UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

HELOISA EHMKE CARDOSO DOS SANTOS

Prevalência de sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas e o
presenteísmo no trabalho de enfermagem

RIBEIRÃO PRETO

2016

HELOISA EHMKE CARDOSO DOS SANTOS

Prevalência de sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas e o
presenteísmo no trabalho de enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientador: Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Santos, Heloisa Ehmke Cardoso dos
Prevalência de sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas e o
presenteísmo no trabalho de enfermagem. Ribeirão Preto, 2016.
166 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.
Orientador: Maria Helena Palucci Marziale

1. Enfermagem. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Transtornos Traumáticos
Cumulativos. 4. Incapacidades. 5. Crenças. 6. Presenteísmo.

SANTOS, Heloisa Ehmke Cardoso dos

Prevalência de sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas e o presenteísmo no trabalho de enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Braz e Sandra, pelo amor, carinho e educação que sempre me concederam e por sempre acreditarem em mim. Vocês são a minha grande motivação!

AGRADECIMENTOS

À Deus, Nossa Senhora e Menina Izildinha, pela proteção, bênçãos e graças concedidas.

À Professora Maria Helena Palucci Marziale, pelos ensinamentos e orientações durante uma longa jornada, e por ter me dado a oportunidade de realizar este e tantos outros trabalhos. Muito obrigada!

Aos meus pais e ao meu irmão Rafael, pelo amor, apoio, companheirismo e por serem minha família.

Ao meu namorado Juninho, pelo amor, apoio, companheirismo, paciência e por estar ao meu lado.

Aos meus familiares, pelo apoio e por estarem sempre por perto.

Aos trabalhadores de enfermagem que aceitaram gentilmente em participar desta pesquisa, tornando-a possível.

À Professora Lisandra e ao Professor Jair Lício, pelas contribuições no exame de qualificação.

Ao Jonas, pelo auxílio e ensinamentos durante a análise dos dados.

Aos meus amigos de laboratório: Camila, Rafael, Fernanda, Tanyse, Dnieber, Janete e Lívia, pela amizade e companheirismo durante anos.

Às minhas amigas Ariadne e Mariana por estarem ao meu lado, me apoiarem e ouvirem sempre.

À minha prima Mariana, pelo ajuda durante o desenvolvimento deste trabalho.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP pela oportunidade de estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudo para a elaboração desta pesquisa.

À todos que colaboraram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

“A persistência é o menor caminho do êxito.”
(Charles Chaplin)

RESUMO

SANTOS, H. E. C. **Prevalência de sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas e o presenteísmo no trabalho de enfermagem.** 2016. 166 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

As doenças musculoesqueléticas representam a maior causa de limitação funcional entre a população adulta. Elas podem estar associadas às atividades ocupacionais, ser influenciadas por fatores culturais e psicossociais, causam sofrimento excessivo, incapacidades para o trabalhador, custos e ausência de produtividade. Objetivo: Identificar as prevalências de sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas em profissionais de enfermagem e sua associação ao presenteísmo no trabalho de enfermagem. Método: Estudo longitudinal com abordagem quantitativa dos dados, realizado em um hospital universitário do interior do estado de São Paulo. A amostra foi composta por 348 trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem). As variáveis estudadas foram: características sociodemográficas, atividades físicas no trabalho, aspectos psicossociais, sintomas musculoesqueléticos, incapacidades para tarefas diárias comuns, saúde mental, crenças e presenteísmo. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: Pesquisa Internacional sobre as Influências Físicas, Culturais e Psicossociais nos Sintomas Musculoesqueléticos e Incapacidades Associadas – *CUPID Questionnaire* e a *Stanford Presenteeism Scale* – SPS-6, ambos traduzidos e validados para uso no Brasil. Os dados foram coletados em 2015 em duas etapas: na primeira foi utilizado o questionário base do *CUPID Questionnaire* e a SPS-6, na segunda o questionário de acompanhamento e o questionário sobre informações básicas do grupo estudado, ambos do *CUPID Questionnaire*. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva, porcentuais, testes estatísticos e análise de regressão. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (protocolo CAAE: 37430614.0.0000.5393). Resultados: A maioria dos participantes do estudo foi mulheres, auxiliares de enfermagem e apresentavam idade média de 42,3 anos na primeira etapa e 42,51 anos na segunda. Dentre os sintomas musculoesqueléticos, a dor lombar foi a mais referida e a que mais ocasionou incapacidades nas duas etapas do estudo, sendo que as atividades cortar as unhas dos pés e realizar tarefas domésticas foram as mais prevalentes. Dos 211 participantes, 74,9% referiram o presenteísmo, além disso, o estudo identificou que as mulheres e os técnicos de enfermagem apresentaram menores escores com relação ao presenteísmo total. A dor lombar foi a que obteve menor pontuação na escala do presenteísmo de acordo com a análise de regressão. Conclusão: os sintomas musculoesqueléticos foram prevalentes e ocasionaram incapacidades para o trabalhador. O presenteísmo atingiu um elevado número de profissionais, está associado às dores musculoesqueléticas e os escores indicaram redução no desempenho do trabalho com relação à concentração mantida e trabalho finalizado. Outros estudos devem ser elaborados para ampliar o conhecimento científico e subsidiar o planejamento de ações preventivas, visando à melhora das condições de trabalho e da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem.

Palavras-chaves: Enfermagem. Saúde do Trabalhador. Transtornos Traumáticos Cumulativos. Incapacidades. Crenças. Presenteísmo.

ABSTRACT

SANTOS, H. E. C. **Prevalence of musculoskeletal symptoms and associated disability and presenteeism in the nursing work.** 2016. 166 p. Dissertation (MSc) - Ribeirao Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Musculoskeletal diseases are the major cause of functional limitation among adults. They may be associated with occupational activities, be influenced by cultural and psychosocial factors, it causes excessive suffering, incapacity for work, costs and loss of productivity. Objective: To identify the prevalence of musculoskeletal symptoms and disabilities associated with nursing workers and their association to presenteeism in the nursing work. Method: Longitudinal study with quantitative approach, it was conducted in a university hospital in the state of São Paulo. The sample consisted of 348 nursing workers (nurses, nursing assistants and nursing technicians). The variables studied were: sociodemographic characteristics, physical activity at work, psychosocial aspects, musculoskeletal symptoms, disability to activities of daily living, mental health, beliefs and presenteeism. The instruments used for data collection were: Cultural Study of Musculoskeletal and Other Symptoms and Associated Disability-CUPID Questionnaire and Stanford Presenteeism Scale - SPS-6, both translated and validated for use in Brazil. Data were collected in 2015 in two stages: the first was used the baseline questionnaire-CUPID Questionnaire and the SPS-6, in the second follow-up questionnaire and the questionnaire background information on cohort, both the CUPID Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, statistical tests and regression analysis. The project was approved by the Ethics Committee of the Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo (CAAE protocol: 37430614.0.0000.5393). Results: Most of the study participants were women, nursing assistants and the mean age was 42.3 years in the first stage and 42.51 years in the second. Among the musculoskeletal symptoms, back pain was the most reported and that most caused disabilities in both phases of the study and the activities like, to cut toe nails and to do household tasks were the most prevalent. Of the 211 participants, 74.9% reported presenteeism, in addition, the study found that women and nursing technicians had lower scores to total presenteeism. Back pain was the lowest score in presenteeism scale according to regression analysis. Conclusion: musculoskeletal symptoms were prevalent and caused incapacity for work. The presenteeism reached a large number of workers are associated with musculoskeletal pain and the scores indicated a decrease in work performance in relation to the concentration and finished work. Other studies should be designed to increase the scientific knowledge and to subsidize the planning of preventive actions, aiming at the improvement of working conditions and quality of life of nursing professionals.

Key-words: Nursing. Occupational Health. Cumulative Trauma Disorders. Disabilities. Beliefs. Presenteeism.

RESUMEN

SANTOS, H. E. C. Prevalencia de síntomas musculoesqueléticos y la discapacidad asociada y presentismo en el trabajo de enfermería. 2016. 166 h. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2016.

Las enfermedades musculoesqueléticas son la principal causa de la limitación funcional de las personas. Pueden estar asociados con las actividades ocupacionales, estar influenciado por factores culturales y psicosociales causar sufrimiento excesivo, la incapacidad para el trabajo, los costos y la falta de productividad. Objetivo: Identificar la prevalencia de síntomas musculoesqueléticos y discapacidades asociadas a los profesionales de enfermería y su asociación con el presentismo en el trabajo de enfermería. Método: Estudio longitudinal con el enfoque de los datos cuantitativos, realizado en un hospital universitario en el estado de Sao Paulo. La muestra fue de 348 trabajadores de enfermería (enfermeras, auxiliares de enfermería y técnicos de enfermería). Las variables estudiadas fueron: características sociodemográficas, la actividad física en el trabajo, aspectos psicosociales, síntomas musculoesqueléticos, discapacidad para realizar tareas comunes de todos los días, la salud mental, las creencias y el presentismo. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: Las influencias físicas, síntomas culturales y psicosociales de las discapacidades musculoesqueléticas asociadas - CUPID Cuestionario y Escala de presentismo de Stanford - SPS-6, ambos traducidos y validados para su uso en Brasil. Los datos fueron recogidos en 2015 en dos etapas: la primera se utilizó el cuestionario basado-CUPID Cuestionario y el SPS-6, en el segundo cuestionario de seguimiento y el cuestionario sobre la información básica del grupo de estudio - CUPID Cuestionario. El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva, porcentajes, las pruebas estadísticas y análisis de regresión. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de Ribeirao Preto de la Universidad de Sao Paulo (protocolo CAAE: 37430614.0.0000.5393). Resultados: La mayoría de los participantes en el estudio eran mujeres, auxiliares de enfermería y la edad media fue de 42,3 años en la primera etapa y 42.51 años en el segundo. Entre los síntomas musculoesqueléticos, dolor de espalda era el más informado y que las discapacidades más causadas en ambas fases del estudio, y las actividades de corta uñas de los pies y realizar las tareas del hogar son los más prevalentes. De los 211 participantes, el 74,9% informó de presentismo, además, el estudio encontró que las mujeres y los técnicos de enfermería tienen rendimientos inferiores a presentismo total. El dolor en la espalda era el que tenía la puntuación más baja en la escala de presentismo, según el análisis de regresión. Conclusión: los síntomas musculoesqueléticos eran prevalentes y ha causado discapacidad laboral. El presentismo alcanzó un gran número de profesionales están asociados con el dolor musculoesquelético y las puntuaciones indica una disminución en el rendimiento en el trabajo en relación con la concentración y el trabajo terminado. Otros estudios deben ser diseñados para aumentar el conocimiento científico y la planificación de acciones preventivas para mejorar las condiciones de trabajo y calidad de vida de los profesionales de enfermería.

Palabras-clave: Enfermería. Salud Laboral. Trastornos de Trauma Acumulados. Discapacidad. Creencias. Presentismo.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Prevalência de uso de teclado por mais de quatro horas entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.	58
Gráfico 2 – Prevalência de movimentos repetitivos do punho ou dos dedos por mais de quatro horas entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.....	59
Gráfico 3 – Prevalência da flexão e extensão repetitiva do cotovelo por mais de uma hora entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.	60
Gráfico 4 – Prevalência sobre trabalhar com as mãos elevadas acima da altura dos ombros por mais de uma hora entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.....	60
Gráfico 5 – Prevalência sobre erguer pesos de 25 kg ou mais utilizando as mãos entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.....	61
Gráfico 6 – Prevalência sobre subir ou descer mais de 30 lances de escada por dia entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.....	62
Gráfico 7 – Prevalência sobre ajoelhar-se ou agachar-se por mais de uma hora no total entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.	63
Gráfico 8 – Prevalência sobre pagamento do trabalho por tarefas produzidas no dia entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.....	64
Gráfico 9 – Prevalência sobre o número pré-determinado de tarefas que se espera que o trabalhador complete no dia entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.	65
Gráfico 10 – Prevalência sobre pagamento de bônus caso o trabalhador produza ou complete mais tarefas do que combinado em um dia entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.....	66
Gráfico 11 – Prevalência de trabalhar sob pressão para completar tarefas até um horário determinado entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.	67
Gráfico 12 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a atividade física e dor no braço, ombro ou mãos. Ribeirão Preto-SP, 2015.....	71
Gráfico 13 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a melhora da dor no braço, ombro ou mãos. Ribeirão Preto-SP, 2015.	72
Gráfico 14 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a necessidade do repouso para a melhora da dor no braço, ombro ou mãos. Ribeirão Preto-SP, 2015.....	73
Gráfico 15 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a negligência da dor no braço, ombro ou mãos e problemas permanentes. Ribeirão Preto-SP, 2015.....	74
Gráfico 16 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre o trabalho ser causador da dor no braço, ombro ou mãos. Ribeirão Preto-SP, 2015.	75
Gráfico 17 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a atividade física e dor lombar. Ribeirão Preto-SP, 2015.	76

Gráfico 18 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a melhora da dor lombar. Ribeirão Preto-SP, 2015.	77
Gráfico 19 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a necessidade do repouso para a melhora da dor lombar. Ribeirão Preto-SP, 2015.	78
Gráfico 20 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a negligência da dor lombar e problemas permanentes. Ribeirão Preto-SP, 2015.	79
Gráfico 21– Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre o trabalho ser causador da dor no braço, ombro ou mãos. Ribeirão Preto-SP, 2015.	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valor dos pontos dos itens das questões sobre saúde mental	46
Tabela 2 – Valor dos pontos dos itens que compõem o SPS-6 ^a	48
Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo características sociodemográficas. Ribeirão Preto-SP, 2015.	50
Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo características ocupacionais. Ribeirão Preto-SP, 2015.	51
Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de dores musculoesqueléticas nos últimos doze meses e no último mês (primeira etapa). Ribeirão Preto-SP, 2015.	52
Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de dores musculoesqueléticas no último mês/após seis meses (segunda etapa). Ribeirão Preto-SP, 2015.	53
Tabela 7 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de incapacidades por dor lombar no último mês. Ribeirão Preto-SP, 2015.	53
Tabela 8 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de incapacidades por dor no pescoço no último mês. Ribeirão Preto-SP, 2015.	54
Tabela 9 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de incapacidades por dor no ombro no último mês. Ribeirão Preto-SP, 2015.	55
Tabela 10 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de incapacidades por dor no cotovelo no último mês. Ribeirão Preto-SP, 2015.	55
Tabela 11 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de incapacidades por dor no punho e/ou mão no último mês. Ribeirão Preto-SP, 2015.	56
Tabela 12 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de incapacidades por dor no joelho no último mês. Ribeirão Preto-SP, 2015.	57
Tabela 13 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo influências psicossociais, sexo e categoria profissional. Ribeirão Preto-SP, 2015....	67
Tabela 14 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo absenteísmo nos últimos 12 meses e nos últimos seis meses relacionado aos problemas musculoesqueléticos e as outras doenças. Ribeirão Preto-SP, 2015.....	80
Tabela 15 – Distribuição dos valores obtidos segundo escores do presenteísmo, sexo e categoria ocupacional entre os trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino. Ribeirão Preto-SP, 2015.	81

Tabela 16 – Distribuição dos valores obtidos segundo escores do presenteísmo e presença de dores no último mês entre os trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino. Ribeirão Preto-SP, 2015.....	83
Tabela 17 – Análise de regressão do escore total do presenteísmo, dor no último mês, categoria profissional e idade entre os trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino. Ribeirão Preto-SP, 2015.....	85

LISTA DE SIGLAS

CUPID	<i>Cultural and Psychosocial Influences on Disability</i>
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DP	Desvio padrão
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
LER/Dort	Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
NR	Normas regulamentadoras
PPRA	Programa de prevenção de riscos ambientais
r_s	Correlação de Spearman
SPS	<i>Stanford Presenteeism Scale</i>
SPSS	<i>Statistical Package of the Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo Geral	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1 O trabalho de enfermagem	25
3.2 Sintomas musculoesqueléticos	28
3.3 Modelo teórico biopsicossocial para o estudo dos DORT e o CUPID <i>Questionnaire</i> ...	31
3.4 O presenteísmo e a <i>Stanford Presenteeism Scale</i> – SPS-6	35
4 MATERIAL E MÉTODO	40
4.1 Tipo de estudo	40
4.2 Local do estudo	40
4.3 População e amostra do estudo	40
4.4 Instrumentos de coleta de dados	41
4.4.1 CUPID <i>Questionnaire</i>	41
4.4.2 <i>Stanford Presenteeism Scale</i> – SPS 6	44
4.5 Procedimentos para a coleta de dados	45
4.6 Procedimentos para a análise dos dados	46
4.7 Aspectos éticos da pesquisa	49
5 RESULTADOS	50
5.1 Características sociodemográficas e ocupacionais	50
5.2 Sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas	51
5.3 Influências físicas, psicossociais e culturais e sintomas musculoesqueléticos	58
5.4 Absenteísmo doença em trabalhadores de enfermagem	80
5.5 Presenteísmo e sintomas musculoesqueléticos	81
6 DISCUSSÃO	90
7 CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	122
Apêndice I – Autorização para o uso do instrumento CUPID	122
Apêndice II – Autorização para o uso da escala SPS-6	123
Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Trabalhador)	124

Apêndice IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Funcionário do RH).....	126
ANEXOS	128
Anexo I – Questionário Base CUPID	128
Anexo II – Escala SPS-6.....	150
Anexo III – Questionário de Acompanhamento CUPID	151
Anexo IV – Questionário de informações básicas do grupo estudado CUPID	161
Anexo V – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa EERP/USP	165
Anexo VI – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa HCFMRP	166

1 INTRODUÇÃO

As doenças musculoesqueléticas representam a maior causa de limitação funcional entre adultos brasileiros e em diversos países, sendo um relevante problema de saúde pública (MONTEIRO; ALEXANDRE; RODRIGUES, 2006). Elas podem estar associadas às atividades ocupacionais, e ser influenciadas por determinantes culturais e influências psicossociais (PALMER et al., 2005). Essas doenças podem ainda ocasionar sofrimento excessivo, incapacidades, custos, ausência de produtividade e perda de emprego (MATSUDAIRA et al., 2011; PALMER et al., 2012).

Pesquisas internacionais têm mostrado uma elevada prevalência de sintomas musculoesqueléticos entre os trabalhadores de enfermagem, sendo superiores a 70,0% (ATTAR, 2014; FREIMANN et al., 2013; LETVAK; RUHM; GUPTA, 2012; TINUBU et al., 2010). No Brasil, essa prevalência apresenta valores acima de 80,0% (MAGNAGO et al., 2010a; RIBEIRO et al., 2012; SOUZA; ALEXANDRE, 2012).

O trabalho de enfermagem é um trabalho extremamente árduo e repetitivo, e demanda realização de atividades de forma contínua, exigindo esforço físico-postural intenso, repetição de movimentos, posições e posturas inadequadas e levantamento de peso (FREITAS et al., 2009; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; ROSA et al., 2008). Ademais, os problemas relacionados ao aparelho osteomuscular são um dos maiores causadores de sofrimento entre essa classe de trabalhadores (LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007).

Dentre os transtornos musculoesqueléticos prevalentes na equipe de enfermagem destacam-se os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT (LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007; MUROFUSE; MARZIALE, 2005; PINAR, 2010), devido às peculiaridades das atividades desenvolvidas, e que se relacionam ao fato deles moverem, transferirem e levantarem pacientes, especialmente pesados ou obesos e que estão incapazes de suportar seu próprio peso devido às suas condições clínicas, às características do trabalho de enfermagem com alta demanda física e à falta de recursos mecânicos ou o levantamento e manipulação de paciente, que na maioria das vezes são realizados manualmente sem dispositivos e sem qualquer outro recurso para auxiliar a atividade desempenhada pelo profissional.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), a denominação relacionada aos DORT foi alterada para Lesões por esforços repetitivos (LER)/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, sendo grafadas por LER/Dort. Elas estão

associadas a inúmeras doenças inflamatórias e degenerativas e são caracterizados como uma síndrome com ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, tais como dor, parestesia, sensação de peso e fadiga. Elas resultam da combinação da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular, com a falta de tempo para sua recuperação (BRASIL, 2012b). São consideradas um grave problema na saúde do trabalhador, acarretando diferentes graus de incapacidade funcional, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (COLUCI; ALEXANDRE; PEDRINI, 2012; MORAES; BASTOS, 2013; MUROFUSE; MARZIALE, 2005), e integram também um assunto complexo em relação ao diagnóstico, tratamento e estabelecimento denexo causal (FREITAS et al., 2009).

Segundo Alexandre (2007) algumas atividades desempenhadas inadequadamente pelos profissionais da equipe de enfermagem podem causar lesões nas costas dos trabalhadores, como o levantamento de peso excessivo, o levantamento e manuseio de cargas de modo incorreto, manutenção de posturas estáticas por tempo prolongado e outras condições que desencadeiam movimentos de rotação da coluna vertebral, flexões e extensões. Outros fatores como trabalho por turnos, tarefas múltiplas, repetitividade e monotonia durante a prática laboral, esforço físico intenso, postura incorreta e ansiedade podem favorecer a ocorrência de LER/Dort (SOUZA; ALEXANDRE, 2012).

Zanon e Marziale (2000) avaliando a postura corporal adotada por trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes constataram que este procedimento técnico requer grande esforço físico, utilização de boa mecânica corporal, mobiliários e equipamentos adequados. Contudo, ao observarem a adoção de posturas corporais desarmônicas e a não utilização de equipamentos facilitadores do cuidado, como por exemplo, elevadores de pacientes e macas com alturas reguláveis notaram que estes procedimentos acarretavam em sobrecarga física no profissional de enfermagem, podendo ser considerado uma atividade penosa que promove danos à saúde, principalmente em relação ao surgimento dos distúrbios osteomusculares.

Os padrões posturais assumidos pelos trabalhadores de enfermagem na execução de suas atividades com pacientes acamados foram objetos de estudo realizado por Marziale e Robazzi (2001), que constataram que em 86,6% da jornada de trabalho os profissionais de enfermagem adotavam atitudes posturais desarmônicas em relação à posição do dorso, braços e pernas, e permaneciam 59,1% do tempo com a coluna inclinada. Além disso, fatores como a falta de organização no ambiente de trabalho, a sobrecarga física decorrente da movimentação de pacientes, a falta de pessoal e equipamentos foram considerados penosos pelos trabalhadores.

Os distúrbios musculoesqueléticos são causas de morbidade, incapacidade e impacto econômico significativo. Consequências graves podem ser desencadeadas por esses distúrbios, ocasionando incapacidades permanentes e/ou temporárias para o desenvolvimento das atividades de vida diária e atividades laborais, acarretando o surgimento de doenças crônicas, deficiência, perda de produtividade no trabalho e demanda de cuidados de saúde (COGGON, 2005). Eles interferem também na saúde dos trabalhadores de enfermagem, pois o surgimento de dores crônicas acarreta problemas na saúde mental, humor e indisposição desses profissionais (FERRARI, 2009; FERRARI et al., 2010).

Em algumas situações os sintomas surgem por alguma patologia diagnosticada na coluna vertebral ou nos membros superiores, sendo caracterizada por alguma hérnia ou compressão do nervo periférico no túnel do carpo. Entretanto, na maioria das vezes a patologia relacionada aos sintomas musculoesqueléticos está implícita e não há uma explicação patológica subjacente, e os sintomas são classificados como não específicos (COGGON et al., 2012).

Coggon (2005) menciona que tanto a doença quanto a deficiência causada por exposições ocupacionais não estão relacionadas apenas com uma patologia orgânica detectável. O desenvolvimento e a persistência de sintomas musculoesqueléticos não específicos são influenciados por crenças em saúde culturalmente determinadas, bem como por atividades físicas e saúde mental.

Nesse contexto, Vargas-Prada e Coggon (2015) referem que as crenças são ideias, atitudes e/ou expectativas que influenciam na saúde e doença e nos comportamentos relacionados a elas, e são desenvolvidas ao longo da vida por meio da experiência e aprendizagens; por outro lado a saúde mental evidencia que as influências de humor interferem na ocorrência e persistência da dor.

Segundo Vargas-Prada e colaboradores (2013b), a dor na região lombar surge a partir de uma lesão na coluna vertebral, contudo a saúde mental, crenças e sintomas somáticos são fatores que podem causar e persistir a dor.

O estresse e a angústia podem ocasionar a presença de sintoma musculoesquelético, prolongando a duração da tensão muscular por meio da alteração dos estímulos nociceptivos, interferindo no enfrentamento e modificando as respostas físicas e comportamentais (PALMER et al., 2005). Os referidos autores avaliando a associação da dor musculoesquelética e a presença de sintomas somáticos, encontraram que há uma forte relação entre esses problemas, concluindo que a presença desses sintomas podem ser

considerados fatores de risco para a piora de um quadro de sintoma musculoesquelético (PALMER et al., 2005).

A dor pode ser caracterizada como uma situação que pode estar associada a algum dano no tecido corporal, e é considerada uma experiência subjetiva e pessoal (FREITAS et al., 2009). A dor crônica na maioria das situações está relacionada com os sintomas musculoesqueléticos e pode ser classificada em localizada, regional ou generalizada e associar-se à outros sintomas como fadiga, insônia, dificuldade de memória e transtornos de humor (SARZI-PUTTINI; ATZENI; MEASE, 2011).

Segundo Coggon (2005) a resposta psicológica à dor é estimulada por um fator externo e também pode ser influenciada pelas características individuais e culturais.

Os sintomas musculoesqueléticos frequentes nos distúrbios musculoesqueléticos têm resultado em afastamentos no trabalho de enfermagem (absenteísmo), por meio de licença médica, falta abonada ou compensada, e falta justificada e injustificada (SANCINETTI et al., 2009). Entretanto, muitas vezes o trabalhador permanece no local de seu trabalho mesmo com alguma dor, por meio da utilização de medicamentos e afastando-se somente em situações extremas, quando os sintomas já estão agravados e até irreversíveis (LOIOLA; FELLI, 2008).

O absenteísmo é definido como a falta do empregado ao trabalho, ou seja, os períodos em que os empregados de uma instituição se encontram ausentes, devido a algum motivo interveniente (CHIAVENATO, 1994). Ele está relacionado à frequência ou duração do tempo de trabalho perdido quando os trabalhadores não comparecem ao trabalho e, corresponde às ausências quando se esperava que eles encontrassem presentes (SANCINETTI et. al., 2011).

O presenteísmo é um fenômeno nem sempre aparente, neste sentido é possível saber quando um trabalhador não comparece ao trabalho, mas muitas vezes é impossível perceber quando e quanto uma doença ou condição médica está dificultando o trabalho de um indivíduo. Ele é caracterizado pela condição em que os trabalhadores comparecem ao local de trabalho, e realizam as atividades referentes às suas funções de maneira não produtiva, sem proporcionar um bom desempenho por doenças e/ou problemas relacionados ao trabalho (HEMP, 2004).

Segundo Johns (2010) a correlação entre presenteísmo e absenteísmo pode ser comparada com um *iceberg*, onde a parte menor e mais aparente se relaciona ao absenteísmo, e a parte maior e que se situa abaixo da superfície seria o presenteísmo. Diferentemente do absenteísmo, o presenteísmo é um fenômeno nem sempre visível, assim, é provável saber quando um trabalhador não comparece ao trabalho, mas, na maioria das vezes, não se sabe

referir se uma doença ou um problema de saúde afeta o desempenho de algum trabalhador (HEMP, 2004).

O presenteísmo está relacionado aos problemas de saúde gerados pelas doenças profissionais, perda de produtividade, qualidade do trabalho a ser realizada, consequência de excesso de trabalho, sentimento de insegurança, além de afetar negativamente a produtividade e o desempenho do trabalhador (HEMP, 2004; KOOPMAN et al., 2002; PASCHOALIN et al., 2013; UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012). Ele pode relacionar-se a sobrecarga familiar (ARONSSON; GUSTAFSSON; DALLNER, 2000), fatores pessoais e relacionados ao trabalho (JOHNS, 2010), fatores psicossociais do trabalho (DEMEROUTI et al., 2009), cultura organizacional (CANCELLIERE et al., 2011), satisfação no trabalho, situação de saúde e absenteísmo (KROHNE; MAGNUSSEN, 2011).

O presenteísmo tem sido motivo de preocupação entre a população trabalhadora (ROJAS, 2007), no entanto alguns autores descrevem que na equipe de enfermagem ele é considerado um problema contemporâneo e mal diagnosticado, e pode representar consequências graves e riscos para os trabalhadores, instituição e usuários de saúde (PASCHOALIN; GRIEP; LISBOA, 2012).

Segundo Paschoalin (2012), o presenteísmo afeta a qualidade do trabalho desempenhado refletindo em erros e omissões nas tarefas, e é reconhecido como um dos fatores de risco para um futuro absenteísmo por doença.

Tanto o absenteísmo quanto o presenteísmo se correlacionam com a perda de produtividade, contudo o absenteísmo é um fenômeno concretamente identificado, vastamente investigado e os custos podem ser mensurados, porém o presenteísmo é um fenômeno recente, muitas vezes não identificado pelas instituições empregadoras, e os custos a ele relacionados são mais difíceis de serem quantificados (BÖCKERMAN; LAUKKANEN, 2010; PASCHOALIN, 2012; PASCHOALIN et al., 2013).

Estudos sobre presenteísmo no trabalho de enfermagem e sua relação com problemas de saúde são necessários para o planejamento de medidas preventivas e de reorganização do trabalho, visando à melhoria da qualidade de vida e do trabalho dos profissionais de enfermagem (PASCHOALIN, 2012).

Considerando que os problemas musculoesqueléticos são incidentes na população de trabalhadores de enfermagem, que o presenteísmo no trabalho de enfermagem já fora identificado em estudos anteriormente realizados (LETVAK; RUHM; GUPTA, 2012; MARTINEZ; FERREIRA, 2012; PASCHOALIN, 2012; PASCHOALIN et al., 2013; QUEIROZ-LIMA; SERRANHEIRA, 2016; UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012) e que

medidas para prevenir o problema são necessárias, nos motivamos a buscar respostas ao seguintes questionamentos:

- Qual a prevalência de sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas em profissionais de enfermagem?

- Os sintomas musculoesqueléticos em profissionais de enfermagem causam presenteísmo?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar as prevalências de sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas em profissionais de enfermagem e sua associação ao presenteísmo no trabalho de enfermagem.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar as características sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem;

Identificar as informações básicas relativas à proteção do trabalhador relacionada a pagamentos e indenizações durante afastamentos, sistema de compensação para acidentes de trabalho e acesso a serviço ocupacional na instituição empregadora;

Identificar as prevalências de sintomas musculoesqueléticos e incapacidades a eles associadas em trabalhadores de enfermagem;

Identificar as influências físicas, psicossociais e culturais associadas aos sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem;

Levantar a ocorrência de absenteísmo doença em trabalhadores de enfermagem;

Identificar o presenteísmo relacionado a sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem;

Avaliar a associação entre sintomas musculoesqueléticos e o presenteísmo entre trabalhadores de enfermagem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O trabalho de enfermagem

O trabalho de enfermagem relaciona-se com o cuidado à saúde e qualidade de vida das pessoas, família e coletividade, e atua na promoção, recuperação e reabilitação da saúde do ser humano, com autonomia e conformidade com a ética. Ele é compreendido por conhecimentos próprios científicos e técnicos, embasado por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas e estão associados ao ensino, pesquisa e assistência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

A prática da enfermagem pode ser desempenhada por pessoas habilitadas legalmente para a profissão, sendo exercida pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira, respeitando os diferentes graus de habilitação (BRASIL, 1986).

Segundo a Lei 7498/86 (BRASIL, 1986),

[...] os enfermeiros exercem todas as atividades de enfermagem competindo-lhe a direção, chefia e organização do serviço de enfermagem; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência em enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer; consulta e prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos à pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade que necessitam de conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões; participação no planejamento, execução e avaliação do programa de saúde; participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação; prevenção e controle da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução do parto sem distorcia e educação visando à melhoria de saúde da população. Os técnicos de enfermagem exercem atividades de nível médio, abrangendo a orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem com relação à programação da assistência de enfermagem; execução das ações assistenciais de enfermagem exceto as privativas do enfermeiro; participação da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar e participação da equipe de saúde. Os auxiliares de enfermagem exercem atividades de nível médio, de natureza repetitiva, sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, competindo-lhe observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento

simples; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e participar da equipe de saúde.

Os trabalhadores de enfermagem estão sujeitos a inúmeros riscos no local de trabalho, e isso pode interferir na qualidade de vida do trabalhador, na qualidade da assistência prestada ao paciente (BELEZA et al., 2013), causar adoecimento, absenteísmo, presenteísmo e custos para as instituições (PASCHOALIN, 2012).

Os riscos ocupacionais estão descritos nas normas regulamentadoras (NR) (BRASIL, 1978) mais especificamente na NR 9 que retrata sobre o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e na NR 32 que discorre sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde (SILVA; LIMA; MARZIALE, 2012). Eles são definidos como condição ou conjunto de situações que tem a capacidade de ocasionar efeito adverso, como morte, lesões, doenças ou danos à saúde, à propriedade ou ao meio ambiente (BRASIL, 2001a).

Originados a partir das práticas das atividades laborais insalubres e perigosas, os riscos ocupacionais são capazes de acarretar efeitos adversos à saúde do trabalhador (CASTRO; FARIAS, 2008). Eles podem atingir o equilíbrio físico, mental e social dos trabalhadores (MIRANDA; STANCATO, 2008), e estão relacionados às condições socioeconômicas, idade, condição física do trabalhador, estresse e insatisfação no trabalho predispondo a ocorrência de doenças ocupacionais (MENZEL, 2007).

