promoção da saúde no local de trabalho (PSLT), tendo por objetivos a identificação e a disseminação de exemplos de boas práticas, através da troca de experiências e de conhecimento. Podemos concluir que a declaração sobre a PSLT nos encaminha para demonstrar que há vantagens económicas para as empresas, estabelecimentos e demais organizações.

Estes observarão uma redução dos custos recorrentes da doença e a um aumento da produtividade, como resultado de obterem uma força de trabalho motivada, com elevada auto-estima e melhores relações profissionais.

A PSLT é uma estratégia nova e integrada que visa prevenir a doença no trabalho (incluindo as doenças profissionais, a má gestão do stresse, os acidentes e outras lesões e as doenças relacionadas com o trabalho) e contribuir para desenvolver o potencial de saúde e o bem-estar da população trabalhadora.

Segundo a mesma declaração, a PSLT contribui para um vasto leque de fatores laborais que favorecem a saúde dos trabalhadores, nomeadamente:

- Princípios e métodos de gestão e de organização que reconheçam os trabalhadores como um fator imprescindível para o sucesso da organização, e não um mero fator de despesas;
- Uma cultura e princípios de liderança que incluam a participação de todos os trabalhadores e encorajem a sua motivação e responsabilidade;
- Princípios de organização de trabalho que proporcionem aos trabalhadores condições de equilíbrio adequado entre as exigências do posto de trabalho, o controlo sobre o próprio trabalho e o seu nível de capacidades e de suporte social;
- Uma política de pessoal que incorpore a promoção da saúde de forma ativa;
- Um serviço integrado de saúde e segurança no trabalho.

De acordo com ILO (2012, cit. por Uva e Serranheira 2013, p.90) “*a promoção da saúde é atualmente, o processo de capacitação ou empoderamento individual (e da comunidade) para atuar na melhoria da qualidade de vida e da saúde, incluindo uma maior participação nesse controlo...*” (ILO, 2012, cit. por Uva e Serranheira, 2013, p.90).

Uva e Serranheira (2013, p.90) referem também que

*“a promoção da saúde consiste, ..., num conjunto de políticas, planos e programas de Saúde Pública com ações dirigidas a evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes da doença e ainda à capacitação da população para cuidar mais da sua saúde”.*

## 2 - SAÚDE OCUPACIONAL

A Saúde Ocupacional (SO) tem por finalidade, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2013), a prevenção dos riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde do trabalhador. A SO, segundo a mesma entidade, visa garantir locais de trabalho saudáveis que, evitem ou minimizem a exposição profissional a fatores de risco, capazes de comprometer a saúde do trabalhador, assegurem uma elevada qualidade de vida no trabalho e permitam alcançar elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores.

Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) é por vezes também denominado de Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho que integra dois principais domínios: Saúde do Trabalho e Segurança do Trabalho (DGS, 2014).

A Saúde do Trabalho, de acordo com a DGS (2014, pág. 15) é um domínio do SSO que

*“reúne um conjunto de intervenções essencialmente realizadas por profissionais de saúde que, de forma contínua e integrada, avaliam o estado de saúde do trabalhador e a sua relação com o contexto de trabalho visando atestar a sua aptidão para o desempenho da atividade profissional e suas implicações (na saúde individual do trabalhador, na organização e nas condições de trabalho), assim como propor um conjunto de medidas que eliminem ou controlem os riscos profissionais a que os trabalhadores se encontram expostos, e que promovam a saúde no local de trabalho e o desenvolvimento pessoal e profissional do trabalhador.”*

Para a OMS (2014), a gestão abrangente da saúde no trabalho é um processo que envolve todas as partes interessadas, dentro e fora da empresa. Destina-se a capacitá-las no sentido de tomarem o controlo da sua própria saúde e da saúde da sua família, considerando os determinantes ambientais, do estilo de vida, ocupacionais e sociais da saúde e a qualidade

dos cuidados de saúde. Baseia-se nos princípios de promoção da saúde e coloca um enorme desafio aos profissionais de saúde, ambiente e segurança que disponibilizam serviços, aconselhamento, informação e educação aos parceiros sociais no local de trabalho. Envolve ainda cuidar de um interesse socioeconómico considerável por parte de todas as partes interessadas envolvidas.

A OMS (2014) refere que foi demonstrado, em diversas situações, que as empresas que atuam num mercado bem regulado podem ganhar vantagem competitiva ao: proteger a saúde humana, promover a saúde humana, promover a saúde mental, manter a capacidade para o trabalho, reduzir os custos de cuidados de saúde originados pelas lesões, doenças e reformas antecipadas, utilizar os recursos de forma efetiva e eficiente e ao melhorar a comunicação social e a literacia acerca da saúde, ambiente e coesão social.

A DGS (2014) refere que a gestão de topo de cada centro Hospitalar é responsável por definir e instituir uma política de SO, definindo política de SO como um conjunto de intenções formalmente expressa pela gestão de topo em documento escrito, datado e assinado, que mostra o reconhecimento e a importância prestados pelo Centro Hospitalar à saúde e segurança do trabalho, para além de fornecer um enquadramento de suporte à organização e atuação do SSO e ao estabelecimento de objetivos (institucionais e dos trabalhadores) nesta matéria. A política de SO deverá ser divulgada aos trabalhadores, e outras partes interessadas, e atualizada quando necessário. No processo de definição desta política, deve-se privilegiar a participação dos trabalhadores.

A responsabilidade da promoção da saúde é partilhada por todos e não apenas uma ação específica da prestação de cuidados de saúde. Essa partilha inclui as próprias pessoas, a comunidade em geral, as instituições de saúde e os governos (Uva e Serranheira, 2013).

De salientar que a existência de trabalhadores expostos a potencial de risco profissional elevado associado a um significativo número de trabalhadores (normalmente mais de 400) nos centros hospitalares, obriga a adotar a modalidade de serviço interno para o SSO.

## 2.1 - Vigilância da saúde dos trabalhadores

A Vigilância de saúde é uma das áreas de intervenção dos enfermeiros, considerando que no regulamento do exercício profissional cabe ao enfermeiro orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias, bem como encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro, pelo que é fundamental avaliar a saúde das pessoas, neste caso dos trabalhadores.

A lei nº 102/2009, no artigo 4º (p.6167), refere que trabalhador

*“é a pessoa singular que, mediante retribuição, se obriga a prestar um serviço a um empregador e, bem assim, o tirocinante, o estagiário e o aprendiz que estejam na dependência económica do empregador em razão dos meios de trabalho e do resultado da sua atividade”.*

Em seguimento deste conceito, será importante definir o conceito de empregador, referindo a lei nº 102/2009, artigo 4º (p.6167) que empregador

*“é a pessoa singular ou coletiva com um ou mais trabalhadores ao seu serviço e responsável pela empresa ou estabelecimento ou, quando se trate de organismos sem fins lucrativos, que detenha competência para a contratação de trabalhadores”.*

O artigo 108º da mesma lei refere que o empregador deve promover a realização de exames de saúde adequados, a comprovar e avaliar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da atividade, bem como a repercussão desta e das condições em que é prestada na saúde do mesmo.

**Tabela nº1- Tipos de exame**

	Exames de admissão, antes do início da prestação de trabalho ou se a urgência da admissão o justificar, nos quinze dias seguintes.
<b>Tipos de Exame</b>	Exames periódicos, anuais para os menores e para os trabalhadores com idade superior a 50 anos, e de 2 em 2 anos para os restantes trabalhadores
	Exames ocasionais, sempre que haja alterações substanciais nos componentes materiais de trabalho que possam ter repercussão nociva na saúde do trabalhador, tal como no regresso ao trabalho depois de uma ausência superior a 30 dias por motivo de doença ou acidente.

Fonte: lei nº 102/2009 (artigo 108, p.6190)

Contudo, o médico do trabalho, perante o estado de saúde do trabalhador e os resultados da prevenção dos riscos profissionais na empresa, pode aumentar ou reduzir a periodicidade dos exames previstos.

Face ao resultado do exame de admissão, periódico ou ocasional, o artigo 110.º da lei nº 102/2009, refere que o médico do trabalho deve, imediatamente na sequência do exame realizado, preencher uma ficha de aptidão e enviar uma cópia ao responsável dos recursos humanos da empresa. A ficha de aptidão, não pode conter elementos que envolvam segredo profissional. A ficha de aptidão deve ser dada a conhecer ao trabalhador, devendo ser por este assinada com a data de conhecimento.

Segundo a ACT (2013) face ao resultado dos exames de saúde realizados é emitida uma ficha de aptidão médica, podendo o trabalhador ser considerado apto, apto condicionalmente, inapto temporariamente ou inapto definitivamente para a realização das atividades laborais. Face à inaptidão ou aptidão parcial para o trabalho, o médico deve indicar, sendo

caso disso, outras funções que o trabalhador possa desempenhar, para além das recomendações que o médico de trabalho considerar pertinentes, em cada caso.

## 2.2 - Aptidão para o trabalho

Mediante o facto de que o trabalhador é um recurso fundamental nas organizações não podemos deixar de considerar as suas aptidões para o trabalho quando pretendemos intervir como gestores de recursos humanos nos serviços de saúde.

De acordo com Freitas (2008) resulta da ficha de aptidão, diferentes tipologias: apto, apto condicionado, inapto temporariamente ou inapto definitivamente.

Assim considera-se apto o estado em que a pessoa reúne as condições físicas, fisiológicas e psicológicas para desempenhar as suas funções no seu posto de trabalho e as tarefas que dele fazem parte. Aptidão condicionada é definida como uma condição que deve ser respeitada no exercício da atividade, quer seja em termos de atividade, quer seja em termos de segurança (por exemplo “não pode levantar pesos superiores a 10 kg”). Por inapto temporariamente, trata-se de uma situação de saúde da pessoa que não permite o exercício da atividade profissional durante um determinado período de tempo. Poderá ser um exemplo desta situação, uma pessoa que esteja a recuperar de uma doença ou a recuperar uma capacidade. Inapto definitivamente refere-se ao estado de saúde da pessoa em que não há compatibilidade com o exercício das tarefas referentes à sua função.

Para compreender esta problemática, existe uma classificação que ajuda a compreender alguns conceitos que estão interligados, entendendo-se assim pertinente a sua abordagem, que é a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e as suas restrições e serve de enquadramento para organizar esta informação. *“Esta classificação pertence à família das classificações*

*internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde” (CIF, 2004, p.8).*

A CIF é considerada muito valiosa devido a proporcionar a descrição e a comparação da saúde das populações num contexto internacional. Um dos seus principais objetivos é proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde.

Consideramos importante definir alguns conceitos que se relacionam com a capacidade ou aptidão que a pessoa tem para o trabalho, tal como funções do corpo, estruturas do corpo, deficiências, atividade, participação, limitações na atividade, restrições na participação e fatores ambientais. Assim de acordo com a CIF (2004, p.13) passaremos a definir estes conceitos.

Por funções do corpo, são consideradas *“as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções psicológicas”*.

Por estruturas do corpo, são consideradas *“as partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.”*

Por deficiência são compreendidos os *“problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda”*.

Por atividade é entendido a *“execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo”*.

Compreende-se por Participação o *“envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real”*.

Por limitação da atividade compreende-se que *“são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de actividades”*.

Por restrição na participação *“são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real”* e fatores ambientais *“constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida”*.

A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa, são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais. Por fatores contextuais a CIF (2004), considera que estes representam o histórico completo da vida e

do estilo de vida de um indivíduo. Eles incluem dois componentes: os fatores ambientais e os fatores pessoais, podendo estes ter efeito numa pessoa com uma determinada condição de saúde e sobre a saúde e os estados relacionados com a saúde da pessoa.

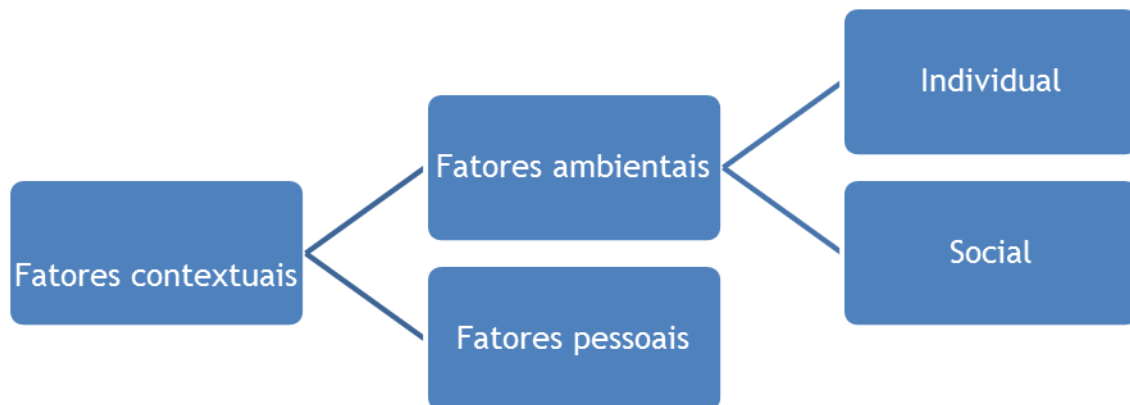
Dos fatores ambientais fazem parte o ambiente físico, são fatores extrínsecos à pessoa e podem ter uma influência favorável ou desfavorável sobre o seu desempenho, enquanto membros da sociedade, sobre a capacidade da pessoa para executar ações ou tarefas, ou sobre a função ou estrutura do corpo do indivíduo. Os fatores ambientais, segundo a CIF (2004), dividem-se tendo em conta dois patamares distintos, o individual e o social.

Os fatores ambientais a nível individual referem-se ao ambiente que envolve a pessoa, incluindo o seu lar, o local de trabalho e/ou a escola. Este nível abrange as características físicas e materiais do ambiente em que a pessoa se encontra, bem como o contacto direto com outras pessoas, tais como, família, conhecidos, colegas e desconhecidos.

Os fatores ambientais a nível Social dizem respeito às estruturas sociais formais e informais, serviços e regras de conduta ou sistemas na comunidade ou cultura que têm um impacto sobre as pessoas. Este nível engloba instituições e serviços relacionados com o trabalho, com atividades na comunidade, com organismos governamentais, serviços de comunicação e de transporte e redes sociais informais, bem como, leis, regulamentos, regras formais e informais, atitudes e ideologias.

Os fatores pessoais são o histórico particular da vida e do estilo de vida de uma pessoa e agrupam as características da pessoa que não são parte de uma condição de saúde ou de um estado de saúde. Esses fatores podem englobar o sexo, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, educação recebida, diferentes maneiras de enfrentar problemas, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência passada e presente, padrão habitual de comportamento, carácter, características psicológicas individuais e outras características, em que todas ou algumas das quais podem desempenhar um papel na incapacidade em qualquer nível.

Figura nº 1- Fatores contextuais



Na declaração de Barcelona (2002) é referido que a atitude pessoal em relação à saúde é influenciada pela cultura e pelos valores. Nesta declaração é afirmado que a saúde no local de trabalho não acaba quando se passam as portas da empresa, isto é, o local de trabalho tem efeitos determinantes sobre a saúde das famílias e de toda a comunidade.

A incapacidade é caracterizada como o resultado de uma relação complexa entre a condição de saúde do indivíduo e os fatores pessoais, com os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais a pessoa vive. Assim, diferentes ambientes podem ter um impacto diferente sobre a mesma pessoa com uma determinada condição de saúde. Um ambiente com barreiras, ou sem facilitadores, vai restringir o desempenho da pessoa; outros ambientes mais facilitadores podem melhorar esse desempenho. Assim, a capacidade reflete a aptidão do indivíduo ajustada ao ambiente.

A CIF refere que para compreender e explicar a incapacidade e a funcionalidade foram propostos vários modelos conceituais, o modelo médico e o modelo social.

O modelo médico de acordo com a CIF (2004, p.21)

*“considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer assistência médica sob a forma de tratamento individual por profissionais. Os cuidados em relação à incapacidade têm por objetivo a cura ou a adaptação do indivíduo e mudança de comportamento”.*

Neste modelo a assistência médica é tida como a questão principal e, a nível político, espera-se uma resposta que vise a modificação ou reforma da política de saúde.

O modelo social de incapacidade, encara a questão da incapacidade como um problema criado pela sociedade cuja resolução, passa pela integração plena da pessoa na sociedade.

*“A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Assim, a solução do problema requer uma ação social e é da responsabilidade coletiva da sociedade fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social. Portanto, é uma questão de atitude e de ou ideologia que requer mudanças sociais que, a nível político, se transformam numa questão de direitos humanos”.*

Enquanto no modelo médico, a resposta passa pela assistência médica, no modelo social, a incapacidade é considerada uma questão política.

A CIF baseia-se numa integração desses dois modelos opostos, tenta chegar a uma síntese que ofereça uma visão coerente das diferentes perspetivas de saúde: biológica, individual e social.

Um modelo descrito por Ilmarinen (2001) citado por Costa (2009, p. 58) define que a capacidade para o trabalho é determinada em função dos recursos humanos e das características do trabalho. Estes recursos humanos consistem numa combinação entre saúde (capacidades físicas, cognitivas e sociais), educação e competências (aptidões e conhecimentos), valores e atitudes do indivíduo e a sua motivação e satisfação no trabalho. Estes fatores relacionam-se com as exigências físicas e mentais da tarefa, com os trabalhadores e gestão, e com o ambiente de trabalho. Destas interligações resulta a capacidade individual para o trabalho.

Freitas (2008) refere que a capacidade para o trabalho é influenciada por vários fatores, tais como a idade, a formação, a vida privada, o estado de saúde anterior e o atual, a motivação e o modo de vida e que a saúde do trabalho depende de um equilíbrio dinâmico ótimo entre a capacidade do ser humano e o conjunto de constrangimentos (de vida, ambientais e profissionais) aos quais ele se encontra submetido.

### **2.3 - Características do local onde os profissionais de saúde desempenham o trabalho**

Para contextualizar o problema de modo a melhorar a compreensão da especificidade do que é ser profissional de saúde iniciaremos por uma breve reflexão das circunstâncias especiais do trabalho que faz com que estes trabalhadores se tornem com características diferenciadas no mundo do trabalho.

Antes de abordar o assunto propriamente dito a que se refere este subcapítulo, faz-nos todo o sentido em primeiro lugar, tentar definir o que são profissionais de saúde.

