**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LENIRA MARIA WANDERLEY SANTOS DE ALMEIDA

**Fadiga no Trabalho em Enfermeiras/os da Estratégia Saúde
da Família**

**RIBEIRÃO PRETO
2014**

Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida

Fadiga no Trabalho em Enfermeiras/os da Estratégia Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Linha de pesquisa: Prática Social e Profissional em Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi.

RIBEIRÃO PRETO
2014

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.

ALMEIDA, Lenira Maria Wanderley Santos de

Fadiga no Trabalho em Enfermeiras/os da Estratégia Saúde da Família.
Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto, 2014.

159 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP.

Orientador: Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

1. Trabalho. 2. Saúde Ocupacional. 3. Saúde Pessoal. 4. Enfermagem. 5.
Fadiga.

ALMEIDA, Lenira Maria Wanderley Santos de

Fadiga no Trabalho em Enfermeiras/os da Estratégia Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Aprovado em   /   /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Esta conquista pertence também às pessoas com quem compartilho minha vida e razão de tudo o que sou e faço,

*À Minha mãe e meu pai – **Aparecida e Durval** (in memoriam), que desafiando todas as dificuldades fizeram-se disponíveis para me trazerem à vida e ensinaram-me a arte de vencer obstáculos com, determinação, sabedoria, exemplos de dignidade, fé e esperança na proteção de Deus que tudo sabe, pode e permite.*

*À **Alberto**, meu esposo amado e companheiro, que sempre me apoiando incondicionalmente nas horas de alegrias, angustias e conflitos, conduziu nossa vida em família com firmeza e dedicação durante minhas ausências, auxiliando fortemente a realização e conclusão dos estudos.*

*À **Caio, Heitor e Cecília**, filhos/a preciosos/a, presentes de Deus em minha vida, inspiração, exercício e aprendizado de amor incondicional e de compromisso com a plenitude da existência humana e transcendental.*

*À **João Vitor**, meu amado neto, que me renova a cada dia, expressão genuína de alegria, perenidade e transformação.*

*À **Lenize**, minha irmã querida, por todo aprendizado de vida e apoio nos momentos necessários.*

AGRADECIMENTOS À PARTE

*À Professora Doutora **Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi** pelo acolhimento, desprendimento e confiança com que me aceitou como orientanda, exercendo competentemente, firmemente e humanamente o papel de orientadora, em um movimento ímpar de profissionalismo e parceria, compreendendo minhas limitações, mas incentivando e acreditando em minha capacidade de luta e de superação. Com sua maestria e exemplo de mulher, mãe, profissional e guerreira, concedeu-me alcançar esta vitória, mas especialmente, me fez crescer em aprendizado humano e espiritual. Minha sincera gratidão, respeito, carinho e amizade.*

*À Professora Doutora **Regina Maria dos Santos**, minha eterna professora e também colega, amiga muito especial e de muitas jornadas, principalmente de todo esse percurso, inclusive tendo criado as condições acadêmicas institucionais para que eu pudesse vir a pleitear essa formação/titulação. Meu profundo agradecimento pela parceria, orientações, tolerância, paciência, ombro amigo, e discernimento para ajudar na hora das escolhas.*

AGRADECIMENTOS

A DEUS, fonte de inspiração Divina sempre a me guiar ao alcance de merecimentos, por mais essa graça e vitória mesmo diante de minhas imperfeições, vacilos e descrenças, me oportunizando testemunhar a força do seu imenso amor e amparo.

*À Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, pela oportunidade de me titular, particularmente às **Colegas do Curso de Enfermagem** que apoiaram meu afastamento, possibilitando trilhar esse caminho com a dedicação exigida e preenchendo minhas ausências nas disciplinas Saúde e Sociedade I e Estágio Curricular em Unidade Básica de Saúde e em Unidade Hospitalar.*

*Ao **Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem** da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de me doutorar, em especial aa/os docentes pelas trocas valiosas durante as disciplinas, orientações quanto à organização das idéias e participações, contribuindo para aperfeiçoamento do estudo.*

*Às Professoras Doutoras **Lidia Aparecida Rossi e Dulce Maria Rosa Gualda, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues** pelo incentivo, confiança e acolhimento com que me receberam e permitiram que cursasse as disciplinas em distintos momentos e espaços nos Programas sob respectiva coordenação à época.*

*Às **Professoras Doutoras**, responsáveis localmente, à época, pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo com a Universidade Federal de Sergipe/Universidade Federal de Alagoas e com Universidade Federal da Paraíba/Universidade Federal do Piauí, por me acolherem durante as disciplinas que cursei e também às Colegas doutorandas pelas oportunidades de aprendizado e de convivência acolhedora.*

*À colega **Márcia Telles**, pela constante parceria acadêmica; pelo companheirismo incondicional, particularmente no Piauí e em Coimbra – Portugal, mas, especialmente, pela preciosa amizade que floresceu e vingou durante e a partir dessa jornada.*

*Às Professoras Doutoras **Evelin Capellari Cárnio, Fabiana Cristina Taubert De Freitas Swerts, Fernanda Ludmila Rossi Rocha, Júlia Trevizan Martins, Marina Pereira Rezende, Renata Cristina da Penha Silveira, Rita de Cássia de Marchi Barcellos Dalri; Professores Doutores Fábio de Sousa Terra e Luiz Almeida da Silva**, pelas preciosas contribuições*

durante o Exame de Qualificação, validação de instrumento e defesa de tese.

*À Profa. Dra. **Áida Maria de Oliveira Cruz Mendes**, pelas orientações, contribuições, direcionamentos e reflexões sobre a pertinência dos estudos no exame de qualificação e defesa, especialmente pela importante oportunidade de visita técnica à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra da Universidade de Coimbra – Portugal.*

*Ao Colega e Amigo **James Farley**, pelo apoio e disponibilidade incondicional, parceria acadêmica, orações e toda a ajuda recebida durante o percurso dessa conquista, sem os quais jamais seria possível dar conta das tarefas cumpridas.*

*À **Elainy Priscilla, Tâmara Sena, Janaína Pontes, Clara Mota, Taíse Falcão, Géssyca Cavalcante e Emilly Souza**, por inspirar-me nos momentos mais difíceis das tarefas acadêmicas com a disposição e o frescor da juventude estudantil, me apoiando na sua realização.*

*Ao Secretário Municipal de Saúde de Arapiraca/Alagoas, **Ubiratan Pedrosa Moreira e a Sandra Márcia Pereira, Noélia Barbosa Lira, Márcia Lúcio Barbosa, Adriana Rúbia e Aglaí Tojal Varjão** pela autorização e apoio institucional necessário a realização da pesquisa.*

*As/Aos **51 Enfermeiras/os da Estratégia saúde da Família**, município de Arapiraca - AL, que aceitaram participar deste estudo, oferecendo informações preciosas de seu cotidiano de vida e de trabalho, acreditando contribuir com a compreensão do desgaste decorrente de sua atividade laboral e em possibilidades de melhorias nas suas condições de trabalho.*

*Ao Colega Professor Mestre **Jarbas Ribeiro** e aos estudantes do seu grupo de estudos, pelo precioso apoio que recebi em todo o processo de coleta de dados.*

*À Colega e Amiga **Laís Crispim** pela parceria acadêmica, inspiração de determinação e pelo apoio durante essa caminhada.*

*À Colega e Amiga **Cristina Figueiredo** pela disponibilidade acadêmica, presença e zelo nos momentos cruciais.*

*À todas/os que fazem a **Associação Brasileira de Enfermagem Seção Alagoas (ABEn-AL)**, pela paciência e tolerância com que aceitaram minhas ausências e meus humores, me apoiando e incentivando durante essa jornada.*

*A todas as pessoas que fazem a **Casa de Hóspedes da USP Ribeirão Preto**, lideradas por **Shirlene**, pelo acolhimento e zelo com que cuidaram de mim durante todos os períodos de estadia.*

*A todas as pessoas que trabalham na secretaria da pós-graduação da EERP/USP, especialmente **Flávia Oliveira Souza e Kethleen Sampaio**, por todo apoio e acolhimento às minhas solicitações sempre de maneira ágil e prestimosa. Minha gratidão também a **Carla Arantes Tomasauskas**.*

*À **todas as pessoas** que direta ou indiretamente participaram e trouxeram suas contribuições me ajudando a concretizar a conquista do doutorado.*

Minha profunda gratidão!

*“... Um homem se humilha
Se castram seu sonho
Seu sonho é sua vida
E vida é trabalho*

*E sem o seu trabalho
O homem não tem honra
E sem a sua honra
Se morre, se mata.
...”*

Gonzaguinha

RESUMO

ALMEIDA, L. M. S. A. **Fadiga no Trabalho em Enfermeiras/os da Estratégia Saúde da Família.** 159 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Trata-se de pesquisa cujo objeto foi a presença de sinais de fadiga em enfermeiras/os que atuam na Estratégia da Saúde da Família (ESF), no município de Arapiraca, Alagoas, Brasil. Estudo quantitativo, transversal, analítico que objetivou descrever os sinais de fadiga auto-referidos por essas/es enfermeira/os conforme variáveis que constam em questionário validado internacionalmente e amplamente utilizado no Brasil; analisar se as características sociodemográficas desses sujeitos apresentam associação com pontuação de fadiga calculada conforme as respostas a este questionário; analisar se as características ocupacionais desses sujeitos apresentam associação com pontuação de fadiga calculada conforme as respostas a este questionário e discutir as correlações existentes entre os sinais de fadiga auto-referidos e as características sociodemográficas e laborais. Participaram da pesquisa 51 enfermeiras/os das equipes de saúde da família implantadas no referido município que tem 80,4% de cobertura. Após aprovação pelo Comitê de Ética através do Parecer nº 499.997, a coleta dos dados deu-se mediante aplicação de instrumentos de caracterização dos sujeitos (sociodemográficas e ocupacional) e do Questionário auto aplicado de Fadiga. Os dados foram estatisticamente tratados e submetidos à análise bivariada e testes de significância. Os resultados mostraram que as/os enfermeiras/os estudadas/os têm idade média de 32 anos, 86,3% são mulheres, casadas, de cor declarada parda, com renda familiar média de R\$7577,00, mais da metade tem mais de um vínculo empregatício, praticam exercício físico ao menos uma vez por semana, trabalham na Enfermagem há sete anos e na Estratégia Saúde da Família há quatro anos, em média. Quanto aos sinais de fadiga, apresentam-nos às vezes ou raramente, renunciando os efeitos deletérios do trabalho sobre essas/es trabalhadoras/es que, porém, ainda não estão fatigados. Os testes aplicados evidenciaram que há associação significativa entre os sinais auto-referenciados e a idade, a prática de exercícios físicos e o tempo de trabalho na Enfermagem e na ESF. Concluiu-se que as/os trabalhadoras/es que apresentam menos de 32 anos, praticam exercícios físicos ao menos uma vez por semana, têm menos de sete anos de trabalho na Enfermagem e menos de quatro anos de trabalho na ESF estão mais protegidos e, portanto com menor probabilidade de desenvolver fadiga laboral, corroborando os resultados de outras pesquisas publicadas. Recomenda às instâncias responsáveis pela atenção à saúde ocupacional que, providenciem medidas de proteção à saúde dessas/es trabalhadoras/es, com especial atenção para a prática de exercícios físicos e redução das tensões nas relações de trabalho, no sentido de controlar os efeitos deletérios do trabalho sobre o trabalhador.

Descritores: Trabalho; Saúde Ocupacional; Saúde Pessoal; Enfermagem; Fadiga.

ABSTRACT

ALMEIDA, L. M. W. S. **Fatigue work of female and male nurses of the Family Health Strategy**. 2014.159 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

This is a study about the presence of signs of fatigue in female and male nurses who work in Family Health Strategy (FHS), in the city of Arapiraca, Alagoas, Brazil. It is a quantitative, cross-sectional and analytical study whose objectives were: to describe the self-reported signs of fatigue of female and male nurses according to the variables of an international, validated questionnaire that is widely used in Brazil; to analyze if the socio-demographic characteristics of these professionals present association with the fatigue scores calculated according to the questionnaire; to analyze if the occupational characteristics of these professionals present association with the fatigue scores calculated according to the questionnaire and to discuss the correlations between the self-reported signs of fatigue and the socio-demographic and occupational characteristics. The participants of the study were 51 female and male nurses of family health teams deployed in the municipality whose coverage is 80.4%. After the research was approved by the Research Ethics Committee, opinion nº 499.997, data were collected with the application of tools for the characterization of the subjects (socio-demographic and occupational) and fatigue self-administered questionnaire. Data were statistically treated and subjected to bivariate analysis and significance tests. The results showed that these nurses are 32 years old on average, 86,3% were married women who declared being dark-skinned, with the average family monthly income of R\$ 7577,00; 50% or more have more than one job, practice exercise at least once a week, have been working as nurses for at least 7 years and in the Family Health Strategy for at least 4 years. As to the signs of fatigue, they occasionally or rarely present a few signs, foretelling the working deleterious effects on these professionals, but they are not still fatigued. The applied tests showed that there is a significant association between self-referenced signal sand age, physical exercise and work time in nursing and in the FHS. It was concluded that the worker sthatareless than 32 years old, who practice physical exercise at least once a week, have less than seven years working in nursing and less than four years of workin the FHS are more protected and there fore are less likely to develop occupational fatigue, corroborating with the results of other published researches. It is recommended that the responsible authorities for care and occupational health provide measures to protect the health of these worker swith special attention to physical exercise in order to reduce tension sin labor relations and to control the deleterious effects of work on the worker's health.

Descriptors: Work.Occupational health.Health personnel.Nursing.Fatigue.

RESUMEN

ALMEIDA, L. M. W. S. **La fatiga en el trabajo en enfermeras/enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia**. 2014.159 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Es la investigación cuyo objeto era la presencia de signos de fatiga en enfermeras/enfermeros actores de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), la ciudad de Arapiraca, Alagoas, Brasil. Estudio transversal cuantitativo, analítico tuvo como objetivo describir los signos de fatiga auto-reportados por estos / estas enfermeros / enfermeras as las variables contenidas en el cuestionario internacionalmente validadas y ampliamente utilizados en el Brasil; examinan las características sociodemográficas de estos temas están asociados con puntuación de fatiga calculado como las respuestas a este cuestionario; examinar si las características ocupacionales de estos temas están asociados con puntuaciones de fatiga calculados de acuerdo con las respuestas al cuestionario y discutir las correlaciones entre signos de auto-reporte de la fatiga y las características sociodemográficas y de trabajo. 51 enfermeras / enfermeros participaron en la encuesta de los equipos de salud familiar desplegados en el municipio que cuenta con una cobertura del 80,4%. Después de la aprobación por el Comité de Ética Opinión No. 499 997, la recolección de datos ocurrió a través de la aplicación de herramientas para la caracterización de los sujetos (sociodemográficas y ocupacionales) y el auto Fatiga cuestionario aplicado. Los datos fueron tratados y sometidos a pruebas de análisis bivariado y de significación estadística. Los resultados mostraron que los / las enfermeros / enfermeras estudiados / estudiadas tienen una edad promedio de 32 años, el 86,3% son mujeres, casado, declarada de color marrón, con un ingreso familiar promedio de R\$ 7,577.00, más de la mitad tienen más de un enlace empleo, hacen ejercicio regularmente, al menos una vez a la semana, trabajando en la enfermería durante siete años y en el ESF durante cuatro años, en promedio. Para los signos de fatiga, nos presentan a veces o casi nunca, presagiando los efectos deletéreos de trabajo sobre estos trabajadores, sin embargo, aún no está fatigado. Las pruebas aplicadas mostraron que existe una asociación significativa entre las señales de auto-referencia y la edad, el ejercicio físico y el tiempo de trabajo en la enfermería y en el FHS. Se concluyó que las/los trabajadoras / trabajadores que tienen menos de 32 años, la práctica física al menos una vez a la semana de ejercicio, tiene menos de siete años de trabajo en Enfermería y menos de cuatro años de trabajo en el ESF están más protegidos y por lo tanto, menos propensos a desarrollar la fatiga ocupacional, lo que corrobora los resultados de otras investigaciones publicadas. Recomendamos a los responsables de la atención a las medidas de salud ocupacional que proporcionan protección a la salud de estos trabajadores, con especial atención al ejercicio físico y la reducción de las tensiones en las relaciones laborales, con el fin de controlar los efectos nocivos de trabajo sobre el trabajador.

Palabras clave: Trabajo; Salud Ocupacional; Personal de Salud; Enfermería; Fatiga.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Delineamento do estudo transversal. Maceió, Alagoas, 2014...	52
Figura 2	Macrorregiões de Saúde do estado de Alagoas. Maceió, Alagoas, 2014.....	53
Figura 3	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “sinto a cabeça pesada”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	68
Figura 4	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “sinto moleza corpo”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	69
Figura 5	Distribuição 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “sinto moleza nas pernas”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	69
Figura 6	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tenho vontade de bocejar durante o trabalho”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	70
Figura7	Distribuição 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “as minhas ideias não são tão claras”. Arapiraca, Alagoas, 2014..	70
Figura 8	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “estou com sonolência (com sono)”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	71
Figura 9	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “sinto os olhos cansados”. Arapiraca, Alagoas, 2014..	71
Figura 10	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tenho dificuldades em me movimentar”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	72
Figura 11	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tenho dificuldades em permanecer em pé”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	72
Figura 12	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “eu gostaria de ir me deitar um pouco (horário de trab)”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	73
Figura 13	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “preciso me concentrar mais”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	74
Figura 14	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “não tenho vontade de falar com ninguém”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	75

Figura 15	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “fico irritado(a) facilmente”. Arapiraca, Alagoas, 2014..	75
Figura 16	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “não consigo me concentrar”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	76
Figura 17	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tenho outras coisas em que pensar além do meu trabalho”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	76
Figura 18	Distribuição das/os enfermeiras/os segundo a variável “minha memória não está boa para algumas coisas no trabalho”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	77
Figura 19	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “cometo pequenos erros no meu trabalho”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	78
Figura 20	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tenho outras preocupações fora o meu trabalho”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	78
Figura 21	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “eu gostaria de estar em forma para o meu trab., mas...”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	79
Figura 22	Distribuição das/os enfermeiras/os segundo a variável “não posso mais continuar a trabalhar, embora...”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	79
Figura 23	Distribuição das/os enfermeiras/os segundo a variável “dor de cabeça”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	80
Figura 24	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “ombros pesados”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	80
Figura 25	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “dores nas costas”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	81
Figura 26	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “dificuldades em respirar bem”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	82
Figura 27	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “boca seca”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	82
Figura 28	Distribuição das/os enfermeiras/os segundo a variável “voz rouca”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	83

Figura 29	Distribuição das/os enfermeiras/os segundo a variável “tonturas”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	83
Figura30	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tremores nas pálpebras”. Arapiraca, Alagoas, 2014...	84
Figura 31	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tremores nos membros (braços, pernas)”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	84
Figura 32	Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “sinto-me doente”. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis selecionadas para Regressão Logística. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	60
Tabela 2	Descrição das variáveis qualitativas. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	64
Tabela 3	Descrição das Variáveis quantitativas recodificadas. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	66
Tabela 4	Descrição das variáveis Quantitativas. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	67
Tabela 5	Descrição das variáveis Quantitativas. Arapiraca, Alagoas, 2014. (Continuação).....	67
Tabela 6	Resultados significativos na análise bivariada. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	86
Tabela 7	Resultados não significativos na análise bivariada das variáveis qualitativas. Arapiraca/Alagoas, 2014.....	87
Tabela 8	Resultados não significativos na análise bivariada das variáveis qualitativas. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	88
Tabela 9	Regressão Logística da Pratica Exercício e com Fadiga Menor Igual a 60 (EpiInfo). Arapiraca, Alagoas, 2014.....	89
Tabela 10	Regressão Logística do Primeiro Termo multiplicativo com Fadiga Menor Igual a 60 (EpiInfo). Arapiraca, Alagoas, 2014.....	90
Tabela 11	Regressão Logística do Segundo Termo multiplicativo com Fadiga Menor Igual a 60 (EpiInfo). Arapiraca, Alagoas, 2014.....	90
Tabela 12	Regressão Logística do Terceiro Termo multiplicativo com Fadiga Menor Igual a 60 (EpiInfo). Arapiraca, Alagoas, 2014.....	91
Tabela 13	Probabilidade de apresentar Fadiga Menor Igual a 60. Arapiraca, Alagoas, 2014.....	91
Tabela 14	Probabilidade de apresentar Fadiga Menor Igual a 60 (SPSS). Arapiraca, Alagoas, 2014.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSAT	Coordenação de Saúde do Trabalhador
DORT	Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LER	Lesão por Lesão por Esforço Repetitivo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M	Manhã
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PET	Programa de Educação Pelo Trabalho
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PSF	Programa Saúde da Família
PUBMED	Public Medline
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SFC	Síndrome da fadiga Crônica
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Tarde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	18
2.	MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA.....	24
2.1	O Trabalho.....	25
2.2	A Saúde do Trabalhador.....	28
2.3	O processo de trabalho e o trabalho em saúde.....	30
2.4	A estratégia saúde da família.....	33
2.5	O trabalho da/o enfermeira/o e a enfermagem na estratégia da saúde da família.....	37
2.6	Fadiga no trabalho.....	42
3.	MATERIAL E MÉTODOS.....	51
3.1	Tipo de Estudo.....	52
3.2	Local.....	53
3.3	População do Estudo.....	54
3.4	Amostra.....	54
3.5	Variáveis.....	55
3.6	Procedimentos.....	55
3.7	Instrumentos.....	56
3.8	Coleta de Dados.....	58
3.9	Tratamento dos Dados.....	58
3.10	Aspectos Éticos.....	61
4.	RESULTADOS.....	62
5.	DISCUSSÃO.....	94
6.	CONCLUSÃO.....	118
	REFERENCIAS.....	124
	APÊNDICES.....	145
	ANEXOS.....	154

Este estudo tem como objeto ‘a presença de sinais de fadiga em enfermeiras/os que atuam na Estratégia da Saúde da Família (ESF), no município de Arapiraca, Estado de Alagoas, Brasil’.

Trato como objeto esta construção porque compreendo que sua apreensão é processual, “as idéias que se fazem sobre os fatos são sempre mediadas pelo sujeito (sua história, formação, idéias...) e, portanto são imprecisas, parciais e mais imperfeitas que a totalidade em observação” (MINAYO, 2010). Esta reflexão aplica-se ao fenômeno estudado, pois o trabalho realizado de modo árduo, que resulta em fadiga, é citado como causa de adoecimentos laborais, mas este tema em si não parece estar suficientemente estudado.

A oportunidade de trabalhar com tal objeto resultou do desejo de pesquisar na temática do trabalho em saúde/enfermagem. Contribuir com estudos nessa perspectiva advém de uma trajetória profissional permeada por experiências no campo da saúde coletiva, ora como enfermeira assistencial em unidade mista ou centro de saúde no interior do Estado e na capital, ora como supervisora e diretora técnica de regional de saúde.

Além disso, nesta trajetória, tive ainda a oportunidade de atuar como assessora técnica de órgãos e setores da gestão estadual e municipal de saúde em Maceió e em Arapiraca, segunda maior cidade do Estado de Alagoas, além de Traipú e Limoeiro de Anadia, municípios onde pude acompanhar e partilhar o trabalho das/os enfermeiras/os, verificando como, em relativo curto tempo de exercício profissional, mostravam-se cansadas/os, desestimuladas/os e estressadas/os.

Como docente efetiva do curso de graduação em enfermagem bem como ministrando cursos de especialização e capacitações técnicas, convivi com avaliações formais ou informais de serviços e esses colegas referiam-se invariavelmente ao excesso de trabalho, a tensão no trabalho e ao cansaço experimentados após alguns anos à frente de unidades de saúde, fato que acontece até hoje, nas interlocuções com a/os enfermeiras/os que atuam nas unidades de prática acompanhada ou supervisionada adotadas pelo curso.

Na cidade de Rio Largo, município da grande Maceió, tive a oportunidade de vivenciar integralmente o trabalho da enfermeira na Estratégia Saúde da Família (ESF), durante três anos, na qualidade de professora e enfermeira de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de caráter docente assistencial, experienciando as

precárias condições de trabalho e de salário, o enfrentamento das adversidades oriundas do modelo de saúde ainda hegemônico para conquistar identidade e reconhecimento profissional, o desgaste para realizar o trabalho e o ensino de enfermagem na perspectiva das necessidades da comunidade, do ensino e do serviço.

Na época, as unidades docentes assistenciais tinham a finalidade de contribuir para o aprendizado e a realização do trabalho assistencial, de gerência e de educação em saúde de responsabilidade da Enfermagem, tentando viabilizar o trabalho em equipe que a estratégia exige, sendo que atualmente não mais funcionam nesta condição.

Neste trabalho, não só ouvi as mesmas queixas das/os colegas, como passei, particularmente, a experimentar o cansaço tantas vezes referido; a crescente dificuldade geradora de esforço para estar diariamente articulando entre os pares, na equipe e com as instâncias hierárquicas superiores, os insumos e as condições necessárias à realização do trabalho da equipe, além de mediar ação profissional frente às demandas da comunidade adscrita.

Também passei a experimentar o esforço cada vez maior para negociar os desdobramentos dos diversos atendimentos, das consultas de enfermagem e das consultas médicas, para dar continuidade e resolutividade a atenção à saúde individual e coletiva, entre tantos outros problemas que estão presentes no cotidiano dessas/es trabalhadoras/es. Entre esses problemas está o fato de lidar com as demandas dos usuários em seu processo saúde-doença, o que acaba causando sofrimento emocional, mental e físico na/o trabalhadora/or enfermeira/o, que muitas vezes não consegue resolvê-las, levando a experimentar uma sensação física de desgaste e de que não vai dar conta.

Em 2007 participei de um movimento da Secretaria do Estado da Saúde de Alagoas para estruturar o Centro Regional de Saúde do Trabalhador - CEREST, prestando assessoria como uma contrapartida da participação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) no processo, organizando o plano de ação do referido centro, estruturando o espaço físico e participando de treinamentos com a equipe técnica, tornando então possível a construção de espaços para discutir a questão da saúde dos trabalhadores, inclusive da saúde, considerando as experiências acumuladas por todos que compunham a equipe.

Este conjunto de vivências tem possibilitado observar que o excesso de

trabalho da/o enfermeira/o tem-lhe gerado desdobramentos, tais como: absenteísmo; estresse; hipertensão arterial; mudanças físicas como obesidade, sinais de envelhecimento precoce, entre outras expressões de desgaste, sendo que quase sempre tais consequências não são reconhecidas como decorrentes do acúmulo de trabalho, responsabilidades, longas jornadas, enfim do modo como a/o enfermeira/o vem sendo inserida/o ou mesmo insere-se no mundo do trabalho em saúde e, no caso, nas equipes de saúde da família.

JUSTIFICATIVA

A análise das atribuições da/o enfermeira/o na ESF, descritas pelo Ministério da Saúde (MS), evidencia um rol extenso de ações que consomem tempo, esforço e capacidade de articulação, o que coloca esta/e profissional em constante tensão, além de desgaste físico e emocional, possivelmente contribuindo para o aparecimento de doenças, que poderiam ser evitáveis (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011). Outrossim, sabe-se que esta/e trabalhadora/or realiza um elenco muito maior de atividades que aquelas simplesmente descritas em manuais oficiais, configurando diferenças entre o seu trabalho prescrito e aquele efetivamente realizado.