Os fatores de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores relacionados ao trabalho podem ser classificados em cinco grupos: físicos (relacionam-se as agressões ou condições de natureza ambiental), químicos (agentes ou substâncias químicas sob a forma líquida, gasosa, partículas e poeiras), biológicos (microorganismos associados ao trabalho em hospitais, laboratórios, agricultura ou pecuária), ergonômicos e psicossociais (decorrentes da organização e gestão do trabalho) e de acidentes (relacionados à proteção de máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros) (BRASIL, 2001a).

Os riscos relacionados a não adequação aos padrões de ergonomia na equipe de enfermagem são aqueles que afetam diretamente a relação entre o trabalho e trabalhador. Eles são consequentes da má postura durante a realização dos procedimentos e cuidados prestados aos pacientes, inadequação dos mobiliários e da manutenção dos equipamentos, da movimentação incorreta do paciente e da organização da área física da unidade de trabalho. Essas condições são caracterizadas pela presença de sintomas musculoesqueléticos, como

dores nas costas e outros agravos (ABDALLA et al., 2014; CHIODI; MARZIALE, 2006; MAGNANO et.al., 2007).

Os riscos psicossociais geram desgaste ao organismo acarretando o adoecimento do trabalhador, decorrentes da escassez de tempo no trabalho, excesso de trabalho, contato próximo com o sofrimento dos pacientes, exigência de produtividade, relações de trabalho autoritárias e falhas no treinamento, e supervisão dos trabalhadores (BRASIL, 2001b). O risco psicossocial é considerado um risco relevante dentro da prática laboral, pois através dele problemas subjetivos podem ocorrer em função da atividade do trabalho, afetando a saúde do trabalhador (CASTRO; FARIAS, 2008).

A organização do trabalho (aumento da jornada de trabalho, horas extras excessivas, ritmo acelerado, déficit de trabalhadores), os fatores ambientais (mobiliários inadequados, iluminação insuficiente) e as possíveis sobrecargas de segmentos corporais em determinados movimentos (força excessiva para realizar determinadas tarefas, repetitividade de movimentos e posturas inadequadas no desenvolvimento das atividades laborais) são os principais fatores de risco relacionados aos distúrbios musculoesqueléticos entre os trabalhadores de enfermagem (MAGNAGO et al., 2007).

As lesões musculoesqueléticas estão relacionadas com a realização de atividades laborais estressantes e não ergonômicas. Além disso, os fatores de riscos psicossociais, como satisfação no trabalho e humor, são considerados determinantes para o surgimento de distúrbios musculoesqueléticos entre os trabalhadores de enfermagem (BONGERS; KREMER; TER LAAK, 2002; HOOGENDOORN et al., 2000; PALMER et al., 2005), dessa forma, relacionar os riscos psicossociais com a causa da doença osteomuscular é essencial para identificar as exposições a que os trabalhadores estão expostos e elaborar intervenções preventivas e terapêuticas (CDC, 1997).

Durante a jornada de trabalho, o profissional de enfermagem assume várias posturas diferentes, inclusive más posturas, pois esse tipo de trabalho demanda esforços físicos repetitivos, transporte manual de peso, movimentação dos pacientes, e consequentemente acarreta uma postura inadequada e prejudicial dos profissionais para a sua saúde, por desconhecimento próprio dos agravos dessas atividades errôneas, falta de informação sobre ergonomia e biomecânica corporal, e incompatibilidade de equipamentos, objetos e outros (ABDALLA et al., 2014; NELSON et al., 2003; VÉLEZ; AGUIAR; SANTOS, 2004).

Marziale e Carvalho (1998) ao avaliar a situação ergonômica de uma unidade de um hospital filantrópico, verificaram que as inadequadas condições do ambiente de trabalho,

principalmente dos mobiliários e instrumentos, levaram os trabalhadores a assumirem uma má postura corporal com movimentos de torção da coluna vertebral.

Estudo internacional realizado por Stucke e Menzel (2007) constatou que a manutenção de posturas inadequadas durante o transporte de pacientes, o uso de camas com dispositivos de ajuste manual, macas sem regulagem de altura e ausência de equipamentos para mobilização e transferência de pacientes foram os fatores contribuintes para os DORT.

Abdalla e colaboradores (2014) em estudo realizado com trabalhadores de enfermagem verificaram que, atividades como colocação de pacientes na cama, administração de medicamentos em pé, realização de banho no leito, uso de camas com dispositivo de ajuste manual e de macas sem regulagem de altura são atividades que apresentaram um elevado risco para o desenvolvimento de DORT em profissionais de enfermagem.

A coluna lombar é o local de corpo mais atingido pela dor entre os trabalhadores de enfermagem, e tal situação relaciona-se com atividades de movimentação a manutenção de posturas estáticas, flexão por tempo prolongado e o transporte de pacientes (ALEXANDRE; ANGERAMI, 1993; ALEXANDRE, 1998; BOTHÁ; BRIDGER, 1998; SOUZA; ALEXANDRE, 2012). As dores nos ombros e na região cervical estão associadas com a prestação de cuidados aos pacientes e a ação de arrastar ou empurrar camas, macas e cadeiras de rodas (BOTHÁ; BRIDGER, 1998).

3.2 Sintomas musculoesqueléticos

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) as LER/Dort associam-se a várias doenças inflamatórias e degenerativas, e são caracterizados como uma síndrome com ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, como dor, parestesia, sensação de peso, fadiga e limitação de movimento, além disso, resultam da combinação da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular, com a falta de tempo para sua recuperação (BRASIL, 2012b). Atingem geralmente os membros superiores, região escapular, região cervical, podendo acometer também os membros inferiores (BRASIL, 2012b; CDC, 1997), podem surgir insidiosamente e evoluir de forma rápida caso não aconteçam mudanças nas condições de trabalho (BRASIL, 2012b). Esses sintomas são caracterizados por lesões devido à utilização excessiva do sistema osteomuscular, resultante da repetição de movimentos, uso contínuo de músculos e falta de tempo para sua recuperação (OLIVEIRA et al., 2015).

Esses sintomas interferem tanto nas atividades laborais, quanto nas atividades de vida diária, e provocam sentimentos nos trabalhadores adoecidos, como impotência, inutilidade, abandono e fracasso, podendo ser intensificados a partir do momento em que as tarefas são dificultadas devido ao problema musculoesquelético (FREITAS et al., 2009). A dor foi o sintoma musculoesquelético mais prevalente entre a equipe de enfermagem segundo estudos realizados (FREITAS et al., 2009; SOUZA; ALEXANDRE, 2012).

De acordo com Madan e colaboradores (2008), a dor musculoesquelética é uma importante causa de incapacidade entre adultos em idade ativa. Neste contexto, essa dor e as incapacidades associadas a ela para a realização das atividades cotidianas, como lavar, vestir-se e executar tarefas domésticas, estão relacionadas também as atividades ocupacionais que provocam estresse nos tecidos (PALMER et al., 2005).

Kisner e Colby (2009) definem incapacidade como a ausência de habilidade para a realização ou colaboração nas atividades ou tarefas relacionadas à própria pessoa, moradia, trabalho, recreação ou comunidade, e inclui a funcionalidade do indivíduo no ambiente, incluindo as atividades básicas de vida diária e habilidades cotidianas mais difíceis, sendo exemplificadas pelos cuidados pessoais, mobilidade, tarefas ocupacionais, gerenciamento da casa, cuidado dos dependentes, atividades de recreação e lazer, responsabilidades e serviços na comunidade.

Estudo realizado no Sri Lanka entre carteiros, costureiros, enfermeiros e operadores de computador, constataram que a dor na região lombar foi a mais prevalente, sendo os enfermeiros os trabalhadores mais acometidos (30,0%); já entre os operadores de computador e entre os carteiros, 16,0% relataram dor no pescoço e 23,0% referiram dor no punho, respectivamente, além disso, a presença de dor em alguma região do corpo provocou incapacidades (WARNAKULASURIYA et al., 2012).

Sadeghian, Hosseinzadeh e Aliyari (2014) desenvolveram um estudo entre enfermeiros de um hospital no Irã, e identificaram que 58,9% dos trabalhadores apresentam lombalgia nos últimos 12 meses, destes 18,6% relataram incapacidades associadas ocasionadas pela dor lombar.

Os profissionais da área da saúde que atuam em hospitais são um dos profissionais sujeitos a ocorrência desses sintomas, tendo em vista as diversas circunstâncias desgastantes presentes no referido ambiente laboral (BOS et al., 2007). Nesse contexto, a enfermagem é uma profissão predisposta a várias situações de risco durante o desenvolvimento do seu trabalho que podem causar acidentes e doenças ocupacionais (MAGNAGO et al., 2007; MAGNAGO et al., 2010a; MUROFUSE; MARZIALE, 2005), devido aos fatores

ergonômicos, organizacionais e psicossociais presentes nesse ambiente (CDC, 1997; MORAES; BASTOS, 2013; MOREIRA; MENDES, 2005; PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 2002).

Segundo Moreira e Mendes (2005) os fatores de natureza ergonômica estão relacionados à frequente repetitividade de um mesmo movimento, esforço excessivo e mobiliário inadequado, provocando uma adoção de posturas incorretas dos trabalhadores durante a prática laboral. Os fatores organizacionais são representados pela prática de atividades monótonas e fragmentadas, exigindo movimentação repetitiva no trabalho, jornadas prolongadas e ritmo intenso de trabalho, ausência de pausas durante a prática laboral e inadequação no número de funcionários; já os fatores psicossociais compreendem a pressão excessiva por parte da chefia, acúmulo de trabalho, tensão e problemas no relacionamento interpessoal.

No trabalho de enfermagem os distúrbios osteomusculares podem vincular-se ao desenvolvimento de atividades de higienização dos pacientes, limpeza e organização dos leitos, transporte e manipulação dos pacientes, repetição de movimentos, realização de curativos, levantamento e carregamento de peso (ABDALLA et al., 2014; FREITAS et al., 2009; LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007; MUROFUSE; MARZIALE, 2005; PINAR, 2010; TINUBU et al., 2010). Tais atividades associam-se ao processo de trabalho com a realização de atividades repetitivas e monótonas, esforço físico e postural intenso, fatores psicossociais e também algumas características biológicas e individuais (FREITAS et al., 2009; SOUZA; ALEXANDRE, 2012).

Gurgueira, Alexandre e Corrêa Filho (2003) investigaram a prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadoras de enfermagem, e identificaram que 93,0% das participantes relataram algum tipo de sintoma musculoesquelético em alguma região do corpo, atingindo principalmente a região lombar, ombros, joelhos e região cervical. Segundo um estudo realizado por Freitas e colaboradores (2009) a prevalência dos sintomas musculoesqueléticos em pelo menos um segmento corporal foi de 83,4%, considerando a região lombar, pernas, pescoço, dorso e ombros as mais prevalentes. Os sintomas musculoesqueléticos surgiram em 85,0% dos enfermeiros em um estudo feito na Arábia Saudita, com uma prevalência de 65,7% na região lombar.

Diante do exposto, os sintomas musculoesqueléticos entre os profissionais de enfermagem são prevalentes e provocam alterações em vários aspectos, pois o sofrimento e as limitações relacionadas à dor musculoesquelética podem afetar o trabalhador tanto

fisicamente quanto psicologicamente (FREITAS et al., 2009; LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007; SOUZA; ALEXANDRE, 2012).

3.3 Modelo teórico biopsicossocial para o estudo dos DORT e o CUPID *Questionnaire*

Dentre os modelos teóricos existentes para o estudo dos DORT, Engel (1977) evidencia o modelo biomédico e o biopsicossocial.

O modelo biomédico era o mais comumente utilizado para o tratamento de doenças, aprofunda o conhecimento científico nas áreas de anatomia, biologia e fisiologia, e foi pautado em uma visão dualista, onde a mente e o corpo funcionam separadamente e de forma independente (ENGEL, 1977). Ele ressalta que a doença pode ser totalmente explicada apenas pela dimensão biológica, não considerando que as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais possam interferir no surgimento do problema de saúde (ENGEL, 1977).

Engel (1977) refere também que esse modelo desconhece a importância de considerar a relação paciente-doença nos âmbitos sociais, psicológicos e culturais, bem como nos âmbitos fisiológicos, anatômicos e da bioquímica.

Neste contexto, o modelo biomédico caracterizou a ciência por muitos séculos. Entretanto, com as limitações, foi proposta a criação de outro modelo alternativo e atual (ENGEL, 1977), pois a característica incapacitante do modelo biomédico relaciona-se a não inclusão do paciente e seus atributos como um ser humano, e ele não é capaz de analisar a pessoa e o seu problema de saúde como um todo.

Dessa forma, o modelo biopsicossocial foi criado a fim de fornecer uma base de compreensão dos determinantes da doença, e então aproximar-se de um tratamento racional e de acordo com os padrões de cuidados de saúde. Ele analisa o paciente no seu contexto social, além de auxiliá-lo a lidar com as implicações negativas do problema de saúde (ENGEL, 1977). Neste modelo, os sintomas referidos devem ser contextualizados em uma interação dinâmica entre fatores fisiológicos, psicológicos e sociais (PENNEY, 2013).

Ele foi descrito por Engel (1977) e tem seu enfoque no paciente, doença, ausência de bem-estar e na complexa interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais envolvidos. Nesse modelo a abordagem clínica é realizada por meio de todas as informações e dados que envolvem o ser humano e seu problema de saúde, para a realização de um estudo mais aprofundado e uma assistência completa ao paciente (ENGEL, 1981; PENNEY, 2013).

Segundo Gatchel (2004) a doença é definida como um evento biológico que envolve o rompimento de estruturas específicas do corpo causada por mudanças anatômicas, psicológicas e patológicas. Já a ausência de bem-estar está relacionada à convivência e as respostas aos sintomas da doença da pessoa doente e dos membros de sua família.

A diferença entre doença e ausência de bem-estar é equivalente à distinção que pode ser realizada entre nocicepção e dor. A nocicepção está relacionada à estimulação dos nervos que transmitem informações sobre o dano potencial ao cérebro. Entretanto, a dor é uma percepção subjetiva que resulta em transmissão, transdução e modulação da informação sensorial (GATCHEL et al., 2007).

Engel (1977) e Waddell (2002) referem que existe uma evidência clínica de que os sintomas musculoesqueléticos e a doença são acarretados por meio de uma condição de saúde, mas o desenvolvimento da cronicidade e incapacidade está relacionado aos fatores psicossociais. Assim, a doença humana e a incapacidade associada com condições musculoesqueléticas não específicas devem ser abordadas e entendidas por meio do modelo biopsicossocial, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais (BURTON et al., 2009; PENNEY, 2013).

O modelo biopsicossocial apresenta uma relação linear entre doença, sintomas e incapacidade para o trabalho (WADDELL, 2006). Segundo Penney (2013), esse modelo é o modelo mais adequado para a compreensão de sintoma musculoesquelético.

Para que a dor musculoesquelética seja totalmente compreendida devem ser consideradas as mudanças biológicas, estado psicológico e o contexto sociocultural no qual o paciente está incluso (GATCHEL et al., 2007). Além disso, há evidências de que essas dores estão associadas à incapacidade física, distúrbios emocionais e problemas sociais (KEEFE et al., 2004; LINTON, 2000; PINCUS et al., 2002).

Segundo Spurgeon, Gompertz e Harrington (1997) os problemas musculoesqueléticos são uma das principais causas de afastamento do trabalho, e, além disso, são difíceis de diagnosticar, definir e atribuir uma causa específica. Sendo assim, para que seja realizada uma investigação e gestão dos problemas musculoesqueléticos relacionados à saúde ocupacional, é necessário que o problema seja percebido no ambiente de trabalho, e uma atenção voltada para os potenciais mecanismos que acarretam tais problemas, tanto nos aspectos físicos quanto nos psicológicos sejam considerados (SPURGEON; GOMPERTZ; HARRINGTON, 1997).

Spurgeon e colaboradores (1997) referem que as atitudes e crenças dos indivíduos interferem fortemente na percepção dos problemas de saúde dessas pessoas, sendo o estresse,

a satisfação com a vida e o nível de conhecimento, os fatores que mais influenciam. De acordo com Waddell (1993) as crenças são originadas a partir da experiência de como a atividade pode afetar a dor, e como essa dor pode ser modificada por meio dos fatores cognitivos e afetivos.

Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho estão sujeitos às influências culturais, cronicidade e deficiência associada (MADAN et al., 2008).

Neste contexto, dentre os estudos que pesquisaram as influências culturais, destaca-se o estudo multicêntrico elaborado por Coggon (2013) que investigou a contribuição de crenças de saúde culturalmente determinadas e outros fatores de riscos psicossociais e econômicos, e a incapacidade decorrente de doenças musculoesqueléticas, desenvolveu e validou o instrumento “*Cultural and Psychosocial Influences on Disability (CUPID) Questionnaire*”, que permite analisar a prevalência dos sintomas e incapacidades dos trabalhadores que realizam trabalhos com demandas físicas semelhantes, e também possibilita identificar os fatores de risco para a incidência, persistência e deficiência em ambientes variados (COGGON et al., 2012; FERRARI, 2010).

Freimann e colaboradores (2013) realizaram um estudo na Estônia para identificar a prevalência, localização e os determinantes que influenciam nas doenças musculoesqueléticas entre trabalhadores de enfermagem. Dentre os trabalhadores que participaram do estudo, a lombar foi o local mais afetado pela dor musculoesquelética, apresentando uma prevalência de 56,1%. Segundo o estudo, 60,0% dos participantes apresentaram dor em mais de um local anatômico no último ano e 40,0% no último mês. Além disso, os autores afirmam que fatores psicológicos e sintomas somáticos estão relacionados com a dor musculoesquelética.

Vargas-Prada et al. (2013b) desenvolveram um estudo longitudinal com enfermeiros e trabalhadores de escritórios, ambos espanhóis, para associar a presença de sintomas musculoesqueléticos com saúde mental, tendência somatizante e incapacidades associadas. Dentre os 971 participantes, 579 (59,6%) referiram dor lombar no último mês e 41 (7,1%) relataram a presença de dor incapacitante após 12 meses. De acordo com a pesquisa, os fatores como mau humor e tendência somatizante estão associados com a presença da dor lombar, bem como suas incapacidades. Identificou-se também que as crenças negativas aumentaram o risco para a dor lombar.

Em estudo desenvolvido em 47 grupos ocupacionais de 18 países, dentre eles, os trabalhadores de enfermagem, foi identificado que há uma forte associação entre exposição à carga física no trabalho, idade avançada, tendência somatizante e problemas de saúde mental com a presença de dor musculoesquelética nos últimos 12 meses. As crenças negativas

influenciaram diretamente no desenvolvimento do trabalho e no prognóstico de dor musculoesquelética. Dentre os aspectos psicossociais destaca-se que a insatisfação e a pressão no trabalho apresentaram fortes associações com problemas musculoesqueléticos (COGGON et al., 2013).

Considerando os resultados da aplicação do CUPID *Questionnaire* em diversos estudos e os indicadores de confiabilidade do questionário (0,80) (FERRARI, 2009), o referido instrumento foi selecionado para ser utilizado na presente pesquisa.

O CUPID *Questionnaire* é um instrumento que verifica as características sociodemográficas, atividades físicas no trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, sintomas musculoesqueléticos em vários sítios anatômicos associados à incapacidade para tarefas diárias comuns, saúde mental, tendência para se preocupar com os sintomas somáticos comuns (não musculoesqueléticos), bem como crenças sobre a natureza e a gravidade dos DORT (FERRARI, 2009). Ele foi desenvolvido originalmente na língua inglesa e posteriormente traduzido e validado em vários países. No Brasil o referido processo foi realizado por Ferrari (2009), e denominado “Pesquisa Internacional sobre as Influências Físicas, Culturais e Psicossociais nos Sintomas Musculoesqueléticos e Incapacidades Associadas”.

O questionário CUPID foi construído a partir de outros questionários (FREIMANN et al., 2013; HOE et al., 2012). As questões sobre os sintomas musculoesqueléticos foram adaptadas do instrumento *Nordic Questionnaire of Musculoskeletal* (KUORINKA et al., 1987) que avalia a presença de queixas dos sintomas osteomusculares, não fornecendo um diagnóstico clínico do problema, mas sim um diagnóstico do ambiente de trabalho, local de trabalho e ferramentas utilizadas pelo trabalhador. Ele é composto por questões binárias sobre nove regiões do corpo (pescoço, ombros, região dorsal, cotovelos, punhos/mãos, coluna lombar, quadris/coxas, joelhos e tornozelos/pés), interrogando sobre a presença da dor nas referidas regiões durante 12 meses de trabalho precedentes (KUORINKA et al., 1987). As perguntas do CUPID *Questionnaire* sobre crenças, medo e evasão foram construídas por meio do *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* (WADELL et al., 1993), cujo objetivo é investigar o medo, as crenças e o comportamento de evasão dos indivíduos em relação à atividade física e trabalho (ABREU et al., 2008). As questões sobre sintomas somáticos foram elaboradas por meio do *Brief Symptom Inventory* (DEROGATIS; MELISORATOS, 1983), e classificadas de acordo com o número total de sintomas (desmaio ou tonturas, dores no peito, náuseas ou dor no estômago, dificuldades para respirar e ondas de calor ou frio) ocorridos no período de uma semana. Além disso, as questões sobre a saúde mental foram extraídas do *Short-Form 36* (SF-

36) e investigam a respeito do estado de saúde do trabalhador (bom, médio ou ruim) (WARE; SHERBOURNE, 1992). As perguntas sobre a pressão do tempo no trabalho foram baseadas no modelo de Karasek (KARASEK, 1979).

O CUPID *Questionnaire* é composto por três partes, sendo um questionário base, que é capaz de coletar dados sobre os trabalhadores, tais como: características sociodemográficas, atividades ocupacionais, aspectos psicossociais do trabalho, opinião sobre a própria saúde, sintomas psicológicos, sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas, outros sintomas somáticos, ausência ao trabalho por doença no último ano e a relação para a persistência do sintoma de DORT; um questionário de acompanhamento que avalia o andamento e o impacto dos sintomas musculoesqueléticos após o intervalo de um ano, e verifica se houve mudança no trabalho e identifica sintomas psicológicos e musculoesqueléticos, incapacidade no último mês, outros sintomas somáticos e se houve alguma ausência no trabalho pelos mesmos motivos no último ano; e um questionário de informações adicionais sobre a população estudada que tem a função de caracterizar os grupos de trabalhadores, identificar as informações sobre a proteção dos mesmos (pagamentos durante afastamentos, sistema de compensação para acidentes de trabalho, indenizações e taxas de desemprego, direito à indenização por lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho e acesso ao serviço ocupacional na instituição empregadora) (FERRARI, 2009).

A versão brasileira do CUPID *Questionnaire* (FERRARI et al., 2010) apresentou resultados psicométricos satisfatórios, sendo um questionário adequado para investigar as atividades ocupacionais, aspectos psicossociais do trabalho, sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas em trabalhadores de enfermagem brasileiros. Sabe-se que esses sintomas, bem como os fatores psicossociais relacionados a eles, podem interferir negativamente na produtividade do trabalho, pois alguns trabalhadores acabam não se importando com a presença dos sintomas musculoesqueléticos e não procuram assistência para tratamento (FREITAS et al., 2009).

3.4 O presenteísmo e a *Stanford Presenteeism Scale* – SPS-6

O adoecimento pelo trabalho além de ocasionar sofrimento e doenças para o trabalhador causa também absenteísmo e presenteísmo, o qual por sua vez acarretam prejuízos financeiros às instituições, desorganização da equipe, sobrecarga de trabalho, queda na

produção e na qualidade da assistência prestada aos pacientes (SILVA; MARZIALE, 2006; PASCHOALIN, 2012). Contudo, tanto o absenteísmo quanto o presenteísmo são fenômenos que podem acontecer sequencialmente ao longo do tempo, e, a ocorrência de um pode interferir na ocorrência do outro (JOHNS, 2010).

O termo presenteísmo foi observado pela primeira vez no Reino Unido por Cary Cooper, e descreve a relação entre doença, perda de produtividade, excesso de trabalho e os sentimentos de insegurança no trabalho. Esta ocorrência foi representada nos anos 90 e possui relação com as altas taxas de desemprego, redução nos empregos públicos, aumento de pessoas com contratos de trabalho temporários, reestruturação dos setores públicos e privados e redução na segurança do trabalho (LOWE, 2002).

Diferentes definições de presenteísmo na literatura são descritas (JOHNS, 2010), e elas estão relacionadas à presença física do trabalhador no local de trabalho, porém apresentam diferenças em seu conteúdo (PASCHOALIN, 2012). Algumas descrevem o presenteísmo como estar no trabalho em oposição de estar ausente (SMITH, 1970) e estar no trabalho completamente (CANFIELD; SOASH, 1955; STOLZ, 1993), outras se relacionam à diminuição da produtividade devido a problemas de saúde (TURPIN, et al., 2004; WHITEHOUSE, 2005) e à presença no trabalho quando está adoecido (ARONSSON; GUSTAFSSON, 2005; FLORES-SANDÍ, 2006; HEMP, 2004; MIDDGAUGH, 2007).

Este estudo alinha-se a definição de presenteísmo proposta por Hemp (2004), onde ele é caracterizado pela condição em que os trabalhadores comparecem ao local de trabalho, e realizam as atividades referentes às suas funções de maneira não produtiva, sem proporcionar um bom desempenho por doenças e/ou problemas relacionados ao trabalho. Ele está relacionado aos problemas de saúde gerados pelas doenças profissionais, perda de produtividade, qualidade do trabalho, consequência de trabalho excessivo e o sentimento de insegurança, caracterizado pelo elevado número de desemprego, reestruturação nas instituições empregadoras e redução do número de trabalhadores, além de interferir negativamente na produtividade e desempenho do trabalho e do trabalhador (HEMP, 2004; KOOPMAN et al., 2002; PASCHOALIN et al., 2013; UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012).

O presenteísmo acarreta restrição na produtividade do trabalho, não só em relação à quantidade, mas também em questões relacionadas à qualidade do trabalho produzido (HEMP, 2004; SHAMANSKY, 2002). Com relação à qualidade, as suas repercussões são demonstradas por meio dos erros e omissões durante a prática laboral, e também acarretam um impacto negativo na qualidade da assistência, já a quantidade relaciona-se com a produção

não correspondente sobre aquilo que é esperado (LETVAK; RUHM; GUPTA, 2012; MARTINEZ et al., 2007).

Problemas de saúde como estresse, gripe, resfriado, alergia, asma e dor musculoesquelética são algumas das condições que atingem os trabalhadores e interferem na produtividade do trabalho (SHAMANSKY, 2002), assim, pode-se afirmar que o presenteísmo está relacionado aos fatores físicos e psicológicos (FERREIRA et al., 2010).

Letvak e Rhum (2010) analisando o presenteísmo em profissionais que atuam em instituições de longa permanência identificaram que a dor crônica causada pela artrite, distúrbios musculoesqueléticos e enxaqueca foram as causas mais frequentes registradas neste grupo de trabalhadores.

Pesquisa realizada em hospital na Carolina do Norte entre enfermeiros encontrou-se que 71,0% dos participantes do estudo relataram a presença de dor musculoesquelética associada ao presenteísmo, além disso, 18,0% relataram a presença da depressão. Os autores ao associarem o presenteísmo, a dor musculoesquelética e a depressão, constataram que elas estão relacionadas à queda dos pacientes, erros de medicação, diminuição da qualidade da assistência e custos elevados para a instituição (LETVAK; RUHM; GUPTA, 2012).

Martinez e Ferreira (2012) desenvolveram um estudo em um hospital público de Lisboa e evidenciaram que a ansiedade e o estresse foram os problemas psicológicos mais prevalentes entre os enfermeiros, e a dor lombar e as infecções respiratórias foram os problemas físicos mais comuns associados ao presenteísmo.

Em um estudo nacional realizado entre enfermeiros por Umann, Guido e Grazziano (2012) observou-se perda de produtividade de 4,84% para 75,0% dos enfermeiros. Destaca-se que apesar de ser um baixo percentual, essa perda de produtividade acarreta consequências negativas para a organização do trabalho, instituição, trabalhadores e para a qualidade da assistência (UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012).

Considerando a importância de conhecer a relação entre o presenteísmo, problemas de saúde, aspectos psicossociais do trabalho e a produtividade entre os trabalhadores de enfermagem acometidos por distúrbios musculoesqueléticos, buscamos na literatura instrumentos que possibilitassem analisar o trabalho de enfermagem no contexto do presenteísmo. Dessa forma, selecionamos a escala *Stanford Presenteeism Scale* – SPS-6 que foi elaborada por meio da *Stanford Presenteeism Scale* – SPS 32 (KOOPMAN et al., 2002).

A escala SPS 32 possui como objetivo conhecer a relação entre presenteísmo, problemas de saúde e produtividade em trabalhadores, e mensura as habilidades dos participantes em se concentrar e realizar seu trabalho apesar de apresentar algum problema de

saúde (KOOPMAN et al., 2002; PASCHOALIN et al., 2013). Essa escala foi criada por Koopman e colaboradores (2002), e foi baseada nas dimensões do presenteísmo, sendo o processo de trabalho e a abordagem psicológica.

A SPS 32 apresenta 32 itens que é apropriada para investigar os aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais do trabalho, apesar dos possíveis problemas de saúde relacionados a eles (KOOPMAN et al., 2002).

A referida escala sofreu um processo de diminuição dos itens, resultando na escala SPS-6, que é capaz de determinar a capacidade de concentração do trabalhador sem que o mesmo se distraia com problemas de saúde (KOOPMAN et al., 2002; PASCHOALIN, 2012). Esse instrumento aponta de que forma as circunstâncias e problemas de saúde atingem a produtividade de cada trabalhador, e considera que cada indivíduo tem formas diferentes de reagir e superar os sintomas causados por um adoecimento, resultando em diferentes graus de comprometimento físico e/ou mental para o desempenho no trabalho (PASCHOALIN, 2012).

Para Koopman e colaboradores (2002) o presenteísmo está relacionado ao engajamento dos funcionários durante a prática laboral, com foco nos aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais apresentados pelo trabalhador durante o seu trabalho.

A escala SPS-6 avalia as perdas da produtividade no trabalho por meio dos fatores trabalho finalizado e distração evitada. O primeiro fator relaciona-se com as causas físicas do presenteísmo e corresponde à quantidade de trabalho realizado pelo trabalhador sob a sua influência, e o segundo fator refere-se aos aspectos psicológicos do trabalhador e equivale à concentração do mesmo durante a realização de suas atividades laborais (FERREIRA et al., 2010; KOOPMAN et al., 2002, PASCHOALIN et al., 2013). Nesse contexto, essa escala pode auxiliar as instituições empregadoras a aumentar a produtividade no trabalho, e auxiliar os funcionários a encontrarem soluções para os problemas de saúde que afetam a produtividade (FOSTER, 2002).

Segundo Paschoalin (2012) a abordagem mais adequada para medir o presenteísmo é utilizando uma avaliação do comprometimento no trabalho identificado pelo trabalhador, onde se questiona o quanto seu problema de saúde interfere na realização das atividades mentais, físicas e interpessoais com relação ao atendimento das demandas de trabalho.

A referida escala foi traduzida para o português falado no Brasil, validada para trabalhadores de enfermagem e denominada *Stanford Presenteeism Scale* – SPS-6 por Paschoalin (2012), é considerada uma escala capaz de contribuir para o diagnóstico do presenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto brasileiro e no desenvolvimento de estratégias que favorecerão as condições de saúde desses profissionais, além disso, ela é

indicada para a utilização em estudos cujo objetivo é avaliar as condições de saúde e produtividade no trabalho de enfermagem (PASCHOALIN et al., 2013). A escala apresentou excelentes propriedades psicométricas (0,91) (PASCHOALIN, 2012) e foi selecionada para ser aplicada no presente estudo.

O presenteísmo entre trabalhadores de enfermagem é um fenômeno atual e presente nessa categoria profissional, sendo necessárias investigações sobre o referido tema.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo longitudinal, correlacional, com abordagem quantitativa dos dados. Este tipo de estudo é caracterizado pela coleta de dados durante um período de tempo, e possui capacidade para demonstrar alterações e a sequência temporal dos fenômenos, além disso, ele é capaz de descrever a relação entre duas variáveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital de ensino localizado no interior do Estado de São Paulo, vinculado a uma universidade pública, que realiza atendimento ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, atividade de pesquisa e extensão a comunidade e possui 706 leitos. Constitui-se um hospital que possui atendimentos nas especialidades: clínica médica e cirúrgica; dermatologia; doenças infectocontagiosas; genética; ginecologia e obstetrícia; hemodiálise; hemocentro; neurologia; oftalmologia; ortopedia; otorrinolaringologia; pediatria; psiquiatria; transplante de fígado, de medula óssea e renal e reabilitação.

4.3 População e amostra do estudo

A população de estudo foi de 1359 trabalhadores de enfermagem, sendo 767 auxiliares de enfermagem, 274 técnicos de enfermagem e 318 enfermeiros.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais de enfermagem atuantes no hospital por no mínimo um ano e com idade entre 20 e 59 anos, e excluídos aqueles que estavam de férias durante o período de coleta de dados, que completaram 60 anos de idade em abril de 2015 e que não trabalhavam mais no hospital.

A amostra do estudo foi baseada na presença de dor musculoesquelética, considerando a informação da prevalência da região do corpo que apresentou maior valor. Para o cálculo da amostra realizou-se um estudo piloto com 30 profissionais de enfermagem, sendo dez de cada categoria (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro), cujas informações sobre as prevalências de dor musculoesquelética e a perda (profissionais que recusaram participar da segunda etapa do estudo) foram obtidas.

O método empregado foi o de amostragem estratificada, sendo que as categorias profissionais foram utilizadas como variáveis estratificadoras (BOLFARINE; BUSSAB, 2005). Como parâmetros adicionais para o cálculo foi adotado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e o erro relativo de 10%. O programa utilizado para o cálculo foi o R versão 3.1.2 (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2013).