Segundo a definição de sistema de saúde do relatório da OMS (2000), são considerados recursos humanos da saúde ou profissionais de saúde, todos os profissionais envolvidos em atividades cujo principal objetivo seja a promoção, proteção ou a melhoria da saúde das pessoas e das comunidades. Perante esta abordagem, o grupo de profissionais de saúde é muito extenso e não se limita apenas aos que prestam diretamente cuidados como os enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e técnicos. Existe também um grande número e variedade de profissionais de saúde, não clínicos, por vezes, não “visto”, que permanecem mais no anonimato ou na invisibilidade, de vasta importância que colaboram de forma indireta, mas imprescindível para que o atendimento aos clientes ocorra da melhor forma, podendo-se dizer que fazem mais um trabalho de bastidores.

Importa salientar que de acordo com o Balanço Social (BS) (2010) os médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde e técnicos de diagnóstico e terapêutica, dentro dos profissionais de saúde, são designados como os corpos especiais da saúde.

Os profissionais de saúde podem desenvolver as suas funções em diferentes tipos de instituição, mas o presente estudo irá decorrer num Centro Hospitalar situado na região Norte do País (São João) apresentando-se por isso em seguida algumas características que ajudam a compreender o meio onde se desenrola a atividade destes profissionais de acordo com a caracterização feita por Moreira Castro e Santos (2006, pág. 97).

Assim, os hospitais são organizações complexas que do ponto de vista da Saúde Ocupacional, apresentam características muito particulares que as distinguem de outros locais de trabalho, quer pela sua tipologia, quer pela sua funcionalidade.

As instituições de saúde são predominantemente empresas de grande dimensão (mais de 500 trabalhadores) que funcionam continuamente, durante 24 horas por dia, em regime de horário por turnos, com múltiplos ciclos de produção curtos e fortemente aleatórios, centrados na vertente de prestação de cuidados de saúde.

Para funcionarem precisam de diversas categorias de profissionais, clínicos e não clínicos, com formação especializada em diferentes domínios técnicos, que são também detentores de expectativas e necessidades pessoais, profissionais e de saúde próprias.

Apresentam sistemas organizacionais pensados fundamentalmente em função das necessidades dos utentes (doentes ou com preocupações de doença), de caráter responsivo e com uma variação na procura, muito difícil de prever.

São considerados “empresas abertas”, ou seja, os diferentes espaços das unidades de saúde são partilhados por todos, pelos profissionais, pelos utentes e familiares, implicando uma dificuldade acrescida na organização e planificação de tarefas.

Muitos dos serviços funcionam em espaços adaptados, onde os profissionais enfrentam diversas dificuldades face às atividades que

desenvolvem e aos equipamentos técnicos existentes. Mesmo em algumas unidades construídas de raiz, verificam-se da mesma forma erros de conceção que dificultam o desempenho dos profissionais. Acrescenta-se ainda ao problema, como regra quase geral, as pequenas dimensões das estruturas físicas face à procura de cuidados de saúde.

Possuem equipamentos altamente diferenciados e sofisticados em termos tecnológicos, que necessitam de hardware e software complexos, obrigando os profissionais a dominarem o funcionamento das novas tecnologias.

Para além dos riscos comuns à generalidade das empresas, as características da população utilizadora, a natureza das atividades desenvolvidas e as condições de trabalho existentes, implicam exposição a uma variedade e concentração de fatores de risco profissional de natureza química, física, biológica e psicossocial.

Existem riscos acrescidos quando comparados com outros setores de atividade, que se encontram fortemente associados às características próprias do funcionamento, da atividade intensiva e das condições de trabalho mais precárias que em outros setores, acrescentando aspetos psicossociais negativos do contato com a doença, a morte e o sofrimento humano. Esta última frase reflete o sofrimento a que estes profissionais estão sujeitos, estando muitas vezes em contacto com o lado mais triste da vida.

Silva e Marziale (2003) reforçam os pontos expostos atrás, referindo que o meio hospitalar traz consigo algumas especificidades, como o partilhar de atividades com diferentes profissionais, a centralidade do trabalho voltada para o relacionamento interpessoal entre os profissionais e os doentes, além de reunir diversas atividades programadas e normalizadas, realizadas sob a base da cooperação num cenário dinâmico e instável.

## 2.4- Consequência da atividade profissional

Em resultado da atividade laboral dos profissionais de saúde, não resultam meramente benefícios. O trabalho influencia a pessoa no seu todo, e a sua saúde pode ser afetada de forma negativa, ocorrendo por vezes acontecimentos que a põem em risco. Perante um estudo que envolve os profissionais com aptidão condicionada para o trabalho, não se pode deixar de abordar os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, uma vez que uma parte das não aptidões terá origem nos mesmos. Freitas (2008) refere que os acidentes de trabalho e as doenças profissionais estão associados a uma gestão deficiente.

Graça (1995) considera que a doença e os acidentes de trabalho não são uma fatalidade, sendo possível combatê-los e preveni-los e, perante tanta competitividade e qualidade, reforça que seria bom que as empresas refletissem seriamente nos custos diretos, indiretos e ocultos do absentismo, das suas causas e das suas consequências, e nas oportunidades perdidas por não terem iniciativas com vista a reduzir, controlar e prevenir a incapacidade para o trabalho.

De acordo com a declaração de Luxemburgo (1997) o local de trabalho influencia a saúde e a doença de várias formas. O trabalho pode provocar alterações da saúde quando os trabalhadores exercem atividades em condições lesivas para a saúde, se as capacidades individuais disponíveis são inadequadas, ou se o suporte mútuo dos colegas é insuficiente. Contudo, é realçado nesta declaração que o trabalho pode ser fonte de desenvolvimento pessoal e reforçar as competências e as capacidades individuais.

### 2.4.1-Riscos Profissionais

Para a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2014, p.15), “*risco profissional é a probabilidade de ocorrência de lesão ou efeito adverso na saúde do trabalhador e sua gravidade, resultante da exposição profissional*”.

O Ministério da Saúde (MS), Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT, IP) Departamento de Saúde Pública (2010),

refere que avaliação dos riscos profissionais constitui a base de uma gestão eficaz de segurança e de saúde, fundamental para reduzir os acidentes de trabalho e as doenças profissionais.

Segundo o mesmo departamento, o risco de um profissional de saúde contrair doenças relacionadas com o trabalho é cerca de 1,5 vezes maior do que o risco de todos os demais trabalhadores.

A ARSLVT (2010) refere que a gestão do risco profissional é um processo dinâmico que tem como base uma componente técnico-científica, com vista à eliminação ou controlo dos fatores de risco e consequentemente à prevenção de acidentes e doenças profissionais. Agrupa componentes políticas e económicas, planeamento, organização, monitorização das ações e das práticas, procedimentos e responsabilidade dos seus intervenientes. Este processo de gestão de risco profissional permite ao empregador tomar eficazmente as medidas necessárias para assegurar a saúde e segurança dos seus profissionais. Essas medidas incluem a informação e formação dos trabalhadores, a prevenção dos riscos profissionais, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e a organização do trabalho.

Por outro lado, a ARSLVT (2010) refere que, nos serviços de saúde, a segurança dos profissionais é uma responsabilidade conjunta, isto é, quer os profissionais quer a administração, têm responsabilidades quanto aos diversos aspetos relacionados com a saúde e a segurança no local de trabalho. Considera ainda que é necessário que cada profissional reconheça os riscos profissionais existentes num local onde prestam cuidados de saúde, e que colaborem para melhorias estruturais e organizacionais valorizando comportamentos seguros.

A ACT (2013), considera a contribuição dos trabalhadores acerca da identificação dos perigos associados ao local de trabalho, instalações e atividade, como sendo essencial, visto a perceção destes ser significativa face às principais questões que se colocam nos locais de trabalho, podendo estes, inclusivamente, sugerir formas de controlo dos riscos que sejam úteis e eficazes.

Para a Direção-Geral da Saúde (2014, orientação nº 008/2014), a proteção da saúde e o bem-estar dos trabalhadores e a prevenção dos riscos profissionais são direitos que devem ser salvaguardados pelas entidades patronais, mas também requisitos imprescindíveis à qualidade do trabalho prestado, e importantes condições para mais ganhos em saúde, uma vez que os trabalhadores da saúde, saudáveis e seguros, garantem o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde e a prestação dos cuidados de saúde a toda a população.

Desta forma a ARSLVT (2010) identifica 3 etapas na análise do risco, identificação do perigo ou fatores de risco, identificação dos trabalhadores expostos e estimativa do risco.

Classicamente e de acordo com MS (2010) e Moreira, Castro e Silva (2007), para os profissionais de saúde os fatores de risco são de natureza física, química, biológica e psicossocial.

Os fatores de risco biológico são aqueles onde se inclui os vírus, fungos e bactérias suscetíveis de causar doença, como os agentes infecciosos das hepatites B e C, do vírus da imunodeficiência adquirida e da tuberculose.

Os fatores de risco químico, onde se inclui os fatores de natureza química como por exemplo: formaldeído, citostático, produtos de higiene e limpeza, gases anestésicos entre outros.

Os fatores de risco físico, onde se inclui os fatores de natureza física: como por exemplo, radiações, ruído, vibrações, manuseamento de cargas e onde se podem incluir os fatores relacionados com a postura e a atividade física no local de trabalho.

Martinato et al (2010) referem que o trabalho dos profissionais de saúde exige um elevado dinamismo, grandes esforços físicos e psicológicos muitas vezes ultrapassando a capacidade e o limite dos trabalhadores.

Os fatores de risco psicossocial, onde se inclui todas as situações relacionadas com o stresse, podem envolver tanto características sociais e culturais, como psicológicas e outras inerentes ao trabalho. São, assim, resultantes da interação entre a pessoa, as condições de vida no trabalho e as condições de vida fora do trabalho, sendo capazes de influenciar a

saúde, segurança e bem-estar do profissional, com repercussões na produtividade do trabalho e na satisfação do trabalhador.

Franca e Rodrigues (2006) referem que os profissionais de saúde se debatem com muitos fatores relacionados com as especificidades do seu trabalho que interferem diretamente na sua saúde, tal como o trabalho por turnos, o trabalho noturno, o facto de lidarem diretamente com o sofrimento, a baixa remuneração, o ambiente doentio, a fragilidade dos vínculos, entre outros.

Uva e Serranheira (2013, p.70), referem que *“a certos profissionais... exige-se, quase sempre, um juízo infalível, uma decisão e um gesto oportuno, no momento exato como é o caso dos profissionais de saúde...”*. Estes mesmos autores salientam que a classificação dos fatores de risco pode ser diversificada tendo em conta os diferentes contextos de Saúde Ocupacional, de Medicina do Trabalho e Segurança do Trabalho. Na classificação apresentada, os fatores de risco físico incluem os de natureza ergonómica, onde são referenciadas as posturas, esforço físico, movimentação de cargas ou gestos repetitivos, enquanto fatores que contribuem para o aparecimento de lesões músculo-esqueléticas no local de trabalho.

Freitas (2008) refere-se aos fatores de risco como constrangimentos, considerando que os constrangimentos podem ser de natureza física ou de natureza psíquica e agir sobre a pessoa a nível interior e exterior, tendo a sua origem na exigência da situação ou nos fatores ambientais ou psicossociais.

Considera que os constrangimentos de natureza física compreendem os riscos relacionados com a atividade física desenvolvida pelo trabalhador, os esforços estáticos, ou dinâmicos desencadeadores de lesões ou de fadiga. Os de natureza mental, uma vez que os sentidos e o sistema nervoso central devem receber e tratar as informações, tomar decisões e dar respostas adaptadas e bem coordenadas, abrange os fatores que implicam sobrecarga mental, como trabalho por turnos, trabalho noturno, ritmos de trabalho e monotonia.

De acordo com Moreira, Castro e Silva (2007, p.108) também se deve ter em conta a

*“exposição profissional múltipla agregada ou cumulativa, que poderá conduzir à sinergia e à potenciação dos efeitos. Por exemplo, um profissional de saúde, pode estar exposto a um mesmo agente químico proveniente de diversas fontes (exposição agregada) e/ou pode estar exposto a diversos compostos químicos com semelhantes modos de ação (exposição cumulativa) ou ainda com efeitos tóxicos aditivos ou multiplicativos”.*

#### 2.4.2-Acidentes de trabalho

A EU-OSHA (2013), segundo dados do EUROSTAT (European Statistics) refere que na União Europeia, em 2007

*“5 580 acidentes no local de trabalho resultaram em mortes e 2,9% dos trabalhadores sofreram um acidente no trabalho que resultou em mais de três dias de ausência. Além disso, cerca de 23 milhões de pessoas tiveram um problema de saúde originado ou agravado pelo trabalho ao longo de um período de 12 meses”.*

A ocorrência de acidentes de trabalho segundo a ACT (2013) representa um custo que não é fácil de calcular, mas sabe-se que é significativo. Os principais impactos dos acidentes laborais recaem sobre os trabalhadores, ao nível da dimensão das consequências sobre a sua saúde, temporárias ou permanentes e sobre as empresas, ao nível dos dias de ausência gerado e do decréscimo da capacidade produtiva, entre outros. Depois do acidente, pode surgir a necessidade de reabilitação e reintegração profissional do trabalhador acidentado.

No artigo 8.º da lei nº 98/2009 (p.5894) é considerado acidente de trabalho, *“aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte”.* O artigo 9.º da mesma lei refere que o conceito de acidente de trabalho se estende para outras situações.

**Tabela nº 2 - Extensão do conceito de acidente de trabalho**

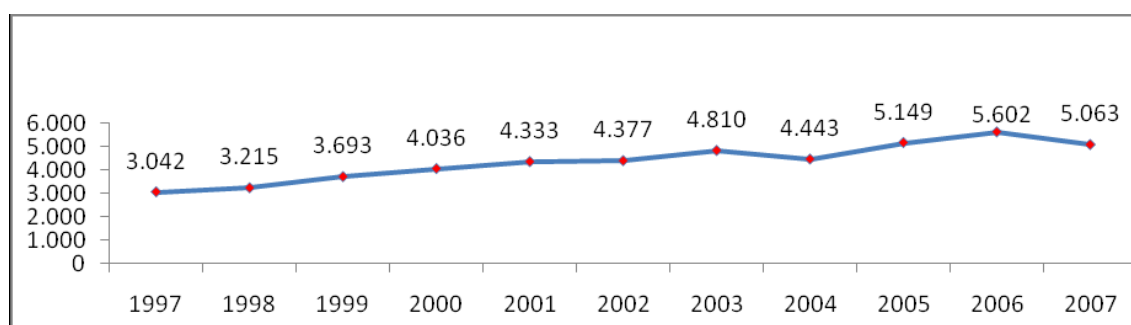
<b>Outras situações onde se aplica o conceito de acidente de trabalho</b>
No trajeto de ida para o local de trabalho ou de regresso deste, nos termos referidos no número seguinte
Na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para o empregador
No local de trabalho e fora deste, quando no exercício do direito de reunião ou de atividade de representante dos trabalhadores, nos termos previstos no Código do Trabalho
No local de trabalho, quando em frequência de curso de formação profissional ou, fora do local de trabalho, quando exista autorização expressa do empregador para tal frequência
No local de pagamento da retribuição, enquanto o trabalhador aí permanecer para tal efeito;
No local onde o trabalhador deva receber qualquer forma de assistência ou tratamento em virtude de anterior acidente e enquanto aí permanecer para esse efeito
Em atividade de procura de emprego durante o crédito de horas para tal concedido por lei aos trabalhadores com processo de cessação do contrato de trabalho em curso;
Fora do local ou tempo de trabalho, quando verificado na execução de serviços determinados pelo empregador ou por ele consentidos

Fonte: artigo 8.º da lei nº 98/2009 (p. 5895)

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) em 2009 publicou um estudo estatístico de acidentes de trabalho - “Acidentes de trabalho 2007”, com o objetivo de traduzir quantitativamente os acidentes de trabalho ocorridos nos serviços e organismos do Ministério da Saúde, entre

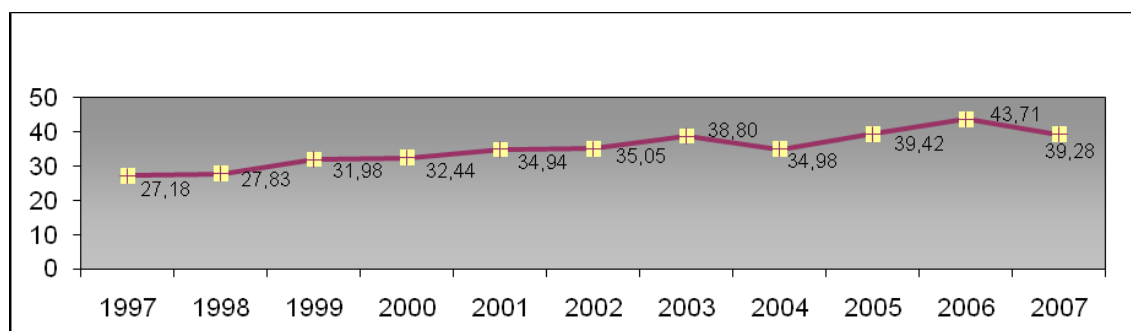
os anos 1997-2007, com especial incidência para 2007. Neste estudo, os acidentes de trabalho foram analisados numa perspetiva evolutiva das características pessoais do acidentado, do seu trabalho, das variáveis temporais relacionadas com o acidente, as lesões provocadas pelo mesmo e o número de dias perdidos com os acidentes de trabalho, tal como as incapacidades que provocaram.

**Gráfico nº 1 - Evolução dos acidentes de trabalho no Ministério da Saúde**



Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde, IP, Acidentes de Trabalho no Ministério da Saúde 2007 (junho, 2009)

**Gráfico nº 2- Taxa de incidência dos acidentes de trabalho no Ministério da Saúde**



Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde, IP, Acidentes de Trabalho no Ministério da Saúde 2007 (junho, 2009)

O ano 2007 totalizou 5 063 acidentes de trabalho e em cada 1000 efetivos houve cerca de 39 acidentes.

O tipo de instituição onde se verificou o maior número de acidentes foi nos hospitais com 4 593 (90,7%). Nos hospitais os locais onde se verificaram

a maioria dos acidentes, foi nos serviços de internamento, seguidamente os blocos operatórios e a ocupar o terceiro lugar os serviços de urgência.