O trabalho realizado por esta/e profissional tem sido alvo de estudos por parte dos pesquisadores da área de enfermagem desde a década de 70, na perspectiva da organização do seu processo de trabalho (ABEn, 2006; ABEn, 2007; LEITE; SANTOS; TREZZA, 2008). Entretanto, pouco ainda é encontrado acerca do excesso e sobrecarga de trabalho, geradores de fadiga nas/os trabalhadoras/es de enfermagem, especialmente das/os enfermeiras/os atuantes na ESF.

O foco nesse estudo, diz respeito aos sinais de fadiga apresentados por tais trabalhadoras/es que atuam em unidades e/ou equipes de saúde da família e se estes sinais apresentam associações com as suas características individuais e ocupacionais. O interesse, então, envolve a descoberta e compreensão da existência de relação entre sinais físicos e comportamentais de excesso de trabalho que gera fadiga e a saúde da/o trabalhadora/or, no sentido de auxiliar a encontrar possibilidades de preservá-la. Os resultados obtidos poderão instigar a adoção de

medidas de vigilância à saúde da/o trabalhadora/or no âmbito da atenção básica.

Trata-se de um estudo necessário, o que o torna relevante, já que há poucas contribuições sobre este tema relacionado com a/o trabalhadora/or enfermeiro/a, particularmente da região nordeste do país. As políticas públicas de saúde nacionais, específicas para a saúde da/o trabalhadora/or ainda carecem de maior atenção e de pesquisas que subsidiem e fortaleçam os centros destinados a cuidar das/os trabalhadoras/es, munindo-os com dados e instrumentos aplicáveis aos diversos grupos, conforme suas características específicas. Espera-se que os resultados da presente investigação possam contribuir na perspectiva de anteceder a exaustão dessa/e trabalhadora/or, protegendo-lhe a saúde.

Diante do exposto, ocorreu o interesse no desenvolvimento do presente estudo e algumas questões surgiram para conduzir um raciocínio lógico em busca do cerne da tese: a/o enfermeira/o da equipe de saúde da família apresenta sinais de fadiga gerada pelo trabalho em sua jornada laboral? Esta/e enfermeira/o consegue se perceber portador de sinais de fadiga decorrentes do seu trabalho?

Ao refletir sobre essas interrogações elaborei a seguinte questão norteadora: as/os enfermeiras/os da ESF apresentam e/ou identificam em si próprias/os sinais de fadiga em razão do trabalho que desenvolvem cotidianamente?

Consultando a literatura produzida sobre a questão do trabalho na Enfermagem disponível até o momento, construí argumentos que possibilitaram propor como hipótese e como objetivos para esta pesquisa os apresentados na sequência:

HIPÓTESE

- O trabalho da enfermeira na ESF produz fadiga que está associada ao tempo de profissão, tempo de trabalho na função, jornada laboral e prática de atividade física.

OBJETIVOS

- Descrever os sinais de fadiga auto-referidos por enfermeira/os da ESF que atuam no município de Arapiraca, Alagoas, conforme variáveis que constam no questionário de fadiga adotado no estudo.
- Analisar se as características sócio-demográficas dos sujeitos (sexo, idade, estado conjugal, escolaridade, renda familiar, pessoas no domicílio, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, prática de atividade física) apresentam associação com pontuação de fadiga calculada conforme as respostas ao questionário aplicado.
- Analisar se as características ocupacionais dos sujeitos (instituição em que trabalha, tempo de trabalho na Enfermagem, na unidade, cargo, jornada semanal no trabalho, turno de trabalho, outros empregos no cargo e em outros cargos, turno nos demais empregos, história de acidente de trabalho e de adoecimentos relacionados ao trabalho) apresentam associação com pontuação de fadiga calculada conforme as respostas ao questionário utilizado.
- Discutir as correlações existentes entre os sinais de fadiga auto-referidos e as características sociodemográficas e laborais.

2 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

2.1 O Trabalho

A palavra trabalho vem do latim *tripalium*, o terno designava um instrumento de tortura usado na Antiguidade pelos romanos contra os escravos (NADIR, SANTOS, 2013). Decorrem dessa etimologia os significados de *trabalho* relacionando-o à dor, suor, tortura ou fardo. Contudo, segundo Ayres et al. (2010), o legado marxista ensina que “o trabalho se efetivará sempre como condição eterna do homem de transformar a natureza para satisfazer suas necessidades sempre no interior e por meio de uma forma específica, historicamente determinada, de organização social” (AYRES et al., 2010).

Mais atualmente, o trabalho é apresentado pela sociedade contemporânea como uma atividade de alto valor que pode contribuir na busca de sentido para a existência humana, representando a possibilidade da concretização da escolha responsável que realiza a existência, ou seja, efetiva o caráter de algo único para cada existência humana (MOREIRA, 2011).

Reconhecendo a importância deste conceito, é relevante explicar que a partir da segunda metade do século XX ao início do século XXI, o marxismo tem garantido profundas reflexões acerca da categoria trabalho (ARENDT, 2010) considerando a sua “centralidade e importância na filosofia de Marx como categoria ontológica fundamental da existência humana” (OLIVEIRA, 2010).

Para Santos Neto, (2013), “entre as distintas categorias que perfazem o universo de totalidade social, nenhuma alcança o estatuto da prioridade ontológica no pensamento marxista como a desempenhada pelo trabalho”, considerando o seu caráter essencial no processo de elucidação das diferentes categorias que integram a realidade social e de constituição de uma humanidade libertada da subordinação estrutural do capital.

Desta forma, o trabalho é a categoria central para o entendimento do mundo dos homens, pois é por ele que o homem se faz homem, que a humanidade revela sua potencialidade de superar as limitações das determinações naturais, com vista ao alcance de um nível de sociabilidade cada vez maior (SANTOS NETO, 2013), principalmente pela característica processual que adquire na vertente humana, a qual pode ser assim compreendida:

“O processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais”. (MARX, 1985, p. 153)

Desta maneira, é importante diferenciar o trabalho animal do humano, pois o do homem é dotado de consciência e intencionalidade, diferentemente do primeiro, instintivo e sem planejamento; assim todo trabalho traz em si uma intenção, esforço e sistematização aplicados a uma dada finalidade de acordo com necessidades humanas social e historicamente determinadas (ALBORNOZ, 1995).

Diferente do animal, o qual vem regulado e programado por sua natureza e por isso é incapaz de projetar-se existencialmente através do trabalho, não modificando a realidade, mas sim se adaptando a ela e respondendo, pelo seu instinto, às determinações naturais; os seres humanos superam estas condições para criarem e recriarem a realidade pela ação consciente do trabalho, expressando sua própria existência nele (FRIGOTTO, 2009).

Neste sentido, tem-se que a motivação para trabalhar é decorrente das necessidades do ser humano. Essas necessidades transformam-se ao longo do tempo. Através do estudo da trajetória histórico-social da humanidade, é possível perceber que necessidades de naturezas diversas, as quais se apresentam em arranjos sócio-históricos que lhes eram contemporâneos, repercutem em configurações laborais que lhes são correspondentes (SANNA, 2007).

Isso poderia explicar o motivo de que determinados tipos de trabalho não são mais feitos a partir de uma época da história e porque outros surgiram e continuam a todo o momento, sem contar que eles também se modificam para atender às mudanças demandadas por quem expressa as necessidades que os motivam (SANNA, 2007).

Neste sentido, a Revolução Industrial é um marco importante, uma vez que trouxe transformações que configuraram a transição do feudalismo para o sistema capitalista, implicando fortemente numa configuração de trabalho, pois promoveu e orientou um processo de industrialização conformado pela gradativa substituição da utilização força manual pela das máquinas.

Com o avanço deste movimento histórico em vários países, as relações

laborais modificaram-se, o homem passou a ser um simples componente do processo produtivo e a atenção à saúde vista como um mero investimento oportuno aos retornos econômicos em termos de elevação da produtividade e melhoria do desempenho econômico (SILVA, 2006). Essa situação apresenta-se sustentada por literatura a respeito do processo de industrialização e da consequente relação entre capital e trabalho (PEREIRA, 2006).

O século XV até meados do século XVIII foi marcado pela política econômica do estado moderno que objetivou o seu fortalecimento, bem como a burguesia na fase de transição do feudalismo para o capitalismo. Esse período é caracterizado pela acumulação primitiva de capital, denominado mercantilismo (CAMPOS, MIRANDA, 2005).

Na segunda metade do século XVIII as condições objetivas de vida da população concorreram para deflagrar intensas mudanças socioeconômicas, permeadas por ideais liberais na França e transformações técnicas e econômicas na Grã-Bretanha, o que levou a uma ideia de que estava sendo proporcionado um cenário de ruptura com o passado (OLIVEIRA, 2004).

A Revolução Industrial, caracterizada pela substituição da linha de produção manufaturada pela mecanizada, consolidou o capitalismo como modo de produção; a indústria tornou-se o principal setor de acumulação de riquezas; o avanço industrial propiciou a urbanização, a divisão do trabalho, a produção em série e o desenvolvimento dos transportes (CAMPOS, MIRANDA, 2005).

Neste contexto, em razão das modificações que o trabalho impõe ao longo do tempo, a saúde do trabalhador começou a sofrer mudanças, incluindo a degradação física, psíquica e moral dos trabalhadores devido a incessante busca pela produção e acesso aos bens materiais, instalando-se o aprofundamento da divisão de classes conforme o poder econômico e de acumulação. Esse novo mundo causador de deslumbramento devido às possibilidades tecnológicas, também provoca insegurança pelos desafios de se atuar numa realidade que exige constante adaptação (SANTOS, 2006a).

O século XIX trouxe a eletricidade como fonte de energia tornando possível outras tecnologias e influenciou de forma significativa as relações laborais e, conseqüentemente, a saúde do trabalhador devido à busca intensa pela produtividade. Já a conjuntura histórica da Revolução Digital da segunda metade do Século XX, que continua em processo, advém da globalização e do neoliberalismo

econômico. Essa revolução tecnológica é também conhecida como da informação e da comunicação; enquanto a Revolução Industrial substituiu o homem no esforço físico, a Revolução Digital tenta diminuir o seu esforço mental (SANTOS, 2006a; 2006b).

Com o avanço capitalista, o trabalho além de comprometer a saúde do trabalhador, assume também papel alienante, produtor de um modo de realizá-lo repetitivo e pormenorizado tendo o lucro e a produtividade como prioridade, em detrimento da saúde dos seus exercentes (OLIVEIRA, 2004; CAMPOS, MIRANDA, 2005; SANTOS, 2006a; 2006b).

2.2 A Saúde do Trabalhador

No mundo do trabalho, as pessoas realizam suas potencialidades, vocações e exercem suas profissões na perspectiva de sentirem-se úteis a sociedade, como fonte de prazer e essencialmente, de subsistência. Trabalhar envolve realização humana, produção de riqueza e desenvolvimento econômico, porém causa o desgaste do trabalhador e afeta o meio ambiente, inclusive o ocupacional.

Os espaços onde são realizadas as atividades laborais são permeados por situações que envolvem riscos à saúde dos trabalhadores, podendo comprometer sua qualidade de vida ou mesmo causar enfermidades, incapacidades e morte. Portanto, a saúde do trabalhador representa um dos campos estratégicos da atenção à saúde individual e coletiva. É uma área complexa e interfere diretamente na manutenção da capacidade produtiva do sujeito mediante ações de promoção e de proteção a sua saúde, de prevenção de acidentes e de agravos relacionados à atividade laboral, em todos os locais e em todas as situações.

Na atualidade estuda-se mais a respeito do trabalho, do ambiente e das condições laborais. As mudanças no mundo do trabalho geram novas formas de realização das atividades, mas nem sempre a preparação do trabalhador para essa realidade considera aspectos relevantes à realização das novas tarefas e sua necessária adaptação; em decorrência instalam-se as condições propícias à

exposição do trabalhador aos riscos, agravos e danos a sua saúde individual e coletiva (ELIAS, NAVARRO, 2009).

Nesse sentido, torna-se imperiosa a realização de investigações sobre a saúde do trabalhador, visando à consolidação deste campo do conhecimento na área da saúde, cujo objeto de estudo é o processo saúde-doença dos grupos humanos e suas relações com o trabalho (MENDES, DIAS, 1991), tarefa que hoje ocupa relevante espaço na produção científica mundial, embora nem sempre na perspectiva do trabalhador.

O campo da Saúde do Trabalhador no Brasil constitui-se desde sua origem um itinerário de ideais e de enfrentamento da relação capital e trabalho, ainda que inicialmente pautada pela lógica biologicista, portanto mais voltada para as doenças ocupacionais, as medidas profiláticas e terapêuticas, além de ações punitivas e de controle dos agentes empregadores, sempre que estabelecidos nexos causais entre situação de saúde de trabalhadores e agente causador.

No entanto, vem concretizando seu marco referencial, seu corpo conceitual e metodológico, por meio do envolvimento, mobilização e vontade de trabalhadores, inclusive da saúde, além de pesquisadores sob a força propulsora da participação para o controle social e da incorporação de novos conceitos especialmente o da promoção à saúde e qualidade de vida no trabalho (BRAVO et al., 2012; SOUZA et al., 2012; VASCONCELOS et al., 2011).

Portanto, a atenção e a pesquisa no campo da Saúde do Trabalhador, apresentam-se, atualmente, apoiada em uma abordagem multidisciplinar e intersetorial de ações, voltadas à superação da compreensão pautada em intervenções estanques e fragmentadas. Acolhe a imprescindível participação dos trabalhadores, enquanto sujeitos de sua vida e de seu processo saúde-doença, especialmente no mundo do trabalho, aptos a contribuir com seu conhecimento e experiências para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre sua saúde, para intervir politicamente e promover a saúde do trabalhador (MARZIALE, et al., 2010).

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e a sanção da Lei Orgânica da Saúde – Lei Nº 8.080 – em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ter competência e atribuição legal sobre o processo saúde-doença relacionado ao trabalho. O MS, desde então, por meio da área técnica de saúde do trabalhador – Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT) formulou e

tem buscado implantar e implementar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), a qual tomou como base o que determina a Lei 8.080/90, em seu Artigo 6º, parágrafo 3º, que regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a saúde do trabalhador (BRASIL, 1990; GÓMEZ, 2013).

Com a criação do SUS, a saúde do trabalhador passou a ter visibilidade, ampliando as possibilidades de atuação do conjunto dos profissionais de saúde, superando a lógica até então predominante, na qual atividades e ações de saúde nessa área eram práticas exclusivas de especialistas com vistas ao cumprimento dos dispositivos legais e na perspectiva de atestar a higidez do indivíduo para o trabalho (ALMEIDA et al, 2013a).

Desta maneira, a saúde do trabalhador vem sendo pautada sob a égide da promoção da saúde e encarada com responsabilidade do Estado brasileiro em relação a essa área e grupo populacional, com reconhecimento explícito do caráter multissetorial e multidisciplinar, com ênfase na participação dos atores e segmentos envolvidos na dinâmica do trabalho e da saúde do trabalhador, entre outros aspectos presentes na legislação vigente que sustentam a atuação mais ativa e efetiva das equipes de saúde, do trabalhador e da sociedade em geral.

2.3 O Processo de Trabalho e o Trabalho em Saúde

O modo como se desenvolve o trabalho, qualquer que seja ele, é chamado de *processo de trabalho*, ou seja, pode-se dizer que se trata do conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, utilizando os meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que, pretensamente, tenha alguma utilidade as suas necessidades (FARIA; SANTOS; WERNECK, 2009). Neste sentido, o conhecimento sobre os elementos deste processo pode apoiar a compreensão das questões referentes ao processo de trabalho em saúde.

Segundo Peduzzi, Schraiber (2009), o estudo do processo de trabalho em saúde deve contemplar a análise de seus componentes, quais sejam: o objeto, os instrumentos, a finalidade e os agentes, destacando que esses elementos precisam

ser examinados de forma dialética, pois somente na sua relação recíproca configura um processo de trabalho específico.

Considerando um processo de trabalho específico, as finalidades ou objetivos são projeções de resultados para satisfazer necessidades do homem, conforme o seu momento histórico-social. O objeto é aquilo sobre o que se trabalha, pode ser a matéria-prima ou aquela já elaborada, mas também determinadas condições pessoais ou sociais. Os meios de produção ou instrumentos de trabalho são o que se utiliza para alcançar os objetivos, podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos, ou ainda conhecimentos e habilidades. Os homens são os agentes desse processo de transformação, almejando atingir fins previamente estabelecidos (FARIA et.al., 2009). Cabe explicar que o conceito de processo de trabalho é oriundo da economia, ganhando importância a sua análise na área da saúde.

O objeto no setor saúde constitui-se nas necessidades humanas em saúde, sobre as quais incide a ação dos trabalhadores da área. Por natureza, contém, em potencialidade, o resultado da transformação efetivada pelo trabalho, no entanto essa qualidade não transparece por si mesma enquanto não for evidenciada pelo esforço do trabalho. Logo, certos aspectos da realidade destacam-se como objeto somente quando o sujeito assim os delimitam, mas somente quando foi recortado por um ‘olhar’ que contém um projeto de transformação, expressando assim, de fato, a intencionalidade do processo de trabalho em saúde (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2009).

Os instrumentos tampouco são naturais, mas sim constituídos historicamente pelos sujeitos na perspectiva da ampliação de suas possibilidades de intervenção sobre o objeto. Desta maneira, potencializam a ação transformadora do trabalho em relação ao objeto e a ele se adequam correspondentemente (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2009).

A análise de Merhy (2000) referente às tecnologias utilizadas na área da saúde pode ser muito oportuna, pois é explicativa dos instrumentos específicos do setor, classificando as tecnologias utilizadas em “leves”, “leve-duras” e “duras”. Conforme sua análise, o autor aponta três espaços, por ele denominados de “valises”, as quais contêm ferramentas tecnológicas para demonstrar o arsenal do trabalho em saúde: uma primeira em que se encontram os instrumentos, equipamentos ou insumos (tecnologias duras), uma segunda contendo o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e uma terceira com as relações entre

sujeitos que só têm materialidade em ato (tecnologias leves).

Há um maior e melhor entendimento do processo de trabalho em saúde como parte do setor de serviços, com o qual tem identidade e, ainda, podendo receber os adjetivos de coletivo e institucional, sendo desenvolvido de maneira parcelar ou pormenorizada, segundo a lógica taylorista/fordista de organização e gestão do mesmo (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004).

Ainda conforme a análise das autoras, um conjunto de atividades que não estão diretamente envolvidas na produção fabril tem crescido progressivamente desde a Revolução Industrial, constituindo-se no chamado setor de serviços ou setor terciário, as quais eram desenvolvidas no âmbito das empresas, mas passaram a ser praticadas por serviços especializados fora dela (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004). É também evidenciado o crescimento da prestação de serviços de educação, de saúde e segurança, ora tomados como obrigação positiva do Estado por serem direitos fundamentais, mas se tornaram possibilidade de acumulação de capital.

Desta maneira, a área da saúde, integrante do setor terciário, historicamente tem se incorporado à lógica taylorista/fordista, referida anteriormente, engendrando um modelo assistencial centrado na doença, marcando o sistema de saúde em nosso país com práticas ainda voltadas para a prestação de ações assistenciais que priorizam procedimentos sustentados por medicamentos e equipamentos sofisticados, pouco resolutivos face as necessidades de melhoria das condições de vida das populações, em detrimento de práticas de autocuidado e de promoção e manutenção da vida.

Destarte, o trabalho em saúde é essencial para a vida humana, tratando-se de um fazer coletivo, pois é realizado por diversos profissionais de distintas categorias ocupacionais que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção do processo civilizatório. Envolve características próprias de trabalho assalariado, parcelar e profissional do tipo artesanal. Compõe a esfera da produção não material, ou seja, completa-se no ato de sua realização e seu resultado não é um produto material, mas um “efeito útil temporário”, na verdade, um resultado que é indissociável do processo que o produz, sendo consumido na própria realização da atividade (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004).

É sob a égide dessas condições, que profissionais das mais diversas categorias, incluindo os exercentes da Enfermagem, comprometem-se em prestar assistência segura e resolutiva as populações brasileiras, ainda devendo considerar

a situação de expropriação de direitos trabalhistas, precarização da situação de trabalho, assédio moral, condições estas que só colaboram para o desgaste e fadiga dos trabalhadores, baixa resolutividade e ineficiência do sistema de saúde.

2.4 A Estratégia Saúde da Família

Reconhecida como principal modelo de organização da atenção à saúde, no âmbito da atenção primária e da atenção básica, a ESF é preconizada e adotada pelo MS do Brasil em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS, política pública de saúde do país, fruto de uma forte e histórica mobilização popular, política e social do povo brasileiro, criado na Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988 (BRASIL, 1988).

A implantação da ESF é um marco na inserção estratégica da atenção primária na política de saúde brasileira. Anteriormente, os princípios de cuidados primários de saúde da Conferência de Alma-Ata já haviam influenciado a formação das políticas públicas de saúde no Brasil, tendo os fundamentos traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS (SARTI et al., 2012).

Foi instituída como Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, sendo implantado, pelo MS, como estratégia de reorganização do modelo assistencial predominante na atenção básica, tendo como finalidades: associar ações de promoção e prevenção da saúde, racionalizar recursos destinados à atenção secundária e terciária, diminuir a sobrecarga em hospitais solucionando problemas de urgências e emergências, promover a integração do SUS com universidades e definir políticas de recursos humanos para atender os serviços de saúde (GABARDO; JUNGES; SELLI, 2009).

O PSF foi catalogado como estratégia ao final da década de noventa, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo MS, passando a ser denominado de ESF. Essa mudança de nome ocorreu devido ao termo *programa* remeter a uma atividade com início, desenvolvimento e fim, sendo que a estratégia objetiva uma reorganização da atenção primária em saúde no Brasil, segundo o SUS (LACAZ et al., 2013).

A segunda versão oficial, publicada em 1997, trouxe sua definição como estratégia de reorientação do modelo assistencial e sua implantação seguiu abrigo tal dicotomia: de um lado, ratificava sua condição de programa, apresentando-se com objetivos, metas e passos definidos, com uma formulação e modo próprio estabelecido/normatizado, de outro lado reivindicando a posição de estratégia por sinalizar um caminho possível para se atingir os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A ESF tem conseguido reorganizar a atenção básica à saúde no Brasil. É considerada importante para solucionar os desafios referentes a organização da saúde coletiva, seja no universo político-partidário das corporações profissionais da saúde, no setor de formação em saúde e na própria sociedade. Tem como um de seus objetivos ampliar a atuação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) iniciado em 1991, construindo uma parceria de trabalho na qual um programa interagiria com o outro, facilitando e complementando sua atuação.

A ESF é essencial na comunidade, pois a partir de uma equipe multiprofissional, é possível identificar as dificuldades e riscos que acometem os moradores de uma determinada região. Nessa estratégia, a família passa a ser o foco de atenção e é importante a criação de um laço entre os profissionais da saúde da ESF com os moradores da área, buscando um melhor entendimento a respeito dos direitos e deveres de cada cidadão (SARTI et al., 2012).

Fundamentalmente, a reformulação do modelo tecno-assistencial sugerida pela ESF baseia-se na mudança do olhar sobre a pessoa e a sua patologia para o cuidado integral aos indivíduos em seu contexto familiar e comunitário, tendo como base teórica e prática, a integralidade da atenção, a promoção da saúde e a vigilância em saúde (SARTI et al., 2012).

A complexidade das ações que precisam ser desenvolvidas na ESF requer a constituição de equipes multiprofissionais de trabalho, cujos membros sejam capazes de se articularem com o intuito de compreender o contexto sociocultural da população abrangida e construir um campo de diálogo que envolva suas representações sociais (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

No trabalho da ESF há a existência de equipes de saúde da família, as quais necessitam ter, minimamente, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um

médico de família ou generalista e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2001; MARQUES; SILVA, 2004). Cada qual tem sua determinada função, mas um objetivo em comum: o de promover a saúde dos usuários de forma interdisciplinar:

Em adendo, a Portaria 2.488 de 21/10/2011 (Brasil, 2011), que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), da ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Saliente-se que os termos AB e APS apresentam-se na PNAB como equivalentes e são conceituados como conjunto de ações individuais e coletivas de promoção e proteção à saúde, prevenção, diagnóstico, cura, objetivando atenção integral que interfira na saúde e nos determinantes sociais; desenvolvidas por práticas de gestão participativas sob forma de trabalho em equipe voltadas às populações dos territórios pelos quais se assume responsabilidade sanitária (LACAZ et al., 2013)

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença e a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional reconstruir-se na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Por isso, agir na perspectiva da promoção da saúde implica na constituição de equipes interdisciplinares, na integração entre os serviços, nos seus vários níveis de atenção, e garantir do respeito à historicidade e trajetória de vida das populações atendidas (GUEDES; FERREIRA JUNIOR, 2010).

A operacionalidade da ESF acontece por meio do trabalho das equipes multiprofissionais, é conduzida às populações em territórios delimitados com aproximadamente mil famílias ou quatro mil habitantes, pelas quais assumem responsabilidade. Cada território expressa características culturais, socioeconômicas, ambientais, demonstrando o modo de vida da população que nele habita. Dentro desta perspectiva, o território abrangido pelas equipes da ESF é entendido como *território vivo*, levando-se em conta, além da sua natureza espacial, a ação humana (RIVERA, 1995; GALLO, 1995; ELIA; NASCIMENTO, 2011).

As equipes multiprofissionais da ESF devem atuar na territorialização e no mapeamento da área de atuação, identificando grupos, famílias e pessoas expostas aos riscos. Em cada território, as equipes procuram estabelecer relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana e, assim, conseguem identificar prioridades e mobilizar recursos potenciais para atender às necessidades de saúde da comunidade (BRASIL, 2011).

É importante salientar que um processo de trabalho apoiado em uma

equipe multiprofissional hábil a oferecer atenção integral e sustentar o enfoque social ampliado da ESF, exige qualificação e adesão à proposta por parte dos profissionais envolvidos neste processo. Com isso, oferece um devido suporte para alcançar a finalidade de atender os indivíduos de uma maneira integral e satisfatória (ESCOREL et al., 2007).

No trabalho em equipe proposto pela ESF, tanto os trabalhadores de enfermagem quanto os demais têm uma grande oportunidade de recuperar a visão da totalidade do trabalho, considerando que o trabalho em saúde é coletivo (MARQUES; SILVA, 2004), pois a assistência prestada é parcelada em diversas atividades e exercida por vários profissionais da saúde (PIRES, 2009), os quais devem eticamente desenvolver sua parte com precisão, articulação e qualidade.

A qualidade do trabalho em saúde é composta por duas dimensões: a primeira é a qualidade técnica, que corresponde à precisão do diagnóstico e de procedimentos; a segunda é a funcional, que se refere ao modo com que os serviços são ofertados aos indivíduos (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010). O conjunto das duas dimensões interferirá, diretamente, nos efeitos úteis pretendidos tanto pela equipe como pelos seus usuários.