Após a realização do cálculo, a amostra foi constituída por 200 auxiliares de enfermagem, 67 técnicos de enfermagem e 81 enfermeiros, totalizando 348 trabalhadores.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

4.4.1 CUPID *Questionnaire*

O CUPID *Questionnaire* foi traduzido e validado por Ferrari (2009), apresentou um índice de confiabilidade de 0,80 e tem o objetivo de investigar as atividades ocupacionais, aspectos psicossociais do trabalho, sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas em trabalhadores de enfermagem brasileiros.

O referido questionário é composto por três partes, sendo questionário base, questionário de acompanhamento e questionário sobre informações básicas do grupo estudado. Com o questionário base são coletadas informações sobre as características sociodemográficas (idade, sexo, origem étnica, ocupação principal); idade em que a educação fundamental foi concluída; hábitos de vida; informações sobre o trabalho atual; dor durante os últimos 12 meses em cada uma das seis regiões anatômicas (lombar, pescoço, ombro, cotovelo, punho/mão, joelho); conhecimento sobre dores lombar, pescoço, braço, ombro, mão e joelho em outras pessoas; conhecimento sobre as causas das dores e meios de prevenção; crenças, medo e evasão relacionados às dores; sintomas somáticos comuns; saúde mental e

duração total de ausência por doença nos últimos 12 meses (0 dia, 1-5 dias, 6-30 dias e maior que 30 dias) por causa de dor em cada uma das seis regiões anatômicas específicas, e por causa de outra doença. Aborda questões sobre a exposição à carga física no trabalho (levantamento de pesos de 25 kg ou mais utilizando as mãos); trabalho por mais de uma hora no total com as mãos acima da altura dos ombros; atividades repetitivas de flexão e extensão do cotovelo por mais de uma hora no total; uso de um teclado de computador ou outros movimentos repetidos do punho ou os dedos por mais de quatro horas no total; realização do trabalho de joelhos ou de cócoras por mais de uma hora no total, relatados em um dia normal de trabalho; e também questões sobre a pressão do tempo no trabalho para concluir tarefas por um tempo fixo; insatisfação com o trabalho; insegurança no emprego e crenças em saúde. O questionário de acompanhamento coleta informações semelhantes ao do questionário base, em um prazo de aproximadamente um ano após o preenchimento do primeiro. São investigados dados sobre o trabalho atual do profissional, se ainda possui o mesmo trabalho principal quando da realização da primeira parte; presença de dor durante o último mês em cada uma das seis regiões anatômicas (lombar, pescoço, ombro, cotovelo, punho/mão e joelho) e impossibilidade de realizar alguma atividade de vida diária por consequência da dor; dias ausentes no trabalho por consequência da dor (0 dia, 1-5 dias, mais de 5 dias). Esse questionário aborda também questões sobre a saúde do trabalhador de maneira geral relacionados a alguns problemas de saúde nos últimos sete dias, tais como: presença de desmaios/tonturas, dores no peito, náuseas/enjoos, dificuldade para respirar, dormências ou formigamentos em alguma região do corpo, sensação de fraqueza e ondas de frio/calor; e também busca dados sobre o bem-estar psicológico do trabalhador no último mês e dias ausentes no trabalho (0 dia, 1-5 dias, 6-30 dias e maior que 30 dias) por consequência de alguma dor ou outro problema de saúde. Por fim, o questionário sobre informações adicionais do grupo estudado consiste na caracterização do grupo de trabalhadores do estudo, onde são coletadas informações sobre o direito ao pagamento dos trabalhadores que se ausentaram por motivo de doença, direito ao pagamento dos trabalhadores de enfermagem com problemas musculoesqueléticos, aposentadoria por invalidez, disponibilização de serviços médicos por problemas musculoesqueléticos nos trabalhadores de enfermagem da instituição e o acesso a serviço ocupacional.

As variáveis do questionário CUPID foram determinadas e codificadas conforme orientado por Coggon para a realização de testes estatísticos e análise dos dados.

Para as questões sobre as incapacidades associadas, as dores são classificadas como incapacitantes caso a realização das atividades sejam classificadas como difícil ou impossível (VARGAS-PRADA et al., 2013a).

Sobre as questões referentes às crenças em saúde, as mesmas são avaliadas em três domínios, sendo relação com o trabalho, atividade física e prognóstico. Os indivíduos são considerados como tendo crenças negativas sobre a relação com o trabalho, caso eles concordem completamente que as dores são comumente causadas pelo trabalho. Crenças sobre atividade física são classificadas como prejudicial caso o trabalhador concorde completamente que para alguém com dor a atividade física deve ser evitada, pois pode causar problema e que o repouso é necessário para melhorar. Crenças sobre o prognóstico são classificadas como negativas se o participante discordar completamente que as dores geralmente melhoram em três meses e concorde completamente com a afirmativa de que negligenciar problemas deste tipo pode causar problemas de saúde permanentes (COGGON, et al., 2013; SADEGHIAN et al., 2015).

Destaca-se que sobre as questões relacionadas à saúde mental, as mesmas são compostas de cinco afirmações numa escala tipo likert, com seis tipos de respostas que são exemplificadas por 1: o tempo todo, 2: a maior parte do tempo, 3: boa parte do tempo, 4: parte do tempo, 5: uma pequena parte do tempo e 6: em nenhum momento. As pontuações para as variáveis feliz e calmo são invertidas, de modo que a contagem para essas duas variáveis fossem as mesmas para as outras. A pontuação sobre a saúde mental para os participantes que respondem as cinco questões é feita através da soma das cinco perguntas, em seguida subtrai-se cinco pontos e multiplica-se por quatro. Para os participantes que respondem apenas quatro das cinco perguntas, as respostas respondidas são somadas e depois quatro pontos são subtraídos e o resultado multiplicado por cinco. A perda deve ser atribuída para os participantes que não respondem pelo menos duas das cinco questões. Por meio desses cálculos um escore global para saúde mental é dado com os valores de zero a 100. Para a finalização do cálculo e então classificação da saúde mental, um valor de 100 deve ser subtraído do escore total por meio dos cálculos descritos acima. Com isso, segundo Coggon (2013), a saúde mental é denominada por meio dos escores: zero a 20 (saúde mental boa), 24 a 36 (saúde mental intermediária) e 40 a 100 (saúde mental pobre).

4.4.2 *Stanford Presenteeism Scale – SPS 6*

A escala SPS-6 foi traduzida e validada por Paschoalin (2012), e possui a finalidade de avaliar as perdas da produtividade no trabalho por meio dos fatores trabalho finalizado e distração evitada. A referida escala apresentou um índice de confiabilidade de 0,91. Ela é composta de seis afirmações numa escala tipo likert, e essas informações descrevem as experiências no trabalho do profissional nos últimos 30 dias e abordam questões sobre fatores pessoais e do ambiente de trabalho, tais como: o problema de saúde relacionado ao estresse no trabalho, problema de saúde e as tarefas realizadas no trabalho, empenho/metabolismo/concentração no trabalho e problema de saúde. As questões associadas ao trabalho finalizado referem-se à quantidade de trabalho que é realizado quando o trabalhador está sob a influência das causas de presenteísmo, manifestando-se através de sintomas físicos (itens 2, 5 e 6), já as questões referentes à distração evitada (itens 1, 3 e 4) correspondem à capacidade de concentração que os trabalhadores apresentam quando sintomas de presenteísmo são manifestados. O instrumento contém cinco tipos de respostas que variam de 1: discordo totalmente, 2: discordo parcialmente, 3: não concordo nem discordo, 4: concordo parcialmente e 5: concordo totalmente.

A análise das variáveis da SPS-6 foi realizada por meio da proposta de Koopman e colaboradores (2002), onde o escore total do SPS-6 é feito através da soma dos valores dos itens da escala que podem variar de 6 a 30. Após as somas, Koopman e colaboradores (2002) referem que escore baixo (6 a 18) significa redução de desempenho, e pontuações elevadas (próximas ou iguais a 30) significa uma maior capacidade do trabalhador em se concentrar e realizar seu trabalho apesar do problema de saúde. Os autores do instrumento consideram baixo presenteísmo com escore baixo e alto presenteísmo com escores mais elevados (KOOPMAN et al., 2002). Entretanto, esta denominação pode provocar dúvidas de interpretação, já que baixo presenteísmo poderia representar resultado positivo, ou seja, pouco comprometimento do trabalhador para com o trabalho, e alto presenteísmo significaria um resultado negativo, com um elevado comprometimento (PASCHOALIN, 2012). Contudo, Koopman e colaboradores (2002), caracterizam baixo presenteísmo como um pior desempenho no trabalho e alto presenteísmo como um bom desempenho no trabalho, apesar do problema de saúde relacionado a ele.

As autorizações para a utilização dos referidos instrumentos foram concedidas pelas autoras dos mesmos (APÊNDICE I e II).

4.5 Procedimentos para a coleta de dados

Realizou-se um estudo piloto no período de 14 a 30 de março de 2015 com 30 trabalhadores de enfermagem (dez auxiliares, dez técnicos e dez enfermeiros) com o intuito de avaliar o entendimento dos participantes quanto ao preenchimento do CUPID *Questionnaire* (FERRARI, 2009) e da escala SPS-6 (PASCHOALIN, 2012), adequar as estratégias de coleta (definição de horários e melhor forma de abordagem dos trabalhadores), realizar alterações no questionário caso necessário e calcular a amostra. Os questionários foram entregues aos trabalhadores de enfermagem que consentiram em participar do estudo e buscados no dia seguinte.

De acordo com o estudo piloto, algumas inadequações do questionário CUPID (FERRARI, 2009) foram observadas e encaminhadas para a autora principal para a realização de correções. No questionário base do CUPID (FERRARI, 2009), o termo “preto” encontrado na questão 4 na seção um: sobre você, foi alterado para o termo “negro”; nas questões 30 e 32, onde se lê “ombro” nas respostas, foi alterado para “cotovelo”; na questão 32, onde se lê “se não, por favor, pule para a pergunta 30”, leia-se “se não, por favor, pule para a pergunta 34” e no convite de participação na segunda etapa da pesquisa onde se lê “12 meses”, leia-se “6 meses”.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Os questionários foram entregues aos trabalhadores de enfermagem que consentiram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE III). Todos os questionários foram preenchidos por meio do autopreenchimento.

A primeira etapa da pesquisa foi realizada em maio e junho de 2015 por meio da aplicação do questionário base (CUPID *Questionnaire*) (FERRARI, 2009) (ANEXO I) e da escala *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6) (PASCHOALIN, 2012) (ANEXO II). A escala apenas foi respondida pelo trabalhador de enfermagem se as questões 19a, 24a, 28a, 32a, 36a e 40a do questionário base do CUPID (FERRARI, 2009) fossem afirmativas.

A segunda etapa foi realizada em novembro e dezembro de 2015 onde foi aplicado novamente, na mesma amostra de trabalhadores de enfermagem participantes da primeira etapa e que aceitaram participar da segunda parte, o questionário de acompanhamento (ANEXO III) que integra o CUPID *Questionnaire* (FERRARI, 2009). Adicionalmente foi solicitada a participação de um representante dos recursos humanos da referida instituição

para responder o questionário sobre informações básicas do grupo estudado do CUPID *Questionnaire* (FERRARI, 2009) (ANEXO IV).

Com autorização do autor principal do instrumento, algumas alterações foram realizadas no questionário de acompanhamento do CUPID (FERRARI, 2009) a fim de aplicá-lo seis meses após a aplicação do questionário base. Na questão 3a “você ainda tem o mesmo trabalho principal que você tinha quando nós o entrevistamos há aproximadamente um ano atrás”, leia-se “você ainda tem o mesmo trabalho principal que você tinha quando nós o entrevistamos há aproximadamente seis meses atrás”, além disso, alteração nas frases da última questão “nos últimos 12 meses” e “nos últimos 12 meses, quantos dias no total você deixou de ir trabalhar em decorrência”, foram alteradas para “nos últimos seis meses” e “nos últimos seis meses, quantos dias no total você deixou de ir trabalhar em decorrência”.

4.6 Procedimentos para a análise dos dados

Inicialmente os dados do questionário CUPID foram lançados em uma planilha do Excel com dupla digitação, para que as variáveis fossem definidas e codificadas conforme orientado por Coggon.

As questões sobre saúde mental do questionário CUPID (FERRARI, 2009) (50a-feliz, 50b-calmo, 50c-ansioso, 50d-melancólico e 50e-deprimido – questionário base; e 24a-feliz, 24b-calmo, 24c-ansioso, 24d-melancólico e 24e-deprimido – questionário de acompanhamento) foram analisadas de acordo com as orientações do autor principal. Essas questões são compostas de cinco afirmações numa escala tipo likert, com seis tipos de respostas que são exemplificadas por 1: o tempo todo, 2: a maior parte do tempo, 3: boa parte do tempo, 4: parte do tempo, 5: uma pequena parte do tempo e 6: em nenhum momento; e estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 – Valor dos pontos dos itens das questões sobre saúde mental

Opções de respostas	Feliz e calmo	Nervoso, melancólico e deprimido
O tempo todo	6	1
A maior parte do tempo	5	2
Boa parte do tempo	4	3
Parte do tempo	3	4
Uma pequena parte do tempo	2	5
Em nenhum momento	1	6

As pontuações para as variáveis feliz e calmo foram invertidas, de modo que a contagem para essas duas variáveis fossem as mesmas para as outras. Para os participantes que responderam as cinco questões, a pontuação sobre a saúde mental foi feita através da soma das cinco questões, em seguida subtraiu-se cinco pontos e multiplicou-se por quatro. Já para os participantes que responderam apenas quatro das cinco perguntas, foram somadas as quatro respostas, e depois quatro pontos foram subtraídos e o resultado multiplicado por cinco. A perda foi atribuída para os participantes que não responderam pelo menos duas das cinco questões.

Por meio desses cálculos um escore global para saúde mental foi dado com os valores de zero a 100. Para a finalização do cálculo e então classificação da saúde mental, um valor de 100 foi subtraído do escore total por meio dos cálculos descritos acima. Com isso, segundo Coggon, a saúde mental foi denominada por meio dos escores: zero a 20 (saúde mental boa), 24 a 36 (saúde mental intermediária) e 40 a 100 (saúde mental pobre).

As variáveis das dores que apresentavam opções direita e esquerda foram recategorizadas em “sim e não” para uma melhor consistência dos dados.

Para a análise das variáveis contínuas do questionário CUPID (FERRARI, 2009) foi utilizada a estatística descritiva por meio dos cálculos da média, mediana e o desvio padrão (PAGANO; GAUVREAU, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Para a análise das variáveis categóricas a estatística descritiva foi feita por meio de percentuais, e os testes do qui-quadrado e exato de Fisher (PAGANO; GAUVREAU, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) foram utilizados para verificar a presença de associação entre as mesmas. Para as variáveis contínuas foi utilizado teste t de *Student* ou ANOVA (PAGANO; GAUVREAU, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) caso fosse constatado uma distribuição normal dos dados, caso constata-se uma distribuição não normal os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (PAGANO; GAUVREAU, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) foram utilizados a fim de avaliar a diferença estatisticamente significativa entre as variáveis. Os dados referentes ao questionário de acompanhamento (segunda etapa) foram apresentados por meio de percentuais.

Sobre a escala *Stanford Presenteeism Scale* – SPS-6 (PASCHOALIN, 2012), os resultados foram analisados por meio da proposta de Koopman e colaboradores (2002). O instrumento SPS-6 é composto de seis afirmações numa escala do tipo Likert, com cinco modalidades de respostas que variam de 1: discordo totalmente a 5: concordo totalmente. O escore total do SPS-6 foi realizado através da soma dos valores dos itens da escala, de acordo com a tabela 2.

Tabela 2 – Valor dos pontos dos itens que compõem o SPS-6^a

Opções de respostas	Itens 1,3 e 4	Itens 2, 5 e 6
Eu discordo totalmente	5	1
Eu discordo parcialmente	4	2
Não concordo nem discordo	3	3
Eu concordo parcialmente	2	4
Eu concordo totalmente	1	5

^a*Jointly owned by Merck e Co., and Stanford University School of Medicine*

Para obter a pontuação total da SPS-6 somam-se os pontos dos itens que podem variar de 6 a 30. Os resultados foram analisados conforme Koopman e colaboradores (2002), onde escore baixo (6 a 18) indica redução de desempenho, e pontuações elevadas (próximas ou iguais a 30) significa uma maior capacidade do trabalhador em se concentrar e realizar seu trabalho independente de qualquer problema de saúde. Os autores do instrumento classificam baixo presenteísmo com escore baixo e alto presenteísmo para escores altos (KOOPMAN et al., 2002). Esta classificação pode ocasionar dúvidas de interpretação, uma vez que baixo presenteísmo poderia representar um resultado positivo, ou seja, pouco comprometimento do trabalhador para com o trabalho, e alto presenteísmo poderia representar um resultado negativo, com um elevado comprometimento. Contudo, para Koopman e colaboradores (2002), baixo presenteísmo significa um pior desempenho no trabalho e alto presenteísmo significa um bom desempenho no trabalho, apesar do problema de saúde.

Para a verificação da existência de diferença no escore médio do presenteísmo entre cada um dos sintomas musculoesqueléticos, foi efetuado o teste de Mann Whitney (PAGANO; GAUVREAU, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Os mesmos testes foram feitos com relação à variável sexo, enquanto que no caso da variável categoria profissional foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis (PAGANO; GAUVREAU, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). No caso da variável idade foi realizada a análise de correlação de Spearman (PAGANO; GAUVREAU, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) com os escores de presenteísmo (total e subescalas).

Os dados com relação ao presenteísmo total e subdimensões (trabalho finalizado e concentração mantida) foram analisados por meio da média, mediana e desvio padrão (PAGANO; GAUVREAU, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para finalizar as análises do presenteísmo foi realizada uma análise de regressão. A variável dependente do estudo foi o escore total do presenteísmo enquanto que as variáveis independentes foram sexo, categoria profissional, idade e as variáveis de presença de dor lombar, pescoço, ombro, cotovelo, punho e/ou mão e joelho (sim/não). No total foram ajustados sete modelos de regressão. Um considerando-se apenas as variáveis

sociodemográficas, e os demais seis modelos considerando-se as variáveis sociodemográficas e cada uma das variáveis de presença de dor.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados construído no programa *Microsoft Office Excel*, versão 2010 e, posteriormente foram inseridos no programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22, e no programa R versão 3.1.2 (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2013) para análise estatística e comparativa dos dados. Em todas as análises o valor do nível de significância (alfa) adotado foi de 5% (0,05). Os dados foram apresentados em gráficos e tabelas.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob protocolo CAAE: 37430614.0.0000.5393 (ANEXO V) e pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (ANEXO VI). As normalizações da Resolução 466/12 referente às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos foram seguidas (BRASIL, 2012a).

Diante da identificação dos trabalhadores de enfermagem, os mesmos foram convidados a participar da pesquisa voluntariamente. Os questionários foram aplicados aos trabalhadores de enfermagem que aceitaram a participar do estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE III – Trabalhadores e APÊNDICE IV – Funcionário dos Recursos Humanos).

5 RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas e ocupacionais

Da amostra composta por 348 trabalhadores de enfermagem, 211 profissionais (60,6% da amostra) aceitaram participar da primeira etapa do estudo, e desses 134 (63,5%) profissionais sinalizaram na ocasião, por escrito, a intenção em participar da segunda etapa da pesquisa. No entanto, quando da realização da coleta dos dados da segunda etapa da pesquisa, 90 profissionais de enfermagem (67,2% da amostra de 134) responderam o instrumento de coleta de dados.

Na tabela 3 são apresentadas as características sociodemográficas dos trabalhadores de enfermagem.

Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo características sociodemográficas. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Características sociodemográficas	Questionário base	Questionário de acompanhamento
	n (%)	n (%)
Sexo		
Feminino	175 (82,9)	74 (82,2)
Masculino	36 (17,1)	16 (17,8)
Total	211 (100,0)	90 (100,0)
Idade		
20-29	14 (6,6)	05 (5,6)
30-39	73 (34,6)	31 (34,4)
40-49	71 (33,6)	32 (35,6)
50-59	52 (24,6)	22 (24,4)
Sem informação	01 (0,5)	0
Total	211 (100,0)	90 (100,0)

A maioria dos trabalhadores pertence ao sexo feminino, sendo 175 (82,9%) na primeira etapa e 74 (82,2%) na segunda. A média da idade dos participantes foi de 42,3 anos, mediana 42,0 anos, mínima 24 anos, máxima 59 anos e desvio padrão (DP) de 9,019. Já a média de idade dos participantes da segunda etapa da pesquisa foi 42,51 anos, mediana 43,0, mínimo 27, máxima 59 e DP de 8,762.

Na tabela 4 estão apresentadas as características ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem que responderam o questionário base.

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo características ocupacionais. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Características ocupacionais	n (N=211)	%
Categoria ocupacional		
Auxiliar de enfermagem	106	50,2
Técnico de enfermagem	53	25,1
Enfermeiro	52	24,6
Anos de trabalho		
1-5 anos	20	9,5
Maior que 5 anos	191	90,5
Horas de trabalho por semana		
30 horas	89	42,2
Maior que 30 horas	121	57,3
Sem informação	01	0,5
Outro vínculo empregatício		
Não	179	84,8
Sim	32	15,2

Na primeira etapa do estudo, 106 (50,2%) são auxiliares de enfermagem, 53 (25,1%) técnicos de enfermagem e 52 (24,6%) enfermeiros. Desses profissionais, 191 (90,5%) exercem a mesma ocupação há mais de cinco anos, 121 (57,3%) possuem carga horária maior que 30 horas por semana e 179 (84,8%) não têm outro vínculo empregatício. Dos participantes da segunda etapa, 45 (50,0%) são auxiliares de enfermagem, 21 (23,3%) técnicos de enfermagem e 24 (26,7) enfermeiros.

5.2 Sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas

A tabela 5 apresenta as prevalências de dores nas regiões anatômicas (lombar, pescoço, ombro, cotovelo, punho e/ou mão e joelho) entre os trabalhadores de enfermagem participantes da primeira etapa do estudo.

Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de dores musculoesqueléticas nos últimos doze meses e no último mês (primeira etapa). Ribeirão Preto-SP, 2015.

Variáveis	Doze meses						Último mês					
	Lombar n (%)	Pescoço n (%)	Ombro n (%)	Cotovelo n (%)	Punho e/ou mão n (%)	Joelho n (%)	Lombar n (%)	Pescoço n (%)	Ombro n (%)	Cotovelo n (%)	Punho e/ou mão n (%)	Joelho n (%)
Sim	151 (71,6)	112 (53,1)	92 (43,6)	29 (13,7)	67 (31,8)	79 (37,4)	118 (78,1)	92 (82,1)	76 (82,6)	26 (89,7)	52 (77,6)	67 (84,8)
Não	60 (28,4)	99 (46,9)	119 (56,4)	182 (86,3)	144 (68,2)	132 (62,6)	33 (21,9)	20 (17,9)	16 (17,4)	3 (10,3)	15 (22,4)	12 (15,2)
Total	211 (100,0)	211 (100,0)	211 (100,0)	211 (100,0)	211 (100,0)	211 (100,0)	151 (100,0)	112 (100,0)	92 (100,0)	29 (100,0)	67 (100,0)	79 (100,0)

A dor lombar foi a mais manifestada entre os participantes na primeira etapa do estudo, sendo 151 (71,6%) nos dozes meses e 118 (78,1%) no último mês. Na sequência, a dor no pescoço foi a segunda dor mais mencionada entre os trabalhadores de enfermagem.

Para verificar as associações entre as variáveis, sexo, categoria profissional e dores, o teste do qui-quadrado e o teste exato de Fisher foram utilizados. Constatamos que não houve diferenças estatisticamente significantes entre sexo e dores nos últimos doze meses. Já no último mês ocorreu associação entre sexo e dor lombar ($p=0,043$). Além disso, dentre os 118 trabalhadores que referiram dor no último mês, 103 (87,3%) eram mulheres.

Após os testes, verificamos que houve associação entre categoria profissional e dor lombar nos últimos doze meses ($p=0,007$). Dentre os 151 trabalhadores de enfermagem que referiram dor lombar nessa etapa, 78 (51,7%) são auxiliares, 44 (29,1%) são técnicos e 29 (19,2%) são enfermeiros.

Associação estatisticamente significativa ocorreu também entre categoria profissional e dor no ombro nos últimos doze meses ($p=0,003$). A dor no ombro nesse período foi relatada por 92 participantes, sendo 53 (57,6%) auxiliares, 27 (29,4%) técnicos e 12 (13,0%) enfermeiros.

Com relação à presença de dor no último mês e categoria profissional, houve diferença estatisticamente significativa entre dor no punho e/ou mão e categoria profissional ($p=0,003$), totalizando 52 trabalhadores, desses 32 (61,5%) são auxiliares de enfermagem, nove (17,3%) técnicos de enfermagem e 11 (21,2%) enfermeiros.

Para analisar as variáveis presença de dores e idade na primeira parte do estudo foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, uma vez que a distribuição dos dados não foi normal. Houve diferença nas médias com relação à presença de dor no ombro nos últimos

doze meses e idade ($p=0,009$). Dos 211 trabalhadores, 91 (43,1%) relataram dor nessa região anatômica, além disso, a idade média dos trabalhadores que referiram dor no ombro foi de 44,23 anos, DP de 9,006, a idade mínima foi 27, máxima 59 e mediana 44. Ressaltamos que um participante que apresentou dor no ombro nos últimos doze meses não respondeu a idade no estudo, e não houve diferença nas médias entre dores no último mês e idade.

Dados sobre a prevalência de dores entre os profissionais de enfermagem que participaram da segunda etapa do estudo estão descritos na tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de dores musculoesqueléticas no último mês/após seis meses (segunda etapa). Ribeirão Preto-SP, 2015.

Variáveis	Último mês/após seis meses					
	Lombar n (%)	Pescoço n (%)	Ombro n (%)	Cotovelo n (%)	Punho e/ou mão n (%)	Joelho n (%)
Sim	42 (46,7)	34 (37,8)	30 (33,3)	13 (14,4)	28 (31,1)	27 (30,0)
Não	48 (53,3)	56 (62,2)	60 (66,7)	77 (85,6)	62 (68,9)	63 (70,0)
Total	90 (100,0)	90 (100,0)	90 (100,0)	90 (100,0)	90 (100,0)	90 (100,0)

Sobre a presença de dores musculoesqueléticas entre 90 trabalhadores de enfermagem participantes da segunda parte do estudo, a dor lombar (42 – 46,7%) e a dor no pescoço (34 – 37,8%) foram as mais referidas.

Dados sobre as incapacidades por dor lombar estão apresentados na tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de incapacidades por dor lombar no último mês. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Incapacidades	Questionário base				Questionário de acompanhamento			
	Não n (%)	Difícil n (%)	Impossível n (%)	Total n (%)	Não n (%)	Difícil n (%)	Impossível n (%)	Total n (%)
Cortar as unhas dos dedos dos pés	49 (41,5)	61 (51,7)	08 (6,8)	118 (100,0)	17 (40,5)	23 (54,8)	02 (4,8)	42 (100,0)
Vestir-se	81 (68,6)	36 (30,5)	01 (0,8)	118 (100,0)	23 (54,8)	17 (40,5)	02 (4,8)	42 (100,0)
Realizar tarefas que você normalmente faz em casa	36 (30,5)	77 (65,3)	05 (4,2)	118 (100,0)	12 (28,6)	26 (61,9)	04 (9,5)	42 (100,0)

Sobre as incapacidades associadas às dores musculoesqueléticas do questionário base, testes estatísticos foram realizados apenas entre as variáveis sexo, categoria profissional e idade caso resultassem em valores estatisticamente significantes quando associadas à presença das dores no último mês referente ao questionário base (primeira etapa do estudo).

Dos 151 trabalhadores de enfermagem que referiram dores nos últimos doze meses, 118 (78,1%) apresentaram dor lombar no último mês. Segundo os dados da tabela, observa-se que cortar as unhas dos pés foi difícil para a maioria dos trabalhadores (61 – 51,7%), 81 (68,6%) referiram não apresentar dificuldades para vestir-se e 77 (65,3%) profissionais relataram que foi difícil realizar tarefas em casa por causa da dor lombar. Por haver associação entre sexo e dor lombar no último mês, o teste do qui-quadrado foi aplicado para identificar associações com as incapacidades. Após a realização do referido teste, não houve associação entre as incapacidades cortar as unhas dos pés ($p=0,908$), vestir-se ($p=0,657$) e realizar tarefas em casa ($p=0,678$) quando associadas à variável sexo.

Em relação ao questionário de acompanhamento aplicado seis meses após o questionário base, dos 90 trabalhadores que participaram da segunda etapa, 42 (46,7%) referiram dor lombar, sendo que 23 (54,8%) relataram que foi difícil cortar as unhas dos pés, 23 (54,8%) não apresentaram dificuldades para vestir-se e 26 (61,9%) relataram dificuldades em realizar tarefas domésticas.

A tabela 8 apresenta os resultados sobre as incapacidades por dor no pescoço.

Tabela 8 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de incapacidades por dor no pescoço no último mês. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Incapacidades	Questionário base				Questionário de acompanhamento			
	Não n (%)	Difícil n (%)	Impossível n (%)	Total n (%)	Não n (%)	Difícil n (%)	Impossível n (%)	Total n (%)
Vestir-se	58 (63,0)	33 (35,9)	01 (1,1)	92 (100,0)	23 (67,6)	11 (32,4)	0	34 (100,0)
Realizar tarefas que você normalmente faz em casa	33 (35,9)	53 (57,6)	06 (6,5)	92 (100,0)	19 (55,9)	14 (41,2)	01 (2,9)	34 (100,0)

Dos 92 e 34 trabalhadores de enfermagem que relataram dor no pescoço no último mês de acordo com o questionário base e questionário de acompanhamento, 58 (63,0%) e 23 (67,6%) trabalhadores não apresentaram dificuldades para vestir-se quando responderam os questionários base e de acompanhamento respectivamente. Em relação à atividade realizar tarefas em casa, 53 (57,6%) profissionais apresentaram dificuldades segundo o questionário base e 19 (55,9%) informaram não possuir dificuldades para essa mesma atividade no questionário de acompanhamento.

Por não ocorrer associação entre as variáveis sexo, categoria profissional e idade, testes estatísticos não foram realizados.

A tabela 9 apresenta dados sobre as incapacidades por dor no ombro.

Tabela 9 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de incapacidades por dor no ombro no último mês. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Incapacidades		Questionário base				Questionário de acompanhamento			
		Não n (%)	Difícil n (%)	Impossível n (%)	Total n (%)	Não n (%)	Difícil n (%)	Impossível n (%)	Total n (%)
Pentear escovar cabelos	ou os	30 (39,5)	42 (55,3)	04 (5,3)	76 (100,0)	15 (50,0)	14 (46,7)	01 (3,3)	30 (100,0)
Tomar banho		44 (57,9)	31 (40,8)	01 (1,3)	76 (100,0)	19 (63,3)	11 (36,6)	0	30 (100,0)
Vestir-se		36 (47,4)	38 (50,0)	02 (2,6)	76 (100,0)	16 (53,3)	14 (46,7)	0	30 (100,0)
Realizar tarefas que você normalmente faz em casa		21 (27,6)	52 (68,4)	03 (3,9)	76 (100,0)	09 (30,0)	21 (70,0)	0	30 (100,0)

Segundo informações dos 76 trabalhadores de enfermagem com relação às incapacidades por dor no ombro no questionário base, 42 (55,3%) informaram que a referida dor causou dificuldades para pentear ou escovar os cabelos, 44 (57,9%) disseram não apresentar dificuldades para tomar banho, 38 (50,0%) referiram dificuldades para vestir-se e 52 (68,4%) informaram dificuldades para realizar as tarefas em casa.

Informações relacionadas às incapacidades no questionário de acompanhamento, dos 30 trabalhadores de enfermagem que referiram dor no ombro no último mês, 15 (50,0%) trabalhadores, 19 (63,3%) e 16 (53,3%) não apresentaram dificuldades para pentear ou escovar os cabelos, tomar banho e vestir-se, já para 21 (70,0%) trabalhadores realizar as tarefas domésticas foi difícil.

Testes estatísticos não foram realizados por haver associação entre incapacidade por dor ombro no último mês, sexo, categoria profissional e idade.

A tabela 10 apresenta resultados sobre as incapacidades por dor no cotovelo.

Tabela 10 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de incapacidades por dor no cotovelo no último mês. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Incapacidades		Questionário base				Questionário de acompanhamento			
		Não n (%)	Difícil n (%)	Impossível n (%)	Total n (%)	Não n (%)	Difícil n (%)	Impossível n (%)	Total n (%)
Abrir garrafas, potes ou torneiras		12 (46,2)	12 (46,2)	02 (7,7)	26 (100,0)	09 (69,2)	04 (30,8)	0	13 (100,0)
Vestir-se		17 (65,4)	09 (34,6)	0	26 (100,0)	09 (69,2)	04 (30,8)	0	13 (100,0)
Realizar tarefas que você normalmente faz em casa		07 (26,9)	16 (61,5)	03 (11,5)	26 (100,0)	07 (53,8)	06 (46,2)	0	13 (100,0)

No questionário base, a incapacidade abrir garrafas, potes ou torneiras foi considerada difícil para 12 (46,2%) trabalhadores. Dos profissionais que apresentaram essa dor, 17 (65,4%) não tiveram dificuldades para vestir-se e 16 (61,5%) disseram apresentar dificuldades para realizar tarefas em casa.

No questionário de acompanhamento, nove (69,2%) participantes não tiveram dificuldades para abrir garrafas, potes ou torneiras e vestir-se, e sete (53,8%) informaram que a presença da dor no cotovelo não dificultou a realização de tarefas domiciliares. Análises estatísticas não foram realizadas por não ocorrer associação entre as variáveis sexo, categoria profissional e idade.