O grupo profissional onde ocorreram mais acidentes em 2007 foi o dos enfermeiros, com 1991 acidentes (39,3%), e dos serviços gerais, com 1541 acidentes (30,4%). Os médicos ocuparam a terceira posição, com 571 acidentes de trabalho (11,3%). Verificou-se um número maior de acidentes no pessoal com horário de trabalho por turnos (2729; 53,9%), relativamente aos profissionais com modalidade de horário rígido, registando-se nestes 1389 acidentes.

Quanto ao grupo etário, em 2007 os profissionais com idades entre os 25 e os 29 anos são os mais acidentados (880 casos), nas idades compreendidas entre os 30-34 anos, foram registados igualmente, um número elevado de acidentes (692). Os profissionais com mais de 60 anos são os menos acidentados (152). Constata-se a ocorrência de uma maior percentagem de acidentes no sexo feminino (80%).

Relativamente ao dia da semana, a segunda-feira foi o dia com maior sinistralidade laboral, seguindo-se a quinta-feira. Os dois dias do fim de semana são os dias que têm valores mais reduzidos.

O horário onde se registou um maior número de acidentes foi entre as 8-12 horas, seguindo-se o período das 12-16 horas e o período com menor sinistralidade é o das 4 às 8 horas.

A “picada da agulha”, à semelhança dos anos anteriores, continua em 2007 a assumir um lugar de destaque com a ação que mais acidentes de trabalho provocaram, 1632 (32,2%). A “queda do trabalhador” é a segunda causa de acidentes de trabalho com 1016 casos (20,1%).

Na sua maioria (3718), os acidentes de trabalho causaram menos de 1 dia de ausência ao trabalho. As ausências entre 1 a 8 dias registaram-se em 458 casos, e os períodos de ausência superiores a 90 dias, em 122 casos. No ano em estudo, os dias perdidos por acidente e por recidivas perfizeram um total de 52 702 dias de ausências dos funcionários por motivo de acidentes de trabalho. A maioria dos acidentes de trabalho não provocou qualquer tipo de incapacidade (3259), no entanto, houve um número relativamente elevado de incapacidade temporária (1581 dos casos). Quanto à

incapacidade permanente, o ano em análise (2007) apresenta a taxa de crescimento médio anual mais elevada (7,55%).

### 2.4.3- Doenças Profissionais

Tal como os acidentes de trabalho (AT), também as doenças profissionais (DP) representam um custo que, embora seja difícil de calcular é, regra geral, significativo. Os principais impactos recaem sobre os trabalhadores, ao nível da dimensão das consequências sobre a sua saúde, temporárias ou permanentes e sobre as empresas, ao nível do absentismo gerado e do decréscimo da capacidade produtiva, entre outros.

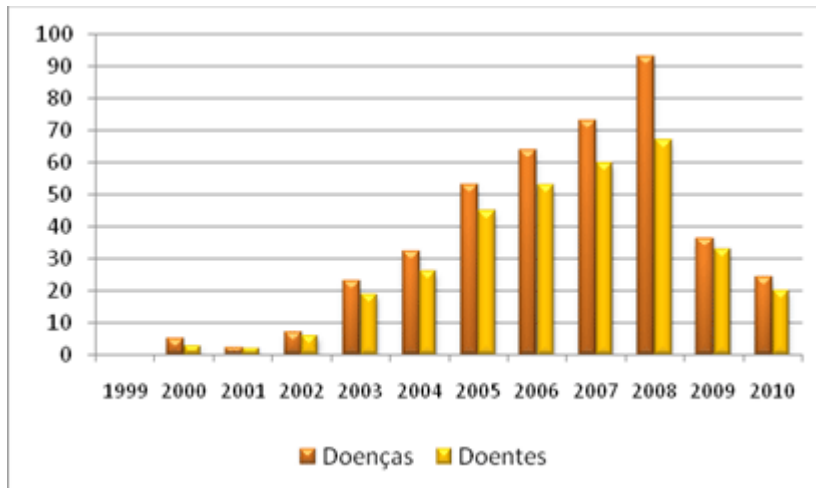
De acordo com a ARSLVT (2013, p.16) é entendido por doença profissional *“toda aquela que é produzida em consequência do trabalho, com evolução lenta e progressiva, que ocasione ao trabalhador uma incapacidade para o exercício da sua profissão ou a morte”*.

De acordo com a lei nº7/2009, as doenças profissionais distinguem-se das outras pelo facto de terem a sua causa em fatores de risco existentes no local de trabalho. Existe assim, uma lista onde constam as doenças profissionais publicadas em Diário da República, no entanto, a lei considera que a lesão corporal, a perturbação ou a doença não incluídas na lista, são também consideradas doenças profissionais, desde que seja provado serem consequência direta da atividade exercida e não representem um desgaste normal do organismo.

A primeira doença profissional definida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) foi o carbúnculo, em 1919, ano em que foi fundado este organismo.

Segundo a ARSLVT (2013, p. 6) nos anos compreendidos *“entre 1979 e 2010 foram confirmadas 427 doenças em profissionais da área da saúde, correspondendo a 346 doentes”*. De seguida, o gráfico demonstra-nos a distribuição dos casos de doenças e doentes profissionais, em serviços de saúde entre 1999 e 2010 e Portugal.

**Gráfico nº3** - Distribuição dos casos de doenças e doentes profissionais em serviços de saúde entre 1999 e 2010.



Fonte: Instituto de Informática, IP- Rui Sousa, 2011 (citado por ARSLVT, 2013, p.7)

Segundo a ARSLVT (2013), as DP constituem apenas um dos aspetos das consequências negativas das más condições de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores. Considera ainda que a subvalorização deste grupo nosológico tem sido frequente, em particular a subnotificação, podendo refletir uma ausência ou uma menor informação relativa à gestão deste problema, por parte dos serviços de saúde. Esta situação acarreta muitas desvantagens, não só no que respeita ao conhecimento da realidade, como também no acionamento dos mecanismos de certificação das doenças profissionais, na resposta atempada ao direito de reparação e na definição de medidas preventivas. A realidade da subnotificação não é apenas uma realidade em Portugal, mas comum em vários países, nomeadamente a nível europeu, pois foram muitos os artigos encontrados em que esta situação é mencionada.

No ano 2000, foi lançado o projeto-piloto EODS (European Occupational Diseases Statistics), o sistema estatístico da União Europeia, no âmbito do Eurostat, que tem como objetivo principal, conhecer as estatísticas de doenças profissionais ao nível dos estados-membros, mas os resultados até agora foram fracassados, pelo motivo atrás referido. Contudo, as estatísticas das doenças profissionais em Portugal estão numa situação muito pior que as dos acidentes de trabalho (ARSLVT, 2013).

A definição de DP baseia-se em dois elementos essenciais, isto é, na relação entre a exposição a fatores de risco num determinado ambiente de trabalho ou atividade e a eclosão de uma dada doença e a sua incidência entre a população trabalhadora seja superior à morbilidade média na população em geral (ARSLV, 2013).

Embora exista uma relação direta e determinante entre fatores de risco e as doenças profissionais, esta relação é de difícil aplicação, pela multiplicidade de fatores causais e pelo período de latência que decorre entre a exposição ao risco no local de trabalho e o aparecimento dos sintomas iniciais da doença (exemplo: o cancro profissional), situação ainda agravada pela inexistência ou dificuldade da realização da análise de risco profissional.

Dentro das doenças profissionais distinguem-se dois tipos de situações, ou seja, DP específicas ou exclusivas e DP inespecíficas ou não exclusivas, tal como existem outras doenças que, não sendo profissionais se podem classificar em doenças relacionadas com o trabalho e doenças agravadas pelo trabalho. A tabela a seguir explicará de forma mais clara a distinção entre todas elas.

**Tabela nº3 -Doenças profissionais e não profissionais**

<p><b>Doenças Profissionais</b></p>	<p><b>DP específicas ou exclusivas</b>, são aquelas que com exclusão de alguma situação, absolutamente excepcional, apenas podem ocorrer como consequência de determinadas atividades profissionais (exemplo: silicose).</p> <p><b>Doenças inespecíficas ou não exclusivas</b>, isto é, aquelas que podem ocorrer em consequência da atividade profissional, mas também em função de outras situações que não estão relacionadas com o trabalho, como por exemplo hepatite B, que nos trabalhadores da saúde é uma doença profissional, mas que também surge em muitos outros contextos que nada têm a ver com as atividades profissionais.</p>
<p><b>Outras doenças não profissionais</b></p>	<p><b>Doenças relacionadas com o trabalho</b> são doenças multifatoriais para cuja etiologia contribuem fatores de natureza profissional, individual e/ou extraprofissional e na qual o trabalho não desempenha um papel decisivo, mas contribui com um ou mais dos fatores diretamente relacionados. São difíceis de caracterizar pelo método epidemiológico e atualmente representam um problema de grande dimensão em saúde ocupacional. São muito frequentes em estabelecimentos de saúde.</p>

	<p>Enquadram-se neste âmbito, entre outras: as lombalgias; alterações físicas e psíquicas devidas ao trabalho por turnos; stresse ocupacional; doenças cardiovasculares.</p>
	<p><b>Nas doenças agravadas pelo trabalho,</b> não existe influência do trabalho na etiologia das doenças, mas sim na sua evolução ou no seu desfecho. Assim, um trabalhador que desde jovem sofra de asma ou de qualquer outra patologia respiratória, pode ter complicações ou agravamento se exercer a sua atividade em meio laboral onde existam poeiras em suspensão no ar (caso de broncopneumonias provocadas por poeiras ou aerossóis com ação imunológica e ou irritante).</p>

Fonte: ARSLVT (2013, p.16)

Qualquer médico, no exercício da sua profissão, além do médico do trabalho, seja médico de família, médico assistente ou qualquer outro, se suspeitar de uma relação entre a situação de trabalho e uma determinada doença, tem a obrigação legal de fazer a participação de doença profissional. (ARSLVT, IP, 2013).



### **3 - A organização envolvida na Prevenção**

De acordo com Freitas (2008) é crucial desenvolver um sistema integrado de prevenção assente num conjunto de processos e de atividades que em interação, devem assegurar o bem-estar e a saúde dos trabalhadores, num quadro de gestão que vá muito para além da mera aplicação de normas, regulamentos e procedimentos legais, na procura da excelência, visando a obtenção de resultados concretos.

Segundo a Declaração de Lisboa (2001), uma liderança exemplar deve integrar a saúde na prática da gestão diária através de um envolvimento de todos os trabalhadores nos processos de planeamento e de tomada de decisão da empresa, na manutenção de uma boa atmosfera de trabalho, no reconhecimento e prémio de boas práticas de execução e na monitorização de melhorias, em especial as relacionadas com a organização do trabalho. Uma gestão eficiente implica o aproveitamento ótimo dos recursos disponíveis e um local de trabalho seguro, que proteja a saúde dos trabalhadores, melhore a sua motivação, promova a qualidade e contribua, conseqüentemente, para aumentar o rendimento da empresa.

#### **3.1 Competências do enfermeiro gestor na promoção da saúde ocupacional**

Segundo o Regulamento Profissional dos Enfermeiros (REPE) o exercício de funções de gestão por enfermeiros é de extrema importância para assegurar a qualidade do exercício destes profissionais precisando ser reconhecido numa perspetiva integradora do modelo de desenvolvimento profissional, reconhecido a 12 de dezembro de 2014.

Deste modo, nos termos da alínea d) do artigo 30º, da alínea o) do nº 1 do artigo 20º e da alínea i) do artigo 12º, todos, do Estatuto da Ordem dos

Enfermeiros, aprovado pelo Decreto de Lei nº 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado em Anexo à Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro, o Conselho Diretivo, sob proposta do Conselho de Enfermagem, ouvidos os Conselhos de Enfermagem Regionais e após parecer do Conselho Jurisdicional aprovou o regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor.

Neste regulamento, o artigo 3º, faz referência a alguns conceitos que são de elevada importância para se perceber o papel do enfermeiro gestor. Assim enfermeiro gestor é definido no REPE, como sendo o

*“enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo”.*

Ainda na parte de definição de conceitos deste documento (o REPE), menciona que o enfermeiro gestor é *“o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional da sua equipa), da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão”*. Consideram ainda que é da sua responsabilidade a gestão das pessoas, a segurança dos cuidados, a adequação dos recursos, a formação, o risco clínico, a mudança, as relações profissionais, os conflitos, entre outros.

O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE, 2000, p.1) refere que a *“liderança em enfermagem inclui a direção e a orientação de outros, bem como a criação de um ambiente e de condições para o desenvolvimento contínuo e a qualidade dos cuidados”*.

No artigo 4º, refere ainda que o enfermeiro gestor tem domínio de competência acrescida na gestão e na assessoria de gestão. Definindo neste documento que as competências acrescidas são

*“as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de enfermagem e disciplinas relacionadas”.*

Deste modo, o artigo 5º descreve que, no domínio da gestão, as suas competências incluem: a garantia de uma prática profissional e ética na equipa que lidera, garantia de implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, a gerência do serviço e da equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde, a garantia do desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera e garantia da prática profissional baseada na evidência.

Quanto às competências no domínio da assessoria o artigo 6º descrito no REPE refere que o enfermeiro gestor desempenha um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde e no desenvolvimento do planeamento estratégico.

No mesmo regulamento, as competências quer no domínio da gestão quer no domínio da assessoria, são apresentadas com descritivo, unidades de competências e critérios de avaliação, mas apenas vão ser apresentadas as competências que estão mais diretamente relacionadas com o tema do trabalho que está a ser investigado.

Assim, é da competência do enfermeiro gestor a garantia das melhores práticas profissionais, em que promova a utilização das normas de boas práticas e garanta a atualização das normas de boas práticas.

É também da sua competência a gestão do risco clínico e não clínico, onde deve: promover ambientes seguros, identificando e gerindo riscos, promover ambientes seguros introduzindo medidas corretivas, participar na elaboração de planos de gestão de risco clínico, participar na implementação de planos de gestão de risco, coordenar grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico, participar em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico, promover a gestão de situações imprevistas e/ou problemáticas na gestão de cuidados, gerir situações imprevistas e ou problemáticas na gestão dos recursos humanos, gerir situações imprevistas e/ou problemáticas em diversos domínios na gestão dos materiais, promover a cultura de segurança da equipa e monitorizar indicadores.

## 4 - Conceito de absentismo

O absentismo é uma temática que preocupa gestores e financeiros pois a sua etiologia é deversificada e muitas vezes resultante de um direito, nesse sentido aprofundar o conceito ajuda a compreender os limites do problema, e especificamente neste estudo.

O absentismo, segundo Carvalho (2014, p.193) “*é uma expressão com origem na língua francesa, absentéime, e caracteriza a ausência do funcionário ao trabalho*”.

De acordo com Chiavenato (1994), o absentismo é uma expressão utilizada para definir a falta do empregado ao trabalho, ou seja, a soma dos períodos em que os empregados de uma determinada organização se encontram ausentes do trabalho, não sendo a ausência motivada por desemprego, doença prolongada ou uma licença legal.

O MS (2013) refere que o absentismo se define pelo somatório dos dias de ausência de todos os efetivos (com a exceção das prestações de serviços), excluindo-se as faltas por conta do período de férias. Refere que estão incluídas no absentismo, as comissões gratuitas de serviço, ações de formação, atividade sindical, falta para prestação de provas de concurso público, doações de sangue, autarcas a tempo parcial, consultas médicas, entre outras situações.

Para Couto (1987), o absentismo é decorrente de um ou mais fatores causais, tal como, fatores de trabalho, sociais, fatores culturais, de personalidade e de doença. Este autor refere que não parece existir uma relação precisa de causa efeito, mas sim um conjunto de variáveis que podem levar ao absentismo.

De acordo com Laus e Anselmi (2008) o absentismo é uma expressão utilizada para designar a falta do empregado ao trabalho. Essa ausência pode ser explicada por vários motivos, como a doença e o acidente de trabalho, devido a possíveis condições inseguras e inadequadas no trabalho e/ou fatores stressantes que provocam desequilíbrio psicológico e físico.

Referem que taxas de absentismo elevadas provocam desequilíbrios no quantitativo do pessoal, uma vez que podem aumentar a carga de trabalho, criando desgaste nos trabalhadores que estão em atividade e consequentemente aumentar o número de ausências, com prejuízo para os clientes.

Franco et al (2011) referindo-se à categoria de enfermagem, mencionam que a falta de um elemento na equipa é extremamente penosa, porque acaba por exigir um ritmo mais acelerado e com maior volume de trabalho no processo de cuidar ao cliente para os trabalhadores presentes.

Segundo (Couto, 1997; Chiavenato, 1994) as causas de absentismo nem sempre estão no trabalhador, mas na empresa, enquanto organização e supervisão deficientes, através da repetitividade de tarefas, da desmotivação, das condições desfavoráveis ao ambiente de trabalho, da precária integração entre os empregados e a organização e dos impactos psicológicos de uma direção deficiente, que não privilegia uma política baseada na prevenção e no humanismo. Concordando com esta ideia, Bulhões (1998) refere que o absentismo pode refletir tanto as condições de saúde do trabalhador, como as condições de vida e do trabalho.

De acordo com Carvalho (2014) o absentismo constitui um problema grave para as organizações, por gerar atrasos das tarefas, desorganização do trabalho, sobrecarga, insatisfação dos trabalhadores que estão presentes, afetando a produtividade e diminuindo a qualidade dos serviços prestados. Refere ainda que tanto são afetados os interesses da instituição, como, os direitos dos trabalhadores, comprometendo a relação de trabalho entre ambos.

Este mesmo autor aborda o fenómeno do presenteísmo, que começou a ser estudado em França nos anos 50, mas apenas recentemente voltou a ser abordado. Presenteísmo significa que o funcionário, apesar de estar fisicamente no local de trabalho, não está a rentabilizar como deveria. A pessoa presenteísta está sempre presente, contudo doente, apresenta queda na produtividade e traz prejuízo para as organizações. Uma consequência do presenteísmo poderá ser o absentismo.

No nosso trabalho quando formos abordar o absentismo, vamos analisá-lo numa perspetiva menos abrangente, ou seja, vamos ter em conta apenas as ausências ao trabalho motivadas pela doença do trabalhador.

Segundo Graça (1999) o absentismo enquanto comportamento individual e imprevisível de ausência ao trabalho não pode ser tomado isoladamente, uma vez que varia em função de fatores, contextuais, organizacionais e individuais. Os fatores contextuais incluem a legislação laboral, o sistema de proteção social, o mercado de emprego, conjuntura económica, a região, etc. Os fatores organizacionais englobam a dimensão da empresa, o setor de atividade, as condições de trabalho, o modo de remuneração, o clima organizacional, etc. Nos fatores individuais podem-se incluir a idade, o sexo, a qualificação, a satisfação profissional, suporte social, a família, o estado de saúde, etc.