Nesta perspectiva, as práticas de enfermagem passam por uma série de transformações, deslocando a atuação dos profissionais, antes predominantemente da área curativa, individualizada e vinculada às instituições hospitalares para a produção de serviços em unidades básicas de saúde (UBS) com ênfase nas ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças em bases coletivas, compondo com as demais práticas sociais as ações da equipe de saúde. (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Assim, para a compreensão da especificidade do trabalho da/o enfermeira/o na ESF é imprescindível que se analise a sua inserção no trabalho da equipe de saúde, o modo como ocorre sua relação com o processo de trabalho e o modo como o enfermeiro realiza o cuidado específico de enfermagem (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

2.5 O Trabalho da/o Enfermeira/o e a Enfermagem na Estratégia da Saúde da Família

A ESF tem o/a enfermeiro/a como um importante membro da equipe multidisciplinar, representando um campo de crescimento e reconhecimento social deste profissional, já que o/a enfermeiro/a é um componente ativo no processo de consolidação da estratégia como política integrativa e humanizadora da saúde (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010). O processo de trabalho da/o enfermeira/o abrange cinco atividades essenciais: assistencial, gerencial, educativa, associativa e de pesquisa (CHRISTÓFARO, 1999).

Outro estudo referenda o posicionamento de Christófaró, reconhecendo que a Enfermagem desenvolve-se a partir de saberes e práticas próprias, cuja finalidade é transformar o processo saúde doença da coletividade por meios de processos de trabalho que podem ser assistenciais, administrativos ou de gerenciamento, ensino e investigação. Pode ser interpretada com uma unidade de práticas produtiva, social e científica (FONSECA; GUEDES; ANDRADE, 2011).

Historicamente, a Enfermagem institui-se como prática social, portanto é uma atividade profissional que se articula com as demais práticas de saúde e modifica-se no momento em que produz ações de saúde. É um trabalho que a partir de uma necessidade de saúde, opera produzindo ações e relações para transformá-la em um dado produto (RODRIGUES, 2008). Na ESF, a equipe tem o desafio de desenvolver ações coletivas e individuais e a/o enfermeira/o, um dos integrantes da equipe realiza sua prática conformada em uma determinada organização do processo laboral (BORGES et al., 2011).

A partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) foram definidas como responsabilidade dos municípios as ações mínimas de atenção básica, que são: saúde da criança, saúde da mulher, controle de tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial e do *diabete mellitus* e ações da saúde bucal (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

Para dar sentido ao objeto deste estudo é necessário compreender o *modus operandi* da ESF que a torna capaz de produzir fadiga no trabalho para a/o enfermeira/o. Uma análise das funções desta/e profissional em tal modelo de

organização do trabalho permite constatar que o seu cotidiano é gerador de excesso de carga de trabalho e possivelmente é produtor de efeitos de fadiga. Estes efeitos podem ser possíveis de determinar quando e em que circunstâncias tal trabalho torna-se prejudicial à saúde de seus exercentes (BORGES et al., 2011).

Na ESF, a/ao enfermeira/o cabe a responsabilidade pelo trabalho do auxiliar e do técnico de enfermagem, por força da Lei do Exercício Profissional e, ainda, por força das diretrizes do PACS e PSF (COSTA, 2011). Foi-lhe acrescida a responsabilidade de supervisionar o trabalho dos ACS, bem como o trabalho de treinar e reciclar toda a equipe de enfermagem e ACSs, ampliando assim a sua rede de responsabilidades e expectativas sobre o desempenho laboral. Consta na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 - Anexo 1, a responsabilização da/o enfermeira/o pela coordenação e supervisão dos ACSs, conforme estão descritas as atribuições dos enfermeiros na ESF (BRASIL, 2011).

O seu envolvimento com o trabalho dos ACS também está descrito desde 2001 no Guia Prático do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001), o qual considera que a/o enfermeira/o desempenha um papel fundamental nas equipes de saúde da família, pois lhe cabe o acompanhamento e supervisão do trabalho, a promoção das capacitações e educação permanente dos ACSs e auxiliares de enfermagem, além de atuação na assistência com ênfase na promoção da saúde.

Assim, o seu trabalho é variado e extrapola o âmbito da Lei 7.498/86, pois a ele/ela é atribuído planejar, coordenar e supervisionar trabalhadores que não são legalmente pertencentes a categoria de enfermagem, tais como o técnico de higiene dental (THD) e o ACS (BRASIL 2001, 2011), atribuições essas que lhe geram mais responsabilidades, esforço e trabalho, podendo ser contributiva para a sua fadiga.

Essa/e profissional é responsável, praticamente, pela supervisão do trabalho da equipe da ESF, além de conciliar essa função com a assistência às famílias e com a identificação dos fatores que influenciam na qualidade de vida das mesmas, visualizando as particularidades de cada uma e de cada um de seus componentes (FREITAS; NUNES, 2010).

Este trabalho possui certas características que podem induzir ao excesso de esforço físico, mental e emocional que conduz à fadiga laboral, tais como: o cumprimento de metas de visitas e atendimentos domiciliares; atendimentos em áreas rurais de difícil acesso, longe da unidade base sem o devido apoio de transporte; formação de grupos de mulheres, gestantes, mães e crianças,

adolescentes, adultos, idosos; além de grupos compostos por populações acometidas por agravos ou submetidas a riscos de interesse em saúde coletiva, quais sejam: hipertensos, diabéticos, renais crônicos, entre outros; capazes de desencadear-lhe o sentimento de que não vai dar conta, talvez o primeiro sinal de excessos que podem levar ao cansaço/fadiga.

Investigações têm sido produzidas explorando essas e outras questões anteriormente citadas. Estudo sobre riscos para a saúde de trabalhadores em saúde da família encontrou que na perspectiva dos profissionais, as questões de ordem psicossociais são relevantes. Os riscos psicossociais relacionados ao trabalho detectados foram: falta de preparo e capacitação, sobrecarga de papéis, longas horas de trabalho, conflito no trabalho em equipe, dificuldade para conciliar trabalho e família, recursos materiais e humanos insuficientes (CAMELO; ANGERAMI, 2007).

A permanência de riscos psicossociais no ambiente de trabalho é potencialmente comprometedora do bem-estar físico e mental dos trabalhadores, trazendo consequências para o serviço (CAMELO; ANGERAMI, 2007). Poucos estudos têm sido realizados sobre a saúde do trabalhador da saúde que subsidiem políticas consistentes de promoção à sua saúde.

Investigação bibliográfica de 15 anos, abrangendo o recorte temporal de 1990 a 2005, encontrou 279 publicações enfocando os riscos ocupacionais, sendo que apenas 12 (4,3%) abordaram os riscos ocupacionais em Saúde Pública, os quais eram voltados a UBSs, Unidades Básicas e Distritais de Saúde e Núcleos de Saúde da Família (CHIODI; MARZIALE, 2006).

Outro estudo revelou que os sistemas institucionais em que os enfermeiros realizam seu trabalho estão impregnados pelo modelo biomédico, que conduziu a uma sobrecarga de trabalho acompanhada pela perda da sua autonomia profissional (TRONCOSO; SUAZO, 2007). Em unidades de pronto atendimento, 97,4% dos profissionais relataram sentir-se estressados; as sugestões para redução do estresse relacionaram-se ao funcionamento organizacional, sobrecarga de trabalho e relacionamento com equipe e clientela; foram utilizadas estratégias de enfrentamento, confronto direto e indireto frente ao estresse. Faz-se necessária a adoção, de estratégias sadias de redução de estresse voltadas para estes profissionais (CALDERERO; WEBSTER; MIASSO, 2008).

Fatores que geraram estresse durante o atendimento em setor de emergência foram: equipe não integrada e não capacitada, falta de equipamentos e

materiais, sobrecarga de trabalho, não reconhecimento do trabalho desenvolvido, insegurança do enfermeiro, grande demanda de pacientes (BOZZA, FONTANELA, 2008). Outra questão que na Enfermagem vem se destacando como consequência laboral do trabalho é o distanciamento da função associativa do trabalho do enfermeiro, o que vem prejudicando o seu desempenho político (ALBINI; LABRONICI, 2007).

No entanto, há a necessidade de focar no reconhecimento de sinais presentes em trabalhadores enfermeiras/os que atuam nas USF, tais como alterações do humor; inadequação de atitudes frente ao trabalho, à equipe e aos usuários enquanto contribuição/ferramenta para a gestão do trabalho em saúde/enfermagem na perspectiva de promover e proteger a saúde deste importante trabalhador da saúde.

O trabalho da Enfermagem no cenário da ESF vem marcado por uma série de características capazes de desenvolver sinais de fadiga no trabalho, os quais ao se acumularem, podem estar comprometendo a qualidade do trabalho desenvolvido e a saúde de seus exercentes. Este aspecto em especial constitui-se uma questão a ser melhor investigada.

Conforme as próprias diretrizes do PACS e da ESF, uma/um única/o enfermeira/o por equipe é responsabilizado por um conjunto de ações e atividades específicas da profissão, acrescidas de outras no âmbito da gestão, da gerência do serviço e do trabalho na equipe de saúde família, sendo impressa uma forte expectativa desde o MS, que perpassa pelos órgãos gestores estaduais e municipais, bem como por parte da própria equipe e da comunidade (BRASIL, 2001, 2011).

Porém estas expectativas não encontram correspondência em igual proporção de reconhecimento, valorização, remuneração e condições laborais adequadas. Sabe-se da existência do processo de tensão que essas/es trabalhadoras/es vêm experienciando face às constantes investidas contrárias ao pleno exercício da profissão nas últimas décadas, exemplificando-se com o projeto de Lei das 30 Horas Semanais para a Enfermagem (BRASIL, 2014), ainda em tramitação; a discrepância salarial praticada pelas gestões municipais em relação aos salários de outros profissionais e enfermeiros; a multiplicidade de jornada de trabalho da equipe de enfermagem incluindo-se a acumulação de jornada laboral profissional e doméstica, entre outras situações.

Esta condição é capaz de sobrecarregar, de gerar fadiga, e isso acontece por razões diversas, incluindo-se as questões salariais da categoria que determinam o duplo vínculo (ROCHA; ZEITOUNE, 2007). No campo da Saúde do Trabalhador/Enfermagem do Trabalho alguns autores têm se referido aos efeitos do trabalho sobre as/os trabalhadoras/es de enfermagem, que sofrem constantes acidentes, afastam-se por doenças do trabalho, apresentando elevado índice de absenteísmo (ROCHA; ZEITOUNE, 2007; ABRANCHES, 2005; MARTINS; ROBAZZI, 2009; MANETTI; MARZIALE; ROBAZZI, 2008), relacionando ainda esses e outros fenômenos com o excesso de trabalho, notadamente em cenários hospitalares.

O trabalho excessivo pode favorecer o aparecimento de problemas físicos e/ou mentais; os problemas mais encontrados entre os que atuam na área da saúde foram estresse ocupacional, *burnout*, violência e distúrbios osteomusculares, além de absenteísmo, acidentes de trabalho, erros de medicação e condições inadequadas de trabalho (DALRI et al., 2012). O trabalho realizado de modo excessivo pode levar à consequente fadiga, nos distintos cenários da prática de enfermagem. O aparecimento de fadiga mental na Enfermagem acontece pelo acúmulo de tarefas, ocasionando sobrecargas psíquicas, o que leva aos estados de tensão e desprazer (MARZIALE; ROZESTRATEN, 1995).

Uma das funções técnico-administrativas da/o enfermeira/o é o gerenciamento de serviços e(ou) da UBS. Ela/e desenvolve ações de programação e avaliação das atividades de enfermagem, delega e distribui tarefas para os funcionários, supervisiona a equipe de enfermagem e as atividades realizadas, é responsável pela previsão e provisão de material e equipamentos necessários às ações de enfermagem, auxilia na conservação de aparelhos e equipamentos e, quando necessário, solicita concertos, elabora e atualiza procedimentos, rotinas e normas de enfermagem, revisa periodicamente o registro de dados e os sistemas de comunicação e analisa e avalia a assistência prestada à comunidade, dentre outras responsabilidades (PERES, 2000).

Todos esses aspectos sinalizam, com o passar dos anos de trabalho, na direção de um inevitável estado de esgotamento, de cansaço físico e mental que pode estar comprometendo ou influenciando a saúde dessas/es trabalhadoras/es, o sucesso dos esforços estratégicos de mudança no campo da saúde, o pleno desenvolvimento do trabalho da Enfermagem, a efetivação do SUS, o processo de

ensinar e aprender em saúde e em enfermagem, entre outras dificuldades.

2.6 Fadiga no Trabalho

O termo fadiga vem sendo amplamente utilizado em estudos no campo do trabalho, da saúde do trabalhador e na área de saúde em geral, certamente porque se apresenta como algo que é referido por pessoas de várias populações, sempre percebida, relatada por comprometer a qualidade de vida e o trabalho. Nesse sentido acredito ser necessário expor a concepção que norteou a operacionalização da fadiga como variável nessa investigação.

Fadiga é um termo bíblico relacionado ao sofrimento físico decorrente do trabalho em excesso ou de sofrimento mental, psicoemocional, envolvendo culpa (BÍBLIA, 2014); é palavra derivada do latim *fatigare*, sendo que os primeiros registros conhecidos de seu uso na língua portuguesa são datados de 1844 (CUNHA, 1999; FRANCO, 2001).

Ainda não havendo consenso sobre o seu conceito, boa parte dos pesquisadores admite que se trata de um fenômeno subjetivo, multicausal, cuja origem e expressão envolvem aspectos físicos, cognitivos e emocionais (MOTA; PIMENTA, 2002). A subjetividade da fadiga refere-se ao fato de que a maior parte dos seus referentes só pode ser identificada por auto-relato; por ser um fenômeno subjetivo, os atributos são identificados através de menção pelo sujeito fatigado ou por comportamentos, que seriam as referências empíricas (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005).

É uma condição restritiva e embora a fisiologia apresente variadas hipóteses para explicá-la, ainda não existe um conhecimento consolidado, pois, a fadiga parece sofrer interferências, basicamente, de duas frentes, uma física e outra mental, ou psicológica (ASTRAND; DAHL, 2006). No conceito de fadiga, há diversos outros aspectos interligados e esse fato dificulta a determinação dos seus atributos críticos, pois outros como fraqueza, estão arraigados desde seus primeiros relatos na literatura (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005). A partir de meados do século XX chegou-se a veicular que não seria possível estudá-la, levando-se em consideração

sua complexidade conceitual; somente passando a ser foco de estudos a partir da década de 1950 (WINNINGHAM et al, 1996).

Na área Enfermagem, a fadiga é descrita como uma sensação opressiva, sustentada por exaustão e capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual, segundo o conceito aceito como um diagnóstico pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I), desde 1988, como parte integrante da Taxonomia I, tendo como base padrões de respostas humanas. Foi revisado e mantido em 1998 e consta como item da Taxonomia II (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2008).

Também para a Enfermagem, conforme consta na *Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem – CIPE®* Versão 2.0 de 2011, a fadiga aparece no eixo Foco, ou seja, na condição de uma área de atenção que é relevante e sensível às intervenções de enfermagem, sendo definida da seguinte maneira: “Emoção negativa: Sentimento de diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço mental ou físico, indiferença para menor capacidade de trabalho físico ou mental” (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2011).

Pesquisa realizada sobre análise do conceito de fadiga concluiu que este encontra-se presente, amplamente, em muitas disciplinas acadêmicas. Nas áreas relacionadas à saúde é encontrado na medicina, educação física, psicologia, Enfermagem, farmacologia, nutrição, odontologia, ergonomia e genética, estando também presente em áreas não relacionadas à saúde, como engenharia (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005).

A fadiga é considerada um estado de esgotamento físico e/ou mental, um fenômeno que causa mal-estar e falta de energia que não está relacionada exclusivamente à exaustão, diminuindo a capacidade de realização do trabalho físico e mental; o termo denota uma perda de eficiência e um desinteresse para qualquer atividade, mas não é um estado único e definido (KROEMER; GRANDJEAN, 2005).

Na dimensão do trabalho é entendida como uma sensação subjetiva experimentada pelo trabalhador, constituído de diferentes dimensões como desconforto, aversão ao trabalho, desejo de descanso, impaciência e sentimentos contraditórios físicos e mentais. A sensação de fadiga é, sobretudo, um desconforto percebido pelo trabalhador (YOSHITAKE, 1975).

Há tipos de fadiga que podem ser evidenciados, particularmente no

âmbito do trabalho: visual, gerada pela sobrecarga no sistema visual; geral, produzida pela sobrecarga física de todo o organismo; mental, induzida pelo trabalho mental ou intelectual; nervosa, causada pela sobrecarga de uma parte do sistema psicomotor, como exemplo o trabalho de precisão, geralmente repetitivo; crônica, devido ao acúmulo de efeitos de longo prazo; circadiana, gerada pelo ritmo biológico do ciclo dia e noite, que se instala periodicamente e que conduz ao sono. Tal classificação baseia-se, tanto na causa quanto na forma como a fadiga manifesta-se - causa e efeito, devendo ser particularmente verdade para diferentes sensações de fadiga que variam em função da fonte (GRANDJEAN; KROEMER, 2005).

Há uma síndrome que foi estudada, a princípio, em enfermeiras de um hospital da Inglaterra no início da década de 60, denominada Síndrome da Fadiga Crônica (SFC). Essas enfermeiras manifestavam um cansaço imenso e inexplicável, com falta de forças para cumprir suas tarefas, inclusive subir escadas. A situação deu origem ao primeiro relato científico sobre a fadiga crônica, que atinge adultos com idade entre 20 e 55 anos e vitima mais mulheres que homens. Precisa ser diferenciada a queixa de fadiga como sintoma, presente em 21 a 38% de pessoas de origem ocidental, da fadiga crônica, que acomete em torno de 0,5% da população geral, como estima a Associação Americana da Síndrome da Fadiga Crônica (PINHEIRO, 2013).

Um dos sintomas principais de SFC é exatamente um cansaço sem fim; seus portadores apresentam uma redução progressiva da resistência para as atividades físicas e mentais; passam a manifestar lentidão tanto para o trabalho como para os momentos de recreação. Como este problema é ainda pouco conhecido, a vítima ganha o estigma de preguiçoso, negligente ou “marcha lenta” (PINHEIRO, 2013).

Outro tipo de fadiga identificada é a denominada fadiga por compaixão (*compassion fatigue*), distúrbio caracterizado por humor deprimido em relação ao trabalho, acompanhado por sentimentos de cansaço, desilusão e inutilidade (CIRCENIS; MILLERE, 2011). A fadiga de compaixão é descrita como a carga emocional que os prestadores de cuidados de saúde podem sofrer como resultado da exposição excessiva a um evento traumático que tenha acontecido dentro de suas práticas profissionais (SCHWAM, 1998).

Estudo japonês da *Kanazawa University*, com 255 parteiras e enfermeiras que atendem abortos que são legais no país asiático até a 21ª semana de gestação,

identificou entre elas a fadiga por compaixão. Estudos prévios mostraram que essas enfermeiras apoiam o aborto legal, mas quando elas estão implicadas em sua realização, experimentam conflitos e a citada fadiga por compaixão, manifestada por: fadiga crônica, irritabilidade, medo de ir ao trabalho, agravamento de dores físicas e falta de alegria na vida (GAUDIUM PRESS, 2013).

Aspecto relevante no estudo japonês referenciado é que além de todos os sinais detectados, havia ainda o agravante dos pensamentos que lhes causam mais estresse: "o feto abortado merecia viver" e "tocar o feto abortado para propósitos de medição". Estas descobertas indicam que manter serviços de aborto é experiência angustiante para enfermeiras e parteiras desse estudo (GAUDIUM PRESS, 2013).

Tarefas com excesso de carga mental provocam redução da precisão da discriminação dos sinais, retardando as respostas sensoriais e aumentando a irregularidade das respostas. No caso de tarefas complexas, a fadiga também leva à desorganização das estratégias, encontrando maior dificuldade para combinar os elementos, incluindo omissões das tarefas de baixa frequência e alterações na memória de curta duração (IIDA, 2005).

A fadiga de compaixão também foi identificada na República da Letônia. Por outro lado, a síndrome de *burnout* é um estado de esgotamento emocional e físico causado pelo estresse excessivo e prolongado. O objetivo da pesquisa foi identificar a existência de fadiga de compaixão e síndrome de *burnout* e fatores que contribuem para sua ocorrência no ambiente de trabalho entre enfermeiros letões. Os participantes do estudo foram 129 enfermeiros de vários hospitais; os resultados indicam que estes trabalhadores apresentam cansaço e fadiga da compaixão e que uma série de fatores contribuem para estes problemas (CIRCENIS; MILLERE, 2011). Esta fadiga também foi percebida entre enfermeiros perioperatórios, devido ao aumento da exposição a grandes eventos traumáticos dentro de sua prática, especialmente os enfermeiros que trabalham em centros de trauma nível I (SCHWAM, 1998).

Tarefas com excesso de carga mental provocam redução da precisão da discriminação dos sinais, retardando as respostas sensoriais e aumentando a irregularidade das respostas. No caso de tarefas complexas, a fadiga também leva à desorganização das estratégias, encontrando maior dificuldade para combinar os elementos, incluindo omissões das tarefas de baixa frequência e alterações na memória de curta duração (IIDA, 2005).

A fadiga pode ocorrer em pessoas de todas as faixas etárias e vem sendo descrita como uma sensação subjetiva de cansaço, frequentemente registrada como de natureza emocional (QUEIROZ, 2003). Pode ser decorrente das atividades ocupacionais, tais como tarefas que exigem excessivos esforços físicos e mentais, presença de certos estressores organizacionais (escala noturna, jornadas prolongadas, problemas de relacionamento com colegas, superiores e/ou usuários nas empresas e serviços), duplas jornadas laborais, atividades realizadas fora dele (trabalho doméstico), lidar com o público, ou seja, as condições de vida e de trabalho influenciam a sua gênese (QUEIROZ, 2003; BORGES; FISCHER, 2003).

É um estado de perturbação no equilíbrio do organismo do trabalhador nos aspectos físicos, psicoemocionais com consequências em seu bem-estar e qualidade de vida podendo ainda levar a estados de morbidades em decorrência do tipo e intensidade do trabalho e do ambiente no qual é realizado (ASTRAND; DAHL, 2006). Com isso, são produzidos sintomas objetivos e subjetivos, variando estes desde leve sensação de cansaço até a exaustão, sendo os mais importantes: sensação de indisposição, sonolência, lassidão e falta de disposição para o trabalho; dificuldade de pensar; redução da atenção; lentidão e amortecimento das percepções; diminuição da força de vontade e do desempenho nas atividades físicas e mentais (GRANDJEAN; KROEMER, 2005; FIAMONCINI; FIAMONCINI, 2003).

Estudo italiano revela que a fadiga assume papel importante no contexto laboral, pois pode interferir no trabalho, diminuindo a qualidade da *performance* do trabalhador na realização de suas funções e atividades podendo alterar a condição psicofísica do sujeito, provocar déficit de atenção e induzir a diferentes patologias (TOMEI et al., 2006).

Estudo colombiano explorou associação entre fatores ocupacionais e demográficos significativos (sexo, idade, profissão, anos de experiência profissional, serviço, turno, duração do tempo de trabalho, número de pacientes atendidos ao dia e situação de emprego) com o nível de carga de trabalho mental e fadiga ocupacional, em 228 enfermeiras/os de oito serviços de cuidados especiais. Utilizou-se análise de variância multivariada para cada variável, a saber: carga de trabalho mental e fadiga (GONZALEZ GUTIERRES et al., 2005).

Neste estudo, os fatores tipo de serviço especial, nível profissional e duração da jornada laboral foram significativamente associados com a carga de trabalho mental, enquanto que tipo de serviço especial e idade foram

significativamente associados com nível de fadiga percebido. Os resultados destacam a importância de considerar condições de trabalho, fatores relacionados à carga de trabalho mental e cansaço percebido na realização do cuidado profissional de enfermagem. Para realização de um cuidado seguro precisa existir a garantia de saúde e bem-estar aos trabalhadores assistenciais da saúde (GONZALEZ GUTIERRES et al., 2005).

Estudo realizado em São Paulo explicitou que instituições que oferecem serviços 24 horas diariamente acabam prejudicando as necessidades dos trabalhadores, tais como sono e lazer. Objetivou-se, então, avaliar a percepção de sono e de fadiga comparando trabalhadoras/es de enfermagem em turnos diurnos e noturnos. A investigação foi de desenho transversal, epidemiológica e referiu-se a uma população de 696 profissionais; a coleta de dados foi realizada em um hospital público universitário de São Paulo, em 2005 e 2006 (ROSA et al., 2007).

Os dados deste estudo revelaram que os participantes eram predominantemente do sexo feminino (87,8%) e com idade abaixo dos 40 anos; 77,6% eram técnicas/os/auxiliares de enfermagem; 53% trabalhavam de dia no hospital. Os trabalhadores do turno diurno referiram maior duração de sono do que os do noturno ($p=0,00$), nos dias de trabalho. Entre os trabalhadores diurnos, ter menos tempo na carreira de enfermagem e possuir apenas um emprego foram fatores associados à fadiga ($p<0,05$); entretanto possuir dois empregos não mostrou essa associação (ROSA et al., 2007).

Pesquisa realizada com enfermeiros analisou fatores associados à capacidade para o trabalho inadequada e fadiga percebida entre eles. Foi constatada a prevalência de capacidade para o trabalho inadequada (40,8%) e a prevalência de fadiga severa (25,7%), tendo como fatores associados tarefas repetitivas e monótonas; houve morbidades clinicamente diagnosticadas e seis ou mais auto-relatos de morbidades. A maioria dos sujeitos estudados apresentou capacidade de trabalho reduzida e altos níveis de fadiga, evidenciando a necessidade de intervenções individuais (como as condições de vida) e melhorias no local de trabalho, nos aspectos organizacionais e do ambiente laboral (VASCONCELOS et al., 2011).

Investigação em São Paulo com 49 trabalhadoras/es de enfermagem do turno noturno de um hospital público, verificou se havia ocorrência de cochilos no trabalho com associação à necessidade de recuperação após o trabalho e à

percepção de fadiga. Foi utilizado um questionário, actímetro e registro das atividades diárias para avaliação do ciclo vigília-sono. A maioria (87%) teve episódios de sono/cochilo nas noites trabalhadas por cerca de 136 minutos; a maior duração do sono noturno no trabalho relacionou-se às longas horas de trabalhos domésticos realizados. As diferentes durações de cochilo noturno no trabalho não se mostraram associadas à fadiga e à necessidade de recuperação após o trabalho, embora sua ocorrência tenha se mostrado benéfica aos trabalhadores investigados (SILVA-COSTA, 2010).

Por outro lado a jornada de trabalho é uma expressão utilizada para se referir à extensão do tempo de trabalho; porém, nessa forma genérica, não fica clara qual é a sua composição e nem mesmo a que está se referindo. A jornada de trabalho pode e deve ser mais bem caracterizada para revelar todos os detalhes, possibilidades e particularidades que se manifestam no cotidiano quanto ao exercício do tempo de trabalho. A expressão jornada de trabalho refere-se ao tempo trabalhado, seja diário, mensal, anual ou ao longo da vida (DIEESE, 2008).

Considerando que o enfermeiro na ESF realiza suas atividades dentro da USF, na comunidade e em domicílios, exposto as circunstâncias adversas em termos de condições de trabalho, extenuantes pela natureza de seu fazer produtor de esforço devido à permanência por longos períodos em pé, sentado, curvado, em deslocamentos para localidades distantes e de acesso difícil, ainda submetido ao uso de equipamentos, mobiliários e estrutura física inadequadas ao desempenho de suas funções, em repetidas jornadas de trabalho de cerca de 8 horas diárias, certamente apresentará como resultado a fadiga.