A tabela 11 mostra as incapacidades relatadas pelos trabalhadores de enfermagem por dor no punho e/ou mão no último mês.

Tabela 11 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de incapacidades por dor no punho e/ou mão no último mês. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Incapacidades	Questionário base				Questionário de acompanhamento			
	Não n (%)	Difícil n (%)	Impossível n (%)	Total n (%)	Não n (%)	Difícil n (%)	Impossível n (%)	Total n (%)
Escrever	21 (40,4)	29 (55,8)	02 (3,8)	52 (100,0)	13 (46,4)	15 (53,6)	0	28 (100,0)
Trancar/Destancar portas	29 (55,8)	22 (42,3)	01 (1,9)	52 (100,0)	15 (53,6)	12 (42,9)	01 (3,6)	28 (100,0)
Abrir garrafas, potes ou torneiras	13 (25,0)	33 (63,5)	06 (11,5)	52 (100,0)	05 (17,9)	22 (78,6)	01 (3,6)	28 (100,0)
Vestir-se	37 (71,2)	15 (28,8)	0	52 (100,0)	19 (67,9)	09 (32,1)	0	28 (100,0)
Realizar tarefas que você normalmente faz em casa	14 (26,9)	34 (65,4)	04 (7,7)	52 (100,0)	08 (28,6)	20 (71,4)	0	28 (100,0)

Com relação ao questionário base, escrever foi difícil para 29 (55,8%) trabalhadores que apresentaram a dor, 29 (55,8%) informaram não possuir dificuldades para trancar/destrancar portas, 33 (63,5%) profissionais tiveram dificuldades para abrir garrafas, potes ou torneiras, 37 (71,2%) referiram não manifestar dificuldades para vestir-se e 34 (65,4%) participantes informaram dificuldades para realizar tarefas que normalmente faz em casa. O teste exato de Fisher identificou associação entre categoria profissional e dor no punho e/ou mão no último mês. Assim, cruzamento entre as variáveis categoria profissional e incapacidades por dor no punho e/ou mão para verificar a presença ou não da associação foi realizado.

Segundo o referido teste, ocorreu associação entre a incapacidade abrir garrafas, potes ou torneiras ($p=0,046$) com a categoria profissional, porém não houve associação entre escrever ($p=0,541$), trancar/destrancar portas ($p=0,710$), vestir-se ($p=0,057$) e realizar tarefas em casa ($p=0,631$). Dentre os 52 trabalhadores de enfermagem que referiram dor no punho e/ou mão no último mês, 18 (56,3%) auxiliares de enfermagem de 32 (100,0%), nove (100,0%) técnicos de um total de nove (100,0%) e seis (54,5%) enfermeiros de 11 (100,0%) informaram dificuldades para realizar a atividade de abrir garrafas, potes ou torneiras.

No questionário de acompanhamento, 15 (53,6%) profissionais apresentaram dificuldades para escrever, 15 (53,6%) não tiveram dificuldades para trancar/destrancar portas, 22 (78,6%) manifestaram dificuldades para abrir garrafas, potes ou torneiras, 19 (67,9%) não possuíam dificuldades para vestir-se e para 20 (71,4%) trabalhadores de enfermagem realizar tarefas domésticas foi difícil.

Dados sobre as incapacidades acarretadas por dor no joelho no último mês estão apresentados na tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo presença de incapacidades por dor no joelho no último mês. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Incapacidades	Questionário base				Questionário de acompanhamento			
	Não n (%)	Difícil n (%)	Impossível n (%)	Total n (%)	Não n (%)	Difícil n (%)	Impossível n (%)	Total n (%)
Subir ou descer escadas	10 (14,9)	53 (79,1)	04 (6,0)	67 (100,0)	06 (22,2)	19 (70,4)	02 (7,4)	27 (100,0)
Andar em local no plano	39 (58,2)	28 (41,8)	0	67 (100,0)	20 (74,1)	06 (22,2)	01 (3,7)	27 (100,0)
Vestir-se	52 (77,6)	15 (22,4)	0	67 (100,0)	22 (81,5)	05 (18,5)	0	27 (100,0)
Realizar tarefas que você normalmente faz em casa	28 (41,8)	39 (58,2)	0	67 (100,0)	15 (55,6)	11 (40,7)	01 (3,7)	27 (100,0)

Dentre os trabalhadores que responderam o questionário base 53 (79,1%) e 39 (58,2%) apresentaram dificuldades para subir ou descer escadas e para realizar tarefas em casa respectivamente, e 39 (58,2%) e 52 (77,6%) trabalhadores informaram que não apresentaram dificuldades para andar em local plano e vestir-se.

Com relação aos participantes da segunda etapa, 19 (70,4%) informaram dificuldades para subir ou descer escadas, 20 (74,1%), 22 (81,5%) e 15 (55,6%) trabalhadores não possuíam dificuldades para andar em local plano, vestir-se e realizar tarefas domésticas respectivamente.

5.3 Influências físicas, psicossociais e culturais e sintomas musculoesqueléticos

O gráfico 1 apresenta dados sobre o uso do teclado entre os trabalhadores de enfermagem.

Gráfico 1 – Prevalência de uso de teclado por mais de quatro horas entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Dos 211 profissionais participantes, 154 (73,0%) informaram que não usavam o teclado por mais de quatro horas, sendo 24 (66,7%) homens e 130 (74,3%) mulheres, e não houve associação entre a variável sexo e uso de teclado, e diferença na média das idades; entretanto ocorreu associação entre uso de teclado e categoria profissional ($p < 0,001$), além disso, os enfermeiros são os trabalhadores que mais desempenham esse tipo de atividade no trabalho (26 – 50,0%).

O gráfico 2 mostra os resultados sobre a repetitividade de movimentos do punho ou dedos por mais de quatro horas no total.

Gráfico 2 – Prevalência de movimentos repetitivos do punho ou dos dedos por mais de quatro horas entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Movimentos repetitivos do punho ou dos dedos por mais de quatro horas não ocorreu com 111 (52,6%) participantes, valor representado por 21 (58,3%) participantes do sexo masculino e 90 (51,4%) participantes do sexo feminino. Dentre auxiliares de enfermagem, 54 (50,9%) não realizam movimentos repetitivos por mais de quatro horas e 52 (49,1%) profissionais os realizam; já os técnicos de enfermagem e enfermeiros mencionaram que 25 (47,2%) não realizam movimentos repetitivos e 28 (52,8%) realizam; por fim 32 (61,5%) dos enfermeiros não executam essa atividade e 20 (38,5%) executam. Não ocorreu associação entre a referida atividade com as variáveis sexo e categoria profissional e não houve diferença nas médias da idade.

Prevalências sobre a flexão e extensão repetitiva do cotovelo por mais de uma hora estão apresentadas no gráfico 3.

Gráfico 3 – Prevalência da flexão e extensão repetitiva do cotovelo por mais de uma hora entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Flexão e extensão repetitiva do cotovelo por mais de uma hora ocorreu com a maioria dos trabalhadores de enfermagem, sendo 21 (58,3%) homens e 116 (66,3%) mulheres. Dentre as categorias profissionais, 69 (65,1%) eram auxiliares, 36 (67,9%) técnicos e 32 (61,5%) enfermeiros. Verificamos que não houve associação entre essa atividade, sexo e categoria profissional, e não houve também diferença nas médias da idade.

No gráfico 4 são apresentadas as prevalências sobre trabalhar por mais de uma hora no total com as mãos elevadas acima da altura dos ombros.

Gráfico 4 – Prevalência sobre trabalhar com as mãos elevadas acima da altura dos ombros por mais de uma hora entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Para 170 (80,6%) profissionais, trabalhar por mais de uma hora no total com as mãos elevadas acima da altura dos ombros foi uma atividade pouco frequente, e não se sucedeu com 32 (88,9%) homens, 138 (78,9%) mulheres, 82 (77,4%) auxiliares, 44 (83,0%) técnicos e 44 (84,6%) enfermeiros. Destacamos que não houve associação entre as variáveis sexo, categoria profissional e a referida atividade, e também não ocorreu diferença nas médias de idade.

O gráfico 5 apresenta resultados sobre a atividade erguer pesos de 25 kg ou mais utilizando as mãos.

Gráfico 5 – Prevalência sobre erguer pesos de 25 kg ou mais utilizando as mãos entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Erguer pesos de 25 kg ou mais utilizando as mãos foi uma atividade frequente para todos os trabalhadores de enfermagem, sendo referida por 26 (72,2%) homens e 99 (56,6%) mulheres; todavia não houve associação entre a referida atividade e o sexo. Por meio do teste do qui-quadrado identificamos que houve associação ($p=0,026$) entre a referida atividade e categoria profissional, sendo 61 (57,5%) auxiliares, 39 (73,6%) técnicos e 25 (48,1%) enfermeiros, contudo para 27 (51,9%) enfermeiros essa atividade ocorreu. Com relação à variável idade não houve diferença nas médias.

Dados sobre a prevalência de subir ou descer mais de 30 lances de escada por dia são mostrados no gráfico 6.

Gráfico 6 – Prevalência sobre subir ou descer mais de 30 lances de escada por dia entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Constatamos que 141 (66,8%) dos 211 trabalhadores de enfermagem referiram que a atividade subir ou descer mais de 30 lances de escada por dia não ocorreu. Dentre os participantes do sexo masculino e feminino, 23 (63,9%) e 118 (67,4%) disseram que não desempenharam essa atividade respectivamente. Para as categorias profissionais, a maioria dos trabalhadores também negou essa atividade, sendo 73 (68,9%) auxiliares, 33 (62,3%) técnicos e 35 (67,3%) enfermeiros. Não houve associação entre subir ou descer escadas, sexo e categoria profissional, e não houve diferenças nas médias de idade.

O gráfico 7 mostra os resultados sobre a prevalência de ajoelhar-se ou agachar-se por mais de uma hora no total entre os profissionais de enfermagem.

Gráfico 7 – Prevalência sobre ajoelhar-se ou agachar-se por mais de uma hora no total entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Dos 211 profissionais, 145 (68,7%) informaram que a atividade ajoelhar ou agachar por mais de uma hora foi pouco prevalente entre os trabalhadores. Dos 36 homens e 175 mulheres, 24 (66,7%) e 121 (69,1%) negaram essa atividade respectivamente. Dentre as categorias profissionais, a atividade foi negada por 72 (67,9%) auxiliares de enfermagem, 33 (62,3%) técnicos de enfermagem e 40 (76,9%) enfermeiros. Não houve associação entre ajoelhar-se ou agachar, sexo e categoria profissional, e não ocorreu diferença nas médias de idade.

Com relação as influências psicossociais o gráfico 8 mostra as prevalências sobre o pagamento do trabalho dos profissionais por tarefas produzidas no dia.

Gráfico 8 – Prevalência sobre pagamento do trabalho por tarefas produzidas no dia entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Dentre as influências psicossociais, o pagamento do trabalho por tarefas produzidas no dia não ocorreu para 144 (68,2%) dos 211 profissionais, sendo representada por 20 (55,6%) homens, 124 (70,9%) mulheres, 71 (67,0%) auxiliares, 35 (66,0%) técnicos e 38 (73,1%) enfermeiros. Não houve associação entre esse pagamento, sexo e categoria, e não houve diferenças nas médias de idade.

No gráfico 9 são descritas as prevalências sobre o número de pré-determinado de tarefas que se espera que o trabalhador complete no dia entre os profissionais de enfermagem.

Gráfico 9 – Prevalência sobre o número pré-determinado de tarefas que se espera que o trabalhador complete no dia entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Sobre a variável relacionada ao número pré-determinado de tarefas que se espera que o trabalhador complete no dia, 210 profissionais responderam essa questão, além disso, para 125 (59,5%) trabalhadores, tanto da variável sexo quanto da categoria profissional, referiram que essa situação ocorreu no trabalho, sendo 24 (66,7%) homens, 101 (58,0%) mulheres, 61 (57,5%) auxiliares, 32 (61,5%) técnicos e 32 (61,5%) enfermeiros. Não ocorreu associação entre essa atividade, sexo e categoria, porém diferença nas médias de idade foi identificada por meio do teste de Mann-Whitney, sendo que os valores da média, mediana, mínima, máxima e DP dos participantes que responderam não e sim foram: 41,48; 40,0; 24; 59; 9,906 (não) e 42,86; 43,0; 27; 59; 8,359 (sim).

O gráfico 10 mostra dados sobre a prevalência do pagamento de bônus caso o trabalhador produza ou complete mais tarefas do que combinado em um dia.

Gráfico 10 – Prevalência sobre pagamento de bônus caso o trabalhador produza ou complete mais tarefas do que combinado em um dia entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.

A atividade pagamento de bônus caso o trabalhador produza ou complete mais tarefas do que combinado em um dia, não ocorreu para a maioria dos trabalhadores de enfermagem (189 – 89,6%). Para os trabalhadores do sexo masculino e feminino essa atividade não se sucedeu para 31 (86,1%) homens e 158 (90,3%) mulheres. Não houve associação para essa atividade e sexo, porém ocorreu associação entre a atividade e a variável categoria profissional ($p=0,024$), sendo que para 94 (88,7%) auxiliares, 44 (83,0%) técnicos e 51 (98,1%) enfermeiros essa atividade não aconteceu. Dentre a variável idade, diferença nas médias foi identificada. Os valores da média, mediana, mínima, máxima e DP dos variáveis dicotômicas sim e não foram: 41,89; 41,0; 24; 59; 9,031 (não) e 45,95; 46,0; 32; 59; 8,237 (sim).

O gráfico 11 apresenta a prevalência de trabalhar sob pressão entre os profissionais de enfermagem.

Gráfico 11 – Prevalência de trabalhar sob pressão para completar tarefas até um horário determinado entre os trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2015.

A atividade trabalhar sob pressão para completar tarefas até um horário determinado foi prevalente entre os trabalhadores de enfermagem (118 – 55,9%). Para os trabalhadores do sexo masculino e feminino essa atividade ocorreu entre 22 (61,1%) e 96 (54,9%) profissionais respectivamente. Para os auxiliares, técnicos e enfermeiros, a referida ação ocorreu para 61 (57,5%), 30 (56,6%) e 27 (51,9%) trabalhadores nessa ordem. Não houve associação entre trabalhar sob pressão, sexo e categoria profissional, e não houve diferença nas médias de idade.

A tabela 13 mostra outras influências psicossociais referidas pelos trabalhadores de enfermagem.

Tabela 13 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo influências psicossociais, sexo e categoria profissional. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Variáveis	Como faz o trabalho/decisão				Total n (%)	Valor de p
	Nunca/Quase Nunca n (%)	Raramente n (%)	Às vezes n (%)	Frequentemente n (%)		
Sexo						0,082
Masculino	06 (16,7)	02 (5,6)	17 (47,2)	11 (30,6)	36 (100,0)	
Feminino	10 (5,7)	25 (14,3)	79 (45,1)	61 (34,9)	175 (100,0)	
Total	16 (7,6)	27 (12,8)	96 (45,5)	72 (34,1)	211 (100,0)	
Categoria profissional						0,031
Auxiliar de enfermagem	14 (13,2)	16 (15,1)	46 (43,4)	30 (28,3)	106 (100,0)	
Técnico de enfermagem	02 (3,8)	05 (9,4)	27 (50,9)	19 (35,8)	53 (100,0)	

continua

Enfermeiro	0	06 (11,5)	23 (44,2)	23 (44,2)	52 (100,0)	
Total	16 (7,6)	27 (12,8)	96 (45,5)	72 (34,1)	211 (100,0)	
O que faz no trabalho/decisão						
Sexo						0,132
Masculino	10 (27,8)	07 (19,4)	08 (22,2)	11 (30,6)	36 (100,0)	
Feminino	46 (26,3)	34 (19,4)	67 (38,3)	28 (16,0)	175 (100,0)	
Total	56 (26,5)	41 (19,4)	75 (35,5)	39 (18,5)	211 (100,0)	
Categoria profissional						0,028
Auxiliar de enfermagem	34 (32,1)	22 (20,8)	31 (29,2)	19 (17,9)	106 (100,0)	
Técnico de enfermagem	15 (28,3)	12 (22,6)	15 (28,3)	11 (20,8)	53 (100,0)	
Enfermeiro	07 (13,5)	07 (13,5)	29 (55,8)	09 (17,3)	52 (100,0)	
Total	56 (26,5)	41 (19,4)	75 (35,5)	39 (18,5)	211 (100,0)	
Horários e intervalos no trabalho/decisão						
Sexo						0,219
Masculino	15 (41,7)	08 (22,2)	07 (19,4)	06 (16,7)	36 (100,0)	
Feminino	51 (29,1)	43 (24,6)	61 (34,9)	20 (11,4)	175 (100,0)	
Total	66 (31,3)	51 (24,2)	68 (32,2)	26 (12,3)	211 (100,0)	
Categoria profissional						0,613
Auxiliar de enfermagem	37 (34,9)	23 (21,7)	31 (29,2)	15 (14,2)	106 (100,0)	
Técnico de enfermagem	17 (32,1)	15 (28,3)	17 (32,1)	04 (7,5)	53 (100,0)	
Enfermeiro	12 (23,1)	13 (25,0)	20 (38,5)	07 (13,5)	52 (100,0)	
Total	66 (31,3)	51 (24,2)	68 (32,2)	26 (12,3)	211 (100,0)	
Apoio dos colegas no trabalho						
Sexo						0,120
Masculino	02 (5,7)	03 (8,6)	16 (45,7)	14 (40,0)	35 (100,0)	
Feminino	03 (1,7)	16 (9,2)	53 (30,5)	102 (58,6)	174 (100,0)	
Total	05 (2,4)	19 (9,1)	69 (33,0)	116 (55,5)	209 (100,0)	
Categoria profissional						0,597
Auxiliar de enfermagem	04 (3,8)	12 (11,5)	35 (33,7)	53 (51,0)	104 (100,0)	
Técnico de enfermagem	0	03 (5,7)	18 (34,0)	32 (60,4)	53 (100,0)	
Enfermeiro	01 (1,9)	04 (7,7)	16 (30,8)	31 (59,6)	52 (100,0)	
Total	05 (2,4)	19 (9,1)	69 (33,0)	116 (55,5)	209 (100,0)	
Satisfação no trabalho						
	Muito insatisfeito n (%)	Insatisfeito n (%)	Satisfeito n (%)	Muito satisfeito n (%)	Total n (%)	Valor de p
Sexo						0,422
Masculino	03 (8,3)	08 (22,2)	23 (63,9)	02 (5,6)	36 (100,0)	
Feminino	05 (2,9)	50 (28,6)	111 (63,4)	09 (5,1)	175 (100,0)	
Total	08 (3,8)	58 (27,5)	134 (63,5)	11 (5,2)	211 (100,0)	
Categoria profissional						0,241
Auxiliar de enfermagem	06 (5,7)	27 (25,5)	64 (60,4)	09 (8,5)	106 (100,0)	
Técnico de enfermagem	01 (1,9)	15 (28,3)	37 (69,8)	0	53 (100,0)	
Enfermeiro	01 (1,9)	16 (30,8)	33 (63,5)	02 (3,8)	52 (100,0)	

continuação

Total	08 (3,8)	58 (27,5)	134 (63,5)	11 (5,2)	211 (100,0)	
Segurança no trabalho em caso de doença grave e afastamento por três meses						
	Muito inseguro n (%)	Algo inseguro n (%)	Seguro n (%)	Muito seguro n (%)	Total n (%)	Valor de p
Sexo						0,226
Masculino	0	02 (5,6)	24 (66,7)	10 (27,8)	36 (100,0)	
Feminino	12 (6,9)	21 (12,0)	104 (59,4)	38 (21,7)	175 (100,0)	
Total	12 (5,7)	23 (10,9)	128 (60,7)	48 (22,7)	211 (100,0)	
Categoria profissional						0,284
Auxiliar de enfermagem	06 (5,7)	12 (11,3)	62 (58,5)	26 (24,5)	106 (100,0)	
Técnico de enfermagem	01 (1,9)	08 (15,1)	36 (67,9)	08 (15,1)	53 (100,0)	
Enfermeiro	05 (9,6)	03 (5,8)	30 (57,7)	14 (26,9)	52 (100,0)	
Total	12 (5,7)	23 (10,9)	128 (60,7)	48 (22,7)	211 (100,0)	
Saúde mental						
	Bom n (%)	Intermediário n (%)	Pobre n (%)	Total n (%)	Valor de p	
Sexo						
Masculino	19 (52,8)	05 (13,9)	12 (33,3)	36 (100,0)	0,002	
Feminino	42 (24,1)	60 (34,5)	72 (41,4)	174 (100,0)		
Total	61 (29,0)	65 (31,0)	84 (40,0)	210 (100,0)		
Categoria profissional					0,480	
Auxiliar de enfermagem	31 (29,5)	29 (27,6)	45 (42,9)	105 (100,0)		
Técnico de enfermagem	15 (28,3)	15 (28,3)	23 (43,4)	53 (100,0)		
Enfermeiro	15 (28,8)	21 (40,4)	16 (30,8)	52 (100,0)		
Total	61 (29,0)	65 (31,0)	84 (40,0)	210 (100,0)		

conclusão

Outras perguntas sobre os aspectos do trabalho relacionados às influências psicossociais foram feitas aos trabalhadores de enfermagem.

Com relação à decisão de como fazer o trabalho, a maioria dos trabalhadores referiu que às vezes podem decidir como fazer, sendo 17 (47,2%) homens e 79 (45,1%) mulheres. O teste do qui-quadrado mostrou que não houve associação entre sexo e decisão no trabalho, já com relação à categoria profissional associação ocorreu com a referida variável ($p=0,031$), além disso, a maioria dos auxiliares e dos técnicos podem às vezes decidir como fazer o trabalho, e para os enfermeiros 23 (44,2%) às vezes decidem e 23 (44,2%) decidem frequentemente.

Questão sobre decidir o que fazer no trabalho também foi feita aos trabalhadores, a maioria dos homens (11 – 30,6%) referiram que podem decidir o que fazer frequentemente e a maioria das mulheres (67 – 38,3%) podem decidir às vezes, entretanto para a maioria dos

trabalhadores (75 – 35,5%), tomar decisão do que fazer no trabalho ocorre às vezes. Associação entre a variável decidir o que fazer no trabalho e categoria profissional ocorreu ($p=0,031$), e para 75 (35,5%) participantes decidir o que fazer no trabalho ocorre às vezes, sendo que 34 (32,1%) auxiliares nunca decidem o que fazer no trabalho, para os técnicos 15 (28,3%) referiram que nunca decidem e 15 (28,3%) decidem às vezes e para 29 (55,8%) enfermeiros, decidir o que fazer no trabalho ocorre às vezes. Por meio do teste de Kruskal-Wallis identificamos que houve diferença nas médias entre decidir o que fazer no trabalho e idade ($p=0,048$), visto que os valores da média, mediana, mínima, máxima e DP para a idade foram: 42,45; 42,0; 27; 58; 9,086 (nunca/quase nunca), 41,93; 41,0; 26; 59; 9,085 (raramente), 40,51; 41,0; 24; 57; 8,103 (às vezes) e 45,89; 45,0; 27; 59; 10,024 (frequentemente).

A decisão dos horários e intervalos no trabalho foi realizada às vezes por 68 (32,2%) dos 211 trabalhadores, contudo para 15 (41,7%) trabalhadores do sexo do masculino essa decisão nunca ocorre e para 61 (34,9%) mulheres a referida decisão ocorre às vezes. Dentre a categoria profissional, a maioria dos trabalhadores (68 – 32,2%) às vezes decidem os horários de trabalho, mas para os auxiliares, 37 (34,9%) nunca podem decidir, 17 (32,1%) técnicos também nunca podem decidir e 17 (32,1%) podem decidir às vezes, e para 20 (38,5%) enfermeiros essa decisão ocorre às vezes.

Com relação ao apoio dos colegas no trabalho, para 116 (55,5%) trabalhadores dos 209 que responderam essa questão, o apoio ocorreu frequentemente, sendo que 102 (58,6%) mulheres e 14 (40,0%) homens referiram que esse apoio também acontece com frequência, mas para 16 (45,7%) homens esse apoio ocorre às vezes. A maioria dos trabalhadores de enfermagem informou que tiveram apoio frequente dos colegas no trabalho, totalizando 116 (55,5%), sendo 53 (51,0%) auxiliares, 32 (60,4%) técnicos e 31 (59,6%) enfermeiros.

Sobre a variável satisfação no trabalho, a maioria dos trabalhadores (134 – 63,5%) de enfermagem que participaram da pesquisa referiu satisfação com o trabalho, desses 111 (63,4%) mulheres e 23 (63,9%) homens, 64 (60,4%) auxiliares, 37 (69,8%) técnicos e 33 (63,5%) enfermeiros.

Em relação à segurança no trabalho em caso de doença grave ou afastamento por três meses, 128 (60,7%) participantes relataram estarem seguros no emprego, sendo 104 (59,4%) mulheres, 24 (66,7%) homens, 62 (58,5%) auxiliares, 36 (67,9%) técnicos e 30 (57,7%) enfermeiros. Não houve associação entre segurança no trabalho, sexo e categoria profissional, mas ocorreu diferença nas médias com relação à segurança e idade ($p=0,036$). A média,

mediana, mínima, máxima e DP dos participantes que referiram muita insegurança foram: 47,17; 45,0; 35; 59; 8,632; os valores para alguma insegurança foram: 45,00; 45,0; 27; 59; 9,877; para segurança: 41,40; 41,0; 24; 59; 8,755; e para muita segurança: 42,17; 42,50; 26; 58; 9,018.

Dentre os 211 trabalhadores de enfermagem que participaram do estudo, 210 (99,5%) responderam as questões sobre saúde mental do questionário base. 84 (40,0%) dos 210 trabalhadores apresentaram uma saúde mental pobre, sendo o sexo feminino o mais prevalente (72 – 41,4%). Já com relação ao sexo masculino, a maioria (19 – 52,8%) apontou uma saúde mental boa. O teste do qui-quadrado foi aplicado para verificar a presença da associação entre as variáveis saúde mental e sexo ($p=0,002$).

Sobre a categoria profissional, 84 (40,0%) profissionais apresentaram saúde mental pobre. Para a maioria dos auxiliares e técnicos de enfermagem a saúde mental pobre foi a mais prevalente (45 – 42,9% e 23 – 43,4%), já para 21 (40,4%) enfermeiros a saúde mental foi intermediária.

Na segunda etapa do estudo, dos 90 trabalhadores de enfermagem que responderam o questionário de acompanhamento, 32 (36,0%) apresentaram saúde mental boa, 33 (37,0%) intermediária e 25 (28,0%) pobre.

Sobre as influências culturais, o gráfico 12 apresenta as prevalências sobre a opinião dos trabalhadores de enfermagem referente a atividade física e dor no braço, ombro ou mãos.

Gráfico 12 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a atividade física e dor no braço, ombro ou mãos. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Dentre os 211 profissionais de enfermagem que participaram do estudo, a maioria dos profissionais (76 – 36,0%) discordou completamente da informação que a atividade física deve ser evitada porque pode machucar o braço, ombros ou mãos, desses 38,9% são mulheres e 22,2% são homens, entretanto, a maioria dos homens (47,2%) tendeu a discordar dessa informação. Por meio do teste exato de Fisher verificou que houve associação entre a afirmação e a variável sexo ($p=0,012$). Ainda nesse contexto, 76 (36,0%) profissionais de enfermagem dos 211 discordaram completamente da afirmativa, sendo 36,8% auxiliares, 43,4% técnicos e 26,9% enfermeiros, mas a maioria dos enfermeiros (36,5%) tendeu a discordar. Identificamos também que não houve associação entre a afirmativa e categoria profissional, e não houve diferenças nas médias de idade.

No gráfico 13 são apresentadas as prevalências sobre a melhora do problema no braço, ombro ou mãos.

Gráfico 13 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a melhora da dor no braço, ombro ou mãos. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Dos trabalhadores participantes, a maioria (84 – 39,8%) dos 211 trabalhadores informou não ter certeza se os problemas no braço, ombro ou mãos melhoram em três meses, equivalendo a 44,4% dos homens e 38,9% das mulheres. De acordo com o teste exato de Fisher constatamos que houve associação entre a afirmação e sexo ($p=0,034$). Com relação à categoria profissional, 84 (39,8%) trabalhadores também não tiveram certeza sobre a informação, e, desses 41,5% são auxiliares, 37,7% técnicos e 38,5% enfermeiros. Não houve associação entre a informação e categoria profissional, e também não houve diferença nas médias de idade.

Prevalências sobre a opinião dos trabalhadores de enfermagem referente à necessidade do repouso para a melhora da dor no braço ombro ou mãos são mostradas no gráfico 14.

Gráfico 14 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a necessidade do repouso para a melhora da dor no braço, ombro ou mãos. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Ainda sobre as influências culturais relacionadas ao braço, 87 (41,2%) dos 211 trabalhadores de enfermagem concordaram completamente com a afirmação que o repouso é necessário para melhorar a dor no braço, ombro ou mãos, desses 58,3% são profissionais do sexo masculino e 37,7% do sexo feminino, entretanto, a maioria das mulheres (38,3%) tendeu a concordar. Dentre as categorias profissionais, 87 (41,2%) profissionais concordaram completamente com a afirmativa, desses 42,5% são auxiliares, 49,1% técnicos e 30,8% enfermeiros, contudo 48,1% enfermeiros tenderam a concordar. Não houve associação entre a afirmação, sexo e categoria profissional, e diferença nas médias de idade.

No gráfico 15 são ressaltadas as prevalências das opiniões dos profissionais de enfermagem referente à negligência da dor no braço, ombro ou mãos e problemas permanentes.

Gráfico 15 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a negligência da dor no braço, ombro ou mãos e problemas permanentes. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Constatamos que 144 (68,6%) dos 210 profissionais de enfermagem concordaram completamente com a afirmação negligenciar problemas no braço, ombro ou mãos pode causar problemas permanentes, sendo que 63,9% são do sexo masculino, 69,5% do sexo feminino, 69,8% auxiliares, 63,5% técnicos e 71,2% enfermeiros. Além disso, verificamos que não houve associação entre a afirmação, sexo e categoria profissional, e diferença nas médias de idade.

O gráfico 16 apresenta dados sobre a opinião dos trabalhadores de enfermagem referente à dor no braço, ombro ou mãos ser causada pelo trabalho.

Gráfico 16 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre o trabalho ser causador da dor no braço, ombro ou mãos. Ribeirão Preto-SP, 2015.

De acordo com a afirmação problemas são normalmente causados pelo trabalho das pessoas, identificamos que a maioria dos profissionais (78 –37,1%) trabalhadores tendeu a concordar com a afirmativa, correspondendo 36,1% dos homens, 37,4% das mulheres, 34,0% dos auxiliares de enfermagem, 34,6% dos técnicos de enfermagem e 46,2% dos enfermeiros. Não houve associação entre a afirmação, sexo e categoria profissional, e diferença nas médias de idade.

O gráfico 17 mostra as prevalências sobre a opinião dos trabalhadores de enfermagem referente à atividade física e dor lombar.

Gráfico 17 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a atividade física e dor lombar. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Com relação as influências culturais relacionadas à dor na lombar, dos 211 profissionais de enfermagem, 69 (32,7%) discordaram completamente da afirmação que atividade física deve ser evitada porque pode machucar a lombar, desses 34,9% são mulheres e 22,2% homens, todavia, a maioria dos participantes do sexo masculino (30,6%) tendeu a discordar da afirmação. Dentre as categorias profissionais, 69 (32,7%) trabalhadores discordaram completamente da afirmação representada por 35,8% dos auxiliares, 34,0% dos técnicos e 25,0% dos enfermeiros, mas a maior parte dos enfermeiros (32,7%) tendeu a discordar. Verificamos que não houve associação entre a afirmação, sexo e categoria profissional, e diferença nas médias de idade, identificada por meio de testes estatísticos.

No gráfico 18 são expostas as prevalências sobre a melhora do problema na lombar.

Gráfico 18 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a melhora da dor lombar. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Dos 210 participantes, 86 (41,0%) referiram não ter certeza sobre a melhora da dor em três meses, desses 42,5% são mulheres e 33,3% homens. Sobre as categorias profissionais, 86 (41,0%) informaram não ter certeza, sendo 42,5% auxiliares de enfermagem, 40,4% técnicos de enfermagem e 38,5% enfermeiros, ademais, 40,4% técnicos discordaram completamente da informação. Não houve associação entre a afirmativa, sexo e categoria profissional, e diferença nas médias de idade.

Resultados das prevalências sobre a opinião dos trabalhadores de enfermagem referente à necessidade do repouso para a melhora da dor lombar são mostrados no gráfico 19.

Gráfico 19 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a necessidade do repouso para a melhora da dor lombar. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Observamos que 90 (42,9%) dos 210 participantes concordaram completamente com a afirmação sobre a necessidade do repouso na melhora da dor lombar, sendo 55,6% homens e 40,2% mulheres, 50,0% auxiliares, 42,3% técnicos e 28,8% dos enfermeiros, mas a maioria dos enfermeiros participantes (46,2%) tendeu a concordar. Testes estatísticos verificaram que não houve associação entre a afirmação, sexo e categoria profissional, e diferença nas médias de idade.

O gráfico 20 apresenta as prevalências das opiniões dos profissionais de enfermagem referente à negligência da dor lombar e problemas permanentes.

Gráfico 20 – Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre a negligência da dor lombar e problemas permanentes. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Sobre a afirmação negligenciar problemas desse tipo pode causar problemas permanentes na lombar, 142 (67,6%) dos trabalhadores de 210 concordaram completamente com a afirmativa, desses 75,0% homens e 66,1% mulheres, 66,0% auxiliares, 73,1% técnicos e 65,4% enfermeiros. Não houve associação entre a afirmação, sexo e categoria profissional, e diferença nas médias de idade.