Em síntese diríamos que o problema em estudo chama para a discussão aspectos específicos que interessam ao gestor intermédio de uma organização de saúde, e toma especificidades que acrescentam conhecimento para a intervenção nos serviços de saúde ocupacional. Torna-se evidente da pesquisa realizada a contextualização legal do problema em estudo e ficaram abertas ideias para uma melhor organização das intervenções nesta área.



## CAPÍTULO 2 - DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA

Para Fortin, Côté e Filion (2009), a fase metodológica refere-se à definição dos meios para realizar a investigação, sendo também determinada a forma de proceder para se obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses.

Para realizar este trabalho de investigação, o método que melhor se aplica, é o método quantitativo, descritivo e transversal.

De acordo com Fortin, Côté e Filion (2009, p.20) a “*metodologia quantitativa ou objetivista interessa-se pelas causas objetivas dos fenómenos e faz abstração da situação própria de cada indivíduo; apela à dedução às regras da lógica e da medida*”.

Segundo estes autores, a investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação. Este tipo de estudo é utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto, que consideramos ser o caso do nosso tema em estudo.

O fator tempo é um aspeto a ter em conta na investigação, desta maneira, podemos ter dois tipos de desenho, ou seja, o transversal e o longitudinal. Portanto, o nosso estudo é transversal, uma vez que a informação necessária foi recolhida de uma só vez, ou seja, foi realizado apenas num determinado momento, e não houve seguimento posterior pelo investigador, sendo as variáveis ou os dados colhidos numa mesma altura.

Num estudo longitudinal o investigador recolhe dados de forma periódica junto do mesmo grupo. Fortin, Côté e Filion (2009, p.252) referem que “*o estudo longitudinal começa no presente e termina no futuro*”.

Chiaveneto (2009) refere que durante a Era Industrial, o sucesso das organizações era fundamentalmente baseado nos recursos físicos, mas com a evolução dos tempos a Era Industrial deu lugar à Era do Conhecimento, passando a ser a base da excelência organizacional, a pessoa, ou seja, o elemento humano. Por se ter consciência do valor da pessoa dentro da organização, tornou-se pertinente para este estudo, sendo o Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, dar-se importância ao que de melhor existe numa instituição, os recursos humanos.

De acordo com isto, Chiaveneto (2009, p.1), pergunta e responde às seguintes questões:

*“A tecnologia ajuda, os recursos financeiros e materiais contam, mas quem toma decisões? Quem avalia as situações, quem pensa, interpreta, raciocina e age dentro das organizações? Quem visualiza o mercado, atende o cliente e avalia as suas expectativas? Quem introduz inteligência, imaginação, criatividade e inovação? São as pessoas, isto sim, que pensam, interpretam, avaliam, raciocinam, decidem e agem dentro das organizações.”*

Por tudo isto, faz-nos sentido estudar os profissionais de saúde e a sua condição de saúde, mais propriamente a sua aptidão ou capacidade para o trabalho.

É importante os profissionais de saúde gozarem de plena saúde, por inúmeras razões, pois a doença nos profissionais de saúde não é um problema assim tão linear, porque além de provocar constrangimentos de várias ordens na instituição onde trabalham, mexe com toda a sociedade, pois esta necessita dos cuidados destes profissionais e inevitavelmente irá também causar danos na economia do país.

Fortin, Côté e Filion (2009), referem que o desenho é um plano lógico traçado pelo investigador, de forma a atingir os objetivos, que é fundamentalmente encontrar respostas às questões de investigação colocadas ou verificação das hipóteses. Segundo os mesmos autores o desenho pode variar segundo o objetivo, as questões de investigação ou as hipóteses.

## 1- Finalidade e Objetivos

Este estudo foi realizado como intuito de analisar a prevalência e determinantes da aptidão condicionada no trabalho em profissionais de saúde, relacionando com a ausência ao trabalho por incapacidade.

Esperamos deste modo contribuir para a promoção da saúde no local de trabalho, não só aos profissionais com a aptidão condicionada, bem como aos restantes profissionais de saúde.

Para Fortin, Côté e Filion (2009), num trabalho investigação o objetivo vem em primeiro lugar, uma vez que este pertence a uma ordem mais geral, sendo que a partir deste surgem as questões que irão ser colocadas, tal como as hipóteses. Assim e de acordo com os mesmos autores, uma vez formulado o problema, trata-se de definir de forma clara os objetivos da investigação.

Para garantir a organização da pesquisa delineamos os seguintes objetivos:

- Identificar a proporção de profissionais com aptidão condicionada no trabalho no Centro Hospitalar São João;
- Identificar os principais determinantes de aptidão condicionada;
- Identificar o tipo de restrição sentida/limitação;
- Identificar o diagnóstico que motiva a aptidão condicionada;
- Calcular a incidência de episódios de incapacidade temporária para o trabalho nos profissionais de saúde com aptidão condicionada e compará-la com a dos restantes profissionais.



## 2- Questão de Investigação

Face à escassez de estudos na área faz-nos sentido iniciar por uma questão de partida, *“as questões de investigação estão mais ligadas a um estado do conhecimento menos avançado; também o seu emprego está reservado aos estudos descritivos e descritivos - correlacionais”*. (fortin, Cotê, Filion, 2009, p.164).

A grande preocupação que nos aproximou do problema da gestão de recursos humanos teve a ver com as questões das condições de saúde dos trabalhadores e a compreensão de como estes são tratadas em articulação com os serviços de saúde ocupacional e o departamento de gestão de recursos humanos, a fim de compreender o que se pode fazer quando nos centramos na gestão operacional de recursos humanos nos serviços, assim questionámo-nos:

Será que os trabalhadores com aptidão condicionada têm maior taxa de ausência ao trabalho por doença que os trabalhadores aptos?

Para orientação do estudo formulamos as seguintes questões:

- Qual a categoria profissional dentro dos profissionais de saúde com maior número de trabalhadores com aptidão condicionada?
- Será que os profissionais com aptidão condicionada apresentam maior taxa de ausência por incapacidade temporária para o trabalho que os restantes profissionais, que não apresentam esta condição?
- Qual o sexo que apresenta maior taxa de com aptidão condicionada?
- Qual o principal motivo causador de aptidão condicionada?



### **3- Contextualização do Estudo**

Tal como já foi referido no início, este trabalho de investigação foi desenvolvido no Centro Hospitalar São João, no Serviço de Saúde Ocupacional. O desenvolvimento do estudo neste hospital foi de extrema conveniência, por ser o local onde o investigador desempenha as suas funções. Tornou-se mais fácil a integração na equipa do serviço onde iria desenvolver o trabalho, por o investigador logo à partida ser alguém que já conheciam. Evitou deslocações desnecessárias e propositadas, proporcionando menor gasto de tempo em deslocações e menor gasto monetário ao investigador.

#### **3.1 - População e amostra**

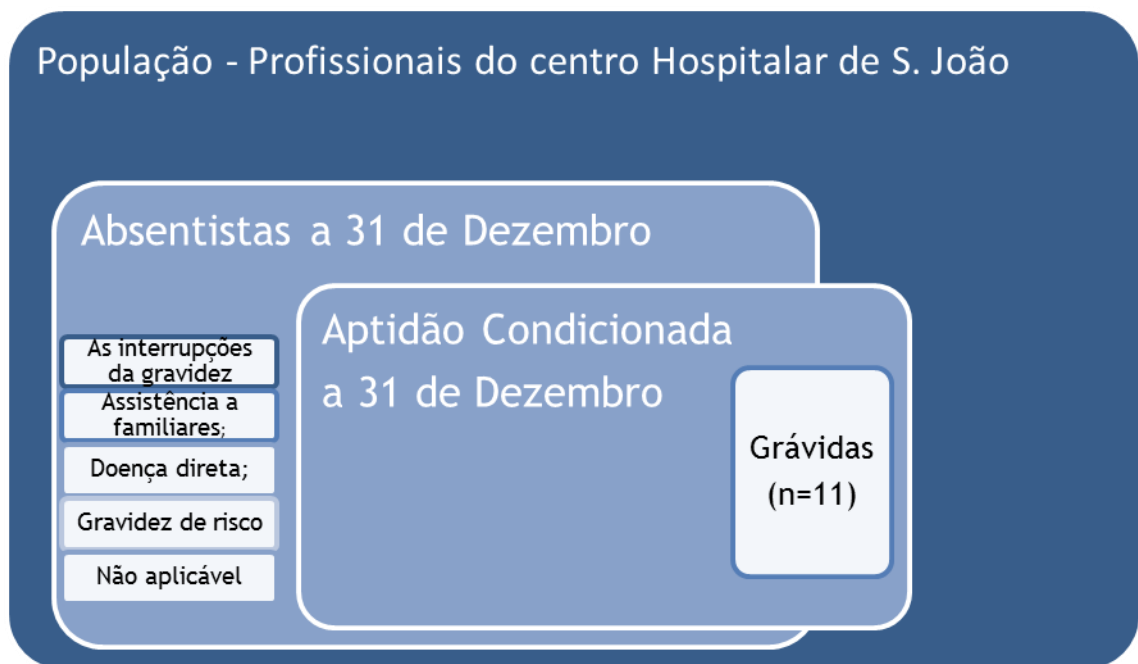
Fortin, Côté e Filion (2009, pág.55), fazem distinção de população alvo e população acessível, sendo a população alvo a população que o investigador quer estudar e sobre a qual quer fazer generalizações, a população acessível é a parte da população alvo que está ao alcance do investigador. Mencionam que pode ser limitada a uma região, a uma cidade, a um estabelecimento, etc., no estudo em questão está limitada a um centro hospitalar.

Neste estudo a população são os trabalhadores do Centro Hospitalar de S. João, vindo depois a ser retirada uma amostra intencional, sendo constituída por todos os profissionais de saúde que apresentavam absentismo e aptidão condicionada do Centro Hospitalar São João até 31 de dezembro de 2014, considerando-se como critério de exclusão:

- os que passaram a apresentar a condição de aptidão condicionada após 31 de dezembro de 2014;
- As grávidas com aptidão condicionada;
- As interrupções da gravidez (Artigo 38 do código do trabalho);

- Assistência a familiares;
- Doença direta;
- Gravidez de risco;
- Não aplicável.

Figura nº 2 - Representação da amostra



Segundo Kerlinger e Lee (1999) citados por Fortin, Côté e Filion (2009, pág 55) a população é um conjunto de indivíduos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão e de exclusão.

## 4 - Variáveis e a sua operacionalização

Fortin, Côté e Fillion (2009) referem que as variáveis devem ser definidas não apenas de forma concetual, mas igualmente de forma operacional, com o objetivo de permitir a sua medida. Assim os conceitos utilizados, assumem o nome de variáveis, e são-lhes atribuídos valores numéricos. Fortin, Côté e Fillion (2009, p.171) definem uma variável independente como sendo “... um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável.” Acrescentam ainda que a variável independente é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente. Assim pode concluir-se que a variável dependente é a que vai sofrer o efeito da variável independente. A variável dependente muitas vezes é chamada de variável critério ou variável explicada, enquanto a variável independente pode ser chamada de variável experimental.

Assim seguidamente passar-se-á à operacionalização das variáveis em estudo, sendo elas: tipo de aptidão, tipo de exame, sexo, habilitações literárias, grupo profissional, grupo etário, antiguidade, vínculo, departamento, horário, tipo de restrição sentida, e certificado de incapacidade para o trabalho.

**Tabela nº4 - Operacionalização da variável tipo de aptidão**

<b>Componente</b>	<b>Código</b>
Apto	1
Apto condicionalmente	2
Inapto temporariamente	3
Inapto definitivamente	4

Aptidão, como foi visto anteriormente significa que o profissional de saúde reúne, as condições físicas, fisiológicas e psicológicas para desempenhar as suas funções no seu posto de trabalho e das tarefas que dele fazem parte.

**Tabela nº5 - Operacionalização da variável tipo de exame**

<b>Componente</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Código</b>
Admissão	Admissão	1
Periódico	Periódico	2
	Ocasional	3
Ocasional	Após doença	4
	Após acidente	5
	A pedido do trabalhador	6
	A pedido do serviço	7
	Por mudança de função	8

A variável tipo de exame é o nome dado à consulta a que trabalhador vai. Assim o tipo de exame pode ser de admissão, periódico e ocasional, dentro deste último poderá ser, após doença, após acidente, a pedido do trabalhador, a pedido do serviço e por mudança de função. Esta denominação (Tipo de Exame) é a utilizada na ficha de aptidão do trabalhador.

**Tabela nº6 - Operacionalização da variável Sexo**

<b>Componente</b>	<b>Código</b>
Masculino	1
Feminino	2

A variável sexo é estudada porque há determinantes específicos de saúde que estão ligados à natureza de ser homem ou mulher.

**Tabela 7- Operacionalização da variável Habilitações literárias**

<b>Componente</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Código</b>
Até ao 3º Ciclo	< 4 Anos Escolaridade	1
	4 Anos Escolaridade	
	6 Anos Escolaridade	
	7 Anos de Escolaridade	
	8 Anos de Escolaridade	
	9 Anos Escolaridade	
Ensino Secundário	10 Anos de Escolaridade	2
	11 Anos Escolaridade	
	12 Anos Escolaridade	
	Curso Médio	
	Curso Técnico	
	Profissional	
Ensino Superior	Bacharelato	3
	Licenciatura	
	Doutoramento	

A variável habilitações literárias representam as competências que os trabalhadores adquiriram através do sistema educativo.

**Tabela nº 8 - Operacionalização da variável Grupo Profissional**

<b>Componentes</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Código</b>
Assistente Operacional	Assistente Operacional	1
Enfermagem	Pessoal de Enfermagem	2
Técnico	Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	3
	Pessoal Técnico Superior de Saúde	
Administrativo	Assistente Técnico	4
	Pessoal de Informática	
	Técnico Superior	
Médico	Pessoal em formação pré-carreira	5
	Pessoal Médico	
Outros	Conselhos de Administração	6
	Administração Hospitalar	
	Pessoal Dirigente	
	Pessoal Docente	
	Sem carreira definida na Administração Pública	
	Outro Pessoal	

A Variável grupo profissional representa todas as profissões existentes no hospital.

**Tabela nº9 - Operacionalização da variável grupo etário**

Componente	Dimensão	Código
Grupo etário	<= 40 anos	1
	41-50 anos	2
	>50 anos	3

A variável grupo etário teve origem na variável contínua idade, tendo sido agrupada de acordo com a tabela. A idade dos trabalhadores foi calculada subtraindo a data de nascimento à data de realização da consulta de Saúde Ocupacional que deu origem à não aptidão; nos casos em que a data de realização do exame era desconhecida, assumiu-se a data de 30 de junho 2014.

**Tabela nº10 - Operacionalização da variável Antiguidade**

Componente	Dimensão	Código
<=5 anos	Antiguidade	1
6-10 anos		2
11-20 anos		3
> 20 anos		4

A variável antiguidade no estudo significa o tempo durante o qual o profissional de saúde vem exercendo a sua função no hospital em análise. A antiguidade dos trabalhadores foi calculada subtraindo a data de início de funções na instituição à data de realização de consulta de saúde ocupacional, que deu origem à não aptidão. Nos casos em que a data da realização da consulta era desconhecida, assumiu-se a data de 30 de junho de 2014.

**Tabela nº11 - Operacionalização da variável Vínculo**

<b>Componente</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Código</b>
Contrato Temporário	Contrato Individual Trabalho Lei 7/2009, C/Termo	1
	Contrato Trabalho a Termo Resolutivo Lei 59/2008	
Contrato Permanente	Contrato Individual Trabalho Lei 7/2009, S/Termo	2
Função Pública	Contrato por Tempo Indeterminado	3
Outros	Cedência de Interesse Público	4
	Contrato de Prestação de Serviços	
	Estágio Emprego - Port.204-B/2013	
	Activ.Ocupac.; Remun.ou Não;IEFP	
	Cedência Ocasional	
	Destacamento art.º 68.º do ECD	
	Estágio Profissional - Decreto-Lei 66/2011	
	Mobilidade Interna	
	Mobilidade Interna - Artigoº 22-A do SNS	
	Quadro - Nomeação por tempo indeterminado	
	Regime de voluntariado	
	Suspensão de vínculo Trabalhador Empresa	
Acumulação		
C.I.T. em período experimental		
Comissão de Serviço Pública		
Comissão de Serviço Privada		

A variável vínculo significa a ligação que o profissional tem com a instituição, neste caso referimo-nos à ligação laboral, sendo estabelecida essa ligação laboral pela legislação.

**Tabela nº12 - Operacionalização da variável Departamento**

<b>Componente</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Código</b>
<b>Medicina</b>	Unidade de Apoio à Gestão (UGA) de medicina Clínica de psiquiatria e saúde mental	1
<b>Cirurgia</b>	UAG de cirurgia	2
<b>Urgência e Medicina Intensiva</b>	UAG da urgência e medicina intensiva	3
<b>Pediatria</b>	Hospital pediátrico integrado	4
<b>Medicina Laboratorial</b>	Centro de medicina laboratorial	5
<b>Ginecologia/Obstetrícia</b>	Clínica da mulher	6
<b>Imagiologia</b>	Centro de imagiologia	7
<b>Serviços de Apoio e Suporte</b>	Conselho de administração Centro de logística, compras e património Centro de controlo de negócio Centro de epidemiologia hospitalar Serviço de assistência espiritual e religiosa Serviço de certificação Serviço de operações hoteleiras Serviço de humanização Serviço de gestão de recursos humanos Centro de ambulatório	8

Departamento é sinónimo de secção, setor ou divisão. Esta variável é estudada porque os profissionais de saúde desempenham funções em diferentes departamentos, possuindo estes, características diferentes. A denominação dada, é a que é utilizada pelo hospital onde o estudo decorre.

**Tabela nº13 - Operacionalização da variável Horário**

<b>Componente</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Código</b>
<b>Fixo</b>	Horário Desfasado	1
	Horário Flexível	
	Horário Rígido	
	Isenção de Horário	
	Jornada Contínua	
	Outro Horário Específico	
<b>Por turnos</b>	Tempo parcial	2
	Trabalho por turnos	

A variável horário significa o período e o tipo de horário de trabalho que o trabalhador cumpre no hospital. A denominação dada é a utilizada no hospital.