A auto-avaliação de saúde e condições laborais entre trabalhadores de centros nacionais de atenção primária à saúde, investigando 1.249 trabalhadores de 49 centros municipais de atenção primária à saúde, em Santa Catarina, concluiu que um elevado escore de carga de trabalho permaneceu associado ao desfecho, o que sugere uma associação entre condições de trabalho, fadiga e auto-avaliação de saúde (GARCIA; HOFELMANN; FACCHINI, 2010).

Em Alagoas, dois estudos abordam aspectos distintos da questão, sendo que o primeiro mostra a relação entre a jornada de trabalho e as atividades que a/o enfermeira/o desenvolve diariamente em unidades de saúde da família de dois municípios interioranos evidenciando que as/os enfermeiras/os estão sobrecarregadas/os em suas unidades (SANTOS; SANTOS; SILVA, 2008). O

segundo apresenta a situação em que se encontra um grupo de trabalhadoras/es que foram levadas/os à aposentadoria ou desvio de função em decorrência de Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT) (BARBOSA; SANTOS; TREZZA, 2007).

Em relação a/ao trabalhadora/or de enfermagem e a/ao enfermeira/o que atua na ESF, uma primeira busca aos principais bancos de dados disponíveis revelou que é uma área de interesse, tendo sido encontrados 245 artigos em diversas bases. Estes artigos revelam a situação dos trabalhadores da saúde em relação ao estresse, aos acidentes e doenças ocupacionais, apenas com as palavras “sobrecarga de trabalho no PSF”. Porém, não foram encontrados estudos que evidenciassem sinais objetivos e subjetivos de fadiga do trabalho referidos por esta população específica possibilitando a inclusão de ações de proteção/promoção à saúde e que possam retardar ou evitar o aparecimento das consequências pelo trabalho.

Em revisão integrativa, explorando os últimos dez anos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Public Medline* (PUBMED)/*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), biblioteca COCRHANE e biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando-se os descritores carga de trabalho e fadiga muscular, foram encontrados 22 artigos.

Estes estudos abordaram especificamente a questão dos riscos da sobrecarga de trabalho, a variação do ácido láctico em situação de fadiga muscular e artigos que analisaram os efeitos da carga de trabalho em sujeitos já com lesões por esforço repetitivo ou doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho. Nesta revisão ficou evidenciada a relação entre carga de trabalho e fadiga muscular bem como alterações no metabolismo do ácido láctico, relacionadas à sobrecarga de trabalho (ALMEIDA et al., 2013b).

De modo geral o trabalho da/o enfermeira/o vem sendo tomado como objeto de interesse para pesquisadores da área, com ênfase em estudos que descrevem os riscos ocupacionais a que essas/es profissionais são submetidas/os ou se submetem (SCHMOELLER et al., 2011; MAGNAGO, et al., 2010). Há também aqueles que abordam o trabalho no âmbito da atenção básica incluindo a ESF igualmente realçando aspectos relacionados aos riscos ocupacionais, trazendo os de ordem psicossociais/emocionais, possíveis indutores de fadiga, como

significativamente presentes (CHIODI; MARZIALE, 2006; CASTRO; FARIAS, 2008; ALVES et al, 2009; NUNES, 2009).

Outros estudos trazem a percepção tanto dos pesquisadores como das/os próprias/os trabalhadoras/es da Enfermagem sobre aspectos diversos do trabalho e riscos ocupacionais conforme o grau de dependência do paciente em ambientes hospitalares, sendo expressivas as investigações desse tema em unidades de terapia intensiva, urgências, serviços de oncologia, entre outros, onde os pacientes apresentam maior demanda de cuidados de enfermagem, envolvendo ambiente e condições de trabalho favoráveis aos riscos e as cargas especialmente físicas, químicas, mecânicas, biológicas, psicossociais e emocionais, desencadeadoras de fadiga (DALRI et al, 2010; BAPTISTA; FELLI; MININEL, 2011).

Há também aqueles que abordam os aspectos citados anteriormente no âmbito da atenção básica, incluindo a ESF, igualmente realçando aspectos relacionados aos riscos ocupacionais trazendo os de ordem psicossociais/emocionais como mais significativamente presente, bem como as relações desses riscos com a organização desse tipo de trabalho, demonstrando sua penosidade, as conseqüências para a qualidade de vida e a saúde da/o trabalhadora/or da Enfermagem (FARIAS; ZEITOUNE, 2005; DAVID et al, 2009; FERNANDES, 2009; GUIDO et al.; 2010).

3.1 Tipo de Estudo

Pesquisa quantitativa, transversal, analítica (FONSECA, 2008). Quantitativa porque emprega a quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples, como percentual, média, desvio padrão, às mais complexas, a exemplo de coeficiente de correlação, análise de regressão e análises multivariadas (FIATES; SERRA; MARTINS, 2014).

Nos estudos transversais a variável independente e dependente são estudadas ao mesmo tempo no início da pesquisa, não são controladas pelo pesquisador. São estudos no nível individuado, de observação e descritivos ou analíticos, fornecem medidas de prevalência e podem ser interpretados tanto pela razão de prevalência (cálculo igual ao risco relativo) quanto pela aproximação de risco (razão de produtos cruzados) (MEDRONHO, 2009).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Análise da Situação de Saúde 2010. Perfil Epidemiológico. Versão 2.0. 2011.

Figura 1 – Delineamento do estudo transversal. Maceió, Alagoas, 2014.

A presente pesquisa é analítica, porque avalia a relação entre causa ou fator de estudo (por exemplo, um fator de risco) e um efeito ou variável de resposta (FONSECA, 2008), também utilizado quando existe uma hipótese a ser testada

(MARQUES; PECCIN, 2005). Transversal, também denominado estudo de prevalência, em que a frequência de um ou mais eventos é medida por meio de levantamentos em uma população (RIBAS; YAPHE, 2008; HULLEY, et al., 2008).

3.2 Local

Estudo realizado no município de Arapiraca, Alagoas, região do agreste do estado, distante cerca de 137 km de sua capital. Possui área territorial de 356,18 Km² e uma população estimada de 227.640 habitantes, destes 184.983 (84,8%) habitam na zona urbana e 33.157 (15,2%) na zona rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). É um dos mais importantes municípios do estado, representa papel decisivo na atenção à saúde local, regional e estadual. Está na condição de gestão plena da atenção a saúde, sendo a sede da Macrorregião de Saúde 2, a qual é composta por 49 municípios; além de ser o pólo da 7^a região de saúde, formada por 17 municípios (ARAPIRACA, 2012; 2014).

Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Saúde Alagoas, 2011.

Figura 2 – Macrorregiões de Saúde do estado de Alagoas. Maceió, Alagoas, 2014.

A atenção básica neste município é formada por várias modalidades de serviços ofertados à população, quais sejam: PACS, ESF, Programa de Saúde Bucal e Núcleo de Atenção à Saúde Família (NASF). Estes serviços estão implantados e distribuídos em 35 UBSs – 19 na área urbana e 16 na área rural e em mais 4 unidades simplificadas. Estas unidades abrigam equipes multiprofissionais assim especificadas: 6 do PACS, 53 de Saúde da Família, 42 de Saúde Bucal e 10 do NASF. Na ESF, as equipes são integradas por enfermeiras/os, médicos, auxiliares de enfermagem e ACS, algumas também com odontólogos e assistentes sociais, estando 35 situadas na área urbana e 17 na área rural, sendo responsáveis pela cobertura atual de 80.4% da população do município (ARAPIRACA, 2014).

3.3 População do Estudo

Composta pelas/os enfermeiras/os que trabalham nas 53 Equipes da ESF, em funcionamento, implantadas nos município de Arapiraca, somando um total de 53 enfermeiras/os, distribuídas/os nas 39 unidades de saúde da atenção básica do município. Durante a fase de coleta de dados uma/um enfermeira/o estava de férias e outra em licença maternidade, por isso foram respondentes 51 enfermeiras/os, envolvendo profissionais que estão trabalhando na área urbana e rural, abrangendo, portanto, a totalidade das equipes em funcionamento.

3.4 Amostra

Neste estudo foi do tipo não-probabilística intencional ou de seleção racional. Para contornar eventual dificuldade de obter a participação de todas/os as/os trabalhadoras/es, alguns critérios de inclusão foram estabelecidos: ser enfermeira/o da ESF, estar nesta atividade no momento da coleta de dados, dispor-se a participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: estar em gozo de licença de qualquer natureza ou férias; estar afastado por adoecimentos ou acidentes.

3.5 Variáveis

Para este estudo, foi adotado o entendimento de que “uma variável refere-se a uma característica ou atributo de uma pessoa ou organização que pode ser mensurada ou observada e ‘varia’ entre as pessoas ou organizações que estão sendo estudadas”, sabendo-se que podem ser independentes aquelas que vêm antes, ou seja, geram, antecedem, causam e determinam, e dependentes aquelas que variam conforme o fator que está sendo estudado. Os termos “variável independente e variável dependente” são usados para designar a direção de influência entre as variáveis, mais do que a causa e o efeito entre elas, como é o caso desta pesquisa (CRESSELL, 2007).

No caso deste estudo, foram tomadas como variáveis independentes qualitativas: pratica exercícios, consome álcool, estado civil, sexo, outro emprego fora ESF, fumante, história de doença relacionada ao trabalho e afastamento por acidente no trabalho. As variáveis independentes quantitativas foram: tempo de Enfermagem, idade, jornada semanal de trabalho, tempo de trabalho na ESF, número de pessoas no domicílio, tempo na Unidade de Saúde da Família, renda familiar. A variável dependente foi Pontuação de fadiga (FIGUEIRA, 2009; MEDRONHO, 2009).

3.6 Procedimentos

Inicialmente foram estabelecidos contatos com a Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca, Alagoas, na pessoa do seu Secretário Municipal de Saúde e com a Coordenadora da ESF do município, para as devidas explicações e solicitação de permissão oficial para realizar a pesquisa (APÊNDICE A). Obtido o consentimento institucional, foram realizados contatos com as/os enfermeiras/os por meio de visitas às unidades da ESF, envio de mensagens via e-mail, ligação para telefone institucional e/ou celular, tudo na perspectiva de iniciar a aproximação com os sujeitos, explicando o estudo, os instrumentos e solicitando sua participação.

Foram utilizadas essas formas de contato considerando que a dinâmica e a natureza do trabalho das/os enfermeiras/os na ESF impossibilitou a totalidade do contato pessoal planejado para esta fase.

Depois dos contatos realizados, foi agendada a coleta de dados para respectiva aplicação dos instrumentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B). Houve variedade de situação escolhida para coleta dos dados, a maioria escolheu a aplicação dos instrumentos no local de trabalho, sendo que muitas/os preferiram ficar com os instrumentos e responderem na unidade de saúde em outro momento marcando nova data para recolher os mesmos, de modo que foi respeitada a vontade das/os respondentes.

Considerando a facilidade de compreensão e resposta aos instrumentos, demonstrada desde o teste piloto, a demora em conciliar disponibilidade de horários das/os enfermeiras/os face a rotina de atividades fora da unidade de saúde (visitas domiciliares, vacinação, treinamentos, reuniões na sede da secretaria municipal de saúde, folgas, entre outros) e a situação escolhida para efetivação da coleta dos dados, gerando lentidão nesse processo, a pesquisadora buscou e contou com a ajuda de docentes e estudantes do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) Saúde do Trabalhador do Curso de Graduação em Enfermagem da UFAL, Campus Arapiraca, previamente treinados.

3.7 Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos auto-aplicáveis, sendo um para obtenção de dados relativos às variáveis independentes e outro para levantamento de sinais de fadiga, por meio do questionário específico. Esses instrumentos foram preenchidos pelas/os enfermeiras/os, após a assinatura do TCLE. As etapas de utilização desses instrumentos estão explicadas a seguir.

Na primeira etapa encontra-se apresentado o Questionário de Informações Sócio-demográficas e Ocupacionais (APÊNDICE B), composto por questões objetivas relativas aos dados sociodemográficos (sexo, idade, estado conjugal, escolaridade, renda familiar, pessoas no domicílio, tabagismo, consumo de

bebida alcoólica, prática de atividade física), seguido por dados ocupacionais (instituição em que trabalha, tempo de trabalho na Enfermagem, na unidade, cargo, jornada semanal no trabalho, turno de trabalho, outros empregos no cargo e em outros cargos, turno nos demais empregos, história de acidente de trabalho e de adoecimentos relacionados ao trabalho).

Para utilizar esse instrumento foi realizado um processo de refinamento (validação de aparência) mediante a avaliação por sete juízes especialistas na área de saúde do trabalhador, os quais foram previamente consultados e após o aceite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Juiz (APÊNDICE C) e responderam ao Formulário de Avaliação dos Juízes (APÊNDICE D).

Foi também realizado um estudo piloto com oito enfermeiras/os que atuam na ESF do município em questão, não tendo sido apresentada qualquer dificuldade em relação a aplicação do instrumento e a compreensão e preenchimento das respostas por parte dessas/es profissionais que, deste modo passaram a compor o conjunto dos questionários respondidos pelos sujeitos da pesquisa.

A segunda etapa aconteceu por meio do Questionário de Fadiga. O Comitê de Pesquisa da Fadiga Industrial da Associação Japonesa da Saúde Industrial elaborou em 1967 o Questionário de Fadiga, posteriormente validado (YOSHITAKE, 1975). Foi traduzido e utilizado inicialmente no Brasil para pesquisa com trabalhadores da indústria petroquímica no nacional (FISCHER et al, 1991) e vem sendo amplamente adotado como instrumento preferencial em pesquisas que, como esta, destina-se a investigar a fadiga em trabalhadores de diversos ramos de atividade (METZNER; FISCHER, 2001; VASCONCELOS et al, 2011; FREITAS-SWERTS, 2014).

O questionário é composto de 30 questões de múltipla escolha, autoaplicadas. Posteriormente as respostas são convertidas em valores numéricos: sempre – cinco pontos, muitas vezes – quatro pontos, às vezes – três pontos, raramente – dois pontos e nunca – um ponto. A pontuação máxima é 150, maior fadiga, e a mínima de 30 pontos, menor fadiga. Existem três escores parciais: um de sonolência e falta de disposição para o trabalho (questões de 1 a 10), outro de dificuldade de concentração e atenção (questões de 11 a 20) e um terceiro de projeções da fadiga sobre o corpo (questões 21 a 30) (BORGES, 2007).

3.8 Coleta de Dados

Para melhor compreender a coleta dos dados, tem-se a correspondência do processo referente aos objetivos deste estudo. Assim os dados para o alcance do primeiro objetivo – descrever os sinais de fadiga auto-referidos por enfermeira/os da ESF que atuam no município de Arapiraca, Alagoas – foram coletados utilizando-se o Questionário de Fadiga já descrito, auto-aplicável (YOSHITAKE, 1975), adaptado e amplamente utilizado por pesquisadores brasileiros e adotado para esta pesquisa.

Para realizar a coleta de dados referentes ao segundo e terceiro objetivos – analisar se as características sócio-demográficas dos sujeitos apresentam associação com pontuação de fadiga calculada conforme as respostas ao Questionário de Fadiga Aplicado (YOSHITAKE, 1975) e analisar se as características ocupacionais dos sujeitos apresentam associação com pontuação de fadiga calculada conforme as respostas ao Questionário de Fadiga (YOSHITAKE, 1975), respectivamente – foi utilizado um questionário igualmente auto-aplicável de Informações Sociodemográficas e Ocupacionais, também já descrito.

Os dados coletados para o alcance do quarto objetivo – discutir as correlações existentes entre os sinais de fadiga auto-referidos e as características sociodemográficas e ocupacionais – são aqueles decorrentes dos dois instrumentos já citados nos objetivos anteriores. Estes dados passaram por tratamento e análise pertinentes para obterem-se as respostas a este e aos demais objetivos do estudo.

3.9 Tratamento dos Dados

A confiabilidade do Questionário de Fadiga foi testada pelo *Alfa de Cronbach*. A confiabilidade mede a capacidade de um questionário de reproduzir a verdade, ou seja, em qualquer lugar e por meio de qualquer pesquisador ele deverá estar expressando resultados verdadeiros (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006).

Para caracterização dos sujeitos deste estudo e responder ao objetivo um (descrever os sinais de fadiga auto-referidos por enfermeira/os da ESF que atuam

no município de Arapiraca, Alagoas), a estatística empregada conta com uma parte descritiva por meio de frequência simples e estatísticas básicas: média e desvio padrão.

As respostas aos objetivos dois e três – analisar se as características sóciodemográficas dos sujeitos apresentam associação com pontuação de fadiga calculada conforme as respostas ao questionário de fadiga aplicado (YOSHITAKE, 1975) e analisar se as características ocupacionais dos sujeitos apresentam associação com pontuação de fadiga calculada conforme as respostas ao questionário utilizado (YOSHITAKE, 1975) – foram trabalhadas estatisticamente pelo método analítico, com a análise bivariada por meio de Risco (ODDS), Quiquadrado e Análise de Variância.

Os resultados nortearam a seleção das variáveis que participariam da análise multivariada por meio da Regressão Logística Dicotômica. Para as variáveis numéricas a análise ocorreu por meio de: Análise de Variância – (ANOVA), quando recomendado usado um teste não paramétrico (*Mann Whitney, Kruskal Wallis*) e ou teste t de *Student*. O nível de significância aceito foi de 0.05.

O primeiro passo foi reconhecer padrões pela Análise de Variância com o objetivo de construir pontos de corte para transformá-las em dicotômicas. Com todas as variáveis numéricas o ponto de corte foi a mediana (abaixo da mediana sim/não), exceto a pontuação de Fadiga (que assume valores de 30 a 150) e que foi transformada em Fadiga Menor e Igual a 60 (sim/não), que inclui as resposta Nunca e Raramente.

As variáveis qualitativas que não eram originalmente dicotômicas foram codificadas para sim/não conforme o padrão da distribuição das frequências simples. Como exemplo: cita-se o estado civil que segundo as categorias respondidas optou-se por construir a variável casado e igualmente acontecendo com Consumo de Álcool que foi recodificada para Consumo de Álcool (sim/não).

Estando agora todas as variáveis dicotômicas foram realizadas análise de Risco de todas as variáveis independente com a dependente Fadiga Menor e Igual a 60 pelo *EpilInfo Windows Versão 3.5.4*. Entraram na análise multivariada as variáveis que tiveram um $p \leq 0,20$ e mais aquelas que o pesquisador achou importante na determinação da Fadiga Menor e Igual a 60 ou que suspeitasse de estar com interação ou confundimento. As variáveis independentes selecionadas estão em ordem decrescente do valor da estatística Quiquadrado a 1 grau de liberdade na

Tabela 1.

O modelo foi montado de forma hierárquica com as variáveis entrando manualmente uma a uma no modelo e a cada nova entrada era avaliada a interação (quando ocorria variação de 10 ou mais percentuais nos valores de ODDS das variáveis já inseridas no modelo). Inexistindo interação era observado o p da nova variável e caso fosse menor que 0,05, esta variável era mantida no modelo; não sendo era descartada. No caso de interação era inserido um termo multiplicativo da nova variável com as que haviam sido alterados o valor do ODDS, sendo significativo era mantido.

Tabela 1 – Variáveis selecionadas para Regressão Logística. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Variáveis	Estatística Quiquadrado	P
01 Pratica Exercícios	5.0227	0.02502
02 Consome Álcool	4.9610	0.02593
03 Casado	2.8809	0.08964
04 Tempo Enfermagem Menor que 7anos	2.2049	0.13757
05 Sexo*	1.6960	0.18885
06 Idade Menor que 31 anos	1.6275	0.20205
07 História de doença relacionada ao trabalho*	1.1403	0.23538
08 Jornada Semanal Media em Horas Menor que 40h*	1.1403	0.23538
09 Tempo de ESF Menor que 4anos	1.2287	0.26766
10 Tem outro emprego além deste na Estratégia	1.1424	0.28514
11 Fumante*	1.8700	0.35294
12 Número Pessoas Residentes Menor que 3	0.7300	0.39290
13 Tempo na Unidade Menor que 1ano	0.6151	0.43286
14 Renda Familiar Menor 6000	0.1940	0.65964
15 Afastamento por acidente	0.0601	0.80634

Nota: valor p do Teste Exato de Fisher.

O modelo final foi testado com o *SPSS/04* o qual fornecia alguns parâmetros não gerados pelo *Epilnfo*.

A última etapa foi descobrir os confundimentos entre as variáveis participantes do modelo. Para isto realizou-se análise estratificada com o *Epilnfo* considerando a variável principal a Pratica de Exercícios cuja estatística Quiquadrado foi o maior. Descoberto algum confundimento esta variável era retirada do modelo e executado novamente o comando de Regressão Logistica com a variável seguinte. Os parâmetros utilizados para avaliação foram: amplitude do intervalo de confiança e razão de verossimilhança e p do teste de *Wald*.

Nos modelos de Regressão Linear Simples ou múltipla a Variável

dependente (Y) é contínua, no caso da variável dependente ser binária estes modelos não oferecem estimadores plausíveis. Recorre-se então ao modelo de Regressão Logística Binária (dicotômica). A Regressão Logística é uma transformação da resposta binária em linear que pode ser descrita por:

$$P = \frac{e^{\ln(\text{ODDS})}}{1 + e^{\ln(\text{ODDS})}}$$

$$e = 2.718281828$$

$$\ln(\text{ODDS}) = \beta_0 + (\beta_1 * X_1) + (\beta_2 * X_2) + \dots + (\beta_i * X_i)$$

Os parâmetros β têm significado análogo aos da Regressão linear. O $\ln(\text{ODDS})$ é também chamada de função *Logit* e tem muitas propriedades do modelo Linear (FIGUEIRA, 2009; MEDRONHO, 2009).

3.10 Aspectos Éticos

Foram considerados os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em conjunto com o MS (BRASIL, 2013). Para garantia de obediência aos princípios éticos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), por meio da Plataforma Brasil, via site www.saude.gov.br/plataformabrasil para análise, aguardado todo o trâmite do projeto se processar de forma "online".

O projeto apenas foi executado após recebimento do parecer Nº 499.997, datado de 18 de dezembro do ano de 2013, sob registro CAAE: 21584813.5.0000.5393, aprovado e considerado adequado por este Comitê (ANEXO C). Foi solicitado aos participantes que assinassem o TCLE, permitindo a sua participação no estudo e garantindo seu anonimato. O público participante da investigação foi esclarecido sobre a pesquisa, seus objetivos e procedimentos da coleta de dados.

Uma vez organizados, os dados são apresentados em três blocos consecutivos conforme a ordem estabelecida pelos objetivos do estudo, correspondendo o primeiro bloco ao tratamento estatístico descritivo a que foram submetidas as respostas ao questionário que averiguou sinais de fadiga entre as/os enfermeiras/os que trabalham na ESF. O segundo bloco de dados apresentará o resultado da análise inferencial concernente às correlações entre a pontuação de fadiga referenciada e as características sócio-demográficas do grupo amostral. No terceiro e último bloco de dados será visto o resultado da análise inferencial que averiguou correlações entre a pontuação de fadiga e as características ocupacionais dos sujeitos.

É interessante resgatar a confiabilidade do questionário, comprovada pela submissão do mesmo ao Teste Alfa *Cronbach*, obtendo resultado igual a 0,936. A população foi composta por 51 enfermeiras/os das/os quais 86.3% são do sexo feminino; 58.8% se declaram de cor parda; 54.9% casadas/os; 98% nunca fumaram; 56.9% referem que consome bebida alcoólica sendo que 96.6% dessas/es declarantes informam que esse consumo é menos que uma vez por semana; 51.0% disseram praticar exercício físico e destas/es 62.9% o faz semanalmente; 74,5% não ficaram doentes e 58,8% não se afastaram das atividades laborais no período de um ano antes de sua participação neste estudo, como evidenciam os dados da Tabela 2.

Tabela 2 – Descrição das variáveis qualitativas. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Variáveis	N	%	I.C.95%	
			Inferior	Superior
Sexo				
Masculino	7	13.7%	5.7%	26.3%
Feminino	44	86.3%	73.7%	94.3%
Cor				
Branca	18	35.3%	22.4%	49.9%
Preta	2	3.9%	0.5%	13.5%
Amarela	1	2.0%	0.0%	10.4%
Parda	30	58.8%	44.2%	72.4%
Casado				
Sim	28	54.9%	40.3%	68.9%
Não	23	45.1%	31.1%	59.7%
Consome Álcool				
Sim	29	56.9%	42.2%	70.7%
Não	22	43.1%	29.3%	57.8%
Pratica Exercícios				
Sim	26	51.0%	36.6%	65.2%
Não	25	49.0%	34.8%	63.4%
Ficou Doente				
Sim	13	25.5%	14.3%	39.6%
Não	38	74.5%	60.4%	85.7%
Afastamento				
Sim	21	41.2%	27.6%	55.8%
Não	30	58.8%	44.2%	72.4%

NOTA: IC = Intervalo de Confiança

Todas/os respondentes tinham pós-graduação, sendo 94.1% especialistas (que corresponde a Pós-Graduação *Lato sensu*), em áreas diversas com maioria em Saúde da Família e/ou Saúde Pública, havendo 5.9% com mestrado (que corresponde a Pós Graduação *Stricto sensu*). Do universo dos participantes, 49% informam ter outro emprego além da ESF, sendo 92% também como enfermeira/o. A jornada de trabalho diária na ESF de 70.6% dos sujeitos é praticada em dois turnos de trabalho (manhã - M e tarde - T), sendo que desse grupo 68.6% declararam cumprir horário de 8 às 12 e 14 às 18 horas e os demais em horário seqüenciado de 7 às 15 horas, considerando a existência de unidades de saúde na área rural e outras que estão localizadas em bairros de periferia, localidades que requerem horário de funcionamento do serviço de saúde conforme particularidades

locais.

A jornada de trabalho de 91% daquelas/es que declararam ter outro emprego como enfermeira/o é em regime de plantão de 12 ou 24 horas por semana. Destes, somente 14% informaram trabalhar em finais de semana (24 horas, 12 horas diurno ou noturno). Há ainda os que fazem plantões noturnos durante a semana e 30,4% que trabalham em outros horários inclusive diurnos durante a semana, nos espaços de tempo diferentes daqueles que cumprem na ESF.

Somente 3.9% das/os trabalhadoras/es pesquisadas/os informaram ter sofrido acidente de trabalho, cujos tipos registrados foram com material perfuro-cortante e de trajeto. Quanto à informação sobre doenças atribuídas a atividade laboral, 25.5% dos sujeitos do estudo responderam afirmativamente, tendo sido acometidos por doenças e/ou sintomas do sistema músculo esquelético (46.6%), doenças e/ou infecções do sistema respiratório (23.1%), estresse (23.1%) e infecção do trato urinário (7,7%).

Para melhor compreender os dados da Tabela 3 que se segue, é importante atentar para o fato de que, embora os pontos de corte tenham sido na mediana, as proporções não são exatamente 50%. Este fenômeno acontece porque às vezes, nos pontos de cortes podem estar classificados um grande número de pessoas. As variáveis que mais se afastaram dos 50% foram renda familiar menor R\$ 6.000,00 [correspondente ao dólar americano, cotado em 18 de setembro de 2014 a US\$ 2.575 (25,5%)] e jornada semanal de trabalho média menor que 40h (35,6%), indicando que há entre esse grupo forte concentração de pessoas com jornadas laborais semanais além da ESF e salários acima do praticado na ESF (Tabela 3).