O gráfico 21 mostra dados sobre a opinião dos trabalhadores de enfermagem referente à dor lombar ser causada pelo trabalho.

Gráfico 21– Prevalências de opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre o trabalho ser causador da dor no braço, ombro ou mãos. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Dentre os 210 trabalhadores de enfermagem, 68 (32,4%) tenderam a concordar com a afirmação sobre problemas normalmente são causados pelo trabalho das pessoas, dentre eles, 36,1% são trabalhadores do sexo masculino, 31,6% do sexo feminino, 32,1% auxiliares, 34,6% técnicos e 30,8% enfermeiros. Não houve associação entre a afirmação, sexo e categoria profissional, e diferença nas médias de idade, verificada por meio de testes estatísticos.

5.4 Absenteísmo doença em trabalhadores de enfermagem

A tabela 14 mostra as prevalências de absenteísmo por problemas musculoesqueléticos e outras doenças entre os trabalhadores de enfermagem.

Tabela 14 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino segundo absenteísmo nos últimos 12 meses e nos últimos seis meses relacionado aos problemas musculoesqueléticos e as outras doenças. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Variáveis	Questionário base		Questionário de acompanhamento	
	Absenteísmo/Problemas musculoesqueléticos	Absenteísmo/Doença	Absenteísmo/Problemas musculoesqueléticos	Absenteísmo/Doença
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
0 dias	166 (78,7)	127 (60,2)	74 (82,2)	67 (74,4)
1-5 dias	22 (10,4)	61 (28,9)	13 (14,4)	17 (18,9)
6-30 dias	16 (7,6)	17 (8,1)	03 (3,3)	05 (5,6)
Mais de 30 dias	06 (2,8)	05 (2,4)	0	01 (1,1)
Sem informação	01 (0,5)	01 (0,5)	0	0
Total	211 (100,0)	211 (100,0)	90 (100,0)	90 (100,0)

Dentre os trabalhadores de enfermagem que participaram da primeira etapa do estudo (questionário base), 44 (20,8%) se afastaram por problemas musculoesqueléticos e 83 (39,4%) por outras doenças. Na segunda parte da pesquisa (questionário de acompanhamento), 16 (17,7%) trabalhadores de enfermagem referiram ter se afastado do trabalho por problemas musculoesqueléticos e 23 (25,6%) por outras doenças.

5.5 Presenteísmo e sintomas musculoesqueléticos

Dentre os profissionais de enfermagem que participaram do estudo, 163 (77,3%) apresentaram dor em uma ou mais regiões anatômicas no último mês e 48 (22,7%) referiram que não tiveram dor nesse período. Dos 163 participantes, cinco (2,4%) apresentaram dor, porém não responderam a escala do presenteísmo, sendo assim 158 (74,9%) profissionais responderam a referida escala corretamente.

A tabela 15 apresenta os valores dos escores do presenteísmo, sexo e categoria profissional entre os trabalhadores de enfermagem que responderam a escala do presenteísmo.

Tabela 15 – Distribuição dos valores obtidos segundo escores do presenteísmo, sexo e categoria ocupacional entre os trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Variáveis		Presenteísmo total					Valor de p
		n (%) N=158	Média	Mediana	Mínimo/Máximo	Desvio padrão	
Sexo							0,5219
Masculino		25 (15,8)	22,96	23	14/30	4,86	
Feminino		133 (84,2)	22,35	22	7/30	4,37	
Categoria profissional							0,7836
Auxiliar de enfermagem		85 (53,8)	22,60	23	7/30	4,66	
Técnico de enfermagem		42 (26,6)	22,10	21	13/30	4,56	
Enfermeiro		31 (19,6)	22,48	22	16/30	3,73	
			Concentração mantida				
Sexo							0,8557
Masculino		25 (15,8)	9,52	9	4/15	3,49	
Feminino		133 (84,2)	9,62	9	3/15	3,40	
Categoria profissional							0,6350
Auxiliar de enfermagem		85 (53,8)	9,68	10	3/15	3,49	
Técnico de enfermagem		42 (26,6)	9,19	9	4/15	3,37	
Enfermeiro		31 (19,6)	9,94	9	5/15	3,26	
			Trabalho finalizado				
Sexo							0,1418
Masculino		25 (15,8)	9,52	9	4/15	3,49	
Feminino		133 (84,2)	9,62	9	3/15	3,40	

continua

Categoria profissional						0,7350
Auxiliar de enfermagem	de	85 (53,8)	9,68	10	3/15	3,49
Técnico de enfermagem	de	42 (26,6)	9,19	9	4/15	3,37
Enfermeiro		31 (19,6)	9,94	9	5/15	3,26
						conclusão

Por meio da escala SPS-6 o escore do presenteísmo foi mensurado entre os 158 trabalhadores de enfermagem que referiram o presenteísmo, desses 133 (84,2%) são mulheres e 25 (84,2%) homens. Com relação à categoria profissional, 85 (53,8%) são auxiliares de enfermagem, 42 (26,6%) técnicos de enfermagem e 31 (19,6%) enfermeiros.

Para verificar a associação entre escore presenteísmo total, concentração mantida, trabalho finalizado, sexo e categoria profissional, o teste de Mann-Whitney foi aplicado e não houve diferença nas médias entre essas variáveis.

No escore do presenteísmo total identificamos que o escore médio para as mulheres foi de 22,35, mediana 22, a variação do escore foi entre 7 a 30 e DP de 4,37, e os valores descritos foram menores com relação aos dos homens. Dentre as categorias profissionais os auxiliares apresentaram um escore médio de 22,60, mediana 23, variação do escore de 7 a 30 e DP de 4,66; já entre os técnicos os referidos valores foram 22,10; 21; 13 a 30 e 4,56; por fim entre os enfermeiros os valores do escore médio foi 22,48, mediana 22, sendo que o escore variou de 16 a 30 e DP de 3,73.

Sobre a concentração mantida, os valores para os trabalhadores do sexo feminino relacionados ao escore médio, mediana, mínima, máxima e DP foram 9,62; 9; 3; 15 e 3,40; já dentre os homens os respectivos valores foram 9,52; 9; 4; 15 e 3,49. Com relação às categorias profissionais os auxiliares de enfermagem apresentaram um escore médio de 9,68, mediana de 10, sendo que o escore variou de 3 a 15 e DP de 3,49; dentre os técnicos de enfermagem, a média foi de 9,19, mediana de 9, variação do escore de 4 a 15 e DP de 3,37; e por último os valores da média, mediana, variação do escore (mínima e máxima) e DP dos enfermeiros foram 9,94; 9; 5 a 15 e 3,26.

Com relação à dimensão do trabalho finalizado, para as mulheres os valores da média foi de 9,62, mediana 9, variação do escore 3 a 15 e DP de 3,40; já para os homens os referidos valores foram 9,52; 9; 4 a 15 e 3,49. Ainda nessa dimensão, para os auxiliares o escore médio foi 9,68, mediana 9, variação do escore de 3 a 15 e DP de 3,49; para os técnicos esses valores

foram 9,19; 9; 4 a 15; 3,37; e por fim os valores para os enfermeiros foram 9,94; 9; 5 a 15 e 3,26.

Para verificar a correlação entre os escores do presenteísmo e a idade, o teste de correlação de Spearman (r_s) foi utilizado e as correlações foram positivas, porém não houve correlação estatisticamente significativa entre essas variáveis, sendo $r_s=0,0315$ e valor de $p=0,6951$ (presenteísmo total); $r_s=0,0813$ e valor de $p=0,3115$ (concentração mantida) e $r_s=0,0546$ e valor de $p=0,4969$ (trabalho finalizado).

Os valores dos escores do presenteísmo e presença de dores no último mês são apresentados na tabela 16.

Tabela 16 – Distribuição dos valores obtidos segundo escores do presenteísmo e presença de dores no último mês entre os trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Dores	Categoria	n (%)	Média	Mediana	Mínimo/Máximo	Desvio padrão	Valor de p
Presenteísmo Total							
Lombar	Sim	115 (72,8)	22,26	22,0	13/30	4,16	0,7783
	Não	19 (12,0)	21,79	21,0	7/30	6,14	
Pescoço	Sim	91 (57,6)	22,35	22,0	13/30	4,43	0,7933
	Não	18 (11,4)	21,67	21,0	7/30	5,51	
Ombro	Sim	74 (46,8)	22,16	22,0	14/30	4,10	0,4060
	Não	08 (5,1)	23,38	26,0	14/29	5,78	
Cotovelo	Sim	25 (15,8)	20,80	21,0	14/29	4,67	0,8345
	Não	02 (1,3)	19,50	19,5	19/20	0,71	
Punho e/ou mão	Sim	52 (32,9)	22,02	21,5	7/30	4,62	0,8345
	Não	11 (7,0)	22,55	23,0	16/30	4,70	
Joelho	Sim	66 (41,8)	22,26	21,0	13/30	4,48	0,7264
	Não	08 (5,1)	20,88	20,5	7/30	7,02	
Concentração mantida							
Lombar	Sim	115 (72,8)	9,27	9,0	3/15	3,20	0,5114
	Não	19 (12,0)	10,05	8,0	4/15	4,40	
Pescoço	Sim	91 (57,6)	9,35	9,0	3/15	3,39	0,7337
	Não	18 (11,4)	9,11	8,5	4/15	3,79	
Ombro	Sim	74 (46,8)	9,10	9,0	3/15	3,21	0,0215
	Não	08 (5,1)	12,0	12,5	6/15	3,02	
Cotovelo	Sim	25 (15,8)	8,48	7,0	3/15	3,71	0,5457
	Não	02 (1,3)	9,50	9,5	8/11	2,12	
Punho e/ou mão	Sim	52 (32,9)	9,31	9,0	3/15	3,37	0,8343
	Não	11 (7,0)	9,46	10,0	4/15	3,17	
Joelho	Sim	66 (41,8)	9,30	9,0	4/15	3,41	0,8267
	Não	08 (5,1)	10,05	10,0	4/15	3,41	

continua

	Não	8 (5,1)	9,50	8,5	4/15	3,96	
Trabalho finalizado							
Lombar	Sim	115 (72,8)	12,99	14,0	3/15	2,41	0,3027
	Não	19 (12,0)	11,74	13,0	3/15	3,98	
Pescoço	Sim	91 (57,6)	13,00	14,0	6/15	2,22	0,9499
	Não	18 (11,4)	12,56	14,0	3/15	3,68	
Ombro	Sim	74 (46,8)	13,07	14,0	3/15	2,20	0,4325
	Não	08 (5,1)	11,38	12,5	4/15	4,24	
Cotovelo	Sim	25 (15,8)	12,32	13,0	3/15	2,98	0,0789
	Não	02 (1,3)	10,00	10,0	9/11	1,41	
Punho e/ou mão	Sim	52 (32,9)	12,71	13,0	3/15	2,70	0,8241
	Não	11 (7,0)	13,09	13,0	9/15	1,97	
Joelho	Sim	66 (41,8)	12,95	14,0	3/15	2,48	0,1497
	Não	08 (5,1)	11,38	11,5	3/15	3,78	
							conclusão

Os resultados revelam que dentre os 158 trabalhadores de enfermagem, 115 (72,8%) referiram dor na lombar e 19 (12,0%) não apresentaram dor nessa região, porém apresentaram em outra, 91 (57,6%) tiveram dor no pescoço e 18 (11,4%) não tiveram, 74 (46,8%) mencionaram a presença da dor no ombro, e oito (5,1%) não tiveram dor nessa região, 25 (15,8%) trabalhadores apresentaram dor no cotovelo e dois (1,3%) não apresentaram, 52 (32,9%) tiveram dor no punho e/ou mão, mas 11 (7,0%) negaram e 66 (41,8%) referiram a presença da dor no joelho, e oito (5,1%) não tiveram dor nessa região anatômica, porém apresentaram em outras.

Os valores da média do escore presenteísmo total relacionados às dores variaram de 20,80 a 22,35 pontos, sendo que o maior valor se refere à dor no pescoço e o menor à dor no cotovelo. Já a mediana variou de 21 a 22, representadas pela dor lombar, pescoço e ombro no maior valor e o menor foi entre a dor no joelho e no cotovelo. A pontuação mínima variou de 7 a 14 pontos, sendo o menor para o punho e/ou mão e o maior para o ombro e cotovelo. A máxima pontuação alternou entre 29 a 30 pontos, sendo que a pontuação 29 é referente à dor no cotovelo e a pontuação 30 é referente às dores na lombar, pescoço, ombro, punho e/ou mão e joelho. Por fim, os valores do DP foram entre 4,10 e 4,67, sendo o maior valor representado pelo cotovelo e o menor pelo ombro.

Com relação aos valores sobre a concentração mantida, a pontuação média variou de 8,48 a 9,35, sendo representada pela dor no cotovelo e no pescoço respectivamente, já os valores da mediana variaram de 7 a 9, sendo o menor valor referente à dor no cotovelo e os

maiores relacionados às dores na lombar, pescoço, ombro, punho e/ou mão e joelho. Os valores da pontuação mínima alternaram entre 3 a 4 pontos, sendo que o valor 3 está relacionado as dores lombar, pescoço, ombro, cotovelo e punho e/ou mão, já a pontuação máxima é referente a dor no joelho; e dentre a máxima pontuação todas as dores pontuaram 15. Dentre os valores do DP, a mínima foi 3,20 e refere-se a dor lombar, já a máxima foi 3,71 representada pela dor no cotovelo.

Dentre os valores da pontuação do trabalho finalizado a média variou de 12,32 a 13,07 pontos e foi representada pelo cotovelo e ombro respectivamente, já a mediana foi de 13 a 14, sendo que a pontuação 13 foi relacionada à dor no cotovelo e punho, já a pontuação 14 foi representada pelas dores lombar, pescoço, ombro e joelho. Os valores da pontuação mínima foi 3 pontos entre as dores lombar, ombro, cotovelo, punho e/ou mão e cotovelo, e 6 pontos para a dor no pescoço. Sobre os valores da pontuação máxima, todas as dores pontuaram o máximo de 15 pontos. Os valores do DP variaram entre 2,20 a 2,98 e foi representada pela dor no ombro e cotovelo respectivamente.

A comparação dos dados (dores e escores do presenteísmo) foi realizada por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney, uma vez que a distribuição não foi normal, e houve diferença na média do escore concentração mantida entre os trabalhadores de enfermagem que apresentaram dor no ombro ($p=0,0215$), e a média dos escores da concentração entre os 74 trabalhadores que apresentaram dor no ombro foi 9,10 pontos, mediana 9, mínimo 3, máximo 15 e DP de 3,21.

A tabela 17 mostra os dados da análise de regressão do escore total do presenteísmo, dor no último mês, categoria profissional e idade.

Tabela 17 – Análise de regressão do escore total do presenteísmo, dor no último mês, categoria profissional e idade entre os trabalhadores de enfermagem atuantes no hospital de ensino. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Presenteísmo/Sociodemográficas				
Parâmetros da média	Estimativa	Erro padrão	t	Valor de p
Intercepto	22,8158	3,1301	7,2890	0,0000
Sexo feminino	-1,0276	1,4710	-0,6990	0,4860
Técnico de enfermagem	-0,3720	1,3101	-0,2840	0,7770
Enfermeiro	0,0950	1,4235	0,0670	0,9470
Idade	0,0422	0,0626	0,6740	0,5020
Desvio padrão	1,6795/5,3629	0,0940	17,8600	0,0000
Presenteísmo/Dor lombar				
Intercepto	20,1017	3,5790	5,6170	0,0000
Sexo feminino	-1,0204	1,5681	-0,6510	0,5160

continua

Técnico de enfermagem	0,0636	1,3498	0,0470	0,9630
Enfermeiro	0,1596	1,5133	0,1050	0,9160
Idade	0,0698	0,0659	1,0600	0,2910
Dor lombar	1,1236	1,5824	0,7100	0,4790
Desvio padrão	1,6623/5,2713	0,0980	16,9500	0,0000
Presenteísmo/Dor no pescoço				
Intercepto	21,4729	4,1088	5,2260	0,0000
Sexo feminino	-2,8880	2,1151	-1,3650	0,1750
Técnico de enfermagem	-0,9283	1,5826	-0,5870	0,5590
Enfermeiro	0,5416	1,7493	0,3100	0,7570
Idade	0,1115	0,0808	1,3790	0,1710
Dor no pescoço	-0,1586	1,7888	-0,0890	0,9300
Desvio padrão	1,6984/5,4652	0,1139	14,9100	0,0000
Presenteísmo/Dor no ombro				
Intercepto	22,2096	4,3185	5,1430	0,0000
Sexo feminino	-1,5424	1,7077	-0,9030	0,3690
Técnico de enfermagem	0,8176	1,5011	0,5450	0,5880
Enfermeiro	1,6143	2,0714	0,7790	0,4380
Idade	0,0704	0,0787	0,8950	0,3740
Dor no ombro	-1,5830	2,2201	-0,7130	0,4780
Desvio padrão	1,5738/4,8249	0,1166	13,5000	0,0000
Presenteísmo/Dor no cotovelo				
Intercepto	20,8536	6,3959	3,2600	0,0039
Sexo feminino	2,1827	2,6855	0,8130	0,4259
Técnico de enfermagem	-0,7063	2,1934	-0,3220	0,7508
Enfermeiro	14,2367	7,6046	1,8720	0,0759
Idade	-0,0753	0,1222	-0,6160	0,5450
Dor no cotovelo	1,0330	3,1840	0,3240	0,7490
Desvio padrão	1,4113/4,1013	0,1617	8,7300	0,0000
Presenteísmo/Dor no punho e/ou mão				
Intercepto	22,4353	5,4332	4,1290	0,0001
Sexo feminino	-1,6264	2,5081	-0,6480	0,5194
Técnico de enfermagem	2,8956	2,3927	1,2100	0,2314
Enfermeiro	1,0873	2,3010	0,4730	0,6384
Idade	0,0205	0,0991	0,2060	0,8372
Dor no punho e/ou mão	0,6074	2,4274	0,2500	0,8034
Desvio padrão	1,6880/5,4087	0,1470	11,4800	0,0000
Presenteísmo/Dor no joelho				
Intercepto	21,9099	5,0205	4,3640	0,0000
Sexo feminino	-3,1231	2,3598	-1,3230	0,1900
Técnico de enfermagem	-1,7219	2,0192	-0,8530	0,3970
Enfermeiro	0,1664	2,4716	0,0670	0,9470

continuação

Idade	0,0828	0,0968	0,8560	0,3950
Dor no joelho	1,0125	2,5916	0,3910	0,6970
Desvio padrão	1,7386/5,6894	0,1419	12,2500	0,0000

conclusão

Por meio da análise de regressão foram observados 157 participantes, pois um trabalhador não respondeu a idade no questionário. Identificamos que o valor médio esperado do presenteísmo entre os trabalhadores do sexo masculino, auxiliares de enfermagem e com zero ano de idade foi de 22,518 pontos. Considerando a mesma categoria profissional e idade, as mulheres apresentaram 1,0276 pontos a menos do que os homens. Os técnicos de enfermagem pontuaram 0,3720 pontos a menos e os enfermeiros 0,0950 pontos a mais na média. Para a variável idade, verificamos que para cada ano de idade a mais se obteve um aumento de 0,0422 pontos. A estimativa do desvio padrão entre o presenteísmo e variáveis sociodemográficas é igual a exponencial do valor 1,6795, sendo representada pelo valor 5,3629.

Com relação ao presenteísmo e dor lombar 133 participantes foram observados, e identificamos que o valor médio esperado entre os homens, auxiliares de enfermagem e com zero ano de idade foi de 20,1017 pontos, além disso, as mulheres tiveram 1,0204 pontos a menos, os técnicos 0,0636 pontos a mais, os enfermeiros pontuaram 0,1596 pontos a mais, e para cada ano de idade um aumento na pontuação do presenteísmo de 0,0698 ocorreu. Para os participantes que referiram dor lombar é esperada uma pontuação de 1,1236 pontos a mais na média. A estimativa do DP foi verificada pela exponencial do valor 1,6623 que é igual a 5,2713.

Presenteísmo e dor no pescoço foram observados entre 108 trabalhadores de enfermagem, desses, constatamos que valor médio esperado entre os participantes do sexo masculino, auxiliares de enfermagem e com zero ano de idade foi de 21,4729 pontos. Dentre as outras variáveis, foi identificado que as mulheres apresentaram uma pontuação de 2,8800 pontos a menos, os técnicos 0,9283 pontos a menos, os enfermeiros 0,5416 pontos a mais e para cada ano de idade a mais os profissionais apresentaram 0,1115 pontos a mais na média do presenteísmo. Para os trabalhadores que referiram dor no pescoço, diminuição na pontuação do presenteísmo de 0,1586 pontos ocorreu. A estimativa do DP foi verificada pela exponencial do valor 1,6984 que é igual a 5,4652.

Na análise de regressão entre presenteísmo e dor no ombro, 81 participantes foram observados, dessa forma, dentre os homens, auxiliares de enfermagem e com zero ano de idade o valor médio foi de 22,2096 pontos. Os trabalhadores de enfermagem do sexo

feminino obtiveram 1,5424 pontos a menos na média, os técnicos e enfermeiros possuíram 0,8176 e 1,6143 pontos a mais respectivamente, e para cada ano de idade a mais ocorreu um aumento de 0,0704 pontos. Dentre os trabalhadores de enfermagem que apresentaram dor no ombro, houve diminuição na pontuação no valor de 1,5830 pontos. A estimativa do DP foi verificada pela exponencial do valor 1,5738 que é igual a 4,8249.

Sobre presenteísmo e dor no cotovelo 27 pessoas foram observadas, e um valor médio de 20,8536 pontos foi notado entre os homens, auxiliares de enfermagem e com zero ano de idade. As mulheres obtiveram 2,1827 pontos a mais, os técnicos de enfermagem pontuaram 0,7063 pontos a menos e os enfermeiros 14,2367 pontos a mais, e para cada ano de idade os trabalhadores pontuaram 0,0753 pontos a menos na média. Para os trabalhadores que referiram dor no cotovelo constatamos um aumento na média do presenteísmo de 1,0330 pontos. A estimativa do DP foi verificada pela exponencial do valor 1,4113 que é igual a 4,1013.

Em relação às variáveis presenteísmo e dor no punho e/ou mão, 62 trabalhadores foram observados com relação às variáveis presenteísmo e dor no punho e/ou mão. Assim, o valor médio esperado do presenteísmo entre os trabalhadores do sexo masculino, auxiliares de enfermagem e com zero ano de idade foi de 22,4353 pontos. Para as mulheres diminuição na média de 1,6264 pontos foi constatada, para os técnicos de enfermagem e enfermeiros identificamos um aumento de 2,8956 e 1,0873 pontos respectivamente. Para cada ano de idade a mais os trabalhadores tiveram um aumento de 0,0205 pontos. Os profissionais de enfermagem que referiram dor no punho e/ou mão no último mês obtiveram 0,6074 pontos a mais na média do presenteísmo. A estimativa do DP foi verificada pela exponencial do valor 1,6880 que é igual a 5,4087.

Dos 74 trabalhadores de enfermagem observados com relação ao presenteísmo e dor no joelho, destacamos que o valor médio dos trabalhadores do sexo masculino, auxiliares de enfermagem e com zero ano de idade referente ao presenteísmo e dor no joelho foi de 21,9099 pontos. Considerando a mesma categoria profissional e idade, as mulheres apresentaram 3,1231 pontos a menos do que os homens. Os técnicos de enfermagem pontuaram 1,7219 pontos a menos e os enfermeiros 0,1664 pontos a mais na média. Para cada ano de idade a mais se obteve um aumento de 0,0828 pontos. Para os trabalhadores de enfermagem que relataram dor no joelho uma pontuação de 1,0125 pontos a mais na média foi verificada. A estimativa do desvio padrão entre o presenteísmo e dor no joelho é igual a exponencial do

valor 1,7386, sendo representada pelo valor 5,6894. Para todas as variáveis analisadas não foram observadas quaisquer significâncias.

6 DISCUSSÃO

As características demográficas da amostra estudada se assemelham ao perfil da força de trabalho da enfermagem no Brasil, sendo ainda uma profissão com prevalência de 84,6% mulheres (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

A maioria dos participantes apresenta idade média de 42,3 anos na primeira etapa e 42,51 anos na segunda. Esse resultado corrobora com outros resultados realizados entre trabalhadores de enfermagem que apresentaram sintomas musculoesqueléticos (CARUGNO et al., 2012; SCHMIDT; DANTAS, 2012).

A categoria profissional com maior número de participantes na primeira etapa deste estudo foi de auxiliares de enfermagem (106 – 50,2%), seguida por 53 (25,1%) técnicos de enfermagem e 52 (24,6%) enfermeiros. Na segunda, a tendência de prioridade se manteve 45 (50,0%) auxiliares, 21 (23,3%) técnicos e 24 (26,7%) enfermeiros.

Os estudos de Freitas et al. (2009) e Magnago et al. (2010a) indicam maior prevalência de sintomas entre os auxiliares de enfermagem. Profissionais dessa categoria desempenham muitos procedimentos, como por exemplo, levantamento de peso, movimentação do paciente, higienização dos pacientes, troca de roupa de cama, organização dos leitos, dentre outras que podem ocasionar sintomas musculoesqueléticos (ABDALLA et al., 2014; FREITAS et al., 2009; PINAR, 2010; TINUBU et al., 2010).

Sobre a ocupação, a maioria dos trabalhadores exerce o mesmo trabalho há mais de cinco anos, possuem carga horária maior que 30 horas semanais e não têm outro vínculo empregatício. Schmidt e Dantas (2012) ao realizarem um estudo com trabalhadores de enfermagem constataram que os participantes possuíam, em média, a carga horária semanal de 47,3 horas em média e apenas 23,2% tinham duplo vínculo empregatício.

Com relação ao grupo ocupacional estudado constatamos que os trabalhadores têm direito a indenização por problemas nas costas, pescoço, ombro, cotovelo, punho e/ou mão e joelho, e essas indenizações são providas, às vezes pela previdência social ou pelo empregador, por meio de processos judiciais e nunca por meio de outras fontes. Este direito é fundamentado pela Lei 8212/91 que discorre sobre a previdência social, cuja finalidade é assegurar aos trabalhadores beneficiários meios para a manutenção de vida, causada por incapacidade, idade avançada, tempo de serviço, desemprego involuntário, encargos de família e reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente; essa seguridade

social é financiada por toda sociedade mediante recursos provenientes do país (BRASIL, 1991).

Os trabalhadores de enfermagem têm direito também ao pagamento por parte do governo quando faltam ao trabalho por motivo de doença (absenteísmo doença); esse pagamento cobre completamente as perdas de rendimentos no caso de ausência de até sete dias e superior a sete dias até três meses. Além disso, sobre a aposentadoria por invalidez, os trabalhadores do grupo ocupacional não possuem direito a um apoio financeiro especial (benefício), além dos benefícios-padrão no caso de desemprego. Nesse contexto, a lei 8212/91, vigente no Brasil, refere que o auxílio-doença é pago pela empresa empregadora por até 15 dias de afastamento do trabalhador, tornando-se necessário o encaminhamento do segurado à perícia médica da previdência social quando o afastamento ultrapassar 15 dias (BRASIL, 1991).

Dentre os serviços médicos prestados aos trabalhadores do grupo ocupacional sobre algum problema musculoesquelético, os trabalhadores devem pagar uma taxa do custo total caso a consulta não fosse coberta pelo plano de saúde, com relação ao atendimento médico no âmbito primário e hospitalar e por outro profissional. Todos os trabalhadores do grupo ocupacional têm acesso a um serviço de saúde ocupacional por meio do empregador e em outro local. No Brasil, essa situação está regulamentada pela lei 5452/43 que aprovou a consolidação das leis do trabalho, e ressalta a necessidade da existência de serviços especializados em segurança e medicina do trabalho na instituição empregadora (BRASIL, 1943).

Dentre os sintomas musculoesqueléticos mais prevalentes, a dor lombar foi a mais referida entre os trabalhadores nas duas etapas do estudo, e a dor no pescoço foi a segunda dor mais mencionada entre os profissionais de enfermagem participantes.

Estes resultados são confirmados em estudos internacionais realizados por meio do questionário CUPID, e mostram que as dores na lombar e no pescoço são caracterizadas por altas prevalências (FREIMANN et al., 2013; MATSUDAIRA et al., 2011; TINUBU et al., 2010; WARNAKULASURIYA et al., 2012).

Magnago e colaboradores (2010b) identificaram por meio de um estudo desenvolvido no Brasil que a dor lombar e dor no pescoço foram as mais referidas entre os trabalhadores de enfermagem.

Por meio do presente estudo constatamos associação entre sexo e dor lombar no último mês, sendo o feminino o mais acometido. Resultados similares foram encontrados em

um estudo nacional, em que a dor lombar afetou mais mulheres do que os homens, porém associações significantes ocorreram entre as regiões anatômicas punho e/ou mão, pescoço e pernas (MAGNAGO et al., 2010b).

Carugno et al. (2012) desenvolveram estudo entre enfermeiros brasileiros e italianos utilizando o *CUPID Questionnaire*, e verificaram que os homens apresentaram um risco menor para dor lombar em relação às mulheres (CARUGNO et al., 2012).

Conforme Strazdins e Bammer (2004), a elevada prevalência de sintomas musculoesqueléticos entre as mulheres está relacionada ao acúmulo de exposições exercidas no trabalho, domicílio e entre demandas familiares. Para Leite, Silva e Merighi (2007) a equipe de enfermagem é composta principalmente pelas mulheres, e elas exercem dupla e até tripla jornada de trabalho, o que pode agravar os sintomas musculoesqueléticos.

Associação entre categoria profissional e dor lombar nos últimos doze meses foi verificada. Dentre os 151 trabalhadores de enfermagem que referiram dor lombar nessa etapa, 51,7% são auxiliares, 29,1% técnicos e 19,2% enfermeiros. Associação estatisticamente significativa ocorreu entre categoria profissional e dor no ombro nos últimos doze meses, sendo que a referida dor foi relatada por 92 participantes, sendo 57,6% auxiliares, 29,4% técnicos e 13,0% enfermeiros.

Entre as categorias ocupacionais, a ocorrência de dores na lombar e no ombro ocorreu mais frequentemente com os auxiliares e os técnicos de enfermagem. Esse fato pode ser explicado pelo tipo de trabalho desenvolvido por essas categorias, em que na maioria das vezes as tarefas de assistência em enfermagem relacionadas aos cuidados diretos aos pacientes são realizadas por eles (FREITAS et al., 2009; MAGNAGO et al., 2010b).

Com relação à presença de dor no último mês e categoria profissional, houve diferença estatisticamente significativa entre dor no punho e/ou mão e categoria profissional totalizando 52 trabalhadores, desses 61,5% são auxiliares de enfermagem, 17,3% técnicos de enfermagem e 21,2% enfermeiros. Resultados similares foram encontrados em um estudo realizado por Magnago et al. (2010b), em que as dores na região do punho e/ou mão foram significativas entre as categorias profissionais, com uma prevalência de 38,8% entre auxiliares e técnicos e 27,4% entre enfermeiros.

Nesse contexto, algumas atividades dos auxiliares e técnicos de enfermagem são peculiares e podem agravar os sintomas musculoesqueléticos, como por exemplo, a prestação de cuidados de higiene e conforto aos pacientes de natureza repetitiva e execução de ações de tratamento simples e assistenciais (BRASIL, 1986).

Diferença nas médias com relação à presença de dor no ombro nos últimos doze meses e idade foram observadas, dessa forma, constatamos que idade mais avançada está associada à presença da dor no ombro. Esse resultado pode ser confirmado pelo estudo desenvolvido por Carugno e colaboradores (2012) entre enfermeiros do Brasil e da Itália.

Em um estudo realizado na Austrália para verificar a presença de sintomas musculoesqueléticos no pescoço e ombro dos trabalhadores de enfermagem, constatou-se que a idade se associou à dor no pescoço e ombro conjuntamente (HOE et al., 2012). Todavia, Sadeghian, Hosseinzadeh e Aliyari (2014) detectaram por meio de um estudo entre enfermeiros do Irã que dor lombar está associada com a idade.

Freimann et al. (2013) identificaram que as dores musculoesqueléticas entre trabalhadores de enfermagem da Estônia tenderam a ser mais frequentes entre os profissionais com idades mais avançadas, exceto a dor no punho e/ou mão.

Sobre os sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas, o presente estudo identificou que a dor lombar foi a mais prevalente e a que mais ocasionou incapacidades para os trabalhadores de enfermagem. Resultados similares foram encontrados em outros estudos desenvolvidos (CARUGNO et al., 2012; MAGNAGO et al., 2010a; WARNAKULASURIYA et al., 2012).

Dos trabalhadores de enfermagem que referiram dor lombar no último mês de acordo com o questionário base e questionário de acompanhamento, a maioria referiu que as atividades cortar as unhas dos dedos dos pés e realizar tarefas domésticas foram atividades incapacitantes.

Houve associação entre sexo e dor lombar no último mês, e o teste do qui-quadrado foi aplicado para identificar associações com as incapacidades. Após a realização do referido teste, identificamos que não houve associação entre as incapacidades cortar as unhas dos pés, vestir-se e realizar tarefas em casa quando associadas à variável sexo.

Sadeghian, Hosseinzadeh e Aliyari (2014) desenvolveram um estudo entre enfermeiros de um hospital no Irã, e identificaram que 58,9% dos trabalhadores que apresentam lombalgia nos últimos 12 meses, destes 18,6% relataram incapacidades associadas ocasionadas pela dor lombar.

Incapacidade associada à dor no pescoço foi identificada apenas no questionário base entre os trabalhadores que referiram esse tipo de dor no último mês, sendo a realização de tarefas domésticas a mais prevalente.