**Tabela nº14 - Operacionalização da variável tipo de “restrição sentida”**

<b>Componente</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Código</b>
<b>Limitação de horário</b>	Limitação/diminuição da duração do período de trabalho	0: não
	Isenção de trabalho noturno	1: sim
	Isenção de Serviço de Urgência	
	Recomendação de horário fixo	
	Limitação da movimentação de carros de transporte	
	Limitação de deslocações, incluindo subir/ descer escadas	
	Limitação de posturas sustentadas da coluna vertebral	
ortostatismo prolongado		
Limitação de movimentos de articulações do membro superior		

Limitação de exposição a riscos ergonómicos	Limitação de movimentos específicos de articulações do membro inferior	0: não 1: sim
	Limitação da prestação de cuidados a doentes dependentes	
	Esforço físico/exercício intenso (isométrico/isotónico)	
	Movimentação manual de cargas	
Limitação da exposição a riscos químicos	Tiurans nas luvas de borracha/sacos plásticos ou outros constituintes sintéticos de borracha (ex.: auriculares)	
	Citostáticos	0: não 1: sim
	Iodopovidona ou outras soluções sépticas	
	Formaldeído ou outros químicos laboratoriais	
Limitação da exposição a riscos biológicos	Sulfonamidas	
	Latéx ou outras proteínas vegetais	0: não 1: sim
Limitação da exposição a riscos físicos	Agentes infecto-contagiosos	
	Radiação	0: não 1: sim
Utilização de equipamentos de proteção individual	Utilização de equipamentos de proteção individual	0: não 1: sim
Recomendação de modificação no posto de trabalho	Recomendação de modificação no posto de trabalho	0: não 1: sim
Transferência de serviço	Transferência de serviço	0: não 1: sim

A variável restrição pretende referir que a pessoa possui uma condição que a limita, como por exemplo na realização de uma determinada tarefa. Retirado da secção recomendações da ficha de aptidão.

**Tabela nº 15 - Operacionalização da variável certificado de incapacidade temporária para o trabalho**

Componente	Dimensão	Código
Não considerados com certificado de incapacidade para o trabalho	*Artigo 38 do código do trabalho	0
	Assistência a familiares	
	Doença direta	
	Gravidez de risco	
Considerados com certificado de incapacidade para o trabalho	Não aplicável	1
	**Decreto de lei nº28/2004(artigo 16º, nº3)	
	Doença natural	
	Doença profissional	
	Doença prolongada	

\* interrupção da gravidez

\*\* Tuberculose

Foram considerados para o nosso estudo com certificado de incapacidade para o trabalho os trabalhadores com: doença natural, doença profissional, doença prolongada e ao abrigo do decreto de lei nº 28/2004 (artigo 16º, nº3). Os restantes não foram incluídos uma vez que se tratam de situações externas ao trabalhador e/ou sem relação direta com o local de trabalho. A denominação das dimensões, são as legalmente utilizadas.

## 5 - Colheita de dados

De acordo com Fortin, Côté e Fillion (2009, p.56) a *“escolha dos métodos de colheita de dados depende das variáveis estudadas e da sua operacionalização.”* Assim pode-se perceber que cabe ao investigador escolher os instrumentos mais adequados ao tipo do seu estudo.

Assim o procedimento de recolha de dados obedeceu à recolha e análise documental de todos os elementos da ficha de aptidão (todos os itens que constam na folha de aptidão, que se encontra em anexo). Para este estudo foram ainda recolhidos os dados das bases de dados sociodemográficos e absentismo do Serviço de Saúde Ocupacional.

A garantia do anonimato e confidencialidade foi tida em conta em todas as fases da investigação.

### 5.1-Tratamento de dados

Segundo Fortin, Côté e Fillion (2009 p.57), depois dos dados serem colhidos *“é preciso organizá-los tendo em vista a sua análise”*. Para estes autores é uma forma de resumir um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos.

Para Coutinho (2011, p.131) *“numa investigação científica os dados obtidos necessitam ser organizados e analisados e, como a maioria das vezes tomam uma forma numérica procede-se à sua análise estatística”*.

Para a análise de dados recorreu-se à estatística descritiva e analítica.

De acordo com Fortin, Côté e Fillion (2009, p. 410) *“a análise descritiva dos dados é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos.”* Segundo estes mesmos autores na estatística descritiva, os dados numéricos são apresentados sob a forma de quadros e gráficos.

Os dados foram inseridos e analisados num software aplicativo de análise estatística IBM SPSS versão 21.0. Foi realizada a análise descritiva, através do cálculo de frequências, médias e medianas.

Na análise multivariada foi utilizado um modelo de regressão logística para calcular o odds ratios e respetivos intervalos de confiança. Considerou-se um resultado significativo quando  $p < 0,05$ .

## 5.2 - Considerações éticas

O projeto de investigação foi submetido ao conselho de comissão de ética do Centro Hospitalar São João, juntamente com os formulários exigidos pela própria comissão de ética e disponíveis no site da própria instituição, tendo sido autorizado em reunião a 26 de março de 2015, conforme comprava o anexo.

Neste procedimento, houve um elo de ligação, o Dr. Pedro Norton, diretor do serviço de saúde ocupacional do Centro Hospitalar São João, tendo sido enviado um documento para a comissão de ética, exigido por esta. Foi de extrema importância a existência do elo de ligação porque apresentou e integrou o investigador no serviço de saúde ocupacional, facilitando toda a investigação. Antes da colheita de dados foi criada uma base de dados anonimizada, no programa Access de modo a manter a confidencialidade de todas as informações. Os dados foram colhidos nos meses de abril e maio de 2015, após autorização da comissão ética.

Segundo Fortin (1996, p. 118) a expressão “*nenhum risco previsto*”, significa que a investigação não produz nenhum efeito favorável ou desfavorável nos sujeitos, como no caso de consulta dos processos ou dos relatórios médicos, que será o caso. Nesta situação o investigador não interage diretamente com a pessoa. No entanto, é requerido um consentimento formal das autoridades competentes, comissão de ética, porque embora nenhum risco de desconforto e de prejuízo seja previsto, está em causa o direito ao anonimato e à confidencialidade.

## CAPÍTULO 3 - DA APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS À ANÁLISE E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentamos, analisamos e discutimos os resultados obtidos, após terem sido sujeitos a tratamento estatístico.

De acordo com Fortin, Côté e Filion (2009, p. 472) “*os resultados são informações numéricas que resultam da análise estatística dos dados recolhidos junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida.*” Estes autores referem que através da estatística descritiva se caracteriza a amostra com a ajuda de medidas de tendência central e de dispersão, podendo ser calculadas frequências ou percentagens. Neste relatório, o texto narrativo irá ser acompanhado por tabelas e gráficos, que devido à sua forma visual ajudarão a compreender os diferentes aspetos dos dados obtidos.

Fortin (2009, p.474) refere que a “*análise dos resultados tem por finalidade considerar em detalhe os resultados obtidos, tendo em vista realçar o essencial*”. A análise descritiva comporta duas etapas, a análise descritiva dos resultados e a análise inferencial dos resultados.

A análise descritiva tem por finalidade apresentar um resumo do conjunto das características dos participantes e observar a distribuição dos valores das principais variáveis determinadas com a ajuda de testes estatísticos. Assim, a moda, a variância, e o desvio padrão, são os principais indicadores que permitem resumir os dados. Na análise inferencial o investigador tenta explicar e prever os acontecimentos.

Quanto à interpretação dos resultados, trata-se de uma das etapas mais difíceis de um trabalho de investigação, uma vez que exige uma reflexão profunda, sendo necessário compará-los com os já existentes, comunicados em trabalhos científicos.



## 1- Apresentação e análise dos resultados

De todos os profissionais de saúde a trabalhar no Centro Hospitalar São João (n=5530), 248 apresentam aptidão condicionada, representando estes profissionais 4,5% de todos os profissionais de saúde. Estes trabalhadores estiveram nalgum momento condicionados durante o ano de 2014, sendo 24,2% (n=60) do sexo masculino e 75,8% (n=188) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 e os 65 anos e uma média de 48,0 anos e um desvio padrão de 9,53.

**Tabela nº 16** -Cálculo do número de não aptos

Tipo de aptidão	Frequência	Percentagem
Apto condicionalmente	243	98,0
Inapto temporariamente	5	2,0
Total	248	100,0

Dos 248 trabalhadores, 243 (98%) apresentam aptidão condicionada e 5 (2%) apresentam-se inaptos temporariamente.

**Tabela nº 17** - Cálculo do número de aptos condicionados de acordo com o exame realizado

Tipo de exame	Frequência	Percentagem
A pedido do serviço	8	3,2
A pedido do trabalhador	66	26,6
Admissão	1	0,4

Após acidente	37	14,9
Após doença	18	7,3
Ocasional	26	10,5
Periódico	91	36,7
Por mudança de função	1	0,4
Total	248	100,0

A aptidão condicionada resultou maioritariamente de exames periódicos ou a pedido do trabalhador (36,7% e 26,6 %, respetivamente), como se pode observar na tabela 17. Dos 248 trabalhadores com aptidão condicionada, 11 foram excluídos da análise uma vez que correspondiam a condicionamentos decorrentes de gravidezes.

**Tabela nº18** - Características dos trabalhadores com aptidão condicionada

		Aptidão Condicionada		
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>P</i>
Sexo	Masculino	60	4,0	0,459
	Feminino	177	4,4	
Grupo etário	≤ 40 anos	57	2,0	<0.001
	41-50 anos	81	6,0	
	> 50 anos	99	7,9	
Grupo profissional	Assistente operacional	112	9,8	<0.001
	Enfermagem	66	3,2	
	Técnico	17	4,8	
	Administrativo	8	1,4	
	Médico	34	2,5	
Vínculo	Outros	0	0,0	<0.001
	Contrato temporário	2	0,3	
	Contrato permanente	80	3,7	
Habilitações literárias	Função pública	155	5,8	<0.001
	Até ao 3º Ciclo	94	10,2	
	Ensino Secundário	27	4,4	

	Ensino Superior	116	2,9	
Tipo de horário	Fixo	99	3,9	0,207
	Por turnos	138	4,6	
Antiguidade	≤ 5 anos	21	1,7	<0,001
	6-10 anos	39	2,8	
	11-20 anos	108	6,1	
	> 20 anos	69	6,0	
Departamento	Medicina	65	4,3	0,018
	Cirurgia	70	5,0	
	Urgência e Medicina Intensiva	19	2,9	
	Pediatria	10	2,4	
	Medicina Laboratorial	16	6,3	
	Ginecologia/Obstetrícia	13	5,3	
	Imagiologia	3	1,4	
	Serviços de Apoio e Suporte	41	5,0	

Dos 237 trabalhadores com aptidão condicionada, 4,4 % (n=177) são do sexo feminino e 4,0 % (n=60) são do sexo masculino.

O grupo etário com idade menor ou igual a 40 anos apresenta 2,0 % (n=57) de trabalhadores com aptidão condicionada, no grupo etário com idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos apresenta 6,0 % (n=81) e no grupo etário com idade superior a 50 anos existe 7,9 % (n= 99). É no grupo etário com idade superior a 50 anos onde se observa maior número de trabalhadores com aptidão condicionada e constatamos que à medida que a idade aumenta, aumentam também o número de trabalhadores com aptidão condicionada ( $p<0,001$ ).

No grupo profissional, verifica-se que os assistentes operacionais são os que apresentam maior número de trabalhadores com AC (9,8%, n=112), em segundo lugar os técnicos com 4,8% (n=17) e os administrativos apresentam uma taxa de 1,4 % (n=8), sendo este grupo o que apresenta menor número de trabalhadores com AC ( $p<0,001$ ).

Quanto à natureza do vínculo é nos trabalhadores da função pública em que se verifica o maior número de casos de trabalhadores com

aptidão condicionada com uma taxa de 5,8% (n=155), seguidamente com 3,7% (n=80) os trabalhadores com contrato permanente e 0.3% (n=2) os trabalhadores com contrato temporário.

Constata-se que à medida que o vínculo apresenta menos precariedade também o número de trabalhadores com AC aumenta ( $p < 0,001$ ).

Relativamente à variável habilitações literárias é nos trabalhadores com habilitações até ao 3º ciclo onde existe uma taxa com mais trabalhadores com AC 10,2% (n=94) e os que têm ensino superior são os que apresentam menos trabalhadores com 2,9% (n=116) a apresentar AC. As diferenças são estatisticamente significativas.

Quanto ao tipo de horário, é nos trabalhadores com horário por turnos onde se observa maior número de trabalhadores com AC, 4,6% (n=138), apresentando os trabalhadores com horário fixo 3,9% (n=99). Nesta variável  $p$  apresenta um valor de 0,207, não sendo estatisticamente significativo.

No que concerne à variável antiguidade é nos trabalhadores com antiguidade entre os 11 e os 20 anos onde se situam os trabalhadores com maior número de aptos condicionados, 6,1% (n=108), logo de seguida os que se encontram no grupo de antiguidade superior aos 20 anos com 6,0% (n=69) e os que apresentam uma antiguidade menor ou igual a cinco anos, são o grupo com menos aptos condicionados, 1,7% (n=21). Observa-se uma relação no aumento da idade com o aumento do número dos trabalhadores com AC. O  $p$  apresenta um valor 0,001, sendo estatisticamente significativo.

Quanto ao departamento, a maior proporção de trabalhadores com AC encontra-se no departamento de medicina laboratorial com 6,3% (n=16), em segundo, o serviço de ginecologia/obstetrícia com 5,3% (n=13) ( $p=0,018$ ). O departamento com menor número é o de imagiologia com 1,4% (n=3). Nesta variável  $p$  assume um valor de 0,018, sendo estatisticamente significativo.

**Tabela nº19** - Modelo de regressão logística ajustado para a idade, grupo profissional e antiguidade

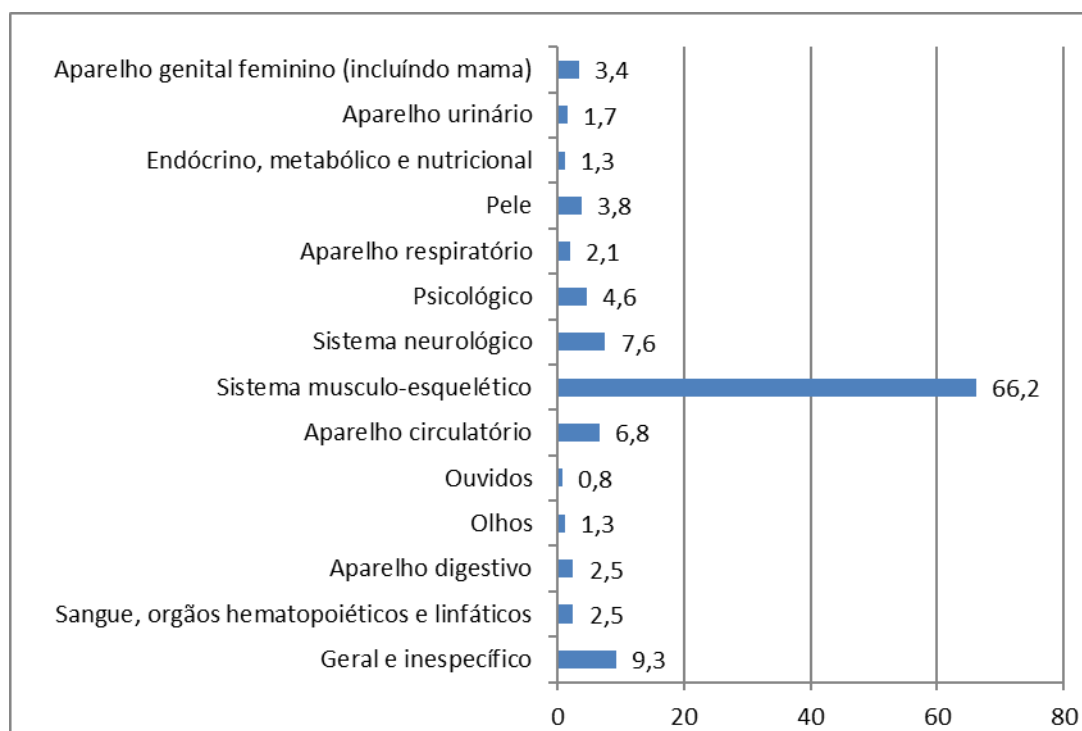
Variável		Odds Ratio	[Intervalo de confiança a 95%]		P
Grupo etário	≤ 40 anos	1			
	41-50 anos	2,18	1,48	3,22	<0,001
	> 50 anos	2,95	1,90	4,58	<0,001
Grupo profissional	Administrativo	1			
	Médico	2,25	1,03	4,92	0,041
	Enfermeiro	2,99	1,42	6,31	0,004
	Técnico	3,71	1,58	8,73	0,003
	Assistente Operacional	7,08	3,42	14,69	<0,001
Antiguidade	≤ 5 anos	1			
	6-10 anos	1,47	0,85	2,53	0,168
	11-20 anos	2,38	1,43	3,96	0,001
	> 20 anos	1,61	0,91	2,85	0,103

Após ajuste para grupo etário, grupo profissional e antiguidade, apenas se mantiveram diferenças estatisticamente significativas para a aptidão condicionada nos profissionais de saúde, no grupo etário e no grupo profissional. Relativamente ao grupo etário, os trabalhadores com idade compreendida entre os 41 e os 50 anos apresentam risco 2,18 vezes superior (IC95%; 1,48-3,22) e os que têm idade superior a 50 anos apresentam risco 2,95 vezes superior relativamente aos que têm idade menor ou igual a 40 anos (IC95%; 1,90-4,58). Quando analisado o grupo profissional, verificamos que os trabalhadores que apresentam maior risco são os assistentes operacionais, o grupo profissional de enfermagem surge em terceiro lugar (OR 2,99; IC95% 1,42-6,31). Os médicos apresentam-se em quarto lugar, com menor risco que as profissões analisadas anteriormente com um OR 2,25 (IC95%; 1,03-4,92), sendo que os administrativos são os que apresentam menor risco.

Na antiguidade os trabalhadores entre os 11 e os 20 anos de casa são os que apresentam maior risco, ou seja, um risco 2,38 vezes superior quando comparados com os que têm antiguidade menor ou igual a cinco anos (IC95%; 1,43-3,96), sendo estatisticamente significativo.