Tabela 3 – Descrição das Variáveis quantitativas recodificadas. referentes a 51 enfermeiras/os da Estratégia da Saúde da Família.. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Variáveis	f	%	I. C. 95%	
			Inferior	Superior
Idade Menor que 31 anos				
Sim	25	49.0%	34.8%	63.4%
Não	26	51.0%	36.6%	65.2%
Renda Familiar Menor R\$ 6000				
Sim	16	35.6%	21.9%	51.2%
Não	29	64.4%	48.8%	78.1%
Número Pessoas Residentes no Domicílio Menor que 3				
Sim	16	31.4%	19.1%	45.9%
Não	35	68.6%	54.1%	80.9%
Tempo Enfermagem Menor que 7anos				
Sim	24	47.1%	32.9%	61.5%
Não	27	52.9%	38.5%	67.1%
Tempo de ESF Menor que 4 anos				
Sim	23	45.1%	31.1%	59.7%
Não	28	54.9%	40.3%	68.9%
Jornada Semanal Media Menor que 40h				
Sim	13	25.5%	14.3%	39.6%
Não	38	74.5%	60.4%	85.7%
Fadiga Menor e Igual a 60				
Sim	18	35.3%*	22.4%	49.9%
Não	33	64.7%*	50.1%	77.6%

NOTA: IC = Intervalo de Confiança

A pontuação média do Questionário de Fadiga foi de 66,8, a idade média é concordante com o tempo de enfermagem com coeficiente de determinação igual a $r^2=0,88$. A maior variabilidade foi para tempo que trabalha na unidade de saúde atual seguida de tempo na ESF e tempo na Enfermagem.

Tabela 4 – Descrição das variáveis Quantitativas referentes a 51 enfermeiras/os da Estratégia da Saúde da Família. Arapiraca/Alagoas, 2014.

Variáveis	n	Média	Desvio-padrão	Coefficiente de Variação
Idade	51	32.2353	6.9558	21.58
Renda Familiar	45	7576.9556	2924.446	38.60
Pessoas Residentes no Domicílio	51	3.1569	1.6171	51.22
Tempo na Enfermagem em anos	51	7.5376	5.7678	76.52
Tempo de Trabalho na ESF em anos	51	5.9392	5.2476	88.36
Jornada Laboral Média em Horas	51	37.9804	3.5916	9.46
Tempo na Unidade de Saúde da Família em anos	51	2.8196	4.013	142.33
Fadiga	51	66.8431	16.6366	24.89

Os quartis, moda, máximos e mínimos estão descritos na Tabela 5. As pessoas entrevistadas caracterizam-se por serem adultos jovens; com renda familiar entre R\$ 4.700,00 e R\$ 15.000,00 (correspondendo a US\$ 2.017 e a US\$ 6.437, respectivamente), curto tempo de profissão, tanto na ESF como na unidade de saúde em que trabalha atualmente.

Tabela 5 – Descrição das variáveis Quantitativas. Arapiraca, Alagoas, 2014. (Continuação)

Variáveis	Mínimo	25%	Mediana	75%	Máximo	Moda
Idade	24	28	31	36	64	25
Renda Familiar	4700	5100	6000	9000	15000	5000
Pessoas Residentes no domicílio	0	2	3	4	8	3
Tempo na Enfermagem em anos	1	3	7	11	30	2
Tempo na ESF em anos	0.08	1	4	10	17	0.33
Tempo Unidade em anos	0.08	0.33	1	3	15	1
Jornada de Trabalho Média Horas	30	36	40	40	40	40
Fadiga	36	52	66	78	110	47

Uma vez conhecidas as características da população estudada, torna-se possível apresentar a distribuição dos sujeitos segundo os sinais de fadiga referenciados, buscando-se assim o alcance do objetivo 1 (descrever os sinais de fadiga auto-referidos por enfermeira/os da ESF que atuam no município de Arapiraca – Alagoas). Procurou-se analisar os dados que guardam relação direta em conjunto, através da aproximação das respectivas Figuras, ao mesmo tempo em que os resultados de cada pergunta foram confrontados em duas alternativas, com base na visualização da frequência acumulada, evitando diluir as informações. Tal estratégia pode ser melhor compreendida ao observar os dados das Figuras 3, 4 e 5.

Figura 3 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “sinto a cabeça pesada”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Analisando-se os dados da Figura 3, observa-se que 88,2% das/os respondentes já sentiram a cabeça pesada em algum momento de sua vida laboral, destacando-se que 17,6% sentem ‘muitas vezes’ enquanto que 11,8% ‘nunca’ apresentaram esta queixa. Sentir moleza no corpo ou nas pernas também foram sinais de fadiga referenciados, apresentados na sequência das figuras:

Figura 4 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “sinto moleza corpo”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Figura 5 – Distribuição 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “sinto moleza nas pernas”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Os dados das Figuras 4 e 5 revelam que as/os enfermeiras/os estudadas/os no decorrer dos anos de trabalho já apresentaram, alguma vez, moleza no corpo (90,2%) e nas pernas (82,4%). No entanto, considerando que a maioria da população estudada é jovem e com até sete anos de trabalho, observa-se que a distribuição da frequência foi diferente, destacando-se a existência de percentual de profissionais com moleza nas pernas ‘muitas vezes’ (11,8%) enquanto que 43,1% sentem moleza no corpo ‘às vezes’. Outro sinal investigado foi a vontade

de bocejar, conforme apresentado a seguir:

Figura 6 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tenho vontade de bocejar durante o trabalho”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

A respeito dos dados da Figura 6, estes evidenciam que 92,2% das/os enfermeiras/os respondentes declararam que em algum momento já tiveram vontade de bocejar durante a rotina do trabalho. Contudo, é interessante notar que a maior parcela de entrevistadas/os informaram que ‘às vezes’ apresentam este sinal (37,3%), contrastando com uma parcela menor que informou que ‘nunca’ apresentou tal sinal (7,8%).

Figura 7 – Distribuição 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “as minhas ideias não são tão claras”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Quanto ao sinal ‘as minhas ideias não são tão claras’, a frequência acumulada dos dados da Figura 7 revela que uma parcela de enfermeiras/os (78,4%) informou que na vida laboral já apresentou tal sinal e apenas 21,6% nunca o apresentou. Por tratar-se de um grupo jovem de enfermeiras/os, seria de se esperar maior concentração de respondentes na alternativa ‘nunca’. A referência a já não ter ideias tão claras após sete anos em média de trabalho, pode ser visto como um primeiro e sutil alerta de que essas pessoas poderão em pouco tempo apresentar pontuação de fadiga mais elevada. Outro aspecto constatado referiu-se aos olhos cansados/sonolência/sono durante o trabalho, mencionado pelas/os entrevistados.

Figura 8 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “estou com sonolência (com sono)”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Figura 9 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “sinto os olhos cansados”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Os dados das Figuras 8 e 9 revelam que 88,2% das/os enfermeiras/os entrevistadas/os já apresentaram o sinal sonolência/sono e 74,5% o sinal de olhos cansados, contrastando com o grupo que informou ‘nunca’ ter apresentado estes sinais, 11,8% e 25,5%, respectivamente. Dentre o grupo que já experimentou tal sinal de fadiga, deve-se destacar que as constâncias ‘raramente’ e ‘às vezes’ foram aquelas que melhor expressam a experiência de uma parcela relevante de profissionais (62,8%). Dificuldades de movimentação e de manterem-se “em pé” também foram registradas, conforme apresentado na sequência:

Figura 10 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tenho dificuldades em me movimentar”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Figura 11 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tenho dificuldades em permanecer em pé”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

As informações das Figuras 10 e 11 evidenciaram que 58,8% e 63,3% as/os enfermeiras/os nunca sentiram dificuldade de se movimentar e de permanecer em pé, respectivamente, contrapondo com o grupo de profissionais que, desde ‘raramente’ a ‘muitas vezes’, já sentiram tal sinal (41,2% e 36,7%). Considerando estes resultados, é razoável aceitar que embora este grupo de enfermeiros já referencie alguns sinais de fadiga, mesmo que raramente ou algumas vezes, ter dificuldade de movimentar-se ou permanecer em pé não foi significativo, o que é importante, dada a natureza do trabalho que é desenvolvido na ESF e que exige muito do profissional em termos de movimentar-se e locomover-se. A necessidade de repouso/descanso durante o trabalho foi manifestada por algumas/alguns respondentes.

Figura 12 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “eu gostaria de ir me deitar um pouco (horário de trab.)”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Na Figura 12, as informações revelam que 68,6% das enfermeiras/os disseram que em algum momento de sua rotina laboral, variando a constância, já sentiram a necessidade ou desejo de deitar-se durante o turno de trabalho e 31,4% nunca sentiram tal sinal de fadiga. Este dado guarda relação com os dados das Figuras 8 e 9, podendo-se indagar: será que esta relação pode estar sinalizando para o estabelecimento de um cansaço crescente, haja vista que 88,2% referiu sonolência, sugerindo a existência de cansaço, 74,5% informaram sentir algumas vezes os olhos cansados, ou seja, um pouco mais de cansaço e 68,6% já sentirem vontade de deitar-se, um pouco, durante a jornada diária de trabalho (Figura 12)?

Outro aspecto mencionado foi referente à dificuldade de concentração, conforme apresentado a seguir.

Figura 13 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “preciso me concentrar mais”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Pelas informações da Figura 13, constata-se que 96% das/os entrevistadas informaram que em alguma proporção precisam se concentrar mais, sendo um dado relevante, considerando-se a natureza do trabalho da Enfermagem tanto na ESF como nos demais empregos que essas pessoas possuem. Cabe enfatizar neste particular, que 28% das/os enfermeiras/os referiram precisar concentrar-se no trabalho de ‘muitas vezes’ a ‘sempre’. Pode-se estabelecer ligação com os dados da Figura 7 que mostram 78,4% de respondentes tinham experimentado trabalhar com as idéias não tão claras.

Outro dado interessante é que as/os entrevistadas/os também mencionaram a vontade de não querer falar com ninguém e a presença de irritação, conforme apresentado a seguir.

Figura 14 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “não tenho vontade de falar com ninguém”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Figura 15 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “fico irritado(a) facilmente”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Os dados da Figura 14 mostram que 58,8% das enfermeiras durante o trabalho referiram que já perderam a vontade de falar com alguém, ressaltando-se que as alternativas ‘raramente’ e ‘às vezes’ foram aquelas que mais pontuaram. Além disso, as informações da Figura 15 evidenciam que 78,4% das/os entrevistadas/os em algum momento do trabalho ficam facilmente irritadas/os, existindo já quem tenha confessado que se sente irritado muitas vezes (3,9%). Embora em baixo percentual, este dado é importante porque o trabalho da Enfermagem acontece em relações interpessoais e a irritação do profissional possivelmente pode prejudicar a resolutividade de suas ações.

Dificuldades para concentração, pensar em outras coisas além do trabalho e problemas na memória também foram informados pelas enfermeiras/os.

Figura 16 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “não consigo me concentrar”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Figura 17 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tenho outras coisas em que pensar além do meu trabalho”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Figura 18 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “minha memória não está boa para algumas coisas no trabalho”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Os dados da Figura 16 mostram que 85,7% das/os entrevistadas/os referiram o sinal ‘não consigo me concentrar’ e que sua constância variou de ‘raramente’ a ‘muitas vezes’. Já as informações apresentadas na Figura 17 mostram que 98% das/os profissionais informaram que têm outras coisas em que pensar além do trabalho. Neste segundo grupo, uma parcela chama à atenção, pois 42% relataram que passam por este sinal muitas vezes durante a sua atividade laboral. O dado fica mais forte quando a frequência acumulada entre as alternativas “muitas vezes” e “sempre” atinge a maioria da população estudada (52%)

Quanto a Figura 18, as informações evidenciaram que 84,3% dos profissionais informaram que pelo menos em algum momento já tiveram dificuldades no que se refere à memória para algumas coisas relacionadas ao mundo do trabalho, enquanto apenas 15,7% nunca passaram por este sinal de fadiga. Este dado também é relevante quando associados aos dados das Figuras 7, 13, 16 que tratam das referências à capacidade de concentração no trabalho e aos problemas com a memória.

Figura 19 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “cometo pequenos erros no meu trabalho”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

De acordo com os dados da Figura 19, verifica-se que 72,5% delas/es em algum momento da vida laboral admitiram que já aconteceu de cometerem pequenos erros durante as atividades profissionais. É uma informação de alerta, pois esses pequenos erros estão acontecendo ‘raramente’ (64,7%) ou às vezes (7,8%). É necessário observar que erros no trabalho em saúde/Enfermagem podem ter consequências danosas, entendendo que em tais circunstâncias, não há muito o que se considerar “pequeno erro”.

Figura 20 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tenho outras preocupações fora o meu trabalho”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Na Figura 20, os dados mostram que 98% das/dos entrevistadas/os

informram o sinal ‘tenho outras preocupações fora o meu trabalho’, enquanto que apenas 2% nunca passam por esta situação. Neste caso, chama à atenção a frequência acumulada, na qual 52,9% das/os profissionais sentem tal sinal com constância estabelecida entre ‘muitas vezes’ e ‘sempre’. Este dado é corroborado pelos dados da Figura 17, segundo o qual 66,8% da população estudada têm outras coisas em que pensar.

Figura 21 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “eu gostaria de estar em forma para o meu trab., mas...”. Arapiraca, Alagoas, 2014

Figura 22 – Distribuição das/os enfermeiras/os segundo a variável “não posso mais continuar a trabalhar, embora...”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Na Figura 21, os dados mostram que 60,8% das/os profissionais alguma

vez já desejou estar em forma para o trabalho, ressaltando-se que 33,3% passaram por esta situação com constância referida como ‘raramente’. 39,2% informaram nunca ter sentido tal necessidade. Este dado é contraposto pelo fato de que ampla maioria dos profissionais estudados (82,4%) nunca referiram que não podem mais continuar a trabalhar, embora...’ (Figura 22). Esta informação pode ser vista como um sinal positivo do vigor dos profissionais estudados para executar o seu trabalho.

Desconforto como dores e “ombros pesados” também foram registrados.

Figura 23 – Distribuição das/os enfermeiras/os segundo a variável “dor de cabeça”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Figura 24 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “ombros pesados”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Figura 25 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “dores nas costas”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Analisando-se o conjunto dos dados das Figuras 23 a 25, verifica-se que as/os enfermeiras/os estudadas/os vêm apresentando, desde raramente até sempre, sinais como “dor de cabeça (90,3%), ombros pesados (86,3%) e dores nas costas (86,3%). Entre os que referiram “dor de cabeça”, 72,6% apresenta este sintoma “raramente” ou “às vezes”, sendo menor o percentual que sente “ombros pesados” (64,7%) nestas frequências e menor ainda o percentual de enfermeiras/os que referiram que raramente ou às vezes sentes “dor nas costas” (55%).

Este fato decorre do aumento gradativo de respondentes que referiram sentir esses sintomas muitas vezes ou sempre a saber: 11,7% dor de cabeça, 21,6% ombros pesados e 33,3% dores nas costas. Neste último caso, é razoável indagar se tal quantitativo de enfermeiras com dor nas costas (33,3%) guarda relação com as ações de cuidado de Enfermagem que muitas vezes exigem flexão da coluna, esforço físico para deslocar peso, dentre outras particularidades do trabalho da Enfermagem.

Também são analisados os dados que mostram em que pontuação as/os enfermeiras/os referiram outros sinais/sintomas de fadiga como dificuldade em respirar bem, boca seca e voz rouca.

Figura 26 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “dificuldades em respirar bem”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Considerando que respirar é um ato vital e que dificuldade em respirar bem é um sinal/sintoma de alerta mais preocupante, os dados da Figura 26 evidenciam um grupo de respondentes que majoritariamente nunca apresentou este tipo de dificuldade (52,9%). Não obstante, é prudente considerar que 47,1%% referiu sentir tal dificuldade variando desde raramente até muitas vezes.

Figura 27 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “boca seca”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Figura 28 – Distribuição das/os enfermeiras/os segundo a variável “voz rouca”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Observando a Figura 27 tem-se que o grupo de enfermeiras/os estudado nunca ou raramente sentiu “boca seca” (82%) enquanto que 9,8% já sentiram a boca seca muitas vezes. Já a Figura 28 mostra que a variável “voz rouca”, embora não tenha sido referenciada por 51% dos respondentes, apareceu como positiva para 49% da população. É válido, então, perguntar: maior percentual de enfermeiras/os referindo ter estado com a “voz rouca” pode ser decorrente do fato deste profissional precisar falar muito, em consultas e orientações e muitas vezes alto, ao realizar ações de educação continuada ou educação em saúde, em ambientes abertos, com muito barulho, situação que acaba por trazer desgaste físico?

Tonturas e tremores também foram identificados entre as enfermeiras/os.

Figura 29 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tonturas”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Figura 30 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tremores nas pálpebras”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Figura 31 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “tremores nos membros (braços, pernas)”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

A especificidade das variáveis estudadas nas Figuras 29 a 31 podem ser associadas ao esforço físico imediato, com desgastes da energia corporal e produção de catabólitos resultantes do trabalho muscular. Porém, quando analisadas sob a ótica da permanência desses sinais por algum tempo, constituem-se sinais potentes de fadiga acumulada. Na população estudada, a presença da variável “tontura” foi negada por 51% e a variável “tremores nos membros” não foi referenciada por 72,5% do grupo estudado (Figura 31). Deve-se considerar que

52,9% referiram que já sentiram “tremores nas pálpebras” alguma vez (Figura 30).

Sentir-se doente também foi identificado entre as/os respondentes.

Figura 32 – Distribuição das/os 51 enfermeiras/os da ESF segundo a variável “sinto-me doente”. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Analisando os dados da Figura 32 observa-se que se trata de uma variável que de certa forma condensa a acumulação da presença de várias das variáveis que foram individualmente exploradas. Nesta condição, é surpreendente que 68,6% tenham declarado que raramente, às vezes ou muitas vezes sintam-se doentes em contraposição a 31,4% que nunca se sentem doentes. Este dado é significativo porque se trata de uma população jovem, com pouco tempo de trabalho, como constatado nas Tabelas 3 a 5 e que pontuou sinais de fadiga em patamar aceitável, em conformidade com a literatura consultada (METZNER; FISCHER, 2001; VASCONCELOS et al, 2011; FREITAS-SWERTS, 2014).

De tudo que se expôs, pode-se entender que um grupo jovem de trabalhadores e com menos de sete anos de trabalho, com tempo igual ou menor que quatro anos na ESF não deveria e não apresentou sinais significativos de fadiga. No entanto, o que este conjunto de dados revelou é que, mesmo uma população jovem e, possivelmente, em pleno vigor físico, com pouco tempo de trabalho na ESF, já apresentou alguns sinais importantes, mesmo que raramente ou às vezes, sendo os mais frequentes: necessidade de maior concentração no trabalho, cabeça pesada, dor de cabeça e nas costas, vontade de bocejar no período em que está trabalhando, sonolência e dificuldade em manter o foco no trabalho durante a jornada diária, dado que tem muito em que pensar, sinais leves e de alerta de fadiga, porém presentes.

Para apresentar os dados relativos aos objetivos dois e três da pesquisa, (analisar se as características sócio-demográficas dos sujeitos apresentam associação com pontuação de fadiga calculada conforme as respostas ao questionário de fadiga aplicado e analisar se as características ocupacionais dos sujeitos apresentam associação com pontuação de fadiga calculada conforme as respostas ao questionário utilizado) tem-se que na análise bivariada somente foram significativas as variáveis da Tabela 6. Todas as outras resultaram não significativas, tanto as originalmente qualitativas da Tabela 7, como as recodificadas da Tabela 8. Mesmo analisando as quantitativas pelos seus valores originais não houve resultado estatisticamente significativo, como apresentado na sequência.

Tabela 6 – Resultados significativos na análise bivariada. Arapiraca. Alagoas, 2014.

Variáveis	Sim		Não		ODDS	I.C.95%	
	n	%	n	%		Inferior	Superior
Consome Álcool							
Sim	14	48.3	15	51.7	4.2	1.1384	15.4960(T)
Não	4	18.2	18	81.8			
Pratica Exercícios							
Sim	13	50	13	50	4	1.1511	13.8995(T)
Não	5	27.8	20	60.6			

NOTA: IC = Intervalo de Confiança

NOTA: ODDS = Razão de chance

O consumo de álcool e a prática de exercícios físicos guardam relação significativa com a possibilidade da/o enfermeira/o da ESF estar mais ou menos protegida de desenvolver fadiga em decorrência do trabalho. Assim, a menor ingestão de álcool associada à prática de exercícios físicos mais frequentes reduz, significativamente, a possibilidade do/a trabalhador/a desenvolver fadiga ou aumenta o tempo necessário para que os sinais de fadiga se apresentem.

Por outro lado, embora os dados da Tabela 7 não tenham alcançado significância estatística para as correlações das variáveis qualitativas com o aparecimento de sinais de fadiga, é interessante analisá-los, uma vez que algumas são flagrantemente contributivas para, no decurso do tempo, contribuírem para o estabelecimento de estados de fadiga, como é o caso do consumo de cigarros e acumulação de dois ou mais empregos.

Tabela 7 – Resultados não significativos na análise bivariada das variáveis qualitativas. Arapiraca. Alagoas, 2014.

Variáveis	Sim		Não		ODDS	I.C.95%	
	n	%	n	%		Inferior	Superior
Sexo							
Masculino	4	57.1	3	42.9	2.8571	0.5621	14.5221(T)
Feminino	14	31.8	30	68.2			
Casado							
Sim	7	25	21	75	0.3636	0.1113	1.1878(T)
Não	11	61.1	12	36.4			
Fuma*							
Sim	1	100	0	0	Indefinido	Indefinido	Indefinido (T)
Não	17	34	33	66			
Tem outro emprego além deste na Estratégia							
Sim	7	38.9	18	54.5	0.5303	0.1647	1.7077(T)
Não	11	42.3	15	57.7			
Doença atribuída ao Trabalho							
Sim	3	23.1	10	76.9	0.46	0.1085	1.9511(T)
Não	15	39.5	23	60.5			
Afastamento por doença e/ou acidente atribuído/s ao Trabalho							
Sim	7	33.3	14	66.7	0.8636	0.2674	2.7894(T)
Não	11	36.7	19	63.3			

NOTA: IC = Intervalo de Confiança

NOTA: ODDS = Razão de chance

O conjunto dos dados da Tabela 7 evidencia que, dentre as variáveis que não alcançaram significância estatística neste grupo de enfermeiras/os estudadas/os, encontram-se algumas que, se devidamente consideradas numa proposta de promoção da saúde do trabalhador, poderão ser vistas como sinais de alerta.

O fato de ser um conjunto de trabalhadores jovens e com pouco tempo de trabalho influenciou diretamente os resultados obtidos e mostram com clareza, quando analisados conjuntamente com os dados da Tabela 8 em que circunstâncias esses enfermeiros estão mais ou menos protegidos de desenvolver fadiga em decorrência do trabalho.

Tabela 8 – Resultados não significativos na análise bivariada das variáveis qualitativas. Arapiraca, Alagoas, 2014.

Variáveis	Sim		Não		ODDS	I.C.95%	
						Inferior	Superior
Idade Menor que 31							
Sim	11	44	14	56	2.1327	0.6603	6.8882(T)
Não	7	26.9	19	73.1			
Renda Menor que R\$ 6000,00							
Sim	6	37.5	10	62.5	1.3333	0.37	4.8048(T)
Não	9	31	20	69			
Pessoas Residentes no Domicílio Menor que 3 pessoas							
Sim	7	43.8	9	56.3	1.697	0.5017	5.7398(T)
Não	11	31.4	24	68.6			
Tempo Enfermagem Menor que 7 anos							
Sim	11	45.8	13	54.2	2.4176	0.745	7.8451(T)
Não	7	25.9	20	74.1			
Tempo na ESF Menor que 4 anos							
Sim	10	43.5	13	56.5	1.9231	0.6012	6.1513(T)
Não	8	28.6	20	71.4			
Jornada Laboral Média em Horas Menor que 40 horas							
Sim	3	23.1	10	76.9	0.46	0.1085	1.9511(T)
Não	15	39.5	23	60.5			
Tempo na Unidade Menor que 1 ano							
Sim	8	42.1	11	57.9	1.6	0.4925	5.1978(T)
Não	10	31.3	22	68.8			

NOTA: Usado Teste Exato de Fisher=0.3529.

NOTA: IC = Intervalo de Confiança

NOTA: ODDS = Razão de chance

As interações foram estudadas usando-se o *EpiInfo* pela sua facilidade de uso. Em nenhum dos casos das Interações identificados os termos multiplicativos não foram significativos na construção de modelo. Para que a Regressão não contivesse apenas uma variável explicativa foram gerados termos multiplicativos dos sugeridos pelas interações.

Nas Tabelas 9 a 12 estão, em sequencia, todos os resultados da associação: a primeira com a Prática de Exercício e, sequencialmente, todos os termos multiplicativos até o máximo de quatro variáveis. Pode ser evidenciado que o aumento do valor do ODDS e melhoria do p e Razão de verossimilhança, sugere que da primeira a ultima tabela temos uma melhora no modelo de predição.

Vale salientar que neste grupo de dados ficou evidente que tempo de

trabalho de 7 anos não foi suficiente para fatigar os trabalhadores; que a associação entre tempo de trabalho menor que 7 anos e idade menor que 32 anos confere mais proteção para fatigar-se, ou seja trabalhadores jovens e com pouco tempo de trabalho não estão fatigados (ainda).

Por outro lado, o trabalhador que tem dois empregos está menos protegido da fadiga e pode-se prever que aumentando o número de empregos, a proteção contra a fadiga é proporcionalmente diminuída e o profissional torna-se, proporcionalmente, mais vulnerável a desenvolver fadiga maior do que 60. Importante ressaltar que a prática de exercícios físicos foi a variável mais significativa para reduzir a probabilidade do trabalhador se fatigar.

Nenhuma variável pode entrar na Regressão Logística sem que levasse a um resultado não significativo ou reduzisse o ODDS em pelo menos 10%.

Tabela 9 – Regressão Logística da Pratica Exercício e com Fadiga Menor Igual a 60 (*EpiInfo*). Arapiraca, Alagoas, 2014.

	ODDS	I.C.95%		β	S. E.	Valor de z	P-Valor
Termo : Pratica		1.151	13.899				
Exercícios (Yes/No)	4	1	2	1.3863	0.6355	2.1815	0.0291
CONSTANTE	*	*	*	-1.3863	0.5	-2.7726	0.0056
convergência:	convergado						
Interações:	5						
Final -2*Log-Likelihood:	61.0638						
Casos incluídos:	51						
Teste	Estatístico	g.l.	P-Value				
Escore	5.0227	1	0.025				
Razão de Verossimilhança	5.1596	1	0.0231				

NOTA: IC = Intervalo de Confiança

NOTA: ODDS = Razão de chance

Tabela 10 – Regressão Logística do Primeiro Termo multiplicativo com Fadiga Menor Igual a 60 (*EpiInfo*). Arapiraca, Alagoas, 2014.