Com relação à dor no ombro as incapacidades associadas mais referidas pelos trabalhadores de enfermagem no questionário base foram pentear os cabelos, vestir-se e realizar tarefas de casa, já no questionário de acompanhamento apenas realizar tarefas em casa foi considerada atividade incapacitante.

Dentre as incapacidades associadas por dor no cotovelo, abrir garrafas, potes ou torneiras e realizar tarefas em casa foram consideradas incapacitantes pelos trabalhadores de enfermagem, segundo o questionário base.

Incapacidades como escrever, abrir garrafas, potes ou torneiras e realizar tarefas em casa foram incapacitantes quando relacionadas à dor no punho e/ou mão nos dois questionários que integram o CUPID, além disso, associação significativa ocorreu entre dor no punho e/ou mão e categoria profissional de acordo com o questionário base. Dentre os 52 trabalhadores de enfermagem que referiram dor no punho e/ou mão de acordo com o questionário base, 56,3% auxiliares de enfermagem, 100,0% técnicos e 54,5% enfermeiros informaram dificuldades para abrir garrafas, potes ou torneiras.

Sobre a dor no joelho, incapacidades como subir ou descer escadas e realizar tarefas domésticas foram as mais referidas de acordo com o questionário base. No questionário de acompanhamento, apenas subir ou descer escada foi considerada incapacitante.

Warnakulasuriya e colaboradores (2012) realizou um estudo entre diversos trabalhadores, dentre eles 236 enfermeiros, e constatou que as prevalências das dores incapacitantes foram 52 (22%) na lombar, 22 (9%) pescoço, 20 (8%) ombro, três (1%) cotovelo, 19 (8%) punho e/ou mão e 50 (21%) joelho de acordo com o questionário base do CUPID.

O estudo desenvolvido com enfermeiros brasileiros e italianos verificou que a dor na lombar apresentou 34,2% das incapacidades, o pescoço 21,2% e o ombro 43,5% (CARUGNO et al., 2012).

Dentre as influências físicas relacionadas aos sintomas musculoesqueléticos, o presente estudo constatou que o uso do teclado por mais de quatro horas no total foi pouco frequente entre os trabalhadores de enfermagem. Esse resultado foi confirmado em estudos internacionais realizados, caracterizando o uso de teclado como uma atividade pouco realizada entre os profissionais de enfermagem (COGGON et al., 2012; MATSUDAIRA et al., 2011; SADEGHIAN et al., 2013). Entretanto, associação significativa ocorreu entre os enfermeiros e a referida atividade, e essa associação pode estar relacionada ao tipo de trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, dentre elas, o planejamento da assistência em enfermagem,

emissão de parecer e prescrição da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986), em que o uso do teclado é bastante utilizado.

Movimentos repetitivos do punho ou dos dedos por mais de quatro horas no total não ocorreu para 52,6% trabalhadores de enfermagem. Dados similares foram encontrados em um estudo multicêntrico realizado por Coggon et al. (2012) entre trabalhadores de enfermagem do Brasil, Espanha e Itália. Entretanto, Sadeghian e colaboradores (2013) desenvolveram um estudo entre trabalhadores de enfermagem iranianos, e identificaram que a maioria referiu movimentação repetitiva do punho ou dos dedos.

Flexão e extensão repetitiva do cotovelo por mais de uma hora ocorreu com a maioria dos trabalhadores de enfermagem, e resultados parecidos foram encontrados em um estudo desenvolvido no Japão (MATSUDAIRA et al., 2011) e em um estudo multicêntrico realizado em diversos países (COGGON et al., 2012).

Para a maioria dos profissionais de enfermagem, trabalhar por mais de uma hora no total com as mãos elevadas acima da altura dos ombros foi uma atividade pouco frequente, e tais dados podem ser comparados com outros estudos desenvolvidos (CARUGNO et al., 2012; COGGON et al., 2012; MATSUDAIRA et al., 2011).

Na sequência, erguer pesos de 25 kg ou mais utilizando as mãos foi uma atividade frequente para os trabalhadores de enfermagem, principalmente para os auxiliares e técnicos. Esse resultado corrobora com um estudo realizado entre vários países por Coggon e colaboradores (2012).

Matsudaira et al. (2011) desenvolveram um estudo internacional entre enfermeiros japoneses e identificaram que 66% realizam a atividade de erguer pesos de 25 kg ou mais. Ademais, Carugno et al. (2012) ao desenvolverem estudo entre enfermeiros brasileiros e italianos verificaram que essa foi uma atividade comum para os enfermeiros da Itália.

Essa situação pode estar relacionada ao tipo de trabalho desenvolvido pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, em que eles executam as ações assistenciais de enfermagem sob supervisão dos enfermeiros (BRASIL, 1986), e esse tipo de atividade está relacionado ao trabalho desenvolvido por essas categorias profissionais, principalmente a manipulação e o levantamento de pacientes, que são realizadas manualmente sem dispositivos e sem qualquer recurso para auxiliar na atividade (LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007; MUROFUSE; MARZIALE, 2005; PINAR, 2010).

Subir ou descer mais de 30 lances de escada por dia não ocorreu para a maioria dos trabalhadores de enfermagem. Esse dado pode ser comparado com um estudo internacional

realizado em diversos países, dentre eles, Brasil, Costa Rica, Reino Unido, Itália, Grécia, Estônia, Líbano, Paquistão, Sri Lanka, África do Sul, Austrália e Nova Zelândia, onde resultados similares foram encontrados (COGGON et al., 2012).

Dos profissionais participantes do estudo, a maioria informou que a atividade ajoelhar-se ou agachar-se por mais de uma hora no total foi pouco prevalente. Resultados equivalentes foram encontrados em outros estudos internacionais realizados com trabalhadores de enfermagem (COGGON et al., 2012; MATSUDAIRA et al., 2011).

Com relação às influências psicossociais relacionadas aos sintomas musculoesqueléticos, pagamento do trabalho por tarefas produzidas no dia não ocorreu entre 68,2% dos profissionais. Dessa forma, concluímos que a maioria dos profissionais não recebe pela quantidade de trabalho realizado em um dia de atividade laboral.

Sobre a questão relacionada ao número pré-determinado de tarefas que se espera que o trabalhador complete no dia, 59,5% trabalhadores referiram que a situação ocorreu no trabalho.

Coggon e autores (2012) identificaram por meio de um estudo multicêntrico entre diversos trabalhadores, dentre eles os da enfermagem, elevadas prevalências sobre a pressão no trabalho. Diante disso, os trabalhadores de enfermagem devem realizar as tarefas competidas a eles no dia do trabalho. Diferenças nas médias da idade ocorreram, sendo que os valores da média da idade dos trabalhadores que responderam não e sim foram 41,48 anos e 42,86 anos respectivamente, e concluímos que os trabalhadores com mais velhos foram os que mais perceberam a referida situação.

A atividade pagamento de bônus caso o trabalhador produza ou complete mais tarefas do que combinado em um dia, não ocorreu para a maioria dos trabalhadores de enfermagem. Dados similares foram encontrados em um estudo realizado em vários países por Coggon e colaboradores (2012), em que porcentagens semelhantes foram encontradas no Paquistão e Sri Lanka. Associação entre a atividade e a variável categoria profissional ocorreu, sendo que para 88,7% auxiliares, 83,0% técnicos e 98,1% enfermeiros essa atividade não aconteceu. Dentre a variável idade, diferenças nas médias foram identificadas. Os valores da média da idade das variáveis dicotômicas sim e não foram: 45,95 anos e 41,89 anos respectivamente. Com isso, constatamos que o trabalho desenvolvido pelos profissionais de enfermagem desse estudo, não está relacionado a um pagamento de bônus caso eles produzam mais tarefas do que esperado em um dia de trabalho, em contrapartida os trabalhadores com mais idade referiram o pagamento desse bônus.

Trabalhar sob pressão para completar tarefas até um horário determinado, foi uma situação prevalente entre os trabalhadores de enfermagem. Resultados equivalentes foram encontrados em estudo desenvolvido entre diversos países, em que a pressão no trabalho encontra-se elevada (COGGON et al., 2012). Nesse contexto, Fonseca e Fernandes (2010) desenvolveram um estudo entre trabalhadores de enfermagem e identificaram que a pressão no trabalho pode aumentar a ocorrência da aceleração dos movimentos e posturas inadequadas.

Ainda sobre as influências psicossociais, a decisão de como fazer o trabalho pela maioria dos trabalhadores foi referida que acontece às vezes. Verificamos que houve associação entre decisão no trabalho e categoria profissional, sendo que a maioria dos auxiliares e dos técnicos podem às vezes decidir como fazer o trabalho, e para os enfermeiros 23 (44,2%) às vezes decidem e 23 (44,2%) decidem frequentemente. Com isso, podemos afirmar que a autonomia de decisão no trabalho ocorre mais entre a categoria profissional dos enfermeiros.

Sobre a ação decidir o que fazer no trabalho, a maioria dos trabalhadores referiu tomar decisão do que fazer no trabalho às vezes. Houve associação entre a variável decidir o que fazer no trabalho e categoria profissional, e constatamos que os enfermeiros são os trabalhadores que possuem uma maior autonomia no desenvolvimento do trabalho de enfermagem. Diferença nas médias entre decidir o que fazer no trabalho e idade ocorreu, sendo assim, identificamos que os trabalhadores mais velhos apresentaram maior autonomia sobre decidir o que fazer no trabalho. A decisão dos horários e intervalos no trabalho é realizada às vezes pela maioria dos trabalhadores.

Diante do exposto sobre as decisões, identificamos que a maioria dos trabalhadores às vezes podem decidir essas questões. Coggon et al. (2012) ao desenvolverem um estudo entre trabalhadores de enfermagem de alguns países constataram que prevalências menores que 50% sobre as respostas raramente ou nunca, ocorreram com relação às decisões e podemos afirmar que os trabalhadores possuem alguma autonomia no desenvolvimento do trabalho.

Com relação ao apoio dos colegas no trabalho, para 116 (55,5%) trabalhadores o apoio ocorreu frequentemente. Entretanto, estudo multicêntrico realizado por Coggon e autores (2012) constatou que os trabalhadores de enfermagem espanhóis e equatorianos raramente ou nunca recebem apoio dos colegas, já os brasileiros apresentaram baixa prevalência sobre as respostas nunca ou raramente.

Sobre a satisfação no trabalho a maioria dos trabalhadores de enfermagem que participaram da pesquisa referiu satisfação com o trabalho. Resultados correspondentes foram encontrados em outros estudos (CARUGNO et al., 2012; MATSUDAIRA et al., 2011; WARNAKULASURIYA et al., 2012). Além disso, baixas prevalências foram encontradas sobre insatisfação no trabalho entre trabalhadores de enfermagem de diferentes países em uma pesquisa multicêntrica (COGGON et al., 2012).

Em relação à segurança no trabalho em caso de doença grave ou afastamento por três meses, 60,7% relataram estarem seguros no emprego, e diferença nas médias com relação à segurança e idade ocorreu. Dessa forma, ressaltamos que os trabalhadores mais velhos possuem uma maior insegurança com relação ao trabalho, doença e afastamento. Além disso, estudo multicêntrico verificou que os trabalhadores de enfermagem possuem baixas prevalências de insegurança no trabalho, exceto os trabalhadores iranianos e paquistaneses (COGGON et al., 2012).

Sobre a saúde mental dos trabalhadores de enfermagem, 40,0% dos trabalhadores apresentaram uma saúde mental pobre. Esse resultado corrobora com outros realizados em que a saúde mental pobre foi detectada entre trabalhadores de enfermagem brasileiros e japoneses (CARUGNO et al., 2012; MATSUDAIRA et al., 2011). Associação entre saúde mental e sexo ocorreu e verificamos que o sexo feminino apresentou saúde mental pobre, já os trabalhadores do sexo masculino apresentaram uma saúde mental boa. Na segunda etapa do estudo a maioria dos profissionais de enfermagem apresentou saúde mental intermediária.

A respeito das influências culturais relacionadas à dor no braço, ombro ou mãos, a maioria dos trabalhadores discordou completamente da informação de que a atividade física deve ser evitada porque pode machucar o braço. De acordo com um estudo multicêntrico realizado em vários países, os trabalhadores de enfermagem obtiveram baixas prevalências com relação à afirmação concordo completamente que a atividade física é prejudicial para a dor no braço (COGGON et al., 2012). Dessa forma, podemos afirmar que os trabalhadores de enfermagem acreditam que a atividade física não é prejudicial a dor e não apresentaram crenças negativas com relação a esse domínio.

Dentre os participantes da pesquisa, a maioria informou não ter certeza se os problemas no braço melhoram em três meses. Por meio do teste estatístico constatamos associação entre a afirmação e sexo, desses 16 (44,4%) eram homens e 68 (38,9%) mulheres. Sendo assim, concluímos que os trabalhadores de enfermagem mantêm dúvidas acerca da melhora dessa dor.

Ainda sobre as influências culturais relacionadas ao braço, a maioria dos trabalhadores de enfermagem concordou completamente com a afirmação que o repouso é necessário para melhorar a dor. Nesse contexto, os profissionais apresentaram crenças negativas a respeito do problema de saúde.

Observamos que 68,6% dos profissionais de enfermagem informaram concordar completamente com a afirmação negligenciar problemas no braço pode causar problemas permanentes, com isso identificamos que os trabalhadores apresentaram crenças negativas sobre as dores no braço.

Sobre a afirmação problemas são normalmente causados pelo trabalho das pessoas, constatamos que a maioria dos trabalhadores tendeu a concordar com a referida afirmação. Coggon e colaboradores (2012) ao questionar trabalhadores de enfermagem de diversos países sobre essa afirmação identificaram que elevadas prevalências foram encontradas, dentre eles os trabalhadores do Equador, Grécia e Líbano, já no Brasil encontrou-se uma baixa prevalência.

Dentre às influências culturais relacionadas à dor na lombar, a maioria dos trabalhadores de enfermagem discordaram completamente da afirmação que atividade física deve ser evitada porque pode machucar a lombar. Com isso, constatamos que os trabalhadores de enfermagem não obtiveram crenças negativas com relação a essa afirmação. Esse resultado pode ser encontrado em estudo internacional entre vários países, principalmente o Brasil, em que os trabalhadores de enfermagem apresentaram baixas prevalências com relação à afirmação “concordo completamente que a atividade física é prejudicial para a dor lombar”, exceto os trabalhadores de enfermagem paquistaneses (GOGGON et al., 2012).

A maioria dos participantes referiu não ter certeza sobre a melhora da dor lombar em três meses, dessa forma, os trabalhadores de enfermagem mantêm dúvidas sobre o tempo de melhora da dor.

Com relação à necessidade do repouso para a melhora da dor lombar, a maioria dos participantes concordou completamente com a afirmação. Ademais, podemos concluir que os profissionais apresentaram crenças negativas com relação à informação.

Sobre a afirmação negligenciar problemas desse tipo pode causar problemas permanentes na lombar, a maioria dos trabalhadores de enfermagem concordou completamente com a afirmativa, sendo assim, verificamos que os profissionais demonstraram crenças negativas sobre a referida afirmação.

Por fim, a maioria dos profissionais de enfermagem participante tendeu a concordar com a afirmação sobre problemas normalmente são causados pelo trabalho das pessoas. Coggon et al. (2012) ao interrogar trabalhadores de enfermagem de outros países sobre a afirmativa identificaram que elevadas prevalências foram encontradas, dentre eles os trabalhadores do Equador, Grécia e Líbano e Paquistão, já no Brasil, prevalência baixa para essa afirmação foi encontrada.

Informações sobre a ocorrência de absenteísmo doença foram identificadas entre os trabalhadores de enfermagem participantes do estudo. Dos participantes da primeira etapa do estudo, 20,8% e 39,4% profissionais se afastaram do trabalho por problemas musculoesqueléticos e outras doenças respectivamente. Dentre os 90 trabalhadores que participaram da segunda parte, 17,7% referiram ter se afastado do trabalho por problemas musculoesqueléticos e 25,6% por outras doenças. Nesse contexto, podemos afirmar que afastamentos por problemas musculoesqueléticos foram menos frequentes do que por outras doenças.

Ferreira et al. (2011) realizaram um estudo nacional com 349 trabalhadores de enfermagem e observaram que a maior causa do absenteísmo entre esses profissionais foram às relacionadas ao sistema osteomuscular. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (CARVALHO et al., 2010; MAGALHÃES et al., 2011). Diante disso, constatamos que os trabalhadores, apesar de apresentar problemas musculoesqueléticos, continuam trabalhando, e essa situação pode prejudicar o atendimento ao usuário e a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem.

Dentre os 211 participantes do estudo, 158 (74,9%) trabalhadores de enfermagem referiram presenteísmo, desses a maioria dos profissionais são mulheres e auxiliares de enfermagem.

Estudos realizados para identificar o presenteísmo entre trabalhadores de enfermagem verificaram uma elevada prevalência de trabalhadores do sexo feminino (LETVAK; RUHM; GUPTA, 2012; MARTINEZ; FERREIRA, 2012; UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012), e resultados similares foram encontrados na presente pesquisa.

Em tese desenvolvida por Paschoalin (2012), dos 271 trabalhadores de enfermagem que participaram do estudo, 153 (56,5%) apresentaram presenteísmo. Com relação à categoria profissional, Paschoalin e colaboradores (2013) constataram que a maioria era auxiliares e técnicos de enfermagem.

Em relação ao escore do presenteísmo total observado por meio da escala SPS-6 verificamos que os sintomas musculoesqueléticos com relação ao presenteísmo, afetaram mais os trabalhadores do sexo feminino e os técnicos de enfermagem. De acordo com a pontuação da escala, os problemas musculoesqueléticos ocasionaram presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem e influenciaram no desempenho das atividades laborais com relação à concentração mantida e a finalização do trabalho, todos relacionados à redução do desempenho nas atividades laborais.

Os resultados das subdimensões da escala mostraram que os homens e os técnicos de enfermagem apresentaram menor concentração no trabalho por causa da presença dos sintomas musculoesqueléticos e, além disso, os referidos sintomas influenciaram na quantidade de trabalho realizado reduzindo o desempenho.

Contudo, Queiroz-Lima e Serranheira (2016) realizaram um estudo em um hospital de Portugal para avaliar o impacto dos custos da produtividade perdida e o presenteísmo entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem que apresentaram DORT, e notaram que as duas categorias apresentaram escores médios mais elevados na subdimensão concentração mantida em comparação com o trabalho finalizado, além disso, os auxiliares apresentaram níveis mais elevados de presenteísmo em ambas subdimensões.

Paschoalin (2012) identificou que os principais sinais e sintomas relacionados ao presenteísmo e que afetaram os trabalhadores de enfermagem foram cefaleia/enxaqueca, alergias/asma/rinite e problemas de coluna/dor nas costas. Nesse contexto, o escore médio total da escala de presenteísmo foi 19,5 pontos, para a dimensão trabalho finalizado o escore foi 12,9 pontos e para a dimensão concentração mantida, o escore médio foi de 6,6 pontos.

Umann, Guido e Grazziano (2012) desenvolveram um estudo com enfermeiros hospitalares para identificar a produtividade das limitações no trabalho relacionadas à saúde e constataram que quanto mais prejudicada a saúde física dos enfermeiros, a saúde psicológica e a capacidade para o trabalho diminuem consideravelmente.

No presente estudo foi mensurada também a associação entre os escores do presenteísmo e a presença de dores nas regiões anatômicas (lombar, pescoço, ombro, cotovelo, punho e/ou mão e joelho) entre os trabalhadores de enfermagem participantes, e constatamos que a dor lombar foi a mais referida entre esses profissionais.

D'Errico et al. (2013) ao estudarem a associação de dor lombar e presenteísmo entre trabalhadores de enfermagem, verificaram que 58,2% profissionais apresentaram dor. Além

disso, prevalências elevadas de dor lombar associada ao presenteísmo foram identificadas em outros estudos desenvolvidos (KIM et al., 2016; MARTINEZ; FERREIRA, 2012).

Constatamos neste estudo que a dor no cotovelo foi a que obteve menor pontuação na escala do presenteísmo em relação ao escore total e as subdimensão concentração mantida e trabalho finalizado. Diferença na média do escore concentração mantida entre os trabalhadores de enfermagem que apresentaram dor no ombro foi verificada, e a média dos escores da concentração dentre os 74 trabalhadores que apresentaram dor no ombro foi 9,10 pontos. Assim, pode-se confirmar que os trabalhadores de enfermagem que tiveram dor no ombro apresentaram uma concentração média no trabalho menor.

Através desse estudo observamos que as dores interferiram negativamente nas atividades de trabalho dos profissionais de enfermagem reduzindo o desempenho no trabalho.

Por meio da análise de regressão, identificamos que os trabalhadores de enfermagem que apresentaram dor lombar apresentaram menor pontuação na escala do presenteísmo, o que indica uma redução do desempenho no trabalho relacionado à capacidade do trabalhador em se concentrar e realizar todo o trabalho, apesar da presença dessa dor.

Participantes do sexo feminino apresentaram pontuações negativas em todas as análises, exceto a dor no cotovelo. Além disso, verificamos que a dor no joelho obteve a maior pontuação negativa entre as mulheres. Dessa forma, podemos afirmar que as pontuações do presenteísmo para as mulheres foram menores do que para os homens.

Os enfermeiros apresentaram pontuações positivas relacionadas às variáveis sociodemográficas e dores, entretanto os técnicos de enfermagem tiveram pontuações negativas na escala do presenteísmo para as dores no pescoço, cotovelo, joelho e sociodemográficas. Concluímos então, que os técnicos de enfermagem foram os trabalhadores que obtiveram mais pontuações negativas relacionadas ao presenteísmo.

A idade foi um dos fatores que influenciou nas pontuações do presenteísmo, e, observamos que a pontuação dessa variável foi negativa apenas para a dor no cotovelo, e também ocasionou interferência nessas pontuações tanto para a menos quanto para mais.

As pontuações negativas ocorreram para as dores no pescoço e ombro, contudo verificamos que as dores influenciaram nas pontuações finais do presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem.

Estudos utilizando a análise de regressão entre dores musculoesqueléticas e presenteísmo não foram identificados na literatura, entretanto o referido fenômeno atingiu os trabalhadores de enfermagem desta pesquisa, e acarretou redução no desempenho do trabalho.

Em relação às limitações do estudo, a composição da amostra foi específica de trabalhadores e limitada a um hospital. A utilização de instrumentos de autopreenchimento pode levar ao viés e a possível interferência de fatores não controlados.

Os avanços resultantes deste estudo estão relacionados à identificação dos sintomas musculoesqueléticos mais referidos entre os trabalhadores de enfermagem, bem como as incapacidades associadas a eles e as influências culturais e psicossociais. Além disso, constatou também que o presenteísmo está associado aos referidos sintomas e ocasionou redução na produtividade do trabalho desses profissionais.

7 CONCLUSÃO

Em tempos de direcionar ações globais em prol de trabalho decente e do crescimento econômico, este estudo oferece subsídios para melhorar a compreensão dos sintomas musculoesqueléticos e o presenteísmo entre trabalhadores de enfermagem, pois eles prejudicam os profissionais e instituições empregadoras, gerando sofrimentos, incapacidades para o trabalhador e baixa produtividade.

Por meio da utilização de instrumentos de medidas validados e reconhecidos internacionalmente foi possível identificar, neste estudo, as prevalências de sintomas musculoesqueléticos e incapacidades associadas e o presenteísmo em profissionais de enfermagem.

A pesquisa foi realizada em duas etapas com a amostra de 211 trabalhadores de enfermagem na primeira e 90 trabalhadores na segunda, formada em maior número por mulheres, auxiliares de enfermagem, com idade média de 42,3 anos e 42,51 anos nas duas etapas do estudo respectivamente.

Dentre os sintomas musculoesqueléticos prevalentes entre os trabalhadores de enfermagem a dor lombar foi a mais referida, seguida pela dor no pescoço.

Associação entre sexo e dor lombar no último mês ocorreu, sendo o sexo feminino o mais acometido. Ademais, associação entre categoria profissional e dor lombar nos últimos doze meses, associação entre categoria profissional e dor no ombro nos últimos doze meses e associação entre dor no punho e/ou mão no último mês ocorreram, e a maioria dos trabalhadores atingidos foram os auxiliares e os técnicos de enfermagem.

Os sintomas musculoesqueléticos causaram incapacidades, porém a dor lombar foi a mais prevalente e a que mais ocasionou incapacidades para os profissionais de enfermagem para a realização de atividades como cortar as unhas dos dedos dos pés e realizar tarefas domésticas.

Incapacidade associada à dor no pescoço foi identificada apenas no questionário base entre os trabalhadores que referiram esse tipo de dor, sendo que a realização de tarefas domésticas foi a mais prevalente.

Com relação à dor no ombro, as incapacidades associadas mais referidas pelos trabalhadores de enfermagem no questionário base foram pentear os cabelos, vestir-se e

realizar tarefas de casa, já no questionário de acompanhamento apenas realizar tarefas domiciliares foi considerada como incapacitante.

Sobre as incapacidades associadas por dor no cotovelo, abrir garrafas, potes ou torneiras e realizar tarefas em casa foram consideradas incapacitantes pelos trabalhadores de enfermagem, segundo o questionário base.

Incapacidades como escrever, abrir garrafas, potes ou torneiras e realizar tarefas em casa foram associadas à dor no punho e/ou mão, além disso, associação significativa ocorreu entre a atividade abrir garrafas, potes ou torneiras e categoria profissional.

Para a dor no joelho, subir ou descer escadas e realizar tarefas em casa foram as atividades incapacitantes mais prevalente entre os trabalhadores de enfermagem do estudo, de acordo com o questionário base. Já no questionário de acompanhamento, os trabalhadores referiram que apenas subir ou descer escadas foi incapacitante.

Dentre as influências físicas relacionadas aos sintomas musculoesqueléticos, o uso do teclado por mais de quatro horas no total foi pouco frequente entre os trabalhadores de enfermagem brasileiros. Contudo, associação significativa ocorreu entre os enfermeiros e a referida atividade, e isso pode estar relacionada ao tipo de trabalho desenvolvido por essa categoria profissional.

Movimentos repetitivos do punho ou dos dedos e flexão e extensão repetitiva do cotovelo por mais de uma hora não ocorreram para a maioria dos trabalhadores de enfermagem.

Para os profissionais de enfermagem trabalhar por mais de uma hora no total com as mãos elevadas acima da altura dos ombros foi uma atividade pouco frequente. A atividade erguer pesos de 25 kg ou mais utilizando as mãos foi uma atividade contínua para os trabalhadores de enfermagem, e associação estatisticamente significativa ocorreu entre a referida atividade e categoria profissional, sendo que os auxiliares e os técnicos de enfermagem foram os trabalhadores mais acometidos.

Subir ou descer mais de 30 lances de escada por dia e ajoelhar-se ou agachar-se por mais de uma hora no total foram atividades pouco prevalentes entre os trabalhadores de enfermagem do estudo.

Com relação às influências psicossociais relacionadas aos sintomas musculoesqueléticos, pagamento do trabalho por tarefas produzidas no dia não ocorreu para a maioria dos trabalhadores, dessa forma, o estudo constatou que a maioria dos profissionais não recebe pela quantidade de trabalho realizado em um dia de trabalho.

Sobre a questão relacionada ao número pré-determinado de tarefas que se espera que o trabalhador complete no dia, para maioria dos trabalhadores essa situação ocorreu no trabalho. Além disso, diferenças nas médias da idade ocorreram, e constatamos que os trabalhadores com mais idade foram os que mais perceberam a referida situação.

A atividade pagamento de bônus caso o trabalhador produza ou complete mais tarefas do que combinado em um dia, não ocorreu para a maioria dos trabalhadores de enfermagem, ademais houve associação entre a atividade e a variável categoria profissional, contudo a pesquisa verificou que grande parte dos trabalhadores não recebem bônus caso o trabalhador complete mais tarefas do que as estipuladas em um dia. Dentre a variável idade, diferenças nas médias foram identificadas, com isso, os dados mostraram que os trabalhadores com mais idade referiram o pagamento desse bônus.

O trabalho de enfermagem é realizado sob pressão devido a necessidade de completar tarefas até um horário determinado, e esta característica tem repercussões psicossociais importantes.

Ainda sobre as influências psicossociais, a decisão de como fazer o trabalho pela maioria dos trabalhadores foi referida que acontece às vezes, além disso, a pesquisa verificou que houve associação entre decisão no trabalho e categoria profissional, sendo que a autonomia de decisão no trabalho ocorreu mais entre a categoria profissional dos enfermeiros. Sobre a ação decidir o que fazer no trabalho, a maioria dos trabalhadores referiu tomar decisão do que fazer no trabalho às vezes, e os enfermeiros apresentaram uma maior autonomia no desenvolvimento do trabalho de enfermagem. Diferença nas médias entre decidir o que fazer no trabalho e idade ocorreu, nesse contexto, os trabalhadores mais velhos apontaram maior autonomia. A decisão dos horários e intervalos no trabalho é realizada às vezes pela maioria dos trabalhadores. Com relação ao apoio dos colegas no trabalho, para a maioria dos trabalhadores o apoio ocorreu frequentemente.

A maioria dos trabalhadores de enfermagem que participaram da pesquisa referiu satisfação com o trabalho e segurança no trabalho em caso de doença grave ou afastamento por três meses, porém houve diferença nas médias com relação à segurança e idade, e os trabalhadores mais velhos apresentaram uma maior insegurança com relação ao trabalho, doença e afastamento.

Sobre a saúde mental dos trabalhadores de enfermagem, quase a metade da amostra estudada apresentou saúde mental pobre. Associação entre saúde mental e sexo ocorreu, e

verificamos que o sexo feminino foi o que mais referiu saúde mental pobre. Na segunda etapa do estudo para a maioria dos trabalhadores a saúde mental foi intermediária.

A respeito das influências culturais relacionadas à dor no braço, ombro ou mãos e lombar, os trabalhadores de enfermagem apresentaram crenças negativas nos seguintes domínios: atividade física (necessidade de repouso para a melhora das dores) e prognóstico (negligenciar as dores pode causar problemas permanentes).

Os afastamentos por problemas musculoesqueléticos foram menos frequentes do que por outras doenças, diante disso, pode-se afirmar que apesar dos trabalhadores de enfermagem apresentarem problemas musculoesqueléticos, eles compareceram ao local de trabalho para desempenhar suas atividades laborais.

O estudo constatou também que o presenteísmo ocorreu para 74,9% dos trabalhadores de enfermagem, sendo que as mulheres e os auxiliares foram os mais acometidos.

Os resultados das subdimensões da escala constataram que os homens e os técnicos de enfermagem obtiveram menor concentração no trabalho por causa da presença de sintomas musculoesqueléticos, e os referidos sintomas influenciaram na quantidade de trabalho realizado reduzindo o desempenho do trabalhador.

Na análise de associação entre os escores do presenteísmo e a presença de dores nas regiões anatômicas, verificou-se que a dor lombar foi a mais referida entre esses profissionais. A dor no cotovelo foi a que obteve menor pontuação por meio da escala do presenteísmo, em relação ao escore total e as subdimensão concentração mantida e trabalho finalizado. Contudo, diferença na média do escore concentração mantida entre os trabalhadores de enfermagem que apresentaram dor no ombro foi verificada, e os trabalhadores de enfermagem que tiveram dor no ombro apresentaram menor concentração no trabalho.

A análise de regressão entre presenteísmo, variáveis sociodemográficas e dores revelou que os trabalhadores de enfermagem com dor lombar apresentaram menor pontuação na escala do presenteísmo. Com relação ao sexo, o feminino apresentou pontuações negativas em todas as análises, exceto na dor no cotovelo. Dentre as categorias profissionais, os enfermeiros apresentaram pontuações positivas relacionadas às variáveis sociodemográficas e dores, entretanto os técnicos de enfermagem tiveram pontuações negativas na escala do presenteísmo para as dores no pescoço, cotovelo, joelho e sociodemográficas. A idade foi um dos fatores que influenciou nas pontuações do presenteísmo e ocasionou interferência nessas pontuações tanto para a menos quanto para mais. Pontuações negativas ocorreram para as

dores no pescoço e ombro, e todas as dores influenciaram nas pontuações finais do presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem.

Conclui-se que o presenteísmo ocorreu com um elevado número de trabalhadores de enfermagem, causou redução no desempenho do trabalho e se associou aos sintomas musculoesqueléticos. Assim, futuros estudos sobre este objeto, bem como sua repercussão entre os trabalhadores de enfermagem são sugeridos para ampliar o conhecimento científico e subsidiar o planejamento de ações preventivas.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, D. R. et al. Postural biomechanical risks for nursing workers. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 27, n. 3, p. 421-427, 2014.
- ABREU, A. N. et al. Versão brasileira do fear avoidance beliefs questionnaire. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 615-623, 2008.
- ALEXANDRE, N. M. C. Aspectos ergonômicos e posturais e o trabalhador da área da saúde. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 109-118, 2007.
- ALEXANDRE, N.M.C. Ergonomia e as atividades ocupacionais da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 84-90, 1998.
- ALEXANDRE, N.M.C.; ANGERAMI, E.L.S. Avaliação de determinados aspectos ergonômicos no transporte de pacientes. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 21, n.77, p. 81-90, 1993.
- ARONSON, G.; GUSTAFSSON K.; DALLNER, M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. **Journal of Epidemiology Community Health**, London, v. 54, n. 7, p. 502-509, 2000.
- ARONSON, G.; GUSTAFSSON, K. Sickness Presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. **Journal of Occupational & Environmental Medicine**, New York, v. 47, n. 9, p. 959-966, 2005.
- ATTAR, S M. Frequency and risk factors of musculoskeletal pain in nurses at a tertiary centre in Jeddah, Saudi Arabia: a cross sectional study. **BMC musculoskeletal disorders**, London, v. 7, n. 61, p. 1-6, 2014.
- BELEZA, C. M. F. et. al. Riscos ocupacionais e problemas de saúde percebidos por trabalhadores de enfermagem em unidade hospitalar. **Ciencia y Enfermería**, Concepcion, v. 10, n. 3, p. 73-82, 2013.
- BÖCKERMAN, P; LAUKKANEN, E. Predictors of sickness absence and presenteeism: Does the pattern differ by a respondent's health? **Occupational and Environmental Medicine**, London, v. 52, n. 3, p. 332-335, 2010.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de Amostragem**. São Paulo: Editora Blücher, 2005, 274 p.