Considerou-se neste estudo ser importante investigar os diagnósticos que levam à aptidão condicionada de modo a perceber esta problemática de uma forma mais global e abrangente.

**Gráfico nº 4 - Distribuição dos diagnósticos que motiva a aptidão condicionada (%)**

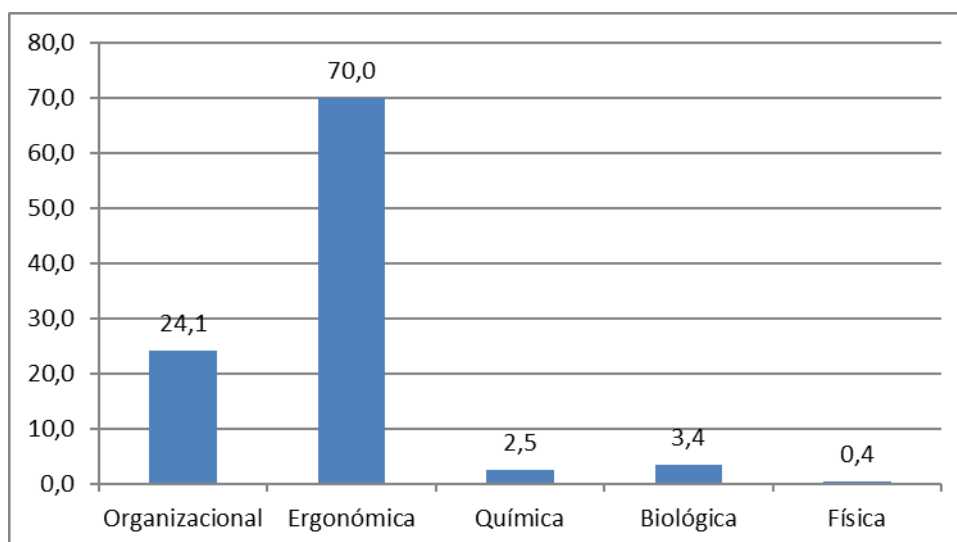


Os diagnósticos foram agrupados de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2).

Fazendo uma leitura do gráfico observa-se que o diagnóstico que motiva a aptidão condicionada com maior taxa é o do foro músculo-esquelético com 66,2% dos profissionais de saúde com aptidão condicionada. Em seguida surgem o diagnóstico geral e inespecífico e do sistema neurológico com 9,3% e 7,6% respetivamente. Os restantes apresentam taxas mais inferiores.

Entendeu-se ser importante para o estudo, conhecer a origem dos tipos de limitações apresentadas pelos profissionais de saúde com aptidão condicionada, auxiliando-nos o gráfico abaixo a perceber essa origem.

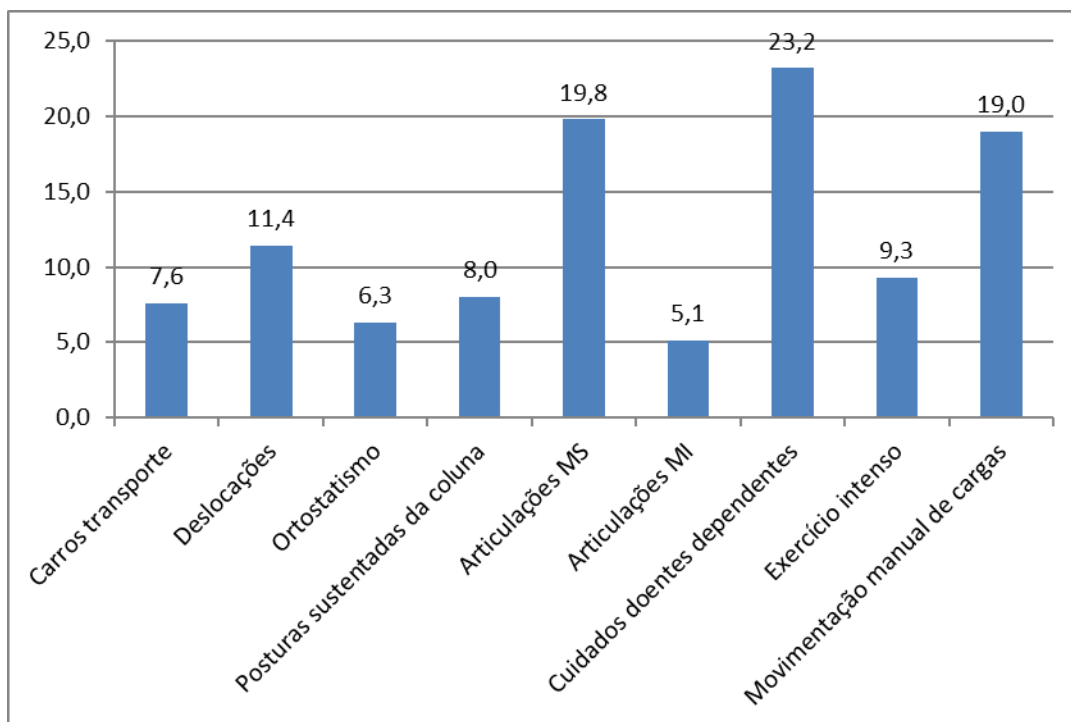
**Gráfico nº 5 - Distribuição das aptidões condicionadas por tipo de limitação (%)**



Relativamente ao tipo de limitação apresentada pelos profissionais de saúde com aptidão condicionada, verificou-se que o tipo de limitação com a taxa mais elevada é de natureza ergonómica com 70%. Em segundo lugar com 24,1%, surge a limitação de natureza organizacional. As limitações química, biológica e física apresentam taxa bem mais baixas como podemos observar no gráfico.

Uma vez que as limitações sentidas pelos trabalhadores a nível ergonómico e organizacional são as mais elevadas, considerou-se importante especificar como é que se distribuíam dentro de cada uma delas. As visualizações dos gráficos abaixo ajudam-nos a perceber essa distribuição.

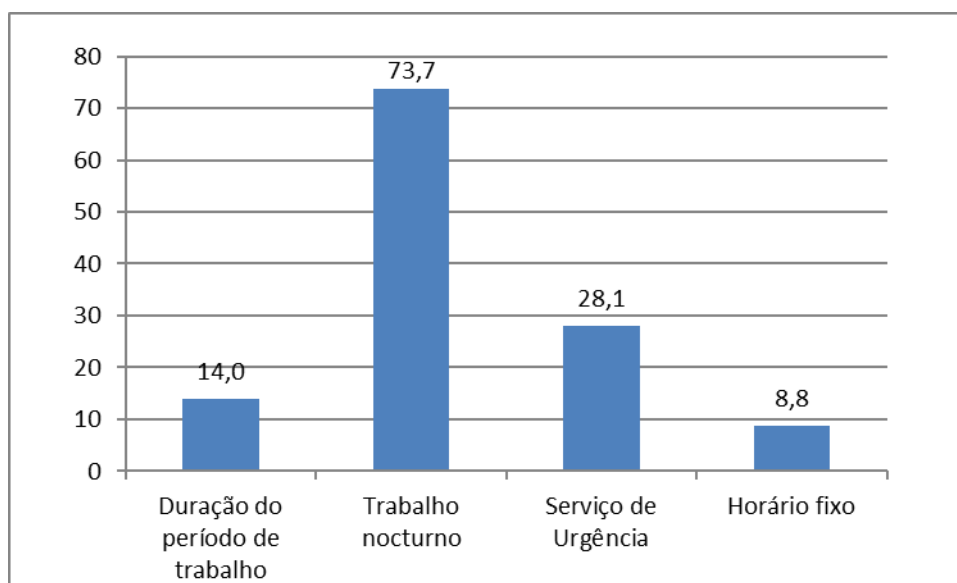
**Gráfico nº 6 - Distribuição das limitações a nível ergonómico (%)**



A limitação de natureza ergonómica que mais vezes é observada é relativa às atividades de prestação de cuidados a doentes dependentes com 23,2 %, em seguida a trabalhos que envolvam o uso das articulações dos membros superiores com 19,8% e com 19,0% a movimentação manual de cargas (MMC).

Em resposta à limitação apresentada surgem as recomendações médicas de acordo com o tipo de limitação apresentada, que são mencionadas na folha de aptidão do trabalhador.

**Gráfico nº7 - Distribuição das limitações a nível organizacional (%)**



Constata-se que a limitação a nível organizacional é a segunda limitação mais relevante neste estudo, apresentando uma taxa de 24,1%. Dentro da limitação a nível organizacional, o cumprimento do horário noturno e de serviço de urgência são os que apresentam valores mais elevados, 73,7% e 28,1% respetivamente.

Por último nesta etapa do trabalho, iremos apresentar os resultados relativamente à incidência de episódios de incapacidade temporária para o trabalho nos profissionais de saúde com aptidão condicionada e compará-la com aquela dos restantes profissionais.

A incidência de incapacidade temporária para o trabalho no Centro Hospitalar São João, no ano de 2014, foi de 25,2% (n=1389). Dos profissionais aptos 23,9% (n= 1264) apresentaram pelo menos um episódio de incapacidade para o trabalho e dos profissionais com aptidão condicionada 52,7% (n=125) apresentaram pelo menos um episódio.

**Tabela nº20** - cálculo da incidência de episódios de incapacidade temporária para o trabalho

	Apto		Não aptos	
	n(%)	<i>p</i>	n(%)	<i>P</i>
<b>Sexo</b>				
Masculino	247(17,0)	<0,001	27(45,0)	0,165
Feminino	1017(26,6)		98(55,4)	
<b>Grupo etário</b>				
≤ 40 anos	602(21,0)	<0,001	27(47,4)	0,443
41-50 anos	338(26,7)		47(58,0)	
> 50 anos	324(28,1)		51(51,5)	
<b>Grupo profissional</b>				
Assistente operacional	327(31,7)	<0,001	68(60,7)	0,016
Enfermagem	454(22,9)		37(56,1)	
Técnico	78(23,1)		7(41,2)	
Administrativo	150(26,0)		2(25,0)	
Médico	253(19,2)		11(32,4)	
<b>Vínculo</b>				
Contrato temporário	104(15,4)	<0,001	1(50,0)	0,230
Contrato permanente	464(22,0)		36(45,0)	
Função pública	696(27,9)		88(56,8)	
<b>Habilitações literárias</b>				
Até ao 3º Ciclo	261(31,7)	<0,001	55(58,5)	0,095
Ensino Secundário	169(28,8)		17(63,0)	
Ensino Superior	834(21,5)		53(45,7)	
<b>Tipo de horário</b>				
Fixo	573(23,6)	0,657	44(44,4)	0,030
Por turnos	689(24,1)		81(58,7)	
<b>Antiguidade</b>				
≤ 5 anos	222(18,4)	<0,001	8(38,1)	0,442

6-10 anos	301(22,6)		19(48,7)	
11-20 anos	461(27,6)		61(56,5)	
> 20 anos	280(26,1)		37(53,6)	
<b>Departamento</b>				
Medicina	294(20,5)	<0,001	30(46,2)	0,327
Cirurgia	340(25,3)		42(60,0)	
Urgência e Medicina Intensiva	149(23,7)		10(52,6)	
Pediatria	87(21,2)		4(40,0)	
Medicina Laboratorial	81(34,0)		5(31,3)	
Ginecologia/Obst etrícia	67(28,6)		9(69,2)	
Imagiologia	45(20,5)		2(66,7)	
	201(25,9)		23(56,1)	
Serviços de Apoio e Suporte				

Para não surgir confusão, quando utilizamos a designação de não aptos, estamos-nos a referir também aos aptos condicionados. Os não aptos incluem os aptos condicionados e os inaptos temporariamente.

Relativamente ao sexo, 26,6% (n=1017) das mulheres aptas para o trabalho apresentaram pelo menos um episódio de incapacidade para o trabalho e os homens 17,0% (n=247), ( $p < 0,001$ ). Nos não aptos, 55,4% (n=98) das mulheres tiveram pelo menos um episódio de incapacidade temporária para o trabalho e os homens 45,0% (n=27), ( $p = 0,165$ ). Verificam-se taxas aproximadamente duas vezes superiores nos trabalhadores não aptos.

No que concerne ao grupo etário, verifica-se nos profissionais aptos um aumento da incidência de incapacidade temporária à medida que a idade aumenta ( $p < 0,001$ ). Por outro lado, os não aptos apresentam o dobro da incidência não se verificando, no entanto, uma relação tão clara com a idade ( $p = 0,443$ ).

Quanto ao grupo profissional, nos profissionais aptos são os assistentes operacionais os que apresentam a taxa mais elevada 31,7% (n=327), seguidos dos enfermeiros com 22,9% (n=454).

Os que apresentam a menor taxa são os médicos com 19,2% (n=253). Nos profissionais não aptos continuam a ser os assistentes operacionais com maior taxa 60,7% (n=68) seguindo-se a categoria de enfermagem com 56,1% (n=37).

Quando é analisado o vínculo, verifica-se, em ambos os grupos, que quanto maior é o vínculo à instituição, maior é a incidência de incapacidade para o trabalho; nos trabalhadores aptos, são os que têm contrato em funções públicas que surgem com a taxa mais elevada 27,9% (n=696), assim como nos não aptos, o mesmo grupo apresenta 56,8% (n=88) de incapacidade.

Relativamente às habilitações literárias, quer nos profissionais aptos, quer nos com aptidão condicionada, são os que têm menos habilitações literárias os que têm taxas mais elevadas, como se pode observar na tabela nº 20 (37,7% e 58,5%, respetivamente).

Ao analisarmos o tipo de horário, é no horário por turnos onde existem maiores taxas, quer nos aptos quer nos não aptos (24,1% e 58,7% respetivamente) no entanto, nos não aptos a diferença é estatisticamente significativa.

Ao observarmos a antiguidade, verificamos que os profissionais a trabalhar há 11 ou mais anos na instituição apresentam maior incidência de incapacidade temporária para o trabalho, comportamento que é observado tanto nos aptos como nos não aptos.

Quanto ao departamento, nos profissionais aptos, é na medicina laboratorial onde a taxa é maior com 34,0% (n=81), seguindo-se a ginecologia/obstetrícia com 28,6% (n=67), a cirurgia com 25,3% (n=340). Os que apresentam a menor taxa são os serviços de imagiologia e medicina. Quando observamos os não aptos, verificamos que a incidência de incapacidade temporária para o trabalho é na maior parte das vezes o dobro quando comparamos com os aptos.

A tabela que se segue corresponde ao número de dias perdidos dos trabalhadores que apresentam ausência ao trabalho por incapacidade.

No hospital, a mediana foi de 19 dias perdidos [Intervalo de confiança 95% (IC95%) 17,00-22,00].

Nos aptos o número de dias perdidos foi semelhante, com uma mediana de 18 (IC 95% 15,00-20,00), no entanto, nos não aptos a mediana foi de 52 dias (IC 95% 31,00-65,00).

**Tabela nº21 - Dias perdidos por incapacidade temporária para o trabalho**

	Apto		Não aptos	
	Mediana	IC95%	Mediana	IC95%
<b>Sexo</b>				
Masculino	12,00	12,00-15,00	61,00	16,00-87,00
Feminino	19,00	17,00-22,00	47,00	30,00-68,00
<b>Grupo etário</b>				
≤ 40 anos	15,00	13,00-19,00	29,00	12,00-64,00
41-50 anos	20,00	15,00-27,00	60,00	34,00-80,00
> 50 anos	19,50	14,00-29,00	55,00	15,00-113,00
<b>Grupo profissional</b>				
Assistente operacional	30,00	24,00-35,00	75,50	42,00-133,00
Enfermagem	22,00	18,00-28,00	39,00	20,00-60,00
Técnico	11,50	7,00-16,00	15,000	1,00-132,00
Administrativo	12,00	12,00-20,00	232,50	30,00-435,00
Médico	8,00	6,00-12,00	12,00	1,00-80,00
<b>Vínculo</b>				
Contrato temporário	9,00	5,00-12,00	64,00	-
Contrato permanente	16,00	12,00-19,00	68,50	12,00-186,00
Função pública	22,00	18,00-27,00	42,00	31,00-61,00
<b>Habilitações literárias</b>				
Até ao 3º Ciclo	31,00	27,00-42,00	87,00	42,00-156,00
Ensino Secundário	23,00	12,00-29,00	34,00	12,00-132,00
Ensino Superior	15,00	12,00-16,00	30,00	12,00-55,00

<b>Tipo de horário</b>				
Fixo	12,00	12,00-15,00	26,00	11,00-65,00
Por turnos	23,00	20,00-27,00	56,00	38,00-81,00
<b>Antiguidade</b>				
≤ 5 anos	12,00	11,00-16,00	15,00	3,00-427,00
6-10 anos	19,00	13,00-23,00	95,00	12,00-314,00
11-20 anos	22,00	18,00-28,00	60,00	40,00-91,00
> 20 anos	15,00	12,00-21,00	25,00	12,00-55,00
<b>Departamento</b>				
Medicina	17,00	12,00-22,00	58,00	29,00-123,00
Cirurgia	16,50	12,00-23,00	38,00	14,00-64,00
Urgência e Medicina Intensiva	24,00	18,00-30,00	89,50	66,00-314,00
Pediatria	18,00	14,00-29,00	55,50	12,00-91,00
Medicina Laboratorial	20,00	12,00-27,00	34,00	1,00-115,00
	19,00	8,00-27,00	56,00	12,00-134,00
Ginecologia/Obstetr ícia				
Imagiologia	16,00	9,00-27,00	10,00	5,00-15,00
Serviços de Apoio e Suporte	13,00	12,00-21,00	34,00	8,00-145,00

Ao analisarmos a tabela verificamos que nos aptos são as mulheres que apresentam maior número de dias perdidos e nos não aptos são os homens.

No grupo etário nos trabalhadores aptos, os que apresentam maior número de dias perdidos são os que têm idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos e nos não aptos é também exatamente no mesmo grupo etário.

No que concerne ao grupo profissional, observa-se um claro aumento da mediana de dias perdidos nos não aptos quando comparados com os aptos, destacando-se, no entanto, cada vez mais os assistentes operacionais (75,50; IC95% 42,00-133,00) e os enfermeiros (39,00; IC95% 20,00-60,00).

Relativamente ao vínculo constata-se que nos aptos é no contrato em funções públicas onde existe maior número de dias perdidos, enquanto nos não aptos é no vínculo de contrato permanente, nestes os com contrato em funções públicas são os que apresentam menor número de dias perdidos.