	ODDS	I.C.95%		β	S. E.	Valor de z	P-Valor
Termo: Pratica Exercícios (Yes/No) * Tempo Enfermagem Menor que 7 (Yes/No)							
	4.48	1.1846	16.9433	1.4996	0.6787	2.2095	0.0271
CONSTANT	*	*	*	-1.0296	0.3684	-2.795	0.0052
convergência: convergido							
Interações:	4						
Final -2*Log - Likelihood:	61.1246						
Casos incluídos:	51						
Teste	Estatístico	g.l.	P-Value				
Escore	5.2621	1	0.0218				
Razão de Verossimilhança	5.0987	1	0.0239				

NOTA: IC = Intervalo de Confiança
NOTA: ODDS = Razão de chance

Tabela 11 – Regressão Logística do Segundo Termo multiplicativo com Fadiga Menor Igual a 60 (*EpiInfo*). Arapiraca. Alagoas, 2014.

	ODDS	I.C.95%		β	S. E.	Valor de z	P-Valor
Termo: Pratica Exercícios (Yes/No) * Tempo Enfermagem Menor7 anos (Yes/No) * Idade Menor31 (Yes/No)							
	5.8	1.432	23.4916	1.7579	0.713 7	2.4631	0.0138
CONSTANT	*	*	*	-1.0647	0.366 7	-2.9036	0.0037
convergência: convergido							
Interações: 4							
Final -2*Log-Likelihood: 59.6793							
Casos incluídos: 51							
Teste	Estatístico	g.l.	P-Value				
Escore	6.763	1	0.0093				
Razão de Verossimilhança	6.544	1	0.0105				

NOTA: IC = Intervalo de Confiança

NOTA: ODDS = Razão de chance

Tabela 12 – Regressão Logística do Terceiro Termo multiplicativo com Fadiga Menor Igual a 60 (*EpilInfo*). Arapiraca. Alagoas, 2014.

	ODDS	I.C.95%		β	S. E.	Valor de z	P-Valor
Termo: Pratica Exercícios (Yes/No) * Tempo Enfermagem Menor7anos (Yes/No) * Idade Menor31 anos (Yes/No) * Tempo ESF Menor4 anos (Yes/No)							
	5.8	1.432	6	1.7579	0.7137	2.4631	0.0138
CONSTANT	*	*	*	-1.0647	0.3667	-2.9036	0.0037
convergência:	convergado						
Interações:	4						
Final -2*Log-Likelihood:	59.6793						
Casos incluídos:	51						
Teste	Estatístico	g.l.	P-Value				
Escore	6.763	1	0.0093				
Razão de Verossimilhança	6.544	1	0.0105				

NOTA: IC = Intervalo de Confiança

NOTA: ODDS = Razão de chance

Com base nos resultados das Tabelas 9, 10, 11 e 12 foram calculadas quais as probabilidades de *Apresentar Fadiga Menor Igual a 60* (Tabela 13). O último termo, embora tenha probabilidade igual ao anterior, foi considerado o melhor modelo para este estudo porque tem boa probabilidade preditiva (0.67) e adiciona mais uma variável explicativa. É importante salientar que desta forma os tempos de enfermagem e na ESF bem como a idade caminham juntos com a prática de exercícios. Na análise estratificada não foram identificados confundimentos.

Tabela 13 – Probabilidade de apresentar Fadiga Menor Igual a 60. Arapiraca. Alagoas, 2014.

Termo	Probabilidade de Apresentar Fadiga Menor Igual a 60
Pratica exercícios	0.50
Pratica Exercícios*Tempo Enfermagem Menor7	0.62
Pratica Exercícios*Tempo Enfermagem Menor7* Idade Menor31	0.67
Pratica Exercícios* Tempo Enfermagem Menor7* Idade Menor31* TempoESFMenor4	0.67

Como se pode ver, os dados da Tabela 13 evidenciam que há uma gradação na proteção da/o enfermeira/o da ESF, de tal maneira que a prática de exercício em si é uma variável que protege o trabalhador da fadiga em 0.50 de probabilidade. Se esta variável se associa ao tempo de Enfermagem menor que 7 anos a probabilidade de proteção contra fadiga menor ou igual a 60 aumenta (0,60), da mesma forma que acontece se a variável tempo da ESF menor que 4 anos for acrescentada. Associando-se a prática de exercício com tempo de Enfermagem menor que 7 anos e idade menor que 31 anos e tempo da ESF menor que 4 anos, tem-se que a probabilidade de proteção do trabalhador contra fadiga menor ou igual a 60 aumenta (0,67).

No entanto, ainda permanece a indagação: Como se comporta uma população de enfermeiras/os que for submetida aos tempos de Enfermagem e de trabalho na ESF maiores que 7 anos? Principalmente se não houver prática de exercício e a idade for maior que 32 anos? Ou indo mais além: o que será que de fato faz o trabalhador da Enfermagem se fatigar?

Este último modelo foi testado no SPSS obtendo-se, na Tabela 14, o mesmo resultado apresentado na Tabela 12:

Tabela 14 – Probabilidade de apresentar Fadiga Menor Igual a 60 (SPSS). Arapiraca, Alagoas, 2014.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B) ODDS	IC 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Pratica Exercícios por Tempo de Enfermagem Menor 7 anos por Idade Menor 31 anos por Tempo ESF Menor 4anos	1.758	0.714	6.065	1	0.014	5.8	1.432	23.496
Constant	- 1.065	0.367	8.429	1	0.004	0.345		

Nota: IC = Intervalo de Confiança

ODDS = Razão de chance

Comando LOGISTIC REGRESSION VARIABLES FAD_MenorIgual60

/METHOD = FSTEP(WALD)

PraticaExercicios*TempoEnfermagemMenor7*IdadeMenor31*TempoESFMenor4

/SAVE = PRED COOK ZRESID RESID

/CLASSPLOT /CASEWISE

/PRINT = GOODFIT CORR ITER(1) CI(95)

/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

Portanto, os resultados indicam que nesse grupo de profissionais estudados a maior possibilidade de apresentar fadiga pontuada igual ou menor a 60 é ter idade igual ou menor que 31 anos, ter 7 ou menos anos de trabalho na enfermagem, 4 anos ou menos na ESF e praticar exercícios.

Esta tese teve como objetivos descrever sinais de fadiga auto-referidos por enfermeiras/os da ESF que trabalham em Arapiraca, município do agreste alagoano; analisar se as características sociodemográficas e ocupacionais das mesmas apresentam associação com a pontuação de fadiga calculada conforme as respostas ao questionário utilizado e discutir as correlações existentes entre os sinais de fadiga auto-referidos e as características sociodemográficas e laborais.

Decidir estudar o trabalho da/o enfermeira/o na ESF foi consequência do entendimento de que este modelo de atenção à saúde está centrado na mudança de modelo assistencial decorrente da inserção da saúde como direito do cidadão na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988). Esta conquista histórica levou à compreensão de que investir apenas na prevenção e cura de doenças não seria suficiente para melhorar os indicadores de saúde da população, abrindo espaço para a proposição e adoção de outro paradigma, desta vez centrado na promoção da saúde.

A ESF foi implantada em 1994 em todo o Brasil como o principal e mais importante meio para a reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do SUS, ampliando a complexidade das ações desenvolvidas, desvelando a necessidade do trabalho ser desenvolvido em equipe, com vistas a envolver e estimular a comunidade a lutar por melhores condições de saúde e vida (FERNANDES, 2010).

A ESF tem sido referida como a estratégia estruturante para o alcance de mudanças significativas no contexto da saúde pública brasileira, principalmente por propor importantes mudanças na forma de conduzir o trabalho em saúde, apresentando potencialidades em contribuir para a construção do paradigma assistencial mais voltado para a prática humanizadora e holística (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

Nesse contexto, passou a exigir dos profissionais da saúde uma outra forma de trabalhar, uma vez que suas possibilidades de agir se ampliaram, abrindo espaço para a revisão de suas práticas e adoção de um estilo de trabalho mais estimulante, porém, mais complexo exigindo habilidades para além do que o modelo tradicional de atenção à saúde exigia (FERNANDES, 2010) .

Naturalmente as mudanças no modelo de atenção à saúde associadas às mudanças no processo de trabalho dos profissionais de saúde tiveram consequências sobre os trabalhadores, pois o trabalho impõe efeitos sobre o

trabalhador (MARX, 1993). A Enfermagem, dentro da equipe de saúde, é a categoria com maior número de trabalhadores, portanto, a mais sujeita aos efeitos, tanto positivos como deletérios do trabalho em saúde (GESSNER et al., 2013).

Esses autores constataram por meio de estudo realizado com profissionais de Enfermagem em Curitiba/PR, que tais trabalhadores são, frequentemente, obrigados a estender suas jornadas de trabalho, na maioria das vezes pela duplicidade de empregos e são os que mais se aproximam dos usuários, inclusive para realizarem procedimentos invasivos (GESSNER et al., 2013). Embora o estudo tenha tido como população os profissionais da rede hospitalar, é extensivo à atenção básica, uma vez que nas unidades básicas de saúde são realizadas ações invasivas como vacinação, curativos, exames ginecológicos, entre outros.

Além dessa constatação, é notória a complexidade do trabalho da/o enfermeira/o na ESF, haja vista as atribuições arroladas nas normativas do Ministério da Saúde, além de que, oficialmente ou não esta/e profissional acaba por assumir a coordenação das ações, sendo muitas vezes responsável pela consolidação do trabalho de toda a equipe. Nesta circunstância, era de se esperar que ao longo do tempo desenvolvesse sinais de fadiga, os quais poderiam referir se fossem questionados a respeito. Daí a opção por realizar este trabalho em local de alta cobertura da ESF.

Coletados e analisados os dados, tem-se que a população das/dos enfermeiras/os estudada foi majoritariamente feminina, seguindo as características históricas da profissão (SOUZA et al 2014). Esta característica de feminização é constatada em todos os países e em estudos com variados enfoques e temas publicados, tanto internacionais como nacionais, como pode ser constatado a seguir.

Na China, estudo que objetivou descrever o *burnout* e a satisfação no trabalho entre enfermeiros teve uma amostra de 9698 desses trabalhadores de 181 hospitais; entre esses, 9415 (98.94%) eram do sexo feminino (ZHANG ET AL, 2014); na Bélgica, pesquisa que investigou o impacto dos fatores do ambiente na prática de enfermagem, as características do trabalho da enfermeira e a presença de *burnout* também constatou entre 1108 enfermeiras que trabalhavam em 96 unidades de saúde diferentes, que a expressiva maioria (mais que 80%) era constituída por mulheres (BOGAERT et al, 2014), somando caracterização semelhante a este estudo.

Na África sub-saariana pesquisa investigou a prevalência da violência

Tipo II no trabalho entre enfermeiros e parteiras e sua associação com o trabalho e características dos clientes atendidos. Entre 756 trabalhadores da área da saúde que responderam a um questionário anônimo, 712 eram enfermeiras/os e parteiras/os e entre eles 79,7% eram do sexo feminino (EL GHAZIRI et al, 2014); na região do meio-Atlântico dos Estados Unidos pesquisa foi realizada em um centro médico acadêmico de 690 leitos, com o objetivo de descrever a presença de fadiga entre enfermeiros de unidade de terapia pós-anestésica, tanto relacionada como não relacionada ao trabalho. Dos 47 enfermeiros que atuavam no cenário do estudo, a amostra incluiu 20 enfermeiros, que eram predominantemente (80%) mulheres brancas (HAZZARD et al, 2013).

Na Coreia, estudo que objetivou examinar a relação entre o ambiente de trabalho percebido e assédio moral no trabalho, entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva, evidenciou que entre 134 desses trabalhadores, 92.5% eram mulheres (YUN, 2014); no Chile, estudo objetivo conhecer a qualidade de vida de enfermeiras da área hospitalar, assim como, os fatores associados e o universo com o qual se trabalhou foi constituído por 100 trabalhadores, todas mulheres, de um hospital da oitava região chilena (BARRIENTOS; SUAZO, 2007); outro estudo foi realizado na Noruega, sendo investigação longitudinal que objetivou explorar a relação entre a exposição ao assédio moral e os sintomas de problemas de saúde mental entre enfermeiros pesquisou 1582 desses trabalhadores, sendo 90,2% do sexo feminino (REKNES et al., 2014); em Portugal, pesquisa de caracterização da sintomatologia musculoesquelética ligada ao trabalho foi realizada entre enfermeiros portugueses na perspectiva da sua prevenção. Responderam a um questionário 2140 enfermeiros (3,42% do total dos enfermeiros portugueses) e desses a expressiva maioria era constituída por mulheres (SERRANHEIRA et al., 2012), entre outros exemplos.

No Brasil, estudo realizado no Rio de Janeiro analisou as diferenças de sexo na descrição da jornada profissional e doméstica e avaliou sua associação com comportamentos relacionados à saúde entre enfermeiras/os de hospitais de grande porte. Fizeram parte das análises 1981 (87,3%) mulheres e 298 homens (FERNANDES et al., 2013); no Rio Grande do Sul, pesquisa teve como objetivo avaliar a relação entre o estresse laboral e o índice de capacidade para o trabalho, de 368 enfermeiros (82,1% da população) de um grupo hospitalar, evidenciando que o grupo de enfermeiros era predominantemente feminino (93,2%) (NEGELISKII;

LAUTERT, 2011); em São Paulo, investigação foi realizada com o objetivo de estimar a prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva de hospitais, de uma cidade do noroeste paulista, analisando sua associação às características sociodemográficas dos participantes. De 67 trabalhadores de enfermagem de três hospitais gerais, 55% eram mulheres (VARGAS; DIAS, 2011); outro estudo realizado no estado de São Paulo objetivou analisar a existência de correlações entre a carga horária de trabalho semanal com os níveis de estresse ocupacional, com as reações fisiológicas do estresse e com o nível de cortisol, entre enfermeiros de unidades de emergência hospital. Entre uma população de 131 desses trabalhadores, a amostra foi constituída por 95, sendo 89,5% do sexo feminino (DALRI, 2013), entre outras pesquisas.

Ou seja, os resultados encontrados no presente estudo em relação ao sexo feminino na enfermagem são confirmados pela literatura mundial.

Acresce-se que por ser uma profissão com predomínio feminino, a sobrecarga de trabalho em decorrência da múltipla jornada, pode ocasionar estresse emocional à mulher, considerando que sua inserção no mercado laboral, não a desvinculou dos afazeres domésticos e cuidado com os filhos, acumulando-lhe várias atribuições (SPÍNDOLA, 2000).

Na presente pesquisa, a maior parte dos respondentes eram adultas/os jovens, com curto período de tempo de profissão, na ESF e na unidade de saúde em que trabalha atualmente. Esses dados são fáceis de serem compreendidos porque no Brasil, a ESF, modelo de organização da atenção à saúde, no âmbito da atenção primária e da atenção básica, em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS, tem o enfermeiro como um importante membro da equipe básica multidisciplinar, o que tem representado um campo de crescimento e reconhecimento social deste profissional, por ser ele um componente ativo no processo de consolidação da Estratégia como política integrativa e humanizadora da saúde (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

Entretanto, a ESF, é relativamente nova, já que a criação desse Sistema ocorreu com a construção da Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988 (BRASIL, 1988). A partir daí, a ESF teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, pelo Ministério da Saúde de forma que pudesse modificar a forma tradicional de prestação de assistência à saúde às comunidades mais carentes, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção

Primária que resolvesse em grande parte os problemas de saúde dessa população.

O programa é realizado por profissionais da saúde, dentre os quais o enfermeiro, que foi construindo suas práticas entrelaçadas aos modelos de atenção à saúde, aos modos de organização dos serviços e ao processo de trabalho em saúde, vinculada aos contextos históricos e sociais 6,49. Ou seja, em termos de idade apresenta “apenas” 20 anos, o que acaba sendo incipiente quando se analisa todo o contexto da profissão de enfermagem nacional.

No presente estudo, os respondentes apresentavam renda familiar entre R\$ 4.700,00 e R\$ 15.000,00, o que corresponde a 6,49 e 20,72 salários mínimos, respectivamente, vigentes no Brasil (ou 310,33 dólares americanos).

Em relação aos demais dados pessoais, os sujeitos desta pesquisa eram, em sua maioria, de cor da pele declarada parda; casadas/os; quase a totalidade nunca fumou; mais da metade consome bebida alcoólica ao menos uma vez por semana; mais da metade pratica exercício físico semanalmente; não havendo registro significativo de presença de doenças, de adoecimento e afastamento das atividades laborais em decorrência do trabalho, no período de um ano antes de sua participação neste estudo.

Estudo desenvolvido por Matos (2012) mostrou que algumas vezes o trabalhador aumenta a ingestão de bebida alcoólica e/ou o número de cigarros fumados eventualmente ou em determinados momentos de vida, inclusive no lazer e diversão, como indicativo de estratégias de defesa - *coping* no campo das dificuldades pessoais ou laborais, como uma tentativa de reduzir desconfortos como dor e fadiga.

O trabalho realizado pela enfermagem pode ser um fator de risco para o consumo de álcool ou outras drogas e o profissional desta área pode usá-los diante de problemas enfrentados em seu trabalho. Este fato mostra a falta de cuidados que este trabalhador tem em relação a ele mesmo; torna-se necessária uma maior atenção à sua saúde, objetivando aumentar-lhe a capacidade de lidar com este problema (DÍAZ et al., 2011).

Embora tenha uma população jovem e com pouco tempo de trabalho, 3.9% das/os trabalhadoras/es pesquisadas/os informaram já ter sofrido acidentes atribuído ao trabalho, cujos tipos registrados foram com perfuro-cortantes e de trajeto.

A ocorrência de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes

pode ser favorecida pela realização de um trabalho árduo, exercido de maneira rápida, em mais de um estabelecimento de saúde, como também pela desatenção e distração. O treinamento em serviço, o aperfeiçoamento técnico e a atualização profissional são elementos importantes para a minimização dos riscos desses acidentes (LIMA; PINHEIRO; VIEIRA, 2007). Investigações com perfuro-cortantes são frequentes na produção científica da enfermagem, tanto nacional como internacional, recente ou mais antiga.

Estudo retrospectivo, descritivo foi realizado num hospital do interior de Minas Gerais, entre janeiro de 2000 a dezembro de 2002 e objetivou caracterizar os acidentes e os acidentados com materiais perfurocortantes. Dos 219 acidentes de trabalho notificados neste período, 139 foram com materiais perfuro-cortantes, sendo os auxiliares de enfermagem os mais atingidos (43,9%), a maioria (74,1%) do sexo feminino. Estes acidentes ocorreram devido ao descarte deste tipo de material em local impróprio (216%) e em 46,8% a agulha foi o objeto causador. Conhecer a epidemiologia destes acidentes é fundamental para direcionar ações preventivas nas instituições de saúde (MOURA et al., 2006). Pesquisa realizada em um hospital de ensino do interior de São Paulo teve como objetivos analisar os acidentes de trabalho com exposição aos materiais biológicos, ocorridos entre trabalhadores de enfermagem e avaliar a influência da cultura organizacional sobre a ocorrência desses acidentes. Evidenciou-se que 386 acidentes foram registrados, as lesões percutâneas ocorreram em 79% dos casos, as agulhas foram os materiais envolvidos em 69,7% dos acidentes e em 81,9% dos acidentes houve contato com sangue (MARZIALE et al, 2013).

Estudo objetivou identificar a produção científica sobre o acidente de trabalho (AT) do profissional de enfermagem com material biológico contaminado por HIV e caracterizar os fatores predisponentes aos AT, assim como os procedimentos realizados pós-exposição ao material perfuro-cortante potencialmente contaminado pelo HIV. A revisão de literatura foi realizada a partir de 2000. Os fatores predisponentes à ocorrência dos acidentes de trabalho com este tipo de material estão relacionados tanto às condições de trabalho, como as condições individuais. A adoção das precauções-padrão no trabalho em saúde é condição fundamental para a segurança dos trabalhadores, independente da área de atuação, pois o número de casos de HIV é crescente (VIEIRA; PADILHA, 2008).

Acidentes em situações de internação domiciliar também foram

identificados por estudo exploratório e prospectivo, de abordagem quantitativa que visou caracterizar as ações que envolviam risco biológico durante o atendimento de profissionais no Serviço de Internação Domiciliar no interior paulista. No acompanhamento das 159 visitas, realizadas no período de junho de 2008 a janeiro de 2009, foram observados 347 procedimentos sendo que, entre os com risco de exposição biológica, foram identificados curativos (31,1%), glicemia capilar (14,4%) e acesso vascular (3,1%). A ocorrência de adesão à higienização prévia das mãos foi de 21,5%, 66,3% no uso de luvas e de 83,5% no descarte adequado do perfuro-cortante. Esses profissionais estão sujeitos aos riscos semelhantes aos encontrados na área hospitalar, uma vez que também manipulam sangue e material perfuro-cortante com frequência e apresentam baixa adesão às precauções padrão (FIGUEIREDO; MAROLDI, 2012).

Nos demais ambientes de prática de cuidado de enfermagem tal fenômeno se repete, incluindo as unidades básicas de saúde onde se aplicam vacinas, medicações e outras ações invasivas em ambiente menos protegido e onde parece não ser dada a devida atenção às medidas universais de biossegurança.

Na França, em um hospital universitário de Dijon foi realizada uma pesquisa com 156 enfermeiras, a fim de se identificar fatores de risco que podem estar envolvidos na ocorrência de exposição accidental ao sangue. Enfermeiros mais novatos na profissão apresentaram maior relação estatística para o risco de ocorrência de acidentes; provavelmente a inexperiência associada com o estresse e/ou sobrecarga de trabalho é um elemento importante ao aparecimento de exposição accidental ao sangue (HENROTIN et al., 2003); no Chile, estudo transversal exploratório objetivou compreender e analisar a situação dos acidentes relatados em trabalhadores de enfermagem em um hospital clínico chileno. Foram analisados 308 acidentes relatados por enfermeiras, paramédicos e serviços auxiliares durante 1997 e 1998. Os resultados mostram que os acidentes foram relatados principalmente por mulheres; os acidentes ocorreram especialmente durante as primeiras 4 horas de trabalho e as principais causas foram quedas e uso de objetos cortantes. Estes resultados são consistentes com pesquisas anteriores realizadas no Chile, Espanha e Brasil (POBLETE; VALENZUELA, 2003); em Uganda (África), enfermeiros apresentam elevadas taxas de exposição aos patógenos sanguíneos; a profilaxia pós-exposição, tornou-se rotina após a exposição ocupacional dos profissionais de saúde ao HIV. Em 2009 foram coletados dados de

16 enfermeiros ugandenses de um hospital de ensino. Ferimentos com agulhas eram ocorrências bastante comuns; entretanto alguns enfermeiros estavam relutantes em relatar os ferimentos e evitar seguir os procedimentos de profilaxia pós-exposição. Empregadores têm a responsabilidade de orientar os profissionais de saúde e os educadores devem assegurar que os alunos de enfermagem tenham uma compreensão abrangente de precauções universais e da prática sobre a profilaxia pós-exposição (MILL; NDERITUB; RICHTERA, 2014).

Na presente investigação, quando as/os enfermeiras/os foram indagadas/os quanto à informação sobre doenças atribuídas a atividade laboral, 25.5% responderam ter sido acometidas/os por doenças e/ou sintomas do sistema músculo esquelético (46.15%), doenças e/ou infecções do sistema respiratório (23.08%), estresse (23.08%) e infecção do trato urinário (7,7%).

Sabe-se que profissionais de saúde, em geral, estão expostos a demandas físicas e mentais que afetam potencialmente a sua saúde ou repercutem no atendimento ao paciente (JONES et al, 2014). Trabalhadores de enfermagem estão propensos aos adoecimentos, que vêm sendo estudados, indicando que as mudanças no mundo laboral têm levado o trabalhador a se tornar polivalente e ao realizar múltiplas funções sofre o aumento da carga de trabalho e esforço, contribuindo para o seu desgaste físico e levando ao aparecimento de doenças (GELBCKE, 2011; RIBEIRO et al., 2012).

Revisão integrativa cobrindo o período de 2008 a 2010 mostra que além das doenças, a enfermagem é considerada uma profissão de risco devido à exposição à qual o profissional se submete diariamente, comprometendo sua saúde e desencadeando um grande número de acidentes em serviço e de doenças ocupacionais (SILVA; PINTO, 2012).

Adoecimentos dos trabalhadores podem levá-los aos afastamentos no trabalho; estudo realizado em 2010 mostrou que o absenteísmo na enfermagem é um problema de extrema preocupação, o qual interfere no cuidado ao cliente, sobrecarrega os demais integrantes da equipe e pode levar ao adoecimento (MARTINATO et al., 2010)

Há muitas variáveis que podem influenciar o aparecimento de acidentes e doenças, pois é evidente que na enfermagem, os problemas referentes ao espaço físico pequeno atrapalham as atividades dos profissionais, contribuindo para comprometimento do seu bem estar, como também a iluminação inadequada,

dificultando a visibilidade e afetando a acuidade visual (SILVA; PINTO, 2012) problemas comuns nas UBS.

A produção brasileira de teses e dissertações, entre 1978 a 2004, sobre os distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem foi investigada. Foram selecionados resumos de teses e dissertações de acordo com os seguintes critérios: desfecho "musculoesquelético" em população de trabalhadores de enfermagem. Dezoito estudos preencheram os critérios de inclusão e apontam, tanto para o crescente adoecimento musculoesquelético dos trabalhadores de enfermagem, quanto para as inadequadas condições de trabalho como fator de risco para esse adoecimento (MAGNANO et al., 2008).

Em Paris (França), estudo realizado entre janeiro a abril de 2013 teve como objetivo explorar o impacto de uma grande variedade de características demográficas, o emprego e os fatores organizacionais relacionadas com a fadiga e o estresse dos profissionais de saúde que trabalham em unidades de terapia intensiva. Os dados foram coletados via questionário individual administrado em entrevistas durante turnos diurno e noturno (n=682). Médicos e residentes relataram menos dificuldades para dormir, mas eram mais propensos ao cansaço; o sexo feminino foi associado aos maiores níveis de estresse e maior fadiga para todos os resultados; o maior apoio social do supervisor ou colegas diminuía o estresse e a fadiga; turnos mais longos (12h *versus* 8h) foram associados ao cansaço e às maiores dificuldades para dormir; pessoal do noturno tinha maior dificuldade de sono e nível de energia (JONES et al, 2014).

No Brasil, investigação buscou evidências científicas sobre as formas de adoecimento pelo trabalho da enfermagem, bem como as maneiras de enfrentamento e prevenção ao adoecimento e acidentes de trabalho. Utilizou-se a revisão Integrativa e a pesquisa foi realizada em bases de dados eletrônicas na área da saúde. Identificou-se que os trabalhadores da enfermagem apresentam dores lombares, injúrias músculo-esqueléticas, sofrem acidentes com material perfuro-cortante, estresse e tensão no trabalho, sofrem com poluição ambiental e dermatites. As intervenções propostas na pesquisa não trazem impacto para resolver as formas de adoecimento dos trabalhadores, visto que as pesquisas, em sua maioria, apresentam metodologias de abordagem descritiva, o que faz com que o seu nível de evidencia não contribua, efetivamente, para a realização de mudanças práticas. Existe dificuldade de adesão aos treinamentos, cursos e intervenções propostas nos

estudos, por parte dos trabalhadores (RIBEIRO et al, 2012).