BONGERS, P. M.; KREMER, A. M.; TER LAAK, J. Are psychosocial factors, risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow, or hand/wrist?: a review of the epidemiological literature. **American Journal of Industrial Medicine**, New York, n. 41, p. 315-342, 2002.

BOS, E. et al. Risk factors and musculoskeletal complaints in non-specialized nurses, IC nurses, operation room nurses, and X-ray technologists. **International archives of occupational and environmental health**, Berlin, v. 80, p. 198-206, 2007.

BOTHA, W. E.; BRIDGER, R. S. Anthropometric variability, equipment usability and musculoskeletal pain in a group of nurses in the Western Cape. **Applied Ergonomics**, Oxford, v. 29, n. 6, p. 481-490, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. 2012a.

_____.Lei nº 5452, de 1º de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, RJ, 1º mai. 1943.

_____.Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção I, 6p.

_____.Lei nº 8212, de 24 de julho de 1991. **Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jul. 1991.

_____.Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____.Ministério da Saúde. Departamento de Ações e Estratégias. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)**. Brasília; 2001b.

_____.Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionado ao trabalho: lesões por**

esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BURTON, A. K. et al. Management of work-relevant upper limb disorders: a review. **Occupational Medicine**, London, n. 59, p. 44-52, 2009.

CANCELLIERE, C. et al. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? a systematic review and best evidence synthesis of the literature. **BMC Medicine**, London, v. 11, n. 395, p. 1-11, 2011.

CANFIELD, G. W.; SOASH, D. G. Presenteeism - A constructive view. **Industrial medicine and surgery**, Chicago, v. 34, p.94-97, 1955.

CARUGNO, M. et al. Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in Brazilian and Italian nurses. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1632-1642, 2012.

CARVALHO, L.S.F. et al. Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 60-66, 2010.

CASTRO, M. R.; FARIAS, S. N. P. A produção científica sobre riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 364-369, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Musculoskeletal disorders and workplace factors: a critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back, **MMWR**, Atlanta, 1997.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos na empresa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1994, 525 p.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 212-217, 2006.

COGGON, D. et al. International variation in absence from work attributed to musculoskeletal illness: findings from the CUPID study. **Occupational and Environmental Medicine**, London, n. 70, p. 575-584, 2013.

COGGON, D. et al. The CUPID (Cultural and Psychosocial Influences on Disability) Study: Methods of Data Collection and Characteristics of Study Sample. **Plos one**, San Francisco, v. 7, p. 1-21, 2012.

COGGON, D. Occupational medicine at a turning point. **Occupational and Environmental Medicine**, London, v. 2, n. 62, p. 281-283, 2005.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; PEDRINI, T. F. Musculoskeletal symptoms and workers' perception about job factors in a pulp and paper industry. **Work**, Amsterdam, n. 41, p. 5728-5730, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007, fevereiro de 2007. Brasília. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em 25 set. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. Diagnóstico da profissão aponta concentração regional, tendência à masculinização, situações de desgaste profissional e subsalário, maio de 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso em 20 jun. 2016.

D'ERRICO, A. et al. Low back pain and associated presenteeism among hospital nursing staff. **Journal of Occupational Health**, Japan, n. 55, p. 276-283, 2013.

DEMEROUTI, E. et al. Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. **Career Development International**, United Kingdom, v.14, n.1, p. 50-68, 2009.

DEROGATIS, L. R.; MELISORATOS, N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. **Psychological Medicine**, London, v. 13, n. 3, p. 595-605, 1983.

ENGEL, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model. **American Psychiatric Association**, Arlington, v. 137, n. 5, p. 101-124, 1981.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, New York, v. 86, n. 4286, p. 129-136, 1977.

FERRARI, A. L. Adaptação transcultural do questionário “Cultural Study of Musculoskeletal and other Symptoms and Associated Disability” CUPID Questionnaire.

2009. 179 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FERRARI, A. L. et al. Tradução, adaptação e validação do Cultural and Psychosocial Influences on Disability (CUPID) Questionnaire para uso no Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1-7, 2010.

FERREIRA, A. I. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa das escalas de presenteísmo WLQ-8 e SPS-6. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 253-266, 2010.

FERREIRA, E.V. et al. Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do estado de Pernambuco. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 742-749, 2011.

FLORES-SANDÍ, G. “Presentismo”: Potencialidad em accidentes de salud. **Acta Médica Costarricense**, San José, v. 48, n. 1, p. 30-34, 2006.

FONSECA, N. R.; FERNANDES, R. C. P. Fatores associados aos distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1076-1083, 2010.

FOSTER, S. Stanford researchers form workplace ‘presenteeism’ scale. Stanford Report, Stanford University, 30 Jan. 2002. Disponível em: <<http://news.stanford.edu/news/2002/january30/presenteeism.html>> Acesso em: 25 Fev. 2015.

FREIMANN, T. et al. Risk factors for musculoskeletal pain amongst nurses in Estonia: a cross-sectional study. **BMC Musculoskeletal disorders**, London, n. 14, p. 1-7, 2013.

FREITAS, J. R. et al. Work-related musculoskeletal disorders in professionals of nursing in an academical hospital. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 904-911, 2009.

GACHEL, R. J. Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. **American Psychologist**, Washington, p. 795-805, 2004.

GACHEL, R. J. et al. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 133, n. 4, p. 581-624, 2007.

GURGUEIRA, G. P.; ALEXANDRE, N. M. C.; CORRÊA FILHO, H. R. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 608-613, 2003.

HEMP, P. Presenteeism: at work –but out of it. **Havard Bussiness Review**, Boston, n. 82, p. 49-58, 2004.

HOE, V. C. et al. Risk factors for musculoskeletal symptoms of the neck or shoulder alone or neck and shoulder among hospital nurses. **Journal Occupational Environmental Medicine**, New York, v. 69, n. 3, p. 198-204, 2012.

HOOGENDOORN, W.E. et al. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. **Spine**, New York, n. 25, p. 2114-225, 2000.

JOHNS, G. Presenteeism in the workplace: a review and research agenda. **Journal of organizational behavior**, England, v. 31, p. 519-542, 2010.

KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, New York, v. 24, p. 285–307, 1979.

KEEFE, F.J. et al. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. **The Journal of Pain**, Philadelphia, v. 5, n. 4, p. 195-211, 2004.

KIM, J. et al. Sickness experiences of Korean registered nurses at Work: A qualitative study on presenteeism. **Asian Nursing Research**, Singapura, n. 10, p. 32-38, 2016.

KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**. 5ª edição. Barueri: Manole, 2009, 972 p.

KOOPMAN, C. et al. Stanford Presenteeism Scale: health status and employee productivity. **Journal Occupational Environmental Medicine**, New York, v. 44, n. 1, p. 14-20, 2002.

KROHNE, K.; MAGNUSSEN, L. H. Go to work or report sick? A focus group study on decisions of sickness presence among offshore catering section workers. **BMC research notes**, London, v. 4, n. 70, p. 1 -7, 2011.

KUORINKA, I. J. B. et al. Standardised Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Applied Ergonomics**, Oxford, v. 18, n. 3, p. 233-237, 1987.

LEITE, P. C.; SILVA, A.; MERIGHI, M. A. B. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 287-291, 2007.

LETVAK, S. A.; RUHM, C. J.; GUPTA, S. N. Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. **The American journal of nursing**, Philadelphia, v. 112, n. 2, p. 30-38, 2012.

LETVAK, S.; RHUM, C. J. The impact of worker health on long term care: implications for nursing managers. **Geriatric Nursing**, Philadelphia, v. 31, n. 3, p. 165-69, 2010.

LINTON, S. J. A review of psychological risk factors in back and neck pain. **Spine**, New York, v. 25, n. 9, p. 1148-1156, 2000.

LOIOLA, R. A; FELLI, V. E. A. Musculoskeletal disorder among nursing workers and the quality of life. **International Journal of Human Factors and Ergonomics**, Lisboa, v. 29, n. 2, p. 251-256, 2008.

LOWE, G. Here in body, absent in productivity – Presenteeism hurts output, quality of work-life and employee health. Canadian HR Reporter, Toronto, 2 Dec. 2002. Disponível em:<<http://www.grahamlowe.ca/documents/26/2002-12-02-Lowe.pdf>>. Acesso em 15 Jan. 2015.

MADAN, I. et al. Cultural differences in musculoskeletal symptoms and disability. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 37, n. 5, p. 1181-1189, 2008.

MAGALHÃES, N.A.C. et al. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 224-230, 2011.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n. 3, p. 429-435, 2010a.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 187-193, 2010b.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 1-5, 2007.

MAGNAGO, T. S. B. S., LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 118-123, 2009.

MARTINEZ, L. F. et al. A esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo. **Comportamento Organizacional e Gestão**, Lisboa, v. 13, n.1, p.37-54. 2007.

MARTINEZ, L. F.; FERREIRA, A. I. Sick at work: Presenteeism among Nurses in a Portuguese Public Hospital. **Stress Health**, England, v. 28, p. 297-304, 2012.

MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. Condições ergonômicas do trabalho de enfermagem em uma unidade de internação de cardiologia. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 99-117, 1998.

MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. A postura adotada pelos trabalhadores de Enfermagem na movimentação de pacientes acamados e a adaptação ergonômica do procedimento técnico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.14, n.3, p.71-79, 2001.

MATSUDAIRA, K. et al. Prevalence and correlates of regional pain and associated disability in japanese workers. **Journal of occupational and environmental medicine**, Baltimore, v. 63, n. 3, p. 191-196, 2011.

MENZEL, N. N. Psychosocial factors in musculoskeletal disorders. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, Philadelphia, v. 19, p. 149-153, 2007.

MIDDAUGH, D.J. Presenteeism: Sick and tired at work. **Dermatology Nursing**, New Jersey, v. 19, n. 2, p. 172-185, 2007.

MIRANDA, E. J. P.; STANCATO, K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, São Paulo, n. 20, p. 68-76, 2008.

MONTEIRO, M. S.; ALEXANDRE, N. M. C.; RODRIGUES, C.M. Doenças músculo-esquelético, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 20-25, 2006.

MORAES, P. W. T.; BASTOS, A. V. B. As LER/DORT e os fatores psicossociais. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 2-20, 2013.

MOREIRA, A. M. R.; MENDES, R. N. Fatores de risco dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n.13, p. 19-26, 2005.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 364-373, 2005.

NELSON, A. et al. Preventing nursing back injuries: redesigning patient handling tasks. **American Association of Occupational Health Nurses**, Atlanta, v. 51, n. 3, p. 126-134, 2003.

OLIVEIRA, M.M. et al. Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 287-296, 2015.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2004, 506 p.

PALMER, K. T. et al. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. **Rheumatology**, Oxford, n. 51, p. 230-242, 2012.

PALMER, K. T. et al. Disabling musculoskeletal pain and its relation to somatization: a community-based postal survey. **Occupational Medicine**, Oxford, n. 55, p. 612-617, 2005.

PARADA, E. O.; ALEXANDRE N, M. C.; BENATTI, M. C. C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 64-9, 2002.

PASCHOALIN, H. C. et al. Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para avaliação do presenteísmo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, 2013.

PASCHOALIN, H. C. **Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na enfermagem**. 2012. 170 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2012.

PASCHOALIN, H. C.; GRIEP, R. H.; LISBOA, M. T. L. A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 3, p. 306-311, 2012.

PENNEY, J. N. The Biopsychosocial model: Redefining osteopathic philosophy? **International Journal of Osteopathic Medicine**, Philadelphia, n. 16, p. 33-37, 2013.

PINAR, R. Work-related musculoskeletal disorders in Turkish hospital nurses. **Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences**, Ankara, v. 30, n. 6, p. 1869-1875, 2010.

PINCUS, T. et al. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. **Spine**, New York, v. 25, n. 5, p. 109-120, 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487 p.

QUEIROZ-LIMA, M.E.; SERRANHEIRA, F. Absenteeism and presenteeism costs from occupational accidents with WRMSDs in a Portuguese hospital. **DYNA**, Medellin, n. 83, p. 27-30, 2016.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2013. Disponível em: <www.R-project.org/>. Acesso em 16 Jun. 2016.

RIBEIRO, N. F. et al. Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 429-438, 2012.

ROJAS. R. Enfoque Del presentismo em Empresas de Salud. **Ciência & Trabajo**, Santiago de Chile, v. 9, n. 24, p. 64-68, 2007.

ROSA, A. F. et al. Incidência de LER/DORT em trabalhadores de enfermagem. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v. 30, n. 1, p. 19-25, 2008.

SADEGHIAN, F. et al. Predictors of incident and persistent neck/shoulder pain in Iranian workers: a cohort study. **Plos one**, San Francisco, v. 8, n. 2, p. 1-6, 2013.

SADEGHIAN, F. et al. Predictors of low back pain in a longitudinal study of Iranian nurses and office workers. **Work**, California, v. 51, n. 2, p. 239-244, 2015.

SADEGHIAN, F.; HOSSEINZADEH, S.; ALIYARI, R. Do psychological factors increase the risk for low back pain among nurses? A comparing according to cross-sectional and prospective analysis. **Safety and Health at Work**, Switzerland, n. 5, p. 13-16, 2014.

SANCINETTI, T. R. et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, 2011.

SANCINETTI, T. R.; et al. Absenteísmo – doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. esp 2, p. 1277-1283, 2009.

SARZI-PUTTINI, P.; ATZENI, F.; MEASE, P. J. Chronic widespread pain: from peripheral to central evolution. **Clinical rheumatology**, Amsterdam, v. 25, n. 2, p. 133-139, 2011.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho entre profissionais de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 701-707, 2012.

SHAMANSKY, S. L. Presenteeism...Or when being there is not being there. **Public Health Nursing**, Boston, v. 19, n.2, p. 79-80, 2002.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Condições de trabalho versus absenteísmo no trabalho de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, p. 166-172, 2006.

SILVA, E. J.; LIMA, M. G.; MARZIALE, M. H. P. O conceito de risco e os seus efeitos simbólicos nos acidentes com instrumentos perfurocortantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 809-814, 2012.

SMITH, D. J. Absenteeism and presenteeism in industry. **Archives of Environmental Health**, Chicago, p.670–677, 1970.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Musculoskeletal Symptoms, Work Ability, and Disability Among Nursing Personnel. **Workplace health and safety**, Thorofare, v. 60, n. 8, p. 353-360, 2012.

SPURGEON, A.; GOMPERTZ, D.; HARRINGTON, J. M. Non-specific symptoms in response to hazard exposure in the workplace. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v. 43, n. 1, p. 41-49, 1997.

STOLZ, R. L. Reducing turnover through incentive programs. **Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly**, New York, v. 34, p.79,1993.

STRAZDINS, L.; BAMMER, G. Women, work and musculoskeletal health. **Social Science & Medicine**, New York, v. 58, n. 6, p. 997-1005, 2004.

STUCKE, S.; MENZEL; N. N. Ergonomic assessment of a critical care unit. **Critical care nursing clinics of North America**, Philadelphia, v. 19, n. 2, p. 155-165, 2007.

TINUBU, B. M. S. et al. Work-Related Musculoskeletal Disorders among nurses in Ibadan, South-west Nigeria: a cross-sectional survey. **BMC musculoskeletal disorders**, London, v. 11, n. 12, p. 1-8, 2010.

TURPIN, R. S. et al. Reliability and validity of the Stanford Presenteeism Scale. **Journal of occupational and environmental medicine**, Baltimore, n. 46, p. 1123-1133, 2004.

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; GRAZZIANO, E. S. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.1, 2012.

VARGAS-PRADA, S. et al. Health beliefs, low mood, and somatizing tendency: contribution to incidence and persistence of musculoskeletal pain with and without reported disability. **Scandinavian Journal of Work, Environment e Health**, Helsinki, v. 39, n. 6, p. 589-598, 2013a.

VARGAS-PRADA, S. et al. Psychological and culturally-influenced risk factors for the incidence and persistence of low back pain and associated disability in Spanish workers: findings from the CUPID study. **Occupational and environmental medicine**, London, v. 70, n. 1, p. 57-62, 2013b.

VARGAS-PRADA, S.; COGGON, D. Psychological and psychosocial determinants of musculoskeletal pain and associated disability. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, Philadelphia, n. 29, p. 374-390, 2015.

VÉLEZ, G.A.B.; AGUIAR, K.C.; SANTOS, A.L. Análise ergonômica das posturas que envolvem a coluna vertebral no trabalho da equipe de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p.115-123, 2004.

WADDELL, G. Models of disability: using low back pain as an example. **Journal of Royal Society of Medicine**, London, 2002.

WADDELL, G. et al. A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. **Pain**, Amsterdam, v. 52, n. 2, p. 157-168, 1993.

WADDELL, G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. **British Medical Bulletin**, London, n. 77, p. 55-69, 2006.

WARE, J. E. J.; SHERBOUNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WARNAKULASURIYA, S. S. P. et al. Musculoskeletalpain in four occupational populations in Sri Lanka. **Occupational medicine**, England, n. 62, p. 269-272, 2012.

WHITEHOUSE, D. Workplace presenteeism: How behavioral professionals can make a difference. **Behavioral healthcare tomorrow**, Ceda Knolls, n.14, v. 1, p. 32-35, 2005.

ZANON, E.; MARZIALE, M. H. P. Avaliação da postura corporal dos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n.1, p.26-36, 2000.

APÊNDICES

Apêndice I – Autorização para o uso do instrumento CUPID

De: dealepos@usp.br (dcalcp@usp.br)
Enviada: terça-feira, 12 de agosto de 2014 10:56:05
Para: heloecs@hotmail.com

Bom dia Heloisa,

Fique à vontade para utilizar o instrumento. Gostaria apenas de conhecer seu trabalho e fico muito feliz de saber que será útil para o desenvolvimento de sua pesquisa.
Estou à disposição,

Andrea Lepos Ferrari

De: "Heloisa Ehmke" <heloecs@hotmail.com>
Para: dealepos@gmail.com, dealepos@usp.br
Enviadas: Sexta-feira, 8 de Agosto de 2014 15:49:16
Assunto: Questionário CUPID

Andrea Lepos Ferrari, boa tarde!
Sou Heloisa, aluna de mestrado do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e realizo pesquisas na linha de estudo Saúde do Trabalhador sob orientação da professora Maria Helena Palucci Marziale. Estou desenvolvendo meu projeto relacionado aos distúrbios osteomusculares, absenteísmo e presenteísmo em profissionais de enfermagem.
Gostaria de pedir a permissão da senhora para utilizar a escala validada e adaptada: *Pesquisa Internacional sobre as Influências Físicas, Culturais e Psicossociais nos Sintomas Musculoesqueléticos e Incapacidades Associadas (Cupid)* em meu trabalho.
Desde de já agradeço e coloco-me a disposição para qualquer dúvida ou esclarecimento.

Atenciosamente,

Heloisa Ehmke Cardoso dos Santos
Enfermeira
Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Apêndice II – Autorização para o uso da escala SPS-6

De: **Heloisa Paschoalin** (hcpaschoalin@gmail.com)
 Enviada: segunda-feira, 12 de maio de 2014 21:27:19
 Para: Heloisa Ehmke Cardoso dos Santos (heloecs@hotmail.com)
 1 anexo
 Tese Doutorado Heloisa.pdf (2,8 MB)

Oi Heloisa
 me desculpe a demora no retorno, estava muito atarefada estes dias. Estou enviando em anexo minha tese de doutorado onde você encontra todo o processo de adaptação e validação do SPS-6. Como obtive a autorização do autor da escala original para a tradução, adaptação para o português brasileiro e uso da mesma em estudos, você pode utiliza-la em sua pesquisa. Um abraço e boa sorte em seu estudo!
 Heloisa

Em 12 de maio de 2014 15:59, Heloisa Ehmke Cardoso dos Santos <heloecs@hotmail.com> escreveu:

Prof^ª. Dr^ª. Heloisa Paschoalin, boa tarde!
 Sou Heloisa, aluna de mestrado do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e realizo pesquisas na linha de estudo Saúde do Trabalhador sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Palucci Marziale.
 Estou desenvolvendo meu projeto relacionado aos distúrbios osteomusculares, absenteísmo e presenteísmo em profissionais de enfermagem.
 Gostaria de ler o seu estudo completo em pdf relacionado à 'Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para avaliação do presenteísmo' publicado na Revista Latino Americana de Enfermagem, e também pedir a permissão da senhora para utilizar a escala no meu trabalho. Desde já agradeço e coloco-me a disposição para qualquer dúvida ou esclarecimento.

Atenciosamente,

Heloisa Ehmke Cardoso dos Santos
 Enfermeira, Mestranda da EERP/USP
 Contato: (16) 991192119

--

Heloisa Campos Paschoalin
Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem
Universidade Federal de Juiz de Fora

Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Trabalhador)

Gostaríamos de convidar o (a) senhor (a) para participar de uma pesquisa que tem como título “Prevalência de sintomas e incapacidades musculoesqueléticas associadas ao presenteísmo no trabalho de enfermagem”, sendo as pesquisadoras responsáveis a mestranda Heloisa Ehmke Cardoso dos Santos e a Prof^a Dr^a Maria Helena Palucci Marziale.

Com esta pesquisa queremos conhecer a presença de sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem e sua influência nos índices de presenteísmo. Sabe-se que os sintomas musculoesqueléticos podem causar problemas durante o desenvolvimento de seu trabalho e durante suas atividades de rotina individual, provocando afastamento (absenteísmo) e ausência de produtividade no trabalho (presenteísmo).

Caso o (a) senhor (a) aceite participar desta pesquisa, esclarecemos que seu nome nunca será divulgado, nem a origem das informações que nos fornecer. Sua participação na pesquisa será em duas etapas. Na primeira etapa o (a) senhor (a) responderá dois questionários com questões fechadas, que perguntarão a respeito do seu trabalho, como por exemplo, se o (a) senhor (a) apresenta algum tipo de dor em alguma região do corpo que foi provocado pela realização do seu trabalho, e também sobre a sua produtividade no trabalho, e terá duração de aproximadamente 30 minutos. A segunda etapa será realizada seis meses após a data da primeira e será conduzida por meio de um outro questionário, também com questões fechadas, que apresentará perguntas relacionadas ao seu trabalho, assim como no primeiro questionário, e terá duração de 15 minutos. O (a) senhor (a) poderá responder os questionários em horário e local de sua preferência.

Alguns riscos mínimos são esperados durante a sua participação na pesquisa, e estão relacionados com o seu desconforto ao responder os questionários e a utilização de seu tempo. Garantimos que em nenhum momento da pesquisa o (a) senhor (a) será identificado, mesmo no momento da divulgação dos resultados, pois esses resultados serão apresentados em conjunto em eventos e revistas científicas. Informamos também que o (a) senhor (a) tem direito à indenização caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas.

O (a) senhor (a) não terá nenhum benefício em particular, entretanto, acreditamos que os resultados do estudo poderão fornecer estratégias que favorecerão as condições de saúde desses profissionais.

Informamos também que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas.

A sua participação é voluntária, e o (a) senhor (a) tem a liberdade, a qualquer momento de retirar o seu consentimento de participação, se assim o desejar.

O seu nome e sua assinatura serão solicitados somente no termo de consentimento apresentado, em duas vias, indicando o aval de que está participando voluntariamente da pesquisa e que recebeu as informações de como será esta participação. As duas vias devem ser assinadas pelo senhor (a) e a pela pesquisadora responsável, sendo que uma via original ficará com o (a) senhor (a) e a outra com a pesquisadora.

Em caso de dúvidas, o (a) senhor (a) poderá procurar as pesquisadoras responsáveis pelo estudo, no endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, CEP: 14049-902, Ribeirão Preto/SP, por meio dos telefones: (16) 3315-3430, (16) 99119-2119, pelos emails: heloisa.santos@usp.br e marziale@eerp.usp.br, ou através do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, horário de atendimento de segunda à sexta-feira das 8h às 17h ou pelo telefone (16) 3315-3386.

Heloisa Ehmke Cardoso dos Santos

Pesquisadora Responsável

Profa. Dra. Maria Helena P. Marziale

Professora Titular da EERP/USP

Eu, _____, RG _____,

concordo voluntariamente em participar da pesquisa “Prevalência de sintomas e incapacidades musculoesqueléticas associadas ao presenteísmo no trabalho de enfermagem” e declaro que fui informado e esclarecido pela pesquisadora sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação, bem como a retirada do meu termo de consentimento em qualquer momento.

Local e data: _____

Assinatura do participante

Apêndice IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Funcionário do RH)

Gostaríamos de convidar o (a) senhor (a) para participar de uma pesquisa que tem como título “Prevalência de sintomas e incapacidades musculoesqueléticas associadas ao presenteísmo no trabalho de enfermagem”, sendo as pesquisadoras responsáveis a mestrande Heloisa Ehmke Cardoso dos Santos e a Prof^a Dr^a Maria Helena Palucci Marziale.

Com esta pesquisa queremos conhecer a presença de sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem e sua influência nos índices de presenteísmo. Sabe-se que os sintomas musculoesqueléticos podem causar problemas durante o desenvolvimento do trabalho de enfermagem e durante as atividades de rotina individual, provocando afastamento (absenteísmo) e ausência de produtividade no trabalho (presenteísmo).

Caso o (a) senhor (a) aceite participar desta pesquisa, esclarecemos que seu nome nunca será divulgado, nem a origem das informações que nos fornecer. Sua participação na pesquisa consistirá em responder um questionário com perguntas fechadas sobre as informações básicas dos participantes do estudo que, no caso, são os trabalhadores de enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, em horário e local de sua preferência. Com esse questionário será possível conhecermos as características do grupo de trabalhadores estudado, bem como a identificação de informações sobre a proteção dos trabalhadores durante o trabalho, como pagamentos durante afastamento por doença, indenização em casos de afastamentos definitivos e taxas de desemprego. Para responder esse questionário o (a) senhor (a) utilizará 10 minutos do seu tempo.

Alguns riscos mínimos são esperados durante a sua participação na pesquisa, e estão relacionados com o seu desconforto ao responder os questionários e a utilização de seu tempo. Garantimos que em nenhum momento da pesquisa o (a) senhor (a) será identificado, mesmo no momento da divulgação dos resultados, pois esses resultados serão apresentados em conjunto em eventos e revistas científicas. Informamos também que o (a) senhor (a) tem direito à indenização caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas.

O (a) senhor (a) não terá nenhum benefício em particular, entretanto, acreditamos que os resultados do estudo poderão fornecer estratégias que favorecerão as condições de saúde desses profissionais.

Informamos também que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas.

A sua participação é voluntária, e o (a) senhor (a) tem a liberdade, a qualquer momento de retirar o seu consentimento de participação, se assim o desejar.

O seu nome e sua assinatura serão solicitados somente no termo de consentimento apresentado, em duas vias, indicando o aval de que está participando voluntariamente da pesquisa e que recebeu as informações de como será esta participação. As duas vias devem ser assinadas pelo senhor (a) e a pela pesquisadora responsável, sendo que uma via original ficará com o (a) senhor (a) e a outra com a pesquisadora.

Em caso de dúvidas, o (a) senhor (a) poderá procurar as pesquisadoras responsáveis pelo estudo, no endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, CEP: 14049-902, Ribeirão Preto/SP, por meio dos telefones: (16) 3315-3430, (16) 99119-2119, pelos emails: heloisa.santos@usp.br e marziale@eerp.usp.br, ou através do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, horário de atendimento de segunda à sexta-feira das 8h às 17h ou pelo telefone (16) 3315-3386.

Heloisa Ehmke Cardoso dos Santos

Profa. Dra. Maria Helena P. Marziale

Pesquisadora Responsável

Professora Titular da EERP/USP

Eu, _____, RG _____,

concordo voluntariamente em participar da pesquisa “Prevalência de sintomas e incapacidades musculoesqueléticas associadas ao presenteísmo no trabalho de enfermagem” e declaro que fui informado e esclarecido pela pesquisadora sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação, bem como a retirada do meu termo de consentimento em qualquer momento.

Local e data: _____

Assinatura do participante

ANEXOS

Anexo I – Questionário Base CUPID

SOBRE VOCÊ

Número de Série (pesquisador)

PESQUISA INTERNACIONAL SOBRE TRABALHO E SAÚDE

Por favor, preencha a data em que
você completou este formulário.

Data:

dia mês ano

SEÇÃO UM: SOBRE VOCÊ

1. Por favor, informe sua data de nascimento

dia mês ano

2. e seu sexo

Masculino

Feminino

3. Você é destro (a) ou canhoto (a)?

Destro (a)

Canhoto (a)

Ambi-destro (a)

4. Como você descreveria, da melhor forma, sua origem étnica?

Branco

Amarelo

Pardo

Negro

Indígena

Outra (por favor especifique)

5. Quantos anos você tinha quando você completou sua educação fundamental?

Menos de 14
anos de idade
Entre 14 e 16
anos de idade
Entre 17 e 19
anos de idade
20 anos de
Idade ou mais

6. Qual é a sua altura?

cms

7. a) Você já fumou regularmente? (por exemplo, ao menos uma vez por dia por um mês ou mais?)

Não

Sim

b) Se SIM, você ainda fuma regularmente?

Não

Sim

SEU TRABALHO

SECÃO DOIS: SEU TRABALHO ATUAL

8. Qual é sua ocupação principal? _____

9. Há quanto tempo você faz este trabalho?

Há menos de 1 ano ☐

Entre 1 e 5 anos ☐

Há mais de 5 anos ☐

10. Quantas horas por semana você normalmente exerce esta atividade? ☐☐☐ horas

11. Um típico dia de trabalho na sua atividade envolve algum dos itens abaixo?
(Por favor, marque Não ou Sim para cada pergunta)

Não Sim

a) Uso de teclado ou máquina de escrever por mais de quatro horas no total?	☐	☐
b) Outras tarefas que envolvam movimentos repetitivos do punho ou dos dedos por mais de quatro horas no total?	☐	☐
c) Flexão e extensão repetitivos do seu cotovelo por mais de uma hora no total?	☐	☐
d) Trabalhar por mais de uma hora no total com suas mãos elevadas acima da altura dos ombros?	☐	☐
e) Erguer pesos de 25 Kg ou mais utilizando as mãos?	☐	☐
f) Subir ou descer mais de 30 lances de escada por dia?	☐	☐
g) Ajoelhar-se ou agachar-se por mais de uma hora no total?	☐	☐
h) Trabalho no qual você é pago de acordo com o número de artigos/tarefas que você ou seu grupo produzem ou completam no dia?	☐	☐
i) Um número pré-determinado de artigos/tarefas que se espera que você ou seu grupo produza ou complete no dia?	☐	☐
j) O pagamento de um bônus caso você produza ou complete mais que o número de artigos/tarefas combinados para o dia?	☐	☐
k) Trabalhar sob pressão para completar tarefas até um horário determinado?	☐	☐

SEU TRABALHO

12. No seu trabalho, você pode decidir:

Frequentemente Às vezes Raramente Nunca/Quase Nunca

Como você faz seu trabalho?

☐
☐
☐
☐

O que você faz no trabalho?

☐
☐
☐
☐

Seu horário de trabalho e
seus intervalos?

☐
☐
☐
☐

13. Quando você tem dificuldades no seu trabalho, com que frequência você recebe ajuda e apoio dos seus colegas ou do seu supervisor/gerente?

Frequentemente ☐

Às vezes ☐

Raramente ☐

Nunca ☐

Não se aplica ☐

14. Qual o seu grau de satisfação com o seu trabalho como um todo, considerando todos os aspectos envolvidos?

Muito satisfeito (a) ☐

Satisfeito (a) ☐

Insatisfeito (a) ☐

Muito Insatisfeito (a) ☐

15. Quão seguro você acha que seu emprego estaria se você tivesse uma doença séria que o/a afastasse do trabalho por três meses?

Muito seguro ☐

Seguro ☐

Algo Inseguro ☐

Muito Inseguro ☐

16. Você tem outro (s) emprego (s)?

Não ☐

Sim ☐

Se **SIM**, qual (ais)?

DOR LOMBAR

SECÃO TRÊS: DORES

DOR LOMBAR NOS ÚLTIMOS 12 MESES

- 17 a) Você teve dor lombar na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período nos últimos 12 meses? (Não inclua dores associadas ao período pré-menstrual, gravidez ou aquelas ocorridas durante enfermidades acompanhadas de febre.)

Não ☐Sim ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 22.

Se SIM, por favor, continue.

- b) Nos últimos 12 meses, a dor chegou a espalhar-se para a(s) perna(s) até abaixo do joelho (ciático)?

Não ☐Sim ☐

- c) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor lombar, durante os últimos 12 meses, qual seria o período total?

1-6 dias ☐1-4 semanas ☐1-12 meses ☐

- d) Você chegou a consultar um médico, profissional de saúde ou profissional de medicina alternativa em decorrência de dor lombar nos últimos 12 meses?

Não ☐Sim ☐

- e) Durante os últimos 12 meses, quantos dias você deixou de ir trabalhar em decorrência de dor lombar?

0 dias ☐1-5 dias ☐6-30 dias ☐Mais de 30 dias ☐

18. Você acredita que sua dor lombar será um problema nos próximos 12 meses?

Não ☐Possivelmente ☐Provavelmente ☐Definitivamente ☐

DOR LOMBAR

DOR LOMBAR NO ÚLTIMO MÊS

Nós estamos particularmente interessados em qualquer dor lombar que você possa ter tido durante o último mês

- 19 a) Você teve dor lombar na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período no último mês? (Não inclua dores associadas ao período pré-menstrual, gravidez ou aquelas ocorridas durante enfermidades acompanhadas de febre.)