Quer nos trabalhadores aptos, quer nos não aptos, os que têm ensino superior são os que apresentam menor número de dias perdidos.

Quanto ao tipo de horário, em todos os trabalhadores é no horário por turnos onde verificamos maior número de dias perdidos, aproximadamente o dobro quando comparamos com o horário fixo.

Relativamente à antiguidade nos trabalhadores aptos, é entre os 11 e os 20 anos onde se verifica maior número de dias perdidos, enquanto nos não aptos, é entre os 6 e os 10 anos onde o número de dias perdidos é maior. Quando analisamos o departamento, quer nos aptos quer nos não aptos é na urgência e medicina intensiva onde existe maior número de dias perdidos.



## 2- Discussão dos resultados

De acordo com o Balanço Social (BS, 2015), em 2014, um terço dos profissionais do Sistema Nacional de Saúde (SNS) pertencem à carreira de enfermagem com 38.089, sendo esta categoria a que detém maior número de profissionais. Seguida do pessoal médico com 26.645, dos assistentes operacionais com 24.600 e dos assistentes técnicos com 15.909. No hospital de São João a mesma tendência é observada.

Contudo, apesar da maior representação de profissionais, quer a nível do país, quer a nível do hospital em estudo estar na carreira de enfermagem, onde se observa maior número de profissionais com aptidão condicionada é no grupo profissional dos assistentes operacionais. Facto que poderá ser explicado, por ser um grupo profissional com menos habilitações académicas, que implicará menor formação técnico-científica, estando aliado a isto, o facto de terem pior remuneração e um trabalho fisicamente exigente.

De acordo com Carvalho (2013, p.19) a saúde/ doença produz-se e distribui-se na sociedade *“mediante fortes processos de determinação social, económica, cultural e ambiental, política, etc.”*

Segundo este autor a carga das doenças e as desigualdades em saúde, acontecem devido às condições em que as pessoas vivem, trabalham e envelhecem. Concordando com esta ideia, Souza (2012, p.16)) refere que a

*“educação apresenta-se como importante fator de determinação da saúde, seja pela maior compreensão das pessoas com melhor escolaridade no sentido de traduzir de modo mais eficiente sinais e sintomas, seja devido ao fato que o nível de escolaridade reflete a situação socioeconômica que, por sua vez, determinam condições de vida e consequentemente condições de saúde.”*

Constata-se que no grupo etário com idade superior a 50 anos, é onde se verifica maior número de trabalhadores com aptidão condicionada, o que pode ser explicado pelo facto de que com o avançar da idade a capacidade

funcional diminui. Martinez et al (2010, cit. Ilmarinen, 2001) refere que a *“partir dos 45 anos, ...a capacidade funcional física e mental pode começar a deteriorar, influenciada pela diminuição da capacidade cardiorrespiratória e musculoesquelética em função da idade”*.

É no contrato de trabalho em funções públicas onde se observa maior número de trabalhadores com aptidão condicionada, facto que é explicado pelo fator idade, pois os trabalhadores com este vínculo são os mais velhos e também com mais antiguidade. Os trabalhadores mais novos não têm contrato em funções públicas.

Apesar de não ser muito significativo, é no horário por turnos onde se verifica maior número de trabalhadores com AC. É do conhecimento geral que o trabalho por turnos com noites pode estar associado ao aparecimento de determinadas doenças, tal como a depressão, a obesidade, as doenças cardiovasculares, os problemas digestivos e de sono, etc.

Mas Costa (2009, p.7) confirma referindo que o trabalho por turnos é o

*“responsável pela desregulação dos ritmos biológicos, sendo o organismo obrigado a esforços de adaptação que podem levar desgaste, com consequências para a saúde a nível físico e psicológico, na vida familiar, social e no trabalho e consequentemente na capacidade para o trabalho.”*

Relativamente ao departamento, observa-se que o serviço de medicina laboratorial é o que apresenta maior número de trabalhadores com AC, pelas tarefas muito repetitivas que o trabalho de laboratório exige.

Conhecer os diagnósticos que deram origem à limitação é de fundamental importância não só para compreender este fenómeno, mas também para tornar as intervenções mais eficazes. Observou-se que o sistema músculo-esquelético se destaca no que diz respeito à causa do condicionamento com uma taxa de 66,2%. Estes dados vão de encontro aos da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007) que refere que as lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho são o problema de Saúde Ocupacional mais comum na Europa. Acrescenta que é preocupante porque prejudica a saúde dos trabalhadores a nível

individual, prejudicando também o trabalho, diminuem a produtividade e podem causar ausências por doença e incapacidade profissional crónica.

De acordo com Serranheira et al (2012) as lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho constituem um relevante problema em todo o mundo, nos profissionais de saúde. Serranheira et al realizaram um estudo nacional de caracterização da sintomatologia músculo-esquelética que envolveu 2140 enfermeiros portugueses e o resultado evidenciou uma elevada prevalência de queixas músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho, pois cerca de 98% referem sintomatologia, pelo menos num segmento anatómico. Neste estudo, na conclusão é referido que independentemente da maior ou menor predisposição patológica dos profissionais, sempre que as exigências físicas ultrapassem as capacidades e limitações individuais, existe o cansaço, podendo influenciar o trabalho, ou seja, a qualidade da prestação dos cuidados e conseqüentemente a segurança dos doentes.

A DGS (2008, p. 9)) refere que *“as lesões musculoesqueléticas dos membros superiores relacionadas (ou ligadas) com o trabalho (LMEMSRT ou LMEMSLT) são as que são referidas com maior insistência em certas condições de trabalho...”*. Isto coincide com as limitações encontradas no nosso estudo, pois a limitação de natureza ergonómica que mais vezes observada é também do foro ergonómico, nomeadamente no que diz respeito às atividades de prestação de cuidados a doentes dependentes com 23,2 %, seguida da limitação relacionada com trabalhos que envolvam as articulações dos membros superiores com uma taxa de 19,8%.

De acordo com o BS (2015) em 2014 a taxa geral de absentismo nos trabalhadores do MS fixou-se nos 10,1%; o Centro Hospitalar São João apresentou valores muito superiores, apresentando uma incidência de incapacidade temporária para o trabalho de 25,2% (n=1389). Os profissionais aptos com 23,9% (n= 1264) e os profissionais com aptidão condicionada com 52,7% (n=125).

Verificou-se que os trabalhadores com aptidão condicionada apresentam taxas de incidência de ausências por incapacidade muito mais elevadas e na maior parte dos casos, apresentaram taxas mais de duas vezes superior aos trabalhadores aptos. Apesar de não ter sido possível estabelecer uma

relação de causalidade estes resultados apontam para a existência de uma relação entre a aptidão condicionada e incapacidade temporária para o trabalho.

Quando passamos a analisar o sexo, as mulheres são as que faltam mais, quer num grupo, quer no outro, no entanto perdem menos dias.

Costa, Vieira e Sena (2009) referem que alguns autores, relacionam como causa do absentismo feminino, o facto de a maioria das mulheres inseridas no mercado de trabalho serem ainda responsáveis pelas tarefas domésticas e pelos cuidados aos filhos, chegando muitas vezes ao serviço cansadas pela fadiga residual e pelo trabalho que já realizaram em casa.

O grupo etário com a taxa mais elevada, quer nos aptos quer nos aptos condicionados é o com idade superior aos 50, sendo este motivo já sido explicado anteriormente, quando se falou da idade.

Tínhamos visto atrás que os assistentes operacionais era o grupo com maior número de trabalhadores com aptidão condicionada. Relativamente às ausências, também é neste grupo onde se verifica não só, mas também o maior número de dias perdidos a taxa mais elevada, tanto nos aptos como nos não aptos.

Becker e Oliveira (2008) no estudo que realizaram concluíram que os auxiliares de enfermagem e os auxiliares operacionais da saúde eram os que apresentavam maiores taxas de absentismo, podendo estar justificado, segundo estes autores, pela baixa remuneração, pela menor exigência técnico-científica e maior exigência física na execução dos cuidados quando comparados com os demais profissionais.

Quando no debruçamos sobre as habilitações literárias, num e noutra grupo, verifica-se que os que têm menos habilitações são os que faltam mais e os que têm habilitações mais elevadas faltam menos, podendo ser explicado pelas mesmas razões que foram apontadas anteriormente, quando se discutiu a aptidão condicionada e as habilitações literárias.

Relativamente ao vínculo, nos dois grupos se verificou que no contrato em funções públicas há uma maior incidência de episódios de ausências por incapacidade. Becker e Oliveira (2008) no estudo que realizaram com enfermeiros, verificaram que existiu diferença de comportamento entre os

enfermeiros com contrato efetivo e os enfermeiros com vínculo mais precário, sendo que os que tinham vínculo mais precário, não tendo contrato efetivo, preocupavam-se mais com um possível despedimento.

No horário por turnos, num e noutro grupo, é onde se verifica a incidência mais elevada, assim como uma mediana de dias perdidos superior. Apesar de não termos dados sobre o trabalho noturno, prevê-se que a maioria dos trabalhos por turnos incluam noites.

Quando observamos a antiguidade, constatamos que quer nos aptos, quer nos aptos condicionados é entre os 11 e os 20 onde existem mais incidência de episódios por ausências por incapacidade.

Quanto ao departamento, é na medicina laboratorial onde os trabalhadores aptos apresentam a maior taxa de incidência de episódios, facto que pensamos que esteja justificado pela repetitividade de tarefas. Nos trabalhadores com aptidão condicionada é na cirurgia onde passamos a ter mais ausências, podendo ser pelo facto de na cirurgia ter um grande número de profissionais com aptidão condicionada aliado à exigência física do serviço. O serviço de cirurgia implica muitas deslocações dos profissionais para levar os doentes ao bloco e ao recobro, além de que no pós-operatório mais imediato os doentes apresentem algum grau de dependência.

Quando fazemos uma análise do número de dias perdidos, verificamos que os aptos condicionados apresentam também um maior número de dias perdidos. Constatamos que apresentam cerca do dobro de dias perdidos, em relação aos aptos. Isto permite-nos concluir que os aptos condicionados não só têm uma maior taxa de incidência de episódios de ausência por incapacidade, como também são os que apresentam maior número de dias perdidos.

## **2.1 - Contributos para a intervenção preventiva**

Ao chegar a esta parte parece-nos oportuno, fazer algumas sugestões após termos obtido os resultados.

Consideramos que a formação para os profissionais será uma das formas de prevenir a causa que mais leva à aptidão condicionada, que são as lesões músculo-esqueléticas. A formação deverá ser para todos os trabalhadores, mas com maior periodicidade para os profissionais com maior risco, algo que este trabalho conseguiu precisar com maior rigor. Tendo os assistentes operacionais um maior número de aptos condicionados, estes não deveriam iniciar funções sem antes passar por um plano de formação para prevenção das lesões músculo-esqueléticas.

Uma outra sugestão é promover a sensibilização dos gestores que trabalham mais diretamente com as pessoas que têm aptidão condicionada. Vimos que a maior parte dos trabalhadores com aptidão condicionada são assistentes operacionais e enfermeiros (75,1%) e quem está diretamente responsável por estes, são os enfermeiros-chefe. Sendo estes um dos recetores das fichas de aptidão destes trabalhadores, cabe-lhes o dever de fazer cumprir as recomendações dadas pela Saúde Ocupacional. Uma forma de sensibilizar estes gestores é terem conhecimento de todos estes resultados.

Uma outra sugestão é a instituição verificar se as recomendações dadas pela saúde ocupacional são cumpridas pelas pessoas responsáveis por estes profissionais. Considera-se esta medida importante, porque o não cumprimento das recomendações dadas pode aumentar o absentismo nestes profissionais.

Por vezes, verifica-se que os trabalhadores com aptidão condicionada se mantêm no mesmo serviço, mas acabam por ficar limitados no cumprimento de algumas tarefas. Dentro do possível, tendo noção que nem sempre é fácil, estes trabalhadores deveriam ser transferidos para serviços em que pudessem realizar todas as tarefas sem terem qualquer restrição. Pois um profissional pode ter aptidão condicionada num serviço e passar para outro e ser completamente apto. Esta medida, apesar de nem sempre ser possível, poderia trazer benefícios para o trabalhador e para a instituição.

O trabalhador teria uma melhor qualidade de vida laboral, sentir-se-ia mais útil e a instituição estaria a contribuir para que os trabalhadores

permanecessem mais anos no local de trabalho, impedindo em certa medida as reformas antecipadas e promovendo o envelhecimento ativo.



## CONCLUSÃO

Finalizado o estudo, é importante abordar os aspetos mais pertinentes relacionados com todo o processo desde a construção à concretização da investigação propriamente dita.

Consideramos que a problemática estudada é muito relevante, sendo do interesse não só dos trabalhadores como também da própria instituição e em particular para os gestores. Mais relevante se torna quando nos deparamos com a quase inexistência de estudos nesta área. Constatamos que existem muitos estudos com profissionais de saúde e com a problemática do absentismo, mas o mesmo não acontece com estudos que envolvam profissionais de saúde com aptidão condicionada. Portanto, este estudo prima pela sua originalidade contribuindo para o conhecimento destes profissionais de saúde em particular.

Durante todas as fases do processo de investigação surgiram muitas dúvidas e limitações, principalmente ocorridas pela falta de experiência do investigador, ajudando a colmatar estas dificuldades, as orientações com a coorientadora e orientadora, promovendo assim o desenvolvimento de conhecimentos do investigador.

De referir que toda a equipa do Serviço de Saúde Ocupacional, facilitou muito a realização da colheita de dados, por toda a amabilidade e disponibilidade prestadas.

Contudo, apesar das dificuldades mencionadas, os objetivos a que este estudo procurava dar resposta foram atingidos. Conseguimos saber qual a categoria profissional dentro dos profissionais de saúde com maior número de trabalhadores com aptidão condicionada, sendo os assistentes operacionais.

Identificamos os principais determinantes de aptidão condicionada, sendo eles o grupo etário e o grupo profissional.

Identificamos o diagnóstico que motiva a aptidão condicionada e verificamos que o diagnóstico com maior taxa é do foro músculo-esquelético com 66,2%.

Calculamos a taxa de incidência de incapacidade temporária para o trabalho nos profissionais de saúde com aptidão condicionada e para os profissionais aptos. Nos profissionais aptos a taxa foi de 23,9% e nos profissionais com aptidão condicionada de 52,7%. Constatamos que a incidência de incapacidade temporária para o trabalho nos aptos condicionados é mais de duas vezes superior à dos aptos. Além das respostas aos objetivos, descobrimos outras particularidades como se pode ver no capítulo anterior.

Os resultados obtidos neste estudo podem permitir à instituição formular estratégias mais eficazes e melhor direcionadas para a diminuição do problema e uma vez que, sobre esta temática os estudos são quase inexistentes, pensamos que servirá também de base para futuros trabalhos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. *Estimar os custos dos acidentes e problemas de saúde relacionados como trabalho-resumo executivo* [Em linha]. Luxemburgo: AESST, 2013. [consult. 9 setembro 2015] Disponível em : <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/reports/executive-summary-estimating-the-cost-of-accidents-and-ill-health-at-work>

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. *Introdução às lesões músculo-esqueléticas* [Em linha]. Bilbao: AESST, 2007. [consult. 10 outubro 2015] Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/71>

AGENCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. *Lesões músculo-esqueléticas de origem profissional: Regresso ao trabalho*. Bilbao: AESST, 2007.

ALMEIDA, Mónica. *Estudo comparativo dos índices e causas do absentismo no trabalho de diferentes grupos em uma organização hospitalar privada*. Biblioteca Digital de Monografias, Brasília. 2008.

ANTUNES, Ana Cristina; CUNHA, Miguel Pina e. Capital Humano e Capital Psicológico. In GONÇALVES, Sónia- *Psicossociologia do Trabalho e das Organizações: Princípios e Práticas*. Lisboa: Pactor, 2014. pp.101-124.

AUTORIDADE PARA AS CONDIÇÕES DO TRABALHO. *Segurança e saúde do trabalho: Guia para micro, pequenas e médias empresas* [Em linha]. Lisboa: ACT, 2013.[consult. 5 abril 2015]. Disponível em:  
[http://www.act.gov.pt/\(ptPT\)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Guia%20para%20micro,%20pequenas%20e%20m%C3%A9dias%20empresas.PDF](http://www.act.gov.pt/(ptPT)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Guia%20para%20micro,%20pequenas%20e%20m%C3%A9dias%20empresas.PDF)

BECKER, Sandra Greice; OLIVEIRA, Maria Luiza Carvalho de. *Study on the absenteeism of nursing professionals in a psychiatric center in Manaus, Brazil* [Em linha]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2008, vol.16, n.1, pp. 109-114. ISSN 1518-8345. [consult. 9 dezembro 2015]  
Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000100017&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000100017&script=sci_abstract)

BOMFIM, Rafael Aiello - *As relações entre a saúde Bucal com a capacidade para o trabalho e com o estado de saúde geral no contexto da saúde do trabalhador*. São Paulo: 2006. Tese de Mestrado.

BULHÕES, I. *Enfermagem do trabalho*. Rio de Janeiro: IDEAS, 1986. v. 2, pp.463.

CARVALHO, António Ivo. Determinantes sociais económicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030-prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfilsanitário* [Em linha]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol.2.pp19-38. ISBN 978-85-8110-016-6. Available from SciELO. [consult. 9 outubro 2015] Disponível em: <http://books.scielo.org>

CARVALHO, Mota Geraldo. *Enfermagem do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2014.

CASTRO, M.; MOREIRA S.; SILVA SANTOS, C. *Saúde ocupacional nos hospitais: evolução recente na região de Lisboa e Vale do Tejo* [Em linha]. *Revista Saúde & trabalho-Órgão oficial da sociedade Portuguesa de Medicina do trabalho*, 2007, Publicação nº6, pp. 95-118. [consult. 15 junho 2015]. Disponível em: <http://www.spmtrabalho.com/downloads/st06.pdf>

CHIAVENATO, I. *Recursos humanos*. São Paulo: Atlas, 1985.