Na Universidade de Amsterdã, Holanda realizou-se uma revisão sistemática da literatura de saúde psicológica e ocupacional, em quatro bases de dados eletrônicas, limitada aos artigos publicados entre 1998 e 2008, escritos em inglês, alemão ou holandês. Os estudos deveriam abordar a relação entre transtornos mentais comuns e o trabalho de enfermeiros e/ou outros profissionais de saúde. Dezesseis dos 2792 estudos pesquisados preencheram os critérios de inclusão; em todos os sujeitos eram enfermeiros. Os resultados mostraram que houve evidência moderada de que os transtornos mentais comuns estão associados às habilidades motoras complexas e ao desempenho geral; esses transtornos foram associados com várias deficiências no trabalho de enfermeiras; uma forte evidência foi encontrada para a associação entre transtornos mentais comuns e erros em geral, erros de medicação, segurança e satisfação do paciente. Tais resultados fornecem subsídios para ações preventivas para melhorar a saúde e o funcionamento do trabalho em profissionais de saúde (GÄRTNER et al., 2010).

Investigação brasileira pretendeu conhecer as produções científicas nacionais, resumos de artigos, publicados no período de 2003 a 2008, abrangendo o tema absenteísmo dos profissionais de enfermagem. Realizou-se uma busca *on-line*, em diversas bases de dados e evidenciou-se que os profissionais de enfermagem são acometidos por inúmeros problemas de saúde, o que ocasiona o absenteísmo. Destacaram-se as estratégias do dimensionamento de pessoal e as ações preventivas como modos de estabelecerem melhores condições de trabalho, minimizando o absenteísmo (MARTINATO et al., 2010).

Considerando as exigências de capacitação características do trabalho atual, na população estudada nesta tese quase todas/os participantes são pós-graduadas/os, sendo especialistas em áreas diversas, a maioria em Saúde da Família e/ou Saúde Pública, havendo um grupo pequeno com mestrado.

Investigação realizada com cirurgiões dentistas revelou que os próprios profissionais consideram indispensável ter alguma pós-graduação para ter melhor chance de ser valorizado no mercado de trabalho (GOMES, et al., 2014).

Além da busca por melhor qualificação ao nível de programas *Stricto sensu* ou *Lato sensu*, como é o caso dos participantes do presente estudo, é importante para os enfermeiros inserirem-se em programas de educação continuada, um dos tipos de capacitação que é um componente essencial dos programas de

formação e desenvolvimento de recursos humanos institucionais. O melhor desenvolvimento da equipe de enfermagem é um dos fatores que pode assegurar a qualidade do atendimento ao cliente e a sobrevivência da instituição neste cenário de mudanças e competitividade (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008).

O desenvolvimento de programas de educação continuada para as diferentes categorias profissionais que operam os serviços de saúde constitui-se em estratégia da Política de Recursos Humanos para o setor, estratégia essa concebida e orientada para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população, para o resgate do compromisso social dos trabalhadores e para sua valorização profissional (PEDUZZI et al., 2009)

Para fazer da educação dos profissionais de enfermagem um processo permanente, deve-se considerar o trabalho diário como eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação que privilegia participação coletiva e interdisciplinar (SILVA; SEIFFERT, 2009). Um programa de educação continuada dirigido aos enfermeiros é importante, na medida da participação dessa categoria no conjunto das atividades desenvolvidas na instituição, bem como pela contribuição majoritária dos seus trabalhadores no quantitativo da força de trabalho (DAVIM; TORRES; SANTOS, 1999).

Outro dado relevante para um estudo como este que explora variáveis sociodemográficas para verificar se há associações significantes em relação à auto-referência de sinais de fadiga é o número de vínculos empregatícios. Quase metade dessas/es enfermeiras/os informa ter outro emprego além da ESF, sendo 92% também como enfermeira/o; além disso realizam diversos tipos de turnos de trabalho.

A temática da jornada laboral é complexa e esta jornada pode ser estendida/prolongada quando o trabalhador necessita ter mais de um vínculo empregatício como é o caso dos trabalhadores do presente estudo, que apesar de aumentarem seus ganhos por causa do outro emprego aumentam, também, o seu tempo de trabalho.

O tempo de trabalho, então, é determinado pelas jornadas laborais. Sabe-se que a jornada semanal normal de trabalho é aquela que é definida por lei, convenção ou acordo coletivo como sendo o limite máximo de trabalho a ser efetuado tendo como contrapartida o salário contratado. A partir desse limite, o trabalhador fará jus a receber pagamento adicional a título de horas extras. O estabelecimento de um limite máximo não determina que a jornada seja fixa nesse

limite, ela pode ser flexível para baixo; a legislação assegura o patamar mínimo que garanta boas condições de trabalho (DIEESE, 2006).

A jornada se expressa pelo componente de duração, que compreende a quantidade de tempo que o trabalho consome das vidas das pessoas (DAL ROSSO, 2006). Para se estudar a jornada de trabalho, deve-se considerar a extensão da jornada efetiva e não unicamente a extensão da jornada laboral normal. A jornada efetiva de trabalho é a soma da jornada normal acrescida das horas extras efetuadas (DIEESE, 2006).

A questão da jornada laboral tem diversas implicações: afeta a qualidade de vida, pois interfere na possibilidade de usufruir ou não de mais tempo livre; define a quantidade de tempo durante o qual as pessoas se dedicam a atividades econômicas; estabelece relações diretas entre as condições de saúde, o tipo e o tempo de trabalho executado (DAL ROSSO, 2006). Além do mais as condições de trabalho em geral, particularmente para os trabalhadores de enfermagem não são consideradas boas; então, os trabalhadores desta profissão submetem-se aos variados fatores de riscos ocupacionais presentes nos distintos ambientes laborais onde atuam.

Estudo realizado com 431 profissionais no Rio Grande do Sul encontrou que a maioria dos estudados tinha mais de um vínculo empregatício. Os autores analisaram que assumir mais de um vínculo de trabalho tem dupla consequência: se por um lado atua como um prazer porque melhora o aporte financeiro e permite viver a vida melhor, por outro multiplica a carga de trabalho e o estresse, favorecendo o adoecimento. O estudo não estabeleceu correlação com o tempo de dois vínculos (KIRCHHOF et al, 2009).

No presente estudo identificou-se alguns sinais de fadiga informados pelas/os enfermeiras/os da ESF, apesar de 48% terem idade inferior a 31 anos; 47,1% terem tempo de exercício profissional menor que 7 anos e 45,1% menor que 4 anos na ESF. Entretanto, como a expressiva maioria tem outro emprego, significa que trabalham horas além da sua jornada na ESF.

Nesse sentido, um dos problemas que os trabalhadores podem apresentar realizando jornadas prolongadas de trabalho é a exaustão ou fadiga, além da sonolência durante o trabalho (SOUZA, 2007). O excesso de trabalho pode favorecer o aparecimento de um conjunto de sintomas que acometem física e mentalmente os trabalhadores, incluindo-se facilidade de se distrair, sonolência

(representando os sinais precoces de fadiga), capacidade diminuída de concentração, podendo progredir para lapsos de memória, confusão, depressão, ansiedade, infartos ou, até mesmo, síndromes cerebrais orgânicas (IIDA, 2005).

O impacto de longas horas destinadas às atividades laborativas é uma preocupação mundial; o risco estimado de uma lesão ou um acidente associado a um determinado número de horas laboradas na semana varia, dependendo do horário de trabalho; esse risco relaciona-se, também, à frequência de pausas para o descanso do trabalhador (FOLKARD; LOMBARDI, 2006).

A fadiga é uma temática complexa e pode ser abordada sob diversas vertentes; é considerada um fenômeno subjetivo, multicausal, cuja origem e expressão envolvem aspectos físicos, cognitivos e emocionais (MOTA; PIMENTA, 2002); é uma sensação opressiva, sustentada por exaustão e capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2008); é um desconforto percebido pelo trabalhador (YOSHITAKE, 1975). É um estado físico e mental, resultante de um esforço prolongado ou repetido, repercutindo sobre vários sistemas do organismo e provocando múltiplas alterações de funções (LIMONGI FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

Fadiga muscular é considerada o conjunto de manifestações produzidas por trabalho, ou exercício prolongado com a consequente diminuição da capacidade funcional de manter, ou continuar o rendimento esperado (ROSSI; TIRAPEGUI, 1999). Tais alterações levam a uma diminuição do desempenho laboral de forma qualitativa e quantitativa (LIMONGI FRANÇA; RODRIGUES, 1996).

Há uma divisão funcional da fadiga em fadiga central e periférica, que considera fatores bioquímicos acontecidos nos músculos - periférica - e no sistema nervoso central - fadiga central (WILLIAMS et al., 1998; FAVERO, 1999; LEPPIK et al., 2004). Por outro lado, conforme explicitado anteriormente, o estudo da fadiga pode acontecer em várias áreas relacionadas ou não à saúde (MOTA et al, 2005); ela pode ser visual, mental; nervosa; crônica (KROEMER; GRANDJEAN, 2005); um de seus tipos é Síndrome da Fadiga Crônica (PINHEIRO, 2013); há, também, a fadiga de compaixão (CIRCENIS, MILLERE, 2011; SCHWAM, 1998; GAUDIUM PRESS, 2013).

Tem sido encontrada literatura com resultados significativos para a fadiga em trabalhadoras de diferentes ramos de atividades profissionais, inclusive no

âmbito da saúde e enfermagem.

Estudo transversal realizado com trabalhadoras/es em um hospital de urgência e emergência de Rio Branco/Acre (Brasil) trouxe resultados mostrando que a maioria dos sujeitos apresenta níveis elevados de fadiga e capacidade inadequada para o trabalho associados a alguns fatores do sexo feminino e indicando a necessidade de medidas, face às condições de vida e no ambiente de trabalho, sobretudo para os aspectos organizacionais (VASCONCELOS et al, 2011).

Pesquisa desenvolvida com 114 homens e 147 mulheres analisou a percepção de fadiga e gasto energético realizando um mesmo tipo de tarefa com alta exigência física, constatando que a percepção de fadiga e gasto energético foi maior nas mulheres (MAKOWIEC-DABROWSKA et al., 2009). Neste caso, relacionando este resultado com a pesquisa em tela, é razoável supor que, embora aqui se trate de um grupo jovem, a maioria já acumula mais de um vínculo, tem longa jornada de trabalho e, num dado tempo poderá sofrer com maior desgaste físico, por serem majoritariamente mulheres.

Investigação realizada com trabalhadoras/es do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, mostrou que a fadiga foi detectada em mais da metade das trabalhadoras de enfermagem entre os sujeitos pesquisados. Os achados também concluem que as variáveis fadiga, tempo de trabalho na instituição e função de técnico de enfermagem, comparada a de enfermeiro, apresentam diferença significativa (SILVA, 2011).

Outro estudo com enfermeiras/os do Triângulo Mineiro também com maioria feminina, encontrou em seus resultados que as/os casadas/os ou amasiadas/os alcançaram maiores escores de qualidade de vida comparadas/os com as/os solteiras/os; a ênfase no estudo foi nos domínios psicológico, independência, relações sociais e ambiente laboral. Aquelas que declararam saúde debilitada apresentaram menores escores nos domínios físico, psicológico e independência (FERNANDES et al, 2010).

Não obstante os resultados encontrados nesta pesquisa sobre os sinais de fadiga referidos, os dados analisados apontam para uma condição que, no contexto onde as/os profissionais trabalham, pode ser considerada de fadiga latente, pois estas trabalhadoras já percebem e referem sinais que permitiram neste estudo classificar a pontuação de fadiga encontrada com escore de ≤ 60 .

O trabalho cotidiano vai insidiosamente fatigando o trabalhador que na

maioria das vezes não percebe este processo, fazendo diferença entre a boa e a má fadiga, deixando entender que a boa fadiga, quando permanente, pode ser tomada como fadiga latente, posto que o trabalhador consegue recuperar o vigor após uma boa noite de sono. Quando esta recuperação não mais acontece satisfatoriamente a má fadiga se instala (VIEIRA, 2013).

Para esta autora, muitas vezes o trabalhador somente se percebe fatigado quando começam a se sentir doente, não percebendo como sinal importante o sentir-se desmotivado, atribuindo tal sentimento à desvalorização. Afirma que a “vida útil” (grifo da autora) do enfermeiro é curta devido ao desgaste acelerado da profissão (VIEIRA, 2013), ao que acrescento os dados desta pesquisa, haja vista que embora seja um grupo jovem na profissão já vem sinalizando dificuldade de manter a concentração ou apresentando dor de cabeça frequentemente.

Mesmo que o valor de corte para análise dos dados de fadiga no trabalho, coletados pelo questionário utilizado (de Yoshitake, 1975, validado internacionalmente e amplamente utilizado no Brasil) tenha sido ≤ 60 e traga em si a maior concentração das respostas obtidas para “nunca”, “raramente” e “às vezes” o detalhamento da análise dos dados trazem indicativos de um quadro de fadiga que pode estar se anunciando entre as/os enfermeiras/os pesquisadas/os, o que pode ser visto como elemento potente para deflagração de medidas de proteção à saúde dessas/es trabalhadoras/es.

Respondendo ao objetivo 1 desse estudo (descrever os sinais de fadiga auto-referidos por enfermeira/os da ESF que atuam no município de Arapiraca – Alagoas), conforme variáveis que constam no questionário de fadiga adotado para este estudo, foi possível estabelecer alguns pressupostos até então pouco evidenciados na literatura consultada.

Até então os estudos de fadiga com enfermeiras/os que trabalham na atenção básica e/ou na ESF, resultantes da análise de dados a partir do instrumento adotado nesta pesquisa, ainda não descreveram os escores de fadiga encontrados conforme traz a presente investigação. Para favorecer a discussão destes resultados, seguiu-se a composição do questionário de fadiga, versão traduzida e amplamente utilizada no Brasil por pesquisadores envolvidos com a saúde do trabalhador.

Nesta tese, esta versão está disposta em três sessões das quais a primeira visa avaliar a sonolência e a falta de disposição para o trabalho; a segunda

avalia as dificuldades de concentração e de atenção e a terceira avalia as projeções da fadiga sobre o corpo. A última pergunta deste questionário aborda a síntese de todas elas.

Conforme já explicitado anteriormente, a fadiga é uma condição restritiva para a continuidade de trabalho e apesar de se ter variadas hipóteses para explicá-la ela parece sofrer interferências tanto físicas como mentais ou psicológicas (ASTRAND; DAHL, 2006). Em seu ápice contribui para o absenteísmo no trabalho e vários distúrbios psicológicos, que afetam a vida pessoal, familiar e social. (LIMONGI FRANÇA; RODRIGUES, 1996).

Por mais que na enfermagem se tenha um trabalho manual, sempre existirá também um desgaste psicológico, pois mesmo que uma atividade laboral seja considerada em sua natureza estritamente física/braçal, o corpo mental nunca estará ausente dos danos do processo de trabalho correspondente. Pode-se então reconhecer que o trabalhar possui aspectos negativos que recaem tanto sobre o seu corpo físico como mental e emocional do indivíduo, cujas manifestações ocorrem no plano físico (HANZELMANN; PASSOS, 2010).

O cotidiano do trabalho de enfermagem na ESF é visivelmente permeado por demandas de atividades e responsabilidades, que tem levado as/os trabalhadoras/es a enfrentarem desgastes de todas as ordens e podem ser descritos através de um conjunto de sinais e sintomas que se reflete sobre o corpo físico e mental dos trabalhadores, no processo de desenvolvimento das atividades laborais, gerando sobrecarga. Influencia diretamente sobre o modo de produzir do trabalhador, já que pode ocasionar instabilidade emocional e uma desregulação do organismo, propiciando o aparecimento de sinais de fadiga (HANZELMANN; PASSOS, 2010).

Estudo com trabalhadoras/es em Unidade de Terapia Intensiva, encontrou relação entre jornada de trabalho com o desenvolvimento de sinais e sintomas refletidos no próprio trabalhador, seja através de fadiga ou distúrbios psicossomáticos, assim como em seu convívio social e familiar (NASCIMENTO JUNIOR, PESSOA, 2013).

Sintomas e sinais de fadiga mental, em enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes foram detectados através de um indicador subjetivo "check-list" e dos indicadores objetivos Frequência Crítica de Fusão da luz (Flicker) e Tempo de Reação simples a estímulo auditivo (TRs). Foram analisadas, 5 jornadas consecutivas trabalhadas nos turnos:

manhã, tarde e noite por 12 enfermeiras de três unidades de internação diferentes de um hospital universitário.

Os resultados deste estudo sugerem que a alternância existente entre os turnos é prejudicial à sua saúde e à sua vida sócio-familiar e profissional, pois elas revelaram insatisfação pelo esquema de trabalho e apresentaram sintomas e sinais de fadiga mental. A incidência dos sintomas foi maior no turno da noite que no turno da manhã, a qual foi maior que a do turno da tarde quando comparados os valores obtidos no início e final dos turnos, evidenciando-se com maior frequência os sintomas de embotamento e distúrbios do sono (MARZIALE; ROZESTRATEN, 1995), alguns desses semelhantes aos registrados pelos enfermeiros da ESF no presente estudo.

Para Kirchhhof et al (2011), a manifestação da doença pode ser mais tardia, dependendo se as cargas de trabalho persistam no processo de desgaste e se a reposição da capacidade biofuncional do corpo do trabalhador não se refaça suficientemente no seu período de folga. A importância de se conhecer as cargas presentes em um ambiente de trabalho reside na possibilidade de controlá-las, de modo a diminuir seus efeitos.

Na segunda sessão, ao avaliar sinais de fadiga auto-referidos pelas/os pesquisadas/os concernentes a dificuldades de concentração e de atenção, viu-se que todos os sinais investigados foram contemplados nas respostas dadas. Ainda que tenha havido um padrão de respostas reunindo “às vezes”, “nunca” e “raramente”, percebe-se que há referência de algum comprometimento da condição de concentração dessas/es trabalhadoras/es, aspecto bastante relevante a ser considerado tanto sob o ponto de vista da segurança do cuidado prestado quanto para a exposição aos riscos ocupacionais e até aos acidentes, inclusive de trajeto. Esta situação realça mais uma vez o caminho inevitável de programas de promoção e proteção à saúde do trabalhador.

A síndrome da fadiga crônica (SFC) faz parte do elenco das denominadas *síndromes funcionais*. Essas síndromes estão sendo conhecidas mais recentemente e vem sendo caracterizadas por sintomas sobrepostos do tipo fadiga, mialgias, perturbações gástricas, dificuldades de concentração, labilidade de humor, transtornos do sono e de ansiedade além de, terem em comum, aspectos que lhe conferem a classificação funcional porque são vistas como doenças físicas, porém ainda não se apresentam com justificativas orgânicas, demonstração de lesão na

estrutura do organismo e alterações bioquímicas estabelecidas (ZORZANELLI, 2010),

Investigação abordando a fisiologia da fadiga traz em suas conclusões um elenco de sintomas que são comumente encontrados em indivíduos fatigados e sob elevada tensão psicofisiológica: sensação de cansaço; esgotamento e fraqueza, em geral, acompanhadas de dores musculares; tonturas; problemas gástricos; manifestações de ansiedade; taquicardia e aumento de pressão arterial. Acresce-se dificuldade para tomar decisões atribuída a presença de baixo nível de concentração mental e atenção, bem como do comprometimento da memória (KUBE, 2010), corroborando com sinais apresentados pelos trabalhadores de enfermagem da ESF investigados no presente estudo.

Pesquisa com trabalhadoras/es da ESF argumenta que a natureza das atividades e a expectativa presente em torno da perspectiva de ser este modelo de atenção à saúde o impulsionador da mudança do paradigma da assistência em saúde para atenção à saúde traz, em si, elementos capazes para desencadear processos físicos e psicoemocionais nas/os trabalhadoras/es envolvidos, compondo então um cenário propício a manifestação de fadiga. Ainda mais, quando acrescido de insatisfação devido a precárias condições de trabalho, de salário, organizacionais e de decisões ainda distantes das reais necessidades almejadas para as mudanças no setor (ROSENSTOCK, 2011).

Na terceira e última sessão, avaliando as projeções da fadiga sobre o corpo, esta pesquisa mostra tratar-se de um bloco de sinais auto-referidos que objetivamente elucida o alerta que vem se insinuando nesta pesquisa para uma possível vulnerabilidade da população estudada. São, portanto sinais já presentes, que podem ser reconhecidos como sintomas e que traduzem indícios de comprometimento, em algum nível, do bem estar das/os trabalhadoras/es em questão, certamente vindo a refletir no cotidiano laboral do grupo, podendo incidir nos resultados do trabalho realizado ou ainda vir a comprometer a saúde dessas/es trabalhadoras/es e sua *performance*.

Estudo realizado com trabalhadoras/es de enfermagem da ESF, na região sul brasileira, encontrou que fatores relacionados ao tempo e ao ritmo de trabalho são muito importantes na determinação, tanto do sofrimento psíquico quanto da doença física relacionada ao trabalho. Mostra ainda que na presença de sobrecarga de trabalho, estrutura física precária e falta de incentivo financeiro há um

desencadeamento da indução do sofrimento físico e mental dos trabalhadores entrevistados (DUARTE; AVELHANADA; PARCIANELLO, 2013).

Pesquisa com equipe da atenção básica sobre sofrimento e prazer no trabalho, analisou que contexto e custo humano do trabalho, na realidade estudada, foram considerados críticos, com índices críticos e graves para custo cognitivo, danos físicos e esgotamento profissional. Concluiu que essas/es experienciam maneiras de obterem prazer e de vivenciarem sofrimento no trabalho que com a idade, o tempo e experiência criam mecanismos de defesa que reduzem o esgotamento. Promover o prazer no trabalho na atenção básica, reduzir o sofrimento e os danos decorrentes de exigências desse tipo de trabalho requer reconhecimento, liberdade de expressão e consequente realização profissional (MAISSIAT, 2013).

Considerando o exposto, os sinais de fadiga manifestados no corpo das/os trabalhadoras/es estudadas/os, auto-referidos, pode está expressando tanto desgaste físico como psicoemocional, que podem ser decorrentes de cargas de trabalho e/ou de tensão resultante da natureza e significados da ESF no contexto das mudanças em curso na área da saúde, particularmente no âmbito da atenção básica.

Embora esteja evidente que as/os enfermeiras/os estudadas/os ainda não estão fatigadas, haja vista a maioria das respostas ao questionário adotado neste estudo terem se concentrado em nunca, raramente e às vezes, algumas questões significativas foram levantadas, requerendo atenção para o que estão a apontar. Tais aspectos puderam ser estudados em duas categorias que requereram o olhar atendo do pesquisador, quais sejam: respostas que afirmaram que a/o trabalhador/a nunca sentiu o que foi perguntado e respostas que disseram que em algum momento a/o trabalhador/a sentiu o que lhe foi perguntado.

Esta separação indicou os itens que demonstraram a capacidade preservada das/os estudadas/os e os itens que se revelaram sutis alertas de que a/o trabalhador/a está menos protegida para o estabelecimento de fadiga laboral. Este raciocínio permitiu explorar e descrever os sinais de fadiga auto-referidos pelas/os enfermeiras/os estudados.

Em relação aos objetivos deste estudo, os dados analisados revelaram que poucos sinais de fadiga foram encontrados com significância estatística e as correlações mais fortes evidenciaram que pontuação ≤ 60 foi estabelecida entre fadiga e idade, tempo de trabalho na Enfermagem, tempo de trabalho na ESF e

praticar exercícios. Dessas variáveis, duas são independentes e se enquadram na condição sóciodemográfica quais sejam idade e prática de exercícios. As outras duas são diretamente enquadradas nas condições laborais, quais sejam tempo de trabalho na Enfermagem e tempo de trabalho na ESF.

O objetivo 2 desta pesquisa buscou verificar se existe associação entre variáveis sóciodemográficas e a pontuação de fadiga calculada conforme as respostas ao questionário aplicado e os resultados evidenciaram que há associação entre a idade e a pontuação de fadiga estabelecida. Mais que isso, os testes estatísticos confirmaram que idade menor que 32 anos é fator de proteção do trabalhador contra fadiga, principalmente se associado a outra variável como a prática de exercício físico.

Estudo realizado com 21 profissionais de enfermagem de uma unidade hospitalar de São Paulo, com amostra caracterizada por média de 37 anos de idade e 9,3 anos de trabalho, detectou-se que 8 estavam muito ansiosos e 7 apresentavam sinais de exaustão emocional, corroborando a associação entre idade e aparecimento de sinais de fadiga (FREITAS et al., 2014).

A permanência no trabalho sob constante tensão pode desenvolver a despersonalização do trabalhador da enfermagem, caracterizada pelo cinismo e insensibilidade com o outro, podendo ser reflexo de exaustão emocional ou mecanismo de adaptação à constante acumulação de encargos sobre eles (FREITAS et al., 2014). Se considerarmos estes resultados com o tempo em que o trabalhador de Enfermagem não desenvolve fadiga (menos de 7 anos de trabalho, neste estudo), comprova-se a afirmativa de Vieira (2013) quando diz que a vida útil da enfermeira é curta. Por esta razão, a associação entre idade e fadiga pode ser vista como um alerta para os jovens enfermeiros.

Outra investigação realizada com 108 trabalhadores de Enfermagem de UTI do Rio Grande do Sul apresentou como variável sociodemográfica idade média de 42 anos e as doenças mais prevalentes entre eles foram o hipotireoidismo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a depressão (VIEIRA et al., 2013), mais uma vez evidenciando correlação entre idade e comprometimento do trabalhador pelo trabalho. Por outro lado, é sabida a relação entre a HAS e as tensões físicas e emocionais.

Estudo de Lopes e Macedo (2013) indica insatisfação por parte dos 18 profissionais enfermeiros da Atenção Básica, qualitativamente estudados, os quais

tinham idade média de 36 anos, apresentavam falta de sono, indisposição para a realização das atividades diárias, entre as quais o trabalho, declarando-se insatisfeitos com as condições de trabalho que interferem na sua qualidade de vida.

Esta investigação em particular, ao ser confrontada com os resultados da presente pesquisa, permite indagar se as causas de fadiga estão associadas efetivamente à variáveis sociodemográficas ou laborais, do ponto de vista do tempo e condições de trabalho ou se guarda relação com a capacidade resolutive do trabalho, como sugerido por Lopes e Macedo (2013). Acredita-se que estudos futuros possam elucidar esta incerteza.

Outra variável que o estudo mostrou significativa associação com a pontuação para fadiga ≤ 60 foi a prática de exercício físico. Pesquisa realizada por estudiosos da Educação Física com jovens apresentando sinais de ansiedade mostrou que quanto mais alta a intensidade do exercício físico mais ela é ansiolítica para os jovens, com capacidade para reduzir a final de fadiga (MIRANDA et al., 2013). É possível que os jovens enfermeiros possam se beneficiar de conhecimentos desta natureza para se sentirem estimulados a não interrompê-los.

Pesquisa realizada com bombeiros do Tocantins revelou que a prática de exercícios físicos do tipo flexão e extensão dos membros superiores bem como os testes de resistência abdominal influenciaram na resistência à doenças e na melhoria da capacidade de trabalho (SANTOS, 2012) e estudo realizado no Rio de Janeiro com 2279 enfermeiros de hospitais mostraram associações significativas entre jornada de trabalho e ausência de exercício físico para desenvolvimento de fadiga, haja vista que as enfermeiras deste grupo alegaram não praticar exercícios físicos porque o tempo não permitia, pois, todo tempo não ocupado pelo trabalho era preenchido pelas atividades domésticas e contato com os familiares (FERNANDES, et al, 2013).