Não ☐Sim ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 22.
Se SIM, por favor, continue.

- b) No último mês, a dor chegou a espalhar-se para a(s) perna(s) até abaixo do joelho (ciático)?

Não ☐Sim ☐

- c) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor lombar, durante o último mês, qual seria o período total?

1-6 dias ☐1-2 semanas ☐Mais de 2 semanas ☐

20. Durante o último mês, em algum momento, a dor lombar tornou difícil ou impossível a realização de qualquer uma das seguintes atividades?

	Não	Difícil	Impossível
a) Cortar as unhas dos dedos dos pés.	☐	☐	☐
b) Vestir-se.	☐	☐	☐
c) Realizar tarefas que você normalmente faz em casa.	☐	☐	☐

21. Por favor, pense na última vez em que você esteve livre de dor lombar por um mês ou mais. Quando o último episódio de lombalgia começou, como começou?

De repente (ou seja, em menos de um minuto) enquanto você estava no trabalho. ☐

De repente (ou seja, em menos de um minuto), mas não enquanto você estava no trabalho ☐

Gradualmente ☐

DOR NO PESCOÇO

DOR NO PESCOÇO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

- 22 a) Você teve dor no pescoço na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período nos últimos 12 meses?

Não ☐Sim ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 26.
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no pescoço, durante os últimos 12 meses, qual seria o período total?

1-6 dias ☐1-4 semanas ☐1-12 meses ☐

- c) Você chegou a consultar um médico, profissional de saúde ou profissional de medicina alternativa em decorrência de dor no pescoço nos últimos 12 meses?

Não ☐Sim ☐

- d) Durante os últimos 12 meses, quantos dias você deixou de ir trabalhar em decorrência de dor no pescoço?

0 dias ☐1-5 dias ☐6-30 dias ☐Mais de 30 dias ☐

23. Você acredita que sua dor no pescoço será um problema nos próximos 12 meses?

Não ☐Possivelmente ☐Provavelmente ☐Definitivamente ☐

DOR NO PESCOÇO

DOR NO PESCOÇO NO ÚLTIMO MÊS

Nós estamos particularmente interessados em qualquer dor no pescoço que você possa ter tido durante o último mês

24 a) Você teve dor no pescoço na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período no último mês?

Não ☐

Sim ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 26.
Se SIM, por favor, continue.

b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no pescoço, durante o último mês, qual seria o período total?

1-6 dias ☐

1-2 semanas ☐

Mais de 2 semanas ☐

25. Durante o último mês, em algum momento, a dor no pescoço tornou difícil ou impossível a realização de qualquer uma das seguintes atividades?

a) Vestir-se

Não ☐

Difícil ☐

Impossível ☐

b) Realizar tarefas que você normalmente faz em casa.

Não ☐

Difícil ☐

Impossível ☐

DOR NO OMBRO

DOR NO OMBRO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

- 26 a) Você teve dor no ombro na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período nos últimos 12 meses?

Não ☐

Somente no ombro direito ☐

Somente no ombro esquerdo ☐

Em ambos os ombros ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 30.
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no ombro, durante os últimos 12 meses, qual seria o período total?

1-6 dias ☐

1-4 semanas ☐

1-12 meses ☐

- c) Você chegou a consultar um médico, profissional de saúde ou profissional de medicina alternativa em decorrência de dor no ombro nos últimos 12 meses?

Não ☐

Sim ☐

- d) Durante os últimos 12 meses, quantos dias você deixou de ir trabalhar em decorrência de dor no ombro?

0 dias ☐

1-5 dias ☐

6-30 dias ☐

Mais de 30 dias ☐

27. Você acredita que sua dor no ombro será um problema nos próximos 12 meses?

Não ☐

Possivelmente ☐

Provavelmente ☐

Definitivamente ☐

DOR NO OMBRO

DOR NO OMBRO NO ÚLTIMO MÊS

Nós estamos particularmente interessados em qualquer dor no ombro que você possa ter tido durante o último mês

- 28 a) Você teve dor no ombro na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período no último mês?

Não ☐

Somente no ombro direito ☐

Somente no ombro esquerdo ☐

Em ambos os ombros ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 30.
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no ombro, durante o último mês, qual seria o período total?

1-6 dias ☐

1-2 semanas ☐

Mais de 2 semanas ☐

29. Durante o último mês, em algum momento, a dor no ombro tornou difícil ou impossível a realização de qualquer uma das seguintes atividades?

	Não	Difícil	Impossível
a) Pentear ou escovar os cabelos	☐	☐	☐
b) Tomar banho (de banheira ou chuveiro)	☐	☐	☐
c) Vestir-se	☐	☐	☐
d) Realizar tarefas que você normalmente faz em casa.	☐	☐	☐

DOR NO COTOVELO

DOR NO COTOVELO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

- 30 a) Você teve dor no cotovelo na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período nos últimos 12 meses?

Não ☐

Somente no
cotovelo direito ☐

Somente no
cotovelo esquerdo ☐

Em ambos
os cotovelos ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 34.
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no cotovelo, durante os últimos 12 meses, qual seria o período total?

1-6 dias ☐

1-4 semanas ☐

1-12 meses ☐

- c) Você chegou a consultar um médico, profissional de saúde ou profissional de medicina alternativa em decorrência de dor no cotovelo nos últimos 12 meses?

Não ☐

Sim ☐

- d) Durante os últimos 12 meses, quantos dias você deixou de ir trabalhar em decorrência de dor no cotovelo?

0 dias ☐

1-5 dias ☐

6-30 dias ☐

Mais de 30 dias ☐

31. Você acredita que sua dor no cotovelo será um problema nos próximos 12 meses

Não ☐

Possivelmente ☐

Provavelmente ☐

Definitivamente ☐

DOR NO COTOVELO

DOR NO COTOVELO NO ÚLTIMO MÊS

Nós estamos particularmente interessados em qualquer dor no cotovelo que você possa ter tido durante o último mês

- 32 a) Você teve dor no cotovelo na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período no último mês?

Não ☐

Somente no cotovelo direito ☐

Somente no cotovelo esquerdo ☐

Em ambos os cotovelos ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 34
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no cotovelo, durante o último mês, qual seria o período total?

1-6 dias ☐

1-2 semanas ☐

Mais de 2 semanas ☐

33. Durante o último mês, em algum momento, a dor no cotovelo tornou difícil ou impossível a realização de qualquer uma das seguintes atividades?

	Não	Difícil	Impossível
a) Abrir garrafas, potes ou torneiras	☐	☐	☐
b) Vestir-se	☐	☐	☐
c) Realizar tarefas que você normalmente faz em casa	☐	☐	☐

DOR NO PUNHO E/OU NA MÃO

DOR NO PUNHO E/OU NA MÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

- 34 a) Você teve dor no punho e/ou na mão na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período nos últimos 12 meses?

- Não ☐ Somente no punho e/ou mão direito (a) ☐
- Somente no punho e/ou mão esquerdo (a) ☐ Ambos (as) punhos e/ou mãos ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 38.
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no punho e/ou na mão, durante os últimos 12 meses, qual seria o período total?

1-6 dias ☐ 1-4 semanas ☐ 1-12 meses ☐

- c) Você chegou a consultar um médico, profissional de saúde ou profissional de medicina alternativa em decorrência de dor no punho e/ou na mão nos últimos 12 meses?

Não ☐ Sim ☐

- d) Durante os últimos 12 meses, quantos dias você deixou de ir trabalhar em decorrência de dor no punho e/ou na mão?

0 dias ☐ 1-5 dias ☐ 6-30 dias ☐ Mais de 30 dias ☐

35. Você acredita que sua dor no punho e/ou na mão será um problema nos próximos 12 meses

Não ☐ Possivelmente ☐ Provavelmente ☐ Definitivamente ☐

DOR NO PUNHO E/OU NA MÃO

DOR NO PUNHO E/OU NA MÃO NO ÚLTIMO MÊS

Nós estamos particularmente interessados em qualquer dor no punho e/ou na mão que você possa ter tido durante o último mês

- 36 a) Você teve dor no punho e/ou na mão na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período no último mês?

Não ☐

Somente no punho e/ou mão direito (a) ☐

Somente no punho e/ou mão esquerdo (a) ☐

Ambos (as) punhos e/ou mãos ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 38.
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no punho e/ou na mão, durante o último mês, qual seria o período total?

1-6 dias ☐

1-2 semanas ☐

Mais de 2 semanas ☐

37. Durante o último mês, em algum momento, a dor no punho e/ou na mão tornou difícil ou impossível a realização de qualquer uma das seguintes atividades?

	Não	Difícil	Impossível
a) Escrever	☐	☐	☐
b) Trancar ou destrancar portas	☐	☐	☐
c) Abrir garrafas, potes ou torneiras	☐	☐	☐
d) Vestir-se	☐	☐	☐
e) Realizar tarefas que você normalmente faz em casa	☐	☐	☐

DOR NO JOELHO

DOR NO JOELHO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

- 38 a) Você teve dor no joelho na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período nos últimos 12 meses?

Não ☐

Somente no joelho esquerdo ☐

Somente no joelho direito ☐

Em ambos os joelhos ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 42.
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no joelho, durante os últimos 12 meses, qual seria o período total?

1-6 dias ☐

1-4 semanas ☐

1-12 meses ☐

- c) Você chegou a consultar um médico, profissional de saúde ou profissional de medicina alternativa em decorrência de dor no joelho nos últimos 12 meses?

Não ☐

Sim ☐

- d) Durante os últimos 12 meses, quantos dias você deixou de ir trabalhar em decorrência de dor no joelho?

0 dias ☐

1-5 dias ☐

6-30 dias ☐

Mais de 30 dias ☐

39. Você acredita que sua dor no joelho será um problema nos próximos 12 meses?

Não ☐

Possivelmente ☐

Provavelmente ☐

Definitivamente ☐

DOR NO JOELHO

DOR NO JOELHO NO ÚLTIMO MÊS

Nós estamos particularmente interessados em qualquer dor no joelho que você possa ter tido durante o último mês

- 40 a) Você teve dor no joelho na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período no último mês?

Não ☐

Somente no joelho esquerdo ☐

Somente no joelho direito ☐

Em ambos os joelhos ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 42.
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no joelho durante o último mês, qual seria o período total?

1-6 dias ☐

1-2 semanas ☐

Mais de 2 semanas ☐

41. Durante o último mês, em algum momento, a dor no joelho tornou difícil ou impossível a realização de qualquer uma das seguintes atividades?

	Não	Difícil	Impossível
a) Subir ou descer escadas	☐	☐	☐
b) Andar em local plano	☐	☐	☐
c) Vestir-se	☐	☐	☐
d) Realizar tarefas que você normalmente faz em casa	☐	☐	☐

DORES DE OUTRAS PESSOAS

SEÇÃO QUATRO: DORES DE OUTRAS PESSOAS

DOR LOMBAR

42. Você conhece alguém que teve dor lombar nos últimos 12 meses

a)	No trabalho	Não ☐	Sim ☐
b)	Fora do trabalho	Não ☐	Sim ☐

DOR NO PESCOÇO

43. Você conhece alguém que teve dor no pescoço nos últimos 12 meses

a)	No trabalho	Não ☐	Sim ☐
b)	Fora do trabalho	Não ☐	Sim ☐

DOR NO BRAÇO, OMBRO OU NA MÃO

44. Você conhece alguém que teve dor no braço, ombro ou na mão nos últimos 12 meses

a)	No trabalho	Não ☐	Sim ☐
b)	Fora do trabalho	Não ☐	Sim ☐

DOR NO JOELHO

45. Você conhece alguém que teve dor no joelho nos últimos 12 meses

a)	No trabalho	Não ☐	Sim ☐
b)	Fora do trabalho	Não ☐	Sim ☐

CAUSA E PREVENÇÃO

SEÇÃO CINCO: SUAS OPINIÕES SOBRE AS CAUSAS E SOBRE A PREVENÇÃO DA DOR

46. Com base nas suas próprias opiniões e no que o médico ou outras pessoas possam ter lhe dito sobre dor no braço, no ombro ou nas mãos, em que grau você concorda com as seguintes afirmações? (Marque uma caixa para cada linha)

<i>Para alguém com este problema...</i>	<i>Discordo completamente</i>	<i>Tendo a discordar</i>	<i>Não tenho certeza</i>	<i>Tendo a concordar</i>	<i>Concordo completamente</i>
A atividade física deve ser evitada porque pode machucar o braço.	☐	☐	☐	☐	☐
Esses problemas normalmente melhoram em três meses.	☐	☐	☐	☐	☐
O repouso é necessário para melhorar.	☐	☐	☐	☐	☐
Negligenciar problemas desse tipo pode causar problemas de saúde permanentes.	☐	☐	☐	☐	☐
Esses problemas são normalmente causados pelo trabalho das pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐

47. Com base nas suas próprias opiniões e no que o médico ou outras pessoas possam ter lhe dito sobre dor lombar, em que grau você concorda com as seguintes afirmações? (Marque uma caixa para cada linha)

<i>Para alguém com este problema...</i>	<i>Discordo completamente</i>	<i>Tendo a discordar</i>	<i>Não tenho certeza</i>	<i>Tendo a concordar</i>	<i>Concordo completamente</i>
A atividade física deve ser evitada porque pode machucar as costas.	☐	☐	☐	☐	☐
Esses problemas normalmente melhoram em três meses.	☐	☐	☐	☐	☐
O repouso é necessário para melhorar.	☐	☐	☐	☐	☐

CAUSA E PREVENÇÃO

<i>Para alguém com este problema...</i>	<i>Discordo completamente</i>	<i>Tendo a discordar</i>	<i>Não tenho certeza</i>	<i>Tendo a concordar</i>	<i>Concordo completamente</i>
Negligenciar problemas desse tipo pode causar problemas de saúde permanentes.	☐	☐	☐	☐	☐
Esses problemas são normalmente causados pelo trabalho das pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐

48. Você já ouviu falar ou já leu sobre Lesão por Esforço Repetitivo (LER), Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT)

Não ☐

Sim ☐

SUA SAÚDE DE MANEIRA GERAL

SEÇÃO SEIS: SUA SAÚDE DE MANEIRA GERAL

NOS ÚLTIMOS 7 DIAS

49. Abaixo, há uma lista de problemas de saúde que as pessoas às vezes têm. Por favor, leia cada um atentamente e circule o número que melhor descreve O QUANTO ESSE PROBLEMA LHE INCOMODOU DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS INCLUINDO O DIA DE HOJE

Circule somente um número para cada problema e não pule nenhum item.

	<i>Não incomodou</i>	<i>Incomodou um pouco</i>	<i>Incomodou moderadamente</i>	<i>Incomodou bastante</i>	<i>Incomodou extremamente</i>
a) Desmaios ou tonturas.	0	1	2	3	4
b) Dores no coração ou no peito.	0	1	2	3	4
c) Náuseas ou enjôos.	0	1	2	3	4
d) Dificuldades para respirar.	0	1	2	3	4
e) Dormências ou formigamentos em alguma parte do corpo.	0	1	2	3	4
f) Sensação de fraqueza em alguma parte do corpo.	0	1	2	3	4
g) Ondas de frio ou de calor.	0	1	2	3	4

SUA SAÚDE DE MANEIRA GERAL

NO ÚLTIMO MÊS

50. As perguntas a seguir são sobre como você se sentiu e como as coisas caminharam para você durante o último mês. Para cada pergunta, por favor, escolha a resposta que melhor descreve como as coisas transcorreram para você no último mês. Quanto tempo durante o último mês:

Circule um número em cada linha.

	<i>O tempo todo</i>	<i>A maior parte do tempo</i>	<i>Boa parte do tempo</i>	<i>Parte do tempo</i>	<i>Uma pequena parte do tempo</i>	<i>Em nenhum momento</i>
a) Você se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
b) Você se sentiu calmo(a) e em paz?	1	2	3	4	5	6
c) Você se sentiu muito ansioso(a)?	1	2	3	4	5	6
d) Você se sentiu melancólico(a) e "para baixo" ?	1	2	3	4	5	6
e) Você se sentiu tão deprimido(a) que nada pode alegrar você?	1	2	3	4	5	6

NOS ÚLTIMOS 12 MESES

51. Nos últimos 12 meses, quantos dias no total você deixou de ir trabalhar em decorrência

a) de um problema lombar, no pescoço, no ombro, no cotovelo, no punho, na mão ou nos joelhos?

0 dias ☐

1-5 dias ☐

6-30 dias ☐

Mais de 30 dias ☐

b) de outras doenças?

0 dias ☐

1-5 dias ☐

6-30 dias ☐

Mais de 30 dias ☐

QUESTIONÁRIO DE ACOMPANHAMENTO

Se possível, nós gostaríamos de entrar em contato com você em aproximadamente 06 meses para enviar um questionário de acompanhamento. O questionário de acompanhamento tratará de temas semelhantes aos que você acabou de responder, porém é bem mais curto.

Se for de seu agrado que nós venhamos entrar em contato com você desta forma, você poderia informar os dados detalhados a seguir?

☐ Sim, seria de meu agrado que vocês entrem em contato comigo em 06 meses enviando-me um questionário de acompanhamento, mais curto.

Nome (letras maiúsculas)

Assinatura

☐ Não, eu não desejo receber nenhum contato futuro.

OBRIGADO PELO SEU TEMPO.

Anexo II – Escala SPS-6

Em caso de resposta afirmativa em qualquer uma dessas questões: 19a, 24a, 28a, 32a, 36a e 40a do questionário anterior, responda escala a seguir.

Stanford Presenteeism Scale – SPS-6

Por favor, descreva suas experiências no trabalho nos últimos 30 dias. Essas experiências podem ter sido influenciadas por diversos fatores pessoais e do ambiente e alteradas ao longo do tempo. Para cada afirmativa abaixo, escolha apenas uma única resposta que melhor retrata seu grau de concordância ou discordância considerando suas experiências de trabalho nos últimos 30 dias.

Por favor, utilize a seguinte escala para suas respostas:

- ... Eu discordo totalmente.
- ... Eu discordo parcialmente.
- ... Não concordo nem discordo.
- ... Eu concordo parcialmente
- ... Eu concordo totalmente.

	Eu discordo totalmente.	Eu discordo parcialmente.	Não concordo nem discordo.	Eu concordo parcialmente	Eu concordo totalmente.
1- Devido ao seu (problema de saúde),* foi muito mais difícil lidar com o estresse no seu trabalho.	1()	2()	3()	4()	5()
2- Apesar do seu (problema de saúde),* conseguiu terminar tarefas difíceis no seu trabalho.	1()	2()	3()	4()	5()
3- Devido ao seu problema de saúde não pode ter prazer no trabalho.	1()	2()	3()	4()	5()
4- Você se sentiu sem ânimo para terminar algumas tarefas no trabalho, devido ao seu (problema de saúde).*	1()	2()	3()	4()	5()
5- No trabalho conseguiu se concentrar nas suas metas apesar do seu (problema de saúde).*	1()	2()	3()	4()	5()
6- Apesar do seu (problema de saúde),* teve energia suficiente para terminar todo o seu trabalho.	1()	2()	3()	4()	5()

Anexo III – Questionário de Acompanhamento CUPID

VOCÊ

SEU TRABALHO

Número de Série (pesquisador)

PESQUISA INTERNACIONAL SOBRE TRABALHO E SAÚDE

*Por favor, preencha a data em
você completou este formulário.*

Data:

dia

mês

ano

SEÇÃO UM: SOBRE VOCÊ

1. Por favor, informe sua data de nascimento

dia

mês

ano

2. e seu sexo

Masculino

Feminino

SEÇÃO DOIS: SEU TRABALHO ATUAL

- 3 a) Você ainda tem o mesmo trabalho principal
que você tinha quando nós o entrevistamos
há aproximadamente seis meses atrás?

Não ☐Sim ☐

Se SIM, por favor, pule para a pergunta 4. Se NÃO, por favor, continue.

- b) Você saiu daquele emprego em
decorrência de problemas médicos
com suas costas, seu pescoço, seu
ombro, seu cotovelo, seu punho,
sua mão ou seu joelho?

Não ☐Sim ☐

- c) Você tem outro emprego agora?

Não ☐Sim ☐

DOR LOMBAR

SECÃO TRÊS: DORES

DOR LOMBAR NO ÚLTIMO MÊS

- 4 a) Você teve dor lombar na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período no último mês? (Não inclua dores associadas ao período pré-menstrual, gravidez ou aquelas ocorridas durante enfermidades acompanhadas de febre.)

Não ☐Sim ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 8.
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor lombar, durante o último mês, qual seria o período total?

1-6 dias ☐1-2 semanas ☐Mais de 2 semanas ☐

5. Durante o último mês, em algum momento, a dor lombar tornou difícil ou impossível a realização de qualquer uma das seguintes atividades?

- a) Cortar as unhas dos dedos dos pés.

Não ☐Difícil ☐Impossível ☐

- b) Vestir-se.

☐☐☐

- c) Realizar tarefas que você normalmente faz em casa.

☐☐☐

6. Durante o último mês, quantos dias você deixou de ir trabalhar em decorrência de dor lombar?

0 dias ☐1-5 dias ☐Mas de 5 dias ☐Não se aplica em decorrência de desemprego ☐

7. No último mês, a dor chegou a espalhar-se para a(s) perna(s) até abaixo do joelho (ciático)?

Não ☐Sim ☐

DOR NO PESCOÇO

DOR NO PESCOÇO NO ÚLTIMO MÊS

- 8-a) Você teve dor no pescoço na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período no último mês?

Não ☐Sim ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 11.
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no pescoço, durante o último mês, qual seria o período total?

1-6 dias ☐1-2 semanas ☐Mais de 2 semanas ☐

9. Durante o último mês, em algum momento, a dor no pescoço tornou difícil ou impossível a realização de qualquer uma das seguintes atividades?

Não

Difícil

Impossível

- a) Vestir-se

☐☐☐

- b) Realizar tarefas que você normalmente faz em casa.

☐☐☐

10. Durante o último mês, quantos dias você deixou de ir trabalhar em decorrência de dor no pescoço?

0 dias ☐1-5 dias ☐Mais de 5 dias ☐Não se aplica em decorrência de desemprego ☐

DOR NO OMBRO

DOR NO OMBRO NO ÚLTIMO MÊS

- 11 a) Você teve dor no ombro na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período no último mês?

Não ☐

Somente no ombro direito ☐

Somente no ombro esquerdo ☐

Em ambos os ombros ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 14.
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no ombro, durante o último mês, qual seria o período total?

1-6 dias ☐

1-2 semanas ☐

Mais de 2 semanas ☐

12. Durante o último mês, em algum momento, a dor no ombro tornou difícil ou impossível a realização de qualquer uma das seguintes atividades?

a) Pentear ou escovar os cabelos

Não ☐

Difícil ☐

Impossível ☐

b) Tomar banho (de banheira ou chuveiro)

☐

☐

☐

c) Vestir-se

☐

☐

☐

d) Realizar tarefas que você normalmente faz em casa.

☐

☐

☐

13. Durante o último mês, quantos dias você deixou de ir trabalhar em decorrência de dor no ombro?

0 dias ☐

1-5 dias ☐

Mas de 5 dias ☐

Não se aplica em decorrência de desemprego ☐

DOR NO COTOVELO

DOR NO COTOVELO NO ÚLTIMO MÊS

- 14 a) Você teve dor no cotovelo na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período no último mês?

Não ☐

Somente no cotovelo direito ☐

Somente no cotovelo esquerdo ☐

Em ambos os cotovelos ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 17.
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no cotovelo, durante o último mês, qual seria o período total?

1-6 dias ☐

1-2 semanas ☐

Mais de 2 semanas ☐

15. Durante o último mês, em algum momento, a dor no cotovelo tornou difícil ou impossível a realização de qualquer uma das seguintes atividades?

	Não	Difícil	Impossível
a) Abrir garrafas, potes ou torneiras	☐	☐	☐
b) Vestir-se	☐	☐	☐
c) Realizar tarefas que você normalmente faz em casa	☐	☐	☐

16. Durante o último mês, quantos dias você deixou de ir trabalhar em decorrência de dor no cotovelo?

0 dias ☐ 1-5 dias ☐ Mais de 5 dias ☐ Não se aplica em decorrência de desemprego ☐

DOR NO PUNHO E/OU NA MÃO

DOR NO PUNHO E/OU NA MÃO NO ÚLTIMO MÊS

- 17 a) Você teve dor no punho e/ou na mão na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período no último mês?

Não ☐

Somente no punho e/ou mão direito (a) ☐

Somente no punho e/ou mão esquerdo (a) ☐

Ambos (as) punhos e/ou mãos ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 20.
Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no punho e/ou na mão, durante o último mês, qual seria o período total?

1-6 dias ☐

1-2 semanas ☐

Mais de 2 semanas ☐

18. Durante o último mês, em algum momento, a dor no punho e/ou na mão tornou difícil ou impossível a realização de qualquer uma das seguintes atividades?

	Não	Difícil	Impossível
a) Escrever	☐	☐	☐
b) Trancar ou destrancar portas	☐	☐	☐
c) Abrir garrafas, potes ou torneiras	☐	☐	☐
d) Vestir-se	☐	☐	☐
e) Realizar tarefas que você normalmente faz em casa	☐	☐	☐

19. Durante o último mês, quantos dias você deixou de ir trabalhar em decorrência de dor no punho e/ou na mão?

0 dias ☐ 1-5 dias ☐ Mais de 5 dias ☐ Não se aplica em decorrência de desemprego ☐

DOR NO JOELHO

DOR NO JOELHO NO ÚLTIMO MÊS

20. a) Você teve dor no joelho na área mostrada na figura abaixo que tenha durado mais de um dia em qualquer período no último mês?

Não ☐

Somente no joelho esquerdo ☐

Somente no joelho direito ☐

Em ambos os joelhos ☐

Se NÃO, por favor, pule para a pergunta 23.

Se SIM, por favor, continue.

- b) Se você somar todos os dias nos quais você teve dor no joelho, durante o último mês, qual seria o período total?

1-6 dias ☐

1-2 semanas ☐

Mais de 2 semanas ☐

21. Durante o último mês, em algum momento, a dor no joelho tornou difícil ou impossível a realização de qualquer uma das seguintes atividades?

	Não	Difícil	Impossível
a) Subir ou descer escadas	☐	☐	☐
b) Andar em local plano	☐	☐	☐
c) Vestir-se	☐	☐	☐
d) Realizar tarefas que você normalmente faz em casa	☐	☐	☐

22. Durante o último mês, quantos dias você deixou de ir trabalhar em decorrência de dor no joelho?

0 dias ☐ 1-5 dias ☐ Mais de 5 dias ☐ Não se aplica em decorrência de desemprego ☐

SUA SAÚDE DE MANEIRA GERAL

SEÇÃO SEIS: SUA SAÚDE DE MANEIRA GERAL

NOS ÚLTIMOS 7 DIAS

23. Abaixo, há uma lista de problemas de saúde que as pessoas às vezes têm. Por favor, leia cada um atentamente e circule o número que melhor descreve O QUANTO ESSE PROBLEMA LHE INCOMODOU DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Circule somente um número para cada problema e não pule nenhum item.

	<i>Não incomodou</i>	<i>Incomodou um pouco</i>	<i>Incomodou moderadamente</i>	<i>Incomodou bastante</i>	<i>Incomodou extremamente</i>
a) Desmaios ou tonturas.	0	1	2	3	4
b) Dores no coração ou no peito.	0	1	2	3	4
c) Náuseas ou enjôos.	0	1	2	3	4
d) Dificuldades para respirar.	0	1	2	3	4
e) Dormências ou formigamentos em alguma parte do corpo.	0	1	2	3	4
f) Sensação de fraqueza em alguma parte do corpo.	0	1	2	3	4
g) Ondas de frio ou de calor.	0	1	2	3	4

SUA SAÚDE DE MANEIRA GERAL

NO ÚLTIMO MÊS

24. As perguntas a seguir são sobre como você se sentiu e como as coisas caminharam para você durante o último mês. Para cada pergunta, por favor, escolha a resposta que melhor descreve como as coisas transcorreram para você no último mês. Quanto tempo durante o último mês:

Circule um número em cada linha.

	O tempo todo	A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	Parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Em nenhum momento
a) Você se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
b) Você se sentiu calmo(a) e em paz?	1	2	3	4	5	6
c) Você se sentiu muito ansioso(a)?	1	2	3	4	5	6
d) Você se sentiu melancólico(a) e "para baixo" ?	1	2	3	4	5	6
e) Você se sentiu tão deprimido(a) que nada pode alegrar você?	1	2	3	4	5	6

NOS ÚLTIMOS 06 MESES

25. Nos últimos 06 meses, quantos dias no total você deixou de ir trabalhar em decorrência

- a) de um problema nas costas, no pescoço, no ombro, no cotovelo, no punho, na mão ou no joelho?

0 dias ☐

1-5 dias ☐

6-30 dias ☐

Mais de 30 dias ☐

- b) outras doenças?

0 dias ☐

1-5 dias ☐

6-30 dias ☐

Mais de 30 dias ☐

Anexo IV – Questionário de informações básicas do grupo estudado CUPID

INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE O GRUPO ESTUDADO

1. País
2. Colaborador local
3. Grupo Ocupacional

☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
Taxas de Desemprego

4. Qual é a sua estimativa, tão acurada quanto possível, da taxa de desemprego atual na comunidade de onde o presente grupo ocupacional foi selecionado?

<5% ☐ 5-9% ☐ 10-14% ☐ ≥15% ☐

5. Os benefícios sociais encontram-se normalmente disponíveis para os membros desempregados dessa comunidade?

Não ☐ Sim, mas somente em longo prazo. ☐ Sim, mesmo em curto prazo. ☐

Falta por motivo de doença

- 6 a) Os membros do grupo ocupacional têm direito ao pagamento quando faltam ao trabalho por motivo de doença?

Não ☐ Parte do grupo ☐ O grupo todo ☐

Se **NÃO**, por favor, pule para a pergunta 7.

- b) Quem faz o pagamento (marque todas que se aplicarem)?

O Empregador ☐ O Governo ☐
 O Sindicato ☐ Seguro Particular ☐ Outro ☐

- c) O pagamento cobre completamente as perdas de rendimento no caso de ausência até 7 dias?

Não ☐ Sim ☐

- d) O pagamento cobre completamente as perdas de rendimento no caso de ausência superior a 7 dias que se estenda por até 3 meses?

Não ☐ Sim ☐

Pagamento por acidentes de trabalho

7. O grupo ocupacional tem direito à indenização por problemas nas costas relacionados ao trabalho?

a) Da previdência social

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

b) Do empregador

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

c) Por meio de processos judiciais

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

d) De outras fontes

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

8. O grupo ocupacional tem direito à indenização por problemas no pescoço relacionados ao trabalho?

a) Da previdência social

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

b) Do empregador

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

c) Por meio de processos judiciais

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

d) De outras fontes

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

9. O grupo ocupacional tem direito à indenização por problemas no ombro relacionados ao trabalho?

a) Da previdência social

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

b) Do empregador

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

c) Por meio de processos judiciais

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

d) De outras fontes

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

10. O grupo ocupacional tem direito à indenização por problemas no cotovelo relacionados ao trabalho?

a) Da previdência social

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

b) Do empregador

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

c) Por meio de processos judiciais

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

d) De outras fontes

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

11. O grupo ocupacional tem direito à indenização por problemas no punho e/ou na mão relacionados ao trabalho?

a) Da previdência social

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

b) Do empregador

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

c) Por meio de processos judiciais

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

d) De outras fontes

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

12. O grupo ocupacional tem direito à indenização por problemas no joelho relacionados ao trabalho?

a) Da previdência social

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

b) Do empregador

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

c) Por meio de processos judiciais

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

d) De outras fontes

Nunca ☐

Às vezes ☐

Normalmente ☐

Aposentadoria por invalidez

13. No caso de um empregado do grupo ocupacional ter de deixar o emprego em decorrência de um problema de saúde, ele tem direito a um apoio financeiro especial além dos benefícios-padrão no caso de desemprego?

Nunca ☐Às vezes ☐Normalmente ☐**Serviços médicos**

14. Se um membro desse grupo ocupacional se consultasse com um médico ou outro profissional acerca de um problema musculoesquelético, essa pessoa normalmente teria que pagar uma taxa pela consulta que não fosse coberta pelo plano de saúde?

	Nenhuma taxa não coberta	Pequena taxa (mas não o custo total)	Taxa para cobrir o custo total
a) Médico de atendimento primário	☐	☐	☐
b) Médico de hospital	☐	☐	☐
c) Outro profissional	☐	☐	☐

15. O grupo ocupacional tem acesso a um serviço de saúde ocupacional?

a) Por meio do empregador	Não ☐	Sim ☐
b) Em outro local	Não ☐	Sim ☐

Anexo V – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa EERP/USP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 254/2014

Ribeirão Preto, 17 de dezembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 17 de dezembro de 2014.

Protocolo CAAE: 37430614.0.0000.5393

Projeto: Prevalência de sintomas e incapacidades musculoesqueléticas associadas ao presenteísmo no trabalho de enfermagem.

Pesquisadores: Maria Helena Palucci Marziale
Heloisa Ehmke Cardoso dos Santos

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Maria Helena Palucci Marziale
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexo VI – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa HCFMRP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 13 de janeiro de 2015

Projeto de pesquisa: “PREVALÊNCIA DE SINTOMAS E INCAPACIDADE MUSCULOESQUELÉTICAS ASSOCIADAS AO PRESENTEÍSMO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM”

Pesquisador responsável: Heloisa Ehmke Cardoso dos Santos e Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CE da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar”.

Ciente e de acordo:

Dr^a Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa - HCFMRP-
USP

Prof. Dr. Eduardo Barbosa Coelho
Coordenador Técnico Científico da
Unidade de Pesquisa Clínica –
HCFMRP-USP