CHIAVENATO, Idalberto. *Treinamento e desenvolvimento de recursos humanos: como incrementar talentos na empresa*. 7ª ed. Tamboré: Editora Manole Ltda. 2009.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. *Gestão de enfermagem e dos serviços de cuidados de saúde*- do original: *Management of nursing and health care Services* [Em linha]. Genève, CIE, 2000. [Consult. 10 abril 2015] Disponível em :

[http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri\\_documentacao/ICN\\_TomadasdePosicao\\_versaoINGePT/TP\\_versaoPT/08\\_ManagementNs\\_g\\_Pt\\_-\\_revisto\\_IS-LF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/08_ManagementNs_g_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf)

COSTA, Fernanda Marques; VIEIRA, Maria Aparecida; SENA, Roseni Rosângela de. *Absentismo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola* [Em linha]. *Revista Brasileira de*

Enfermagem, 2009, vol.62, nº1, pp. 38-44. [consult. 2 dezembro 2015]  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/06.pdf>

COSTA, Isabel. *Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros* [Em linha].Coimbra.2009. Dissertação de Mestrado. [Consult. 10 junho 2015] Disponível em:  
[https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13505/1/Tese\\_mestrado\\_Isabel%20Costa.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13505/1/Tese_mestrado_Isabel%20Costa.pdf)

COSTA, Raphael Raniere de Oliveira. Absenteísmo de profissionais de enfermagem que trabalham na rede Hospitalar: revisão integrativa da literatura. *Revista Espaço para a Saúde*.Vol.15, nº 1 (jul/set. 2014), p.06-13  
COUTINHO, C. *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria ePrática*. Coimbra: Almedina, 2011.

COUTO, H.A. *Temas de saúde ocupacional: coletânea dos cadernos ERGO*. Belo Horizonte: ERGO, 1987.

DECLARAÇÃO DE BARCELONA. *Desenvolvimento de medidas efetivas de Promoção da saúde no Local de Trabalho* [Em linha]. Barcelona, 2002. [consult. 10 março 2015]. Disponível em:  
<http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-de-referencia-tecnico-cientificos/documentos-internacionais/declaracao-de-barcelona.aspx>

DECLARAÇÃO DE LISBOA. *Promoção da Saúde no local de trabalho nas Pequenas e médias Empresas* [Em linha]. Lisboa, 2001.[consult. 10 março 2015]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-de-referencia-tecnico-cientificos/documentos-internacionais/declaracao-de-barcelona.aspx>

DECLARAÇÃO DO LUXEMBURGO. *Promoção da Saúde no Local de Trabalho na União Europeia* [Em linha]. Luxemburgo, 1997. [Consult. 10 junho 2015]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-de-referencia-tecnico-cientificos/documentos-internacionais/declaracao-de-barcelona.aspx>

DECRETO-LEI nº 102/2009. *D.R. I Série*. Nº 176 (2009/09/10), pp. 6167-6192.

DECRETO-LEI nº 7/2009. *D.R. I Série*. Nº 30 (2009/02/12), pp. 926-1029.

DECRETO-LEI nº 98/2009. *D.R. I Série*. Nº 172 (2009/09/04), pp. 5894-5920.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho: Guia de Orientação para a Prevenção*. Lisboa: DGS, 2008.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. *Organização e funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional/Saúde e Segurança do Trabalho dos Centros Hospitalares/Hospitais* [Em linha]. Lisboa: DGS, 2014. [consult. 10 junho 2015] Disponível em: <http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-legais-e-normativos/orientacoes-tecnicasnormativas/orientacao-n-0082014-de-21052014.aspx>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. *Programa de Saúde Ocupacional: 2º ciclo-2013/2017*. Lisboa: DGS, 2013.

FERRIRA, Edilson Vicente et al. *Absentismo dos trabalhadores de enfermagem em um Hospital Universitário do Estado de Pernambuco* [Em linha]. Revista Rene, Fortaleza, 2011, vol.12, nº4, pp. 742-749. [Consult. 2 dezembro 2015] Disponível em:

[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_html\\_site/a11v12n4.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_html_site/a11v12n4.html)

FORTIN, Marie- Fabienne. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência. Loures. 2009.

FORTIN, Marie- Fabienne. *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Lusociência. Loures. 1996.

FRANÇA, A.C.L; RODRIGUES, A.L. *Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas; 2006.

FRANCO, Gianfábio Pimentel et al. *Bournout em residentes de enfermagem* [Em linha]. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011, v.45, n.1, pp.12-18. [consult. 7 dezembro 2015] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100002)

FREITAS, Luís Conceição. *Manual de segurança e saúde do trabalho*. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2008.

GRAÇA, Luís. Que fazer deste absentismo? Iniciativas portuguesas para reduzir e prevenir a incapacidade para o trabalho. *In Mesa-redonda, III Forum Nacional e Congresso Ibero-Americano da Medicina do Trabalho*, Lisboa, 1995.

GRAÇA, Luís, et al. *Iniciativas para prevenir e reduzir o absentismo por incapacidade: Três estudos de caso*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1996, vol. 14, nº4.

GRAÇA, Luís. *Um problema de saúde pública: O absentismo por incapacidade*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1996, vol.14, nº3, pp. 5-19.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: INE, 2009.

LAUS, Ana Maria; ANSEMI, Maria Luíza. *Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola* [Em linha]. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 2008, vol.42, n. 4, pp. 681-689. [consult. 1 novembro de 2015] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a09.pdf>

MARTINATO, Michele; SEVERO, Danusa; MARCHAND, Edison; SIQUEIRA Hedi. *Absentismo na enfermagem: Uma revisão integrativa* [Em linha]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2010, vol.31, nº1. [consult. 1 setembro 2015] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100022)

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; FISCHER, Frida Marina. *Capacidade para o trabalho: revisão de*

*literatura* [Em linha]. Ciência e saúde coletiva. 2010, vol.15, sup.1, pp. 1553-1561.[consult. 2 março 2015] Disponível em :  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000700067&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000700067&script=sci_abstract&tlng=pt)ISSN 1413-8123

MARTINS, C. Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e dirigir. 1ª ed. Braga: Edições Psiquilibrios, 2011. ISBN 978 989 8333 08 7

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor [Em linha]. Lisboa: OE. 2014. [consult. 2 junho 2015] Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_do\\_Perfil\\_de\\_Competicencias\\_do\\_Enfermeiro\\_Gestor.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_do_Perfil_de_Competicencias_do_Enfermeiro_Gestor.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Direção-Geral da Saúde. Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Em linha]. Lisboa: DGS, 2004. [consult. 12 março 2015]. Disponível em:  
[http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. O Enfermeiro do Trabalho na Gestão de Saúde Ocupacional- do original: *The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management* [Em linha].Copenhaga: OMS, JUN 2014. [Cosult. 10 junho 2015] Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livroenfermage mtrabalhooms\\_vfinal\\_proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livroenfermage mtrabalhooms_vfinal_proteg.pdf)

PORTUGAL. Ministério da Saúde, Administração regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. Departamento de Saúde Pública. *Gestão dos riscos*

*profissionais em estabelecimentos de saúde- Orientação técnica N° 1.*  
Lisboa: DSP, 2010.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. *Balanço Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) 2014* [Em linha]. Lisboa: MS, 2015. [consult. 8 janeiro 2016]  
Disponível em:

[http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/7F09112B-34C5-46A3-87A7-BADF9DE847B6/0/Balan%C3%A7oSocialMSeSNS\\_2015\\_01\\_10\\_15.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/7F09112B-34C5-46A3-87A7-BADF9DE847B6/0/Balan%C3%A7oSocialMSeSNS_2015_01_10_15.pdf)

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. *Balanço Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) 2013* [Em linha]. Lisboa: ACSS, 2014. [consult. 10 junho 2015]  
Disponível em:

[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balan%C3%A7o%20Social%20do%20MS%20e%20SNS\\_2013\\_26\\_12\\_2014\\_3.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balan%C3%A7o%20Social%20do%20MS%20e%20SNS_2013_26_12_2014_3.pdf)

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. *Balanço Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) 2014* [Em linha]. Lisboa: ACSS, 2015. [consult. 10 junho 2015]  
Disponível em:

[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balan%C3%A7o%20Social%20MS%20e%20SNS\\_2015\\_%2001\\_10%20\\_15.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balan%C3%A7o%20Social%20MS%20e%20SNS_2015_%2001_10%20_15.pdf)

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. *Balanço Social Global do Ministério da Saúde 2010* [Em linha]. Lisboa: ACSS, 2011. [consult. 10 junho 2015] Disponível em:  
<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balan%C3%A7o%20Social%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%202010.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. *Acidentes de Trabalho 2007* [Em linha]. Lisboa: ACSS, 2009. [consult. 10 outubro 2015] Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Acidentes%20Trabalho\\_2007.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Acidentes%20Trabalho_2007.pdf)

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração regional de Saúde e Vale do Tejo, IP. *Acidentes de trabalho e doenças profissionais: orientações técnicas*. Lisboa: ARSLVT, IP, 2013.

PRIMA-EF - *Orientação do modelo Europeu para a Gestão de Riscos Psicossociais: Um recurso para empregadores e Representantes dos Trabalhadores* [Em linha]. Brasília, 2011. [consult. 24 fevereiro 2015] Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/4396/7/9788577102488\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/4396/7/9788577102488_por.pdf)

SERRANHEIRA, Florentino, et al- *Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: “ossos do ofício” ou doenças relacionadas com o trabalho?* [Em linha]. Revista Portuguesa de saúde Pública. 2012, vol.30, sup.2, pp. 193-203. [consult. 10 novembro 2015] Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/conteudos/2012/pdf/pdf-vol-2/10-Lesoes%20musculoesqueleticas%20ligadas%20ao%20trabalho.pdf>

Silva DMPP, Marziale MHP. *Problemas de saúde responsáveis pelo absentismo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário* [Em linha]. Acta Scientiarum Health Sciences, 2003, vol.25, n.2, pp.191-197. [consult. 2 setembro 2015] Disponível em : <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/2232/1459>

SOUZA, Damião Ernane. *Determinação Social da Saúde: Associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida* [Em linha]. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2012. Tese de Doutorado. [consult. 12 dezembro 2015]. Disponível em:  
<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/10927/1/Tese%20Dami%C3%A3o%20Ernane%20Souza.%202012.pdf>

TAVARES, Maria Manuel Valadares- *A Gestão de Pessoas: Novos rumos destafunção nas organizações*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora, 2010.  
WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Declaration on Workers Health- approved at the seventh Meeting of WHO Collaborating Centers for Occupational Health*. Stresa, Itália. WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sixtieth World Health Assembly. Workers health: global plan of action*. WHO, 2007. Disponível em:  
[http://www.who.int/occupational\\_health/WHO\\_health\\_assembly\\_en\\_web.pdf](http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance*. Genève: WHO; 2000.



## ANEXOS

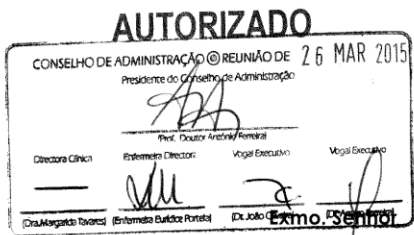


## **ANEXO I**

Autorização do conselho de ética para a realização do estudo



19 3 15 CES 45-15



Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar de S. João – EPE

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

**Nome do Investigador Principal:** Ana Emília Pereira Mouta

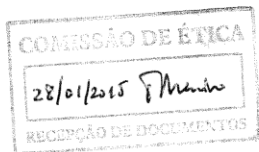
**Título do projecto de investigação:** Prevalência e determinantes da aptidão condicionada em profissionais de saúde: relação com incapacidade temporária para o trabalho +

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Saúde ocupacional + do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 19 / Janeiro / 2015



Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João – EPE  
Modelo CES 01

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Ana Emília Pereira Mouta

**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO - EPE**  
**Parecer**

**Título do Projecto:** Prevalência e determinantes da aptidão condicionada em profissionais de saúde: relação com incapacidade temporária para o trabalho.

**Nome do Investigador Principal:** Ana Emília Pereira Mouta  
- Aluna do Mestrado em Direcção e Chefia de Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto  
- Enfermeira no Serviço de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar de S. João

**Objectivo do Projecto:** Dissertação de Mestrado em Direcção e Chefia de Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto

**Local onde decorrerá o Estudo:** Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar de S. João

**Orientador do Projecto:** Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins  
Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto

**Concepção e Pertinência do Estudo:**

Este estudo pretende estudar a aptidão condicionada nos profissionais de saúde no Centro Hospitalar de S. João e irá desenvolver-se no Serviço de Saúde Ocupacional.

De acordo com a lei em vigor a entidade empregadora tem o dever de promover a realização de exames de saúde relacionados com os riscos profissionais das actividades laborais de forma a poder avaliar e comprovar a aptidão física e psíquica dos trabalhadores para as desempenhar.

Em resultado desses exames o trabalhador pode ser considerado apto, apto condicionado ou inapto, temporariamente ou definitivamente para a realização das tarefas laborais.

Perante uma inaptidão ou aptidão parcial o médico deve indicar outras funções que o trabalhador possa desempenhar.

Ao desenvolver-se o estudo em indivíduos com aptidão condicionada os seus resultados afectam todos os trabalhadores dado que a limitação de uns irá condicionar o trabalho dos restantes elementos da organização.

A segurança dos trabalhadores dos serviços de saúde é uma responsabilidade conjunta quer dos profissionais quer da administração no que respeita aos aspectos relacionados com a saúde e a segurança no local de trabalho. À administração compete pugnar pela criação de ambientes saudáveis e seguros onde os profissionais possam desenvolver a sua actividade com um mínimo de risco.

A saúde dos trabalhadores não está no entanto apenas dependente dos riscos profissionais mas também de factores sociais e individuais.

Números recentes (2013) do Eurostat e da O.M.T. referem que por ano morrem na U.E. cerca de 5.700 pessoas de acidentes de trabalho a mais de 159.500 de doenças profissionais.

Enquanto os factores sociais e individuais são mais difíceis de controlar, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais são mais facilmente preveníveis.

Os trabalhadores menores e com mais de 50 anos deverão ser submetidos a exames médicos anuais enquanto que nos restantes os exames serão de 2 em 2 anos além de exames ocasionais.

De acordo com a Direcção Geral de Saúde, a saúde ocupacional também designada como saúde e segurança no trabalho tem como finalidade a prevenção dos riscos profissionais e a protecção e promoção da saúde do trabalhador, visando garantir locais de trabalho saudáveis de forma a

minimizar a exposição profissional a factores de risco, assegurar qualidade de vida no trabalho, alcançar elevados níveis de conforto saúde e bem-estar físico, mental e social aos trabalhadores.

Este estudo tem delineados os seguintes objectivos:

- Identificar a proporção dos profissionais com aptidão condicionada para o trabalho no Centro Hospital de S. João
- Identificar os principais determinantes de aptidão condicionada.
- Identificar o tipo de restrição ou limitação
- Identificar o diagnóstico que motiva a aptidão condicionada
- Calcular a incidência de incapacidade temporária para o trabalho nos profissionais de saúde com aptidão condicionada e compará-la com a dos restantes profissionais

Procurar-se-á também investigar o perfil sociodemográfico dos profissionais com aptidão condicionada e a causa de incapacidade para o trabalho nas pessoas com aptidão condicionada.

A amostra será constituída pelo conjunto de profissionais com aptidão condicionada no Centro Hospitalar de S. João a 30 de Dezembro de 2014.

Os dados referentes à aptidão serão recolhidos através de consulta das fichas de aptidão, os dados do absentismo serão extraídos da base de dados de absentismo do serviço de saúde ocupacional e a informação sobre o diagnóstico retirada do processo clínico.

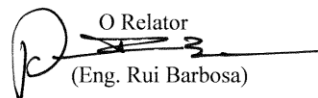
Estes dados serão recolhidos pelo médico de trabalho e inseridos numa base de dados anonimizada.

O elo de ligação é o Director dos Serviços de Saúde Ocupacional.

O estudo prevê-se estar concluído e Julho de 2015.

O estudo afigura-se pertinente e proponho à CES a sua aprovação.

Porto e C.H. de S. João, 2015/02/27

  
O Relator  
(Eng. Rui Barbosa)

## CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

### 7. SEGURO

a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM  (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

NÃO APLICÁVEL


### 8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Ana Emília Pereira Mouta,

abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 19 / Janeiro / 2015

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO	
emitido na reunião plenária da CES de <u>25. Janeiro 2015</u>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.</div>  <p>Relator Filipe Almeida Presidente da Comissão de Ética</p>

VI

## **ANEXO II**

Folha de aptidão condicionada



## Ficha de aptidão

(Portaria n.º 299/2007, de 16 de Março)

Empresa/Entidade	
Designação social	<input type="text"/>
Estabelecimento	<input type="text"/>
Localidade	<input type="text"/>
Serviço de Saúde : Tipo	Interno <input type="checkbox"/> Interempresas <input type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/> Serviço Nacional de Saúde <input type="checkbox"/>
Designação	<input type="text"/>
Serviço de Higiene e Segurança : Tipo	Interno <input type="checkbox"/> Interempresas <input type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>
Designação	<input type="text"/>

Trabalhador	
Nome	<input type="text"/>
Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    Data de nascimento <input type="text"/>
Nacionalidade	<input type="text"/>
Número mecanográfico/outra	<input type="text"/>
Data de admissão	<input type="text"/>
Categoria Profissional	<input type="text"/>
Local de Trabalho	<input type="text"/>
Função proposta	<input type="text"/>
Data de admissão na função	<input type="text"/>

Observações
-------------

Exame Médico	
Data do exame	<input type="text"/>
Tipo	<input type="checkbox"/>
Admissão	<input type="checkbox"/>
Periódico	<input type="checkbox"/>
Ocasional	<input type="checkbox"/>
Após doença	<input type="checkbox"/>
Após acidente	<input type="checkbox"/>
A pedido do trabalhador	<input type="checkbox"/>
A pedido do serviço	<input type="checkbox"/>
Por mudança de função	<input type="checkbox"/>
Por alteração das condições de trabalho	<input type="checkbox"/>
Outro*	<input type="checkbox"/>
*Especifique	<input type="text"/>
Resultado	<input type="checkbox"/>
Apto	<input type="checkbox"/>
Apto condicionalmente	<input type="checkbox"/>
Inapto temporariamente	<input type="checkbox"/>
Inapto definitivamente	<input type="checkbox"/>
Outras funções que pode desempenhar	<input type="text"/>
1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

Outras recomendações
----------------------

Médico do Trabalho	<input type="text"/>	C. P.	<input type="text"/>
Assinatura	<input type="text"/>		
Tomou conhecimento	<input type="text"/>	O responsável de Recursos Humanos	Data <input type="text"/>