Embora a presente pesquisa não tenha evidenciado associação significativa entre fadiga pontuada ≤ 60 e o estado civil e o consumo de álcool, os dados mostraram alguma associação entre ser casada e menor fadiga, enquanto que o consumo do álcool parece contribuir para diminuir a proteção do trabalhador para o desenvolvimento de fadiga ≤ 60 .

Quando consideradas as associações entre fadiga, tempo de trabalho na Enfermagem e tempo de trabalho na ESF, razão do terceiro objetivo desta pesquisa, tem-se que a chance da/o enfermeira/o desenvolver fadiga pontuada em ≤ 60 é maior

se associar-se à idade menor que 32 anos, prática de exercício físico e tempo de ESF menor que 4 anos.

Investigação realizada na cidade de Feira de Santana, Bahia, com 309 profissionais de Enfermagem, sendo 90,9% de mulheres e idade média de 36,8 anos, com média de 11 anos de trabalho na Enfermagem e 64,4% com emprego pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e dentre os enfermeiros 77% possuíam mais de vínculo empregatício, demonstrou que eram comuns entre esses trabalhadores a existência de transtornos mentais, consumo excessivo de álcool, queixas de dores nas pernas, dor nas costas, sonolência e cansaço físico. O estudo não incluiu a variável prática de exercício físico (RODRIGUES et al., 2014)

Esta mesma pesquisa revelou que as doenças já instaladas entre esses trabalhadores incluíram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Lombalgia, Infecção do Trato Urinário e Varizes dos membros Inferiores. Os transtornos Mentais Comuns foram freqüentes e o estudo sugeriu influência da sobrecarga de trabalho, insegurança do vínculo empregatício e consumo exagerado de álcool (consumidor problema de álcool) (RODRIGUES et al., 2014).

Já a investigação qualitativa de Duarte et al, (2013), abordando trabalhadores da ESF do sul do Brasil, revelou que para os entrevistados as causas de desajustes no trabalho são: 1) sobrecarga de trabalho; 2) estrutura física; 3) questão financeira; 4) segurança e 5) sofrimento mental e físico. Os entrevistados relacionaram as causas com o excesso de trabalho, mas não associaram a idade ou o tempo de trabalho na atenção básica.

Outro estudo mostrou a vulnerabilidade dos trabalhadores da saúde em função das condições precárias de trabalho, indicando não haver correlação entre a vulnerabilidade e a idade, sexo e tempo de serviço. A leitura mais atenta deste material esclareceu que independente dessas variáveis, todos estão em condições de vulnerabilidade, não sendo possível intervir nas questões de cunho pessoal, mas o desenvolvimento de ações de apoio ao trabalhador pode contribuir para melhorar esta situação (ASSUNÇÃO; MACHADO; ARAÚJO, 2013).

Assim, os dados da presente investigação trazem contribuição para os estudos sobre os efeitos do trabalho sobre o trabalhador, acrescentando à literatura consultada que mesmo um grupo jovem de trabalhadores está sujeito às associações entre tempo de trabalho na Enfermagem, tempo de trabalho da ESF, idade e a prática de exercício físico. Quando essas variáveis se encontram com

valores inferiores a idade menor que 32 anos, tempo na Enfermagem inferior a 7 anos, tempo de ESF inferior a 4 anos e prática positiva de exercício físico, os efeitos deletérios não se apresentam precocemente e o trabalhador fica mais protegido da fadiga laboral.

A proposição desta tese fundamentou-se em dois pressupostos e um conjunto de dispositivos legais. O primeiro pressuposto é que a atenção em saúde é um trabalho coletivo, do qual a Enfermagem executa uma parcela significativa e para isto desenvolve conhecimento próprio, cria e aprimora técnicas e tecnologias e utiliza instrumentos de várias naturezas para prestar cuidados de Enfermagem individuais e coletivos.

O segundo pressuposto é que o trabalho humano de produção da sobrevivência determina o aparecimento de efeitos sobre os trabalhadores, tantopositivos como deletérios, os quais se manifestam ao longo da vida laboral sob a forma de riscos, danos e agravos à saúde de natureza variada e acidentes; reconhecendo que o trabalho em saúde, dentro dele o trabalho da Enfermagem, por suas características especiais de envolvimento profundo com os consumidores dos serviços de saúde e convivência com a dor e com a morte por tempo prolongado, acresce agravamento aos efeitos deletérios deste trabalho.

As contradições existentes no processo de trabalho historicamente foram atenuadas pelo Estado que, por reconhecer a essencialidade do trabalho e as condições penosas em que muitas vezes é exercido, estabelece mecanismos legais que regulam as relações entre empregadores e trabalhadores, inclusive sancionando leis de proteção ao trabalhador, com diretrizes específicas para proteção de sua saúde.

Um dos efeitos deletérios do trabalho é a fadiga do trabalhador, provocada pelo cansaço, pela tarefa repetitiva, pelo uso demasiado de determinadas partes do corpo, pelas tensões e pressões resultantes das relações de trabalho, que, ao longo do tempo pode produzir consequências graves para ele ou para outros, principalmente se a ação desenvolvida ocorre no corpo do consumidor ou pode colocar a sua própria vida em risco, como é o caso do trabalhador da saúde e da Enfermagem.

Assim, foi objeto desta pesquisa a presença de sinais de fadiga em enfermeiras/os que trabalham na ESF do município de Arapiraca, Alagoas, principalmente porque este trabalho é que operacionaliza o modelo de atenção à saúde preconizado pela política nacional de saúde brasileira, o SUS. Na construção deste estudo coube perguntar: A/o enfermeira/o que trabalha na ESF apresenta ou identifica em si própria/o sinais de fadiga em razão do trabalho que desenvolve cotidianamente?

Para responder a esta pergunta foi realizada uma pesquisa quantitativa, transversal analítica com 51 enfermeiras/os que trabalham nas unidades básicas de saúde que abrigam equipes da ESF no município de Arapiraca, estado de Alagoas, escolhido por contar com 84,6% de cobertura por esta estratégia de atenção à saúde.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um Questionário de Informações Sociodemográficas e Ocupacionais, submetido à avaliação e aprovado por 7 juízes e o Questionário de Fadiga, internacionalmente validado e amplamente utilizado por pesquisadores brasileiros envolvidos com questões relativas a saúde dos trabalhadores. Este questionário mede sinais de fadiga auto-referenciados, permitindo estabelecer estatisticamente escores de fadiga.

Os resultados obtidos permitiram alcançar os objetivos propostos uma vez que foi possível descrever as características sociodemográficas e laborais da população estudada e em seguida, com o apoio de testes estatísticos inferenciais foi possível estabelecer associações significativas entre duas das variáveis sociodemográficas e mais, estabelecer associações significativas entre duas das variáveis laborais.

Em relação à descrição das características sociodemográficas os dados revelaram que as/os 51 enfermeiras/os do grupo estudado tinham idade média de 32 anos, 86,3% eram do sexo feminino, eram pós-graduadas/os, com tempo médio de trabalho na Enfermagem de 7 anos e 4 anos de trabalho especificamente na ESF. A jornada de trabalho mais comum é de 40 horas semanais, com 8 horas diárias, cumpridas em um ou dois turnos ou, nas unidades rurais e de periferia, em horas seguidas, dadas as particularidades locais. Essas/es enfermeiras/os têm renda familiar média em torno de R\$ 7.577,00 correspondentes a 10,47 Salários Mínimos (hoje, R\$ 724,00) ou US\$ 1.800,41 mensais (dólar americano em 18 de setembro de 2014 - R\$2,33). A maioria delas é de cor declarada parda, casada e possui mais de um emprego, quase todos na Enfermagem.

Na descrição sociodemográfica chamou à atenção o fato da maioria dessas/es trabalhadoras/es nunca terem fumado, mas consumirem álcool e praticarem exercícios físicos pelo menos uma vez por semana, e não há registro estatisticamente significativo de adoecimento até um ano antes do questionário ser aplicado ou de afastamento do trabalho em decorrência de acidentes, no mesmo período. No entanto, os dados mostraram que ocorreram doenças e/ou sintomas do

sistema músculo esquelético, doenças e/ou infecções do sistema respiratório, estresse e infecção do trato urinário.

Dois acidentes foram registrados, um de trajeto e outro com perfuro-cortante. Precedendo a análise dos dados relativos às respostas ao questionário de fadiga é importante lembrar que o tratamento estatístico da escala de medida adotada estabeleceu um ponto de corte para a pontuação da fadiga em ≤ 60 , significando que valor maior que este aumenta o risco de haver fadiga já instalada. Nesta perspectiva, os dados mostraram que o grupo estudado, embora com escore abaixo de ≤ 60 , referiu alguns sinais de fadiga como cabeça pesada, moleza no corpo e nas pernas, às vezes sonolência e olhos cansados durante a jornada diária e raramente dificuldade de permanecer em pé.

No que diz respeito aos sinais auto-referidos relativos à capacidade de concentração e atenção, o grupo também identificou em si alguns sinais, mesmo que às vezes ou raramente, revelando que em algum momento a capacidade de prestar atenção torna-se reduzida, a memória falha, podendo ser visto como um alerta, uma vez que o trabalho em saúde e na Enfermagem exige direcionalidade técnica para o ato e para o conhecimento, não devendo acontecer imprecisões que ponham em risco a saúde dos consumidores dos serviços de saúde.

Avaliando as projeções de fadiga sobre o corpo, as respostas ao questionário evidenciaram que ainda não há manifestação de fadiga no corpo das/os enfermeiras/os estudados. Os maiores percentuais de resposta neste campo de investigação foram nas respostas “nunca”, aparecendo algumas respostas na alternativa raramente. Dizem respeito à irritação, cometimento de erros e incapacidade de permanecer no ambiente de trabalho.

Em síntese, os dados revelaram que embora as/os profissionais estudados não estejam fatigados, eles referem sinais indicativos de que estão vivenciando um trabalho que tem probabilidade de levá-los a desenvolver fadiga ou até já estejam vivendo um estado de fadiga latente, o que vem exigir medidas imediatas de melhoria das condições de trabalho ou alívio da carga de trabalho produzida no cotidiano laboral para evitar que venham a sofrer danos maiores e se tornarem incapazes para o exercício laboral.

Uma vez detectado que há referência pelo grupo à identificação em si desinais de fadiga, mesmo que às vezes e raramente, esses foram submetidos à análise bivariada, depois de eliminados todos os confundimentos, em busca de

associações estatisticamente significativas com os dados sociodemográficos e com dados da situação laboral, razão do segundo e terceiro objetivos.

Os resultados evidenciaram que a maioria das variáveis investigadas pelo questionário não obtiveram respostas estatisticamente significantes em relação às variáveis sociodemográficas ou laborais. No entanto, duas dessas variáveis apresentaram associação significativa com os sinais de fadiga, quais sejam a idade e a prática de exercícios físicos. Ficou claro que a idade menor do que 32 anos e a prática ao menos semanal de exercícios físicos tem capacidade de diminuir a probabilidade da/o trabalhador/a pontuar fadiga acima de ≥ 60 , o que foi corroborado pela literatura consultada.

Da mesma forma, ao submeter os dados laborais e os de fadiga à análise bivariada, os resultados mostraram que há associação estatisticamente significativa entre o tempo de trabalho na Enfermagem e o tempo de trabalho na ESF e a referência à sinais de fadiga. Neste caso, a aplicação dos cálculos de medida desta significância revelou que menor tempo de Enfermagem e menor tempo de trabalho na ESF aumentam a proteção do trabalhador de desenvolver fadiga laboral. A literatura consultada enfoca o raciocínio reverso, dizendo que mais tempo de trabalho na Enfermagem associado à maior idade e ao sedentarismo aumentam significativamente a probabilidade da/o trabalhador/a desenvolver não só fadiga, mas danos e agravos incapacitantes.

Por fim, este estudo apresentou a hipótese de que as/os enfermeiras/os que trabalham na ESF apresentam ou identificam em si sinais de fadiga decorrentes do trabalho desenvolvido na ESF. Os dados permitiram confirmar parcialmente esta hipótese porque de fato o grupo estudado identificou em si sinais de fadiga relacionada ao trabalho. Porém, esses sinais auto referidos não estão em escala de medida que permita concluir que eles estão fatigados.

O que se confirma neste estudo é que nesse grupo de profissionais estudados a maior possibilidade de apresentar fadiga pontuada igual ou menor a 60 é ter idade igual ou menor que 31 anos, ter 7 ou menos anos de trabalho na enfermagem, 4 anos ou menos na ESF e praticar exercícios.

Necessário se torna levantar algumas limitações desta pesquisa. A primeira delas é o número de participantes do estudo. Embora tenha sido uma amostra quase censitária, tal fato se deu porque as normativas de implantação de equipes da ESF estabelecem relação de uma equipe para cada 4000 habitantes e,

no município estudado, dada a cobertura real de 80,4%, determinou o número de equipes em 53. Nesta população, dois sujeitos não se enquadraram por estarem de férias e licença maternidade, critérios de exclusão adotados.

A limitação desta amostra é explicada pelo fato de que, no tratamento estatístico, cada variável na regressão logística consome 10 sujeitos e este número restringe o alcance deste recurso estatístico. A outra limitação que se impôs neste trabalho foi que se tratou de um estudo transversal e este tipo de estudo perde a linha do tempo, tornando a direção do fator efeito incerto ou perdido. Resta, então, indagar: que tempo transcorrerá até que as/os enfermeiras/os estudados agora comecem a apresentar sinais de fadiga laboral em escala de medida que as/os tornem incapazes de continuar trabalhando? Esta pergunta ancora-se na afirmativa encontrada na literatura de que a vida útil do enfermeiro é curta!

Concluindo, é imperativo recomendar aos responsáveis pela segurança e saúde dos trabalhadores da saúde que levem em conta os resultados desta pesquisa, providenciando ações de promoção e proteção da saúde para essas/es trabalhadoras/es, uma vez que guarda coerência com os princípios do SUS e com o paradigma da promoção da saúde, desenvolvendo programas com o objetivo de aumentar a probabilidade de mantê-las/os protegidas/os dos efeitos deletérios que este trabalho produz.

REFERÊNCIAS¹

---

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ABRANCHES, S. S. **A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde**. 2005. 216 f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Participação Social. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Alagoas**. 2011.

ALBINI, L.; LABRONICI, L. M. **Exploitation and alienation of the body of the nurse: a phenomenological study**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 299-304, 2007.

ALBORNOS, S. **O que é trabalho**. 3a. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995. (Coleção Primeiros Passos).

ALMEIDA, L. M. W. S. et al. **Atuação do enfermeiro na saúde do trabalhador**. PROENF SAÚDE DO IDOSO CICLO 7. v. 4. 7ª ed. Porto Alegre: ARTMED, p. 31-65, 2013a ou 2013a.

ALMEIDA, L. M. W. S. et al. Carga de trabalho e fadiga muscular: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. esp. p. 915-923, 2013b.

ALVES, L. A. et al. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 24-29, 2009.

ANGERAMI, E. L. S.; CAMELO, S. H. H. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepção dos profissionais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 502-507, 2007.

ARAPIRACA. **Relatório de Gestão** – período de janeiro a dezembro de 2012. Arapiraca: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 25 p.

_____. **Plano Municipal de Saúde** – PMS 2014-2017. Arapiraca: Secretaria de Saúde, 2014.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ARENDT, H. A condição Humana. 11ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Cartilha do trabalhador de Enfermagem**: Saúde, segurança e boas condições de trabalho. Rio de Janeiro: ABEn, 2006.

_____. **Jornal da ABEn**. v.49, n. 2, 2007. Brasília: UNA, 19 p.

ASSUNÇÃO, A. Á.; MACHADO, A. F.; ARAÚJO, T. M. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 147,167, 2012

ASTRAND, P. O.; DAHL, H. A. **Tratado de Fisiologia do Trabalho**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AYRES, N. et al. Categoria Trabalho em Marx e Engels: uma análise introdutória de sua legalidade onto-histórica. **Revista Eletrônica Arma da Crítica**, Fortaleza, v. 2, n. 2, 2010, p. 36-47.

BAPTISTA, P. C. P.; FELLI V. E. A.; MININEL, V. A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 340-347, 2011.

BARBOSA, M. A. S.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 491-496, 2007.

BARRIENTOS, L. A.; SUAZO, S. V.; Fatores associados a qualidade de vida de enfermeiras hospitalares chilenas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 480-486, 2007.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Tradução de Frei José Pedreira de Castro. São Paulo: Ave Maria, 1960 p. 2014.

BOGAERT, P. V. et al. Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events—A cross-sectional survey. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 51, n. 8, p. 1123-1134, 2014.

BORGES, F. N. S.; FISHER F. M. Twelve-hour night shifts of healthcare workers: a risk to the patients? **Chronobiology International**, Oxford, v. 20, n. 2, p. 351-360, 2003.

BORGES, F. N. S. **Trabalhadores de Enfermagem: compreendendo condições de vida e trabalho e ritmos biológicos**. 2007. 285 f. Tese (doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo, São Paulo, 2007.

BORGES, C. et al. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto,, v. 19, n. 3, p. 581-588, 2011.

BOZZA, M. S. S.; FONTANELA, G. A. Os fatores desencadeantes do estresse no enfermeiro que atua no setor de emergência. **Nursing (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 127, p. 553-558, 2008.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080. de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1990. p. 18055. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 abr. 2014.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Projeto de Lei nº 2295/2000. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. 2014. Disponível em <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17915>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C.. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, 2012.

CALDERERO, A. R. L.; WEBSTER, C. M.; MIASSO, A. I. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 51-62, 2008.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepção dos profissionais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 502-507, 2007.

CAMPOS, F.; MIRANDA, R. G. **A escrita da história**. São Paulo: Escala Educacional, 2005.

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

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

CHRISTÓFARO, M. A. C. A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área de saúde. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**: CADRHU. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1999.

CIRCENIS, K.; MILLERE, I. Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in Latvia. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, Amsterdam, v. 30, p. 2042-2046, 2011.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®**. Versão 2.0. São Paulo: Argol, 2011.

COSTA, M. A. O. **A supervisão do enfermeiro no trabalho do agente comunitário de saúde: uma revisão bibliográfica**. 2011. 34 f. Trabalho de conclusão de curso (especialização) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

CRESSELL, J. W. **Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, A. G. Dicionário etimológico da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

DALRI, R. C. M. B.; ROBAZZI, M. L. C. C.; SILVA, L. A. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 16, n. 2, p. 69-81, 2010.

DALRI, R. C. M. B. et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 526-532, 2012.

DALRI, R. C. M. B. **Carga horária de trabalho dos enfermeiros de emergência e sua relação com estresse e cortisol salivar**. 2013. 201 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2013.

DAL ROSSO, S. Jornada de trabalho: duração e intensidade. **Ciência e Cultura**, Campinas, v. 58, n. 4, p. 31-34, 2006.

DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, 2009.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; SANTOS, S. R. Educação continuada em Enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 43-49, 1999.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Relações e condições de trabalho no Brasil**. São Paulo: DIEESE, 2008.

DÍAZ C, L. et al. El uso de drogas en el personal de enfermería. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 17, n. 2, p. 37-45, 2011.

DUARTE, M. L. C.; AVELHANEDA, J. C.; PARCIANELLO, R. R. A saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família: percepções da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 18, n. 2, p. 323-330, 2013.

EL GHAZIRI, M. et al. Work schedule and client characteristics associated with workplace violence experience among nurses and midwives in sub-Saharan Africa. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, London, v. 25, n. 1, S79-S81, 2014. (Supplement 1).

ELIA, P. C.; NASCIMENTO, M. C. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, P. 745-765, 2011.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.

ESCOREL, S. et al. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-174, 2007.

FARIA, H.; SANTOS, M. A.; WERNECK, M. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 68 p.

FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 167-174, 2005.

FAVERO, T. Sarcoplasmic reticulum Ca^{2+} release and muscle fatigue. **Journal of Applied Physiology**, Washington, v. 87, p. 471-483, 1999.

FERNANDES, J. S. **Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes saúde da família**. 128 f. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2009.

FERNANDES, J. S. et al. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 434-442, 2010.

FERNANDES, J. C. et al. Working hours and health behaviour among nurses at public hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1104-1111, 2013.

FIAMONCINI, R. E.; FIAMONCINI, R. L. O estresse e a fadiga muscular: fatores que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 9, n. 66, 2003.

FIATES, G. G. S.; SERRA, F. A. R.; MARTINS, C. A aptidão dos pesquisadores brasileiros pertencentes aos programas de pós-graduação stricto sensu em Administração para pesquisas quantitativas. **Revista de Administração (São Paulo)**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 384-398, 2014.

FIGUEIRA, C. V. **Modelos de Regressão Logística**. 138 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Matemática) - Instituto de Matemática, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8192/000569815.pdf?sequence=1>>. Disponível em: 28 abr. 2009.

FIGUEIREDO, R. M.; MAROLDI, M. A. C.. Internação domiciliar: risco de exposição biológica para a equipe de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 145-150, 2012.

FISCHER, F. M. et al. **Condições de trabalho, organização do trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores em indústria petroquímica paulistana**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1991. Relatório técnico de pesquisa.

FOLKARD, S.; LOMBARDI, D. A. Modeling the Impact of the Components of Long Work Hours on Injuries and “Accidents”. **American Journal of Industrial Medicine**, New York, v. 49, n. 11, p. 953-963, 2006.

FONSECA, C. B. **Como definir os objectivos e as hipóteses de um estudo? In: Investigação Passo a Passo – Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica**. Lisboa: APMCG, 2008.

FONSECA, R. M. G. S.; GUEDES, R. N.; ANDRADE, C. J. M. Gênero e história da enfermagem. In: OGUISO, T.; CAMPOS, P. F. S.; FREITAS, G. F. (org.). **Pesquisa em História da Enfermagem**. 2ª ed. Barueri: Manole, 2011. p. 130-175. (Série Enfermagem e saúde).

FREITAS, M. C. M. C.; NUNES, B. M. V. T. Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 3, n. 3, p. 39-43, 2010.

FREITAS A. R. et al. Impacto de um programa de atividade física sobre a ansiedade depressão, estresse ocupacional e síndrome de Burnout dos profissionais de enfermagem no trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 332-336, 2014.

FREITAS-SWERTS, F. F. C. T. Efeitos do Isostretching na redução de queixas de dor osteomuscular, fadiga e na melhora da flexibilidade em funcionários públicos. 2014. 169 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

FRANCO, F. M. M.; HOUAISS, A.; VILLAR, M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

GABARDO, R. M.; JUNGES, J. R. SELLI, L. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 91-97, 2009.

GALLO, E. (org). **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo: HUCITEC / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 154 p.

GARCIA, L. P.; HOFELMANN, D. A.; FACCHINI, L. A. A. Auto-avaliação de saúde e condições de trabalho entre trabalhadores de centros de atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 971-980, 2010.

GÄRTNER, F. R. et al The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, London, v. 47, n. 8, p. 1047-1061, 2010.

GAUDIUMPRESS. **Enfermeiras no Japão ficam doentes após participarem de abortos**. 2013. Disponível em: <<http://www.gaudiumpress.org/content/43841-Enfermeiras-no-Japao-ficam-doentes-apos-participarem-de-abortos#ixzz3CqPkzAQ3>>. Acesso em: 1 set. 2014.

GELBCKE, F. L. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 8-77, 2011.

GESSNER, R. et al. As notificações de acidentes de trabalho com material biológico em um hospital de ensino de Curitiba/PR. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 619-627, 2013.

GOMES, D. et al. Satisfação e sofrimento no trabalho do cirurgião-dentista. **RFOUPF**, Passo Fundo, v. 15, n. 2, p. 104-110, 2014.

GÓMEZ, C. M. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.

GONZALEZ GUTIERREZ, J. L. et al . Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. **Revista Latinoamericana de Psicología**, Bogotá, v. 37, n. 3, p. 477-492, 2005.

GRANDJEAN, E.; KROEMER, K. H. E. **Manual de ergonomia**: adaptando o trabalho ao homem. 5ª ed. Porto Alegre: Bookmam, 2005.

GUEDES, L. E.; FERREIRA JUNIOR, M. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 260-272, 2010.

GUIDO, L. A. 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, 2010.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 694-701, 2010.

HAZZARD, B. et al. Work-and Nonwork-Related Factors Associated With PACU Nurses' Fatigue. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, Amsterdam, v. 28, n. 4, p. 201-209, 2013.

HENROTIN, J. B. Et al. Accident exposant au sang chez les infirmières: recherche de facteurs de risque individuels. **Médecine et Maladies Infectieuses**, Amsterdam, v. 33, n. 5, p. 240-246, 2003..

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre; Artmed, 2008. 384 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data referência em 1º de julho de 2014**. 2014. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf. Acesso em: 10 ago. 2014.

IIDA, I. **Ergonomia: projeto e produção**. 2ª ed. São Paulo: Edgard Blucher, 2005.

JONES, G. et al. Demographic and occupational predictors of stress and fatigue in French intensive-care registered nurses and nurse's aides: a cross-sectional study, **International Journal of Nursing Studies**, Amsterdam, 2014. No prelo.

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

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Understanding workload in occupational health research on nursing. **Revista Colombia Médica**, Cali, v. 42, n. 1, p. 113-119, 2011.

KROEMER, K. H. E.; GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia**: adaptando o trabalho ao homem. Porto Alegre: Bookman, 2005.

KUBE, L. C. Fisiologia da fadiga, suas implicações na saúde do avião e na segurança na aviação. **Revista Conexão SIPAER**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 35, 2010.

LACAZ, F. A. C. et al. Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 75-87, 2013.

LEITE, J. L.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. A. F. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 904-908, 2008.

LEPPIK, J. et al. Prolonged exercise to fatigue in humans impairs skeletal muscle $\text{Na}^+\text{-K}^+\text{-ATPase}$ activity, sarcoplasmic reticulum Ca^{2+} release, and Ca^{2+} uptake. **Journal of Applied Physiology**, Bethesda, v. 97, n. 4, p. 1414-1423, 2004.

LIMA, F. A.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. Acidentes com material perfurocortante: conhecendo os sentimentos e as emoções dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 205-211, 2007.

LIMONGI FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: guia básico com a abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1996.

_____. **Stress e trabalho** – uma abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1999. 154 p.

LOPES A. O. S.; MACEDO, A. P. . Avaliação da qualidade de vida de enfermeiros da atenção básica. **InterScientia**, João Pessoa, v. 1, n. 3, p. 16-27, 2013.

MACEIÓ. **Análise de Situação de Saúde 2010 (Perfil Epidemiológico)** (Dados atualizados até Março de 2012). Maceió: Secretaria de Saúde, 2011. (versão 02).

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Trabalho da enfermagem e distúrbio musculoesquelético: revisão as pesquisas sobre o tema. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 560-565, 2008.

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, 2010.

MAISSIAT, G. S. Prazer e sofrimento de trabalhadores da atenção básica à saúde à luz da teoria da psicodinâmica do trabalho. 2013. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MAKOWIEC-DABROWSKA, T. et al. Can heaviness of the work for women be the same as for men? **Medycyna Pracy**, Warsaw, v. 60, n. 6, p. 469-482, 2009;60(6):469-82.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 111-119, 2008.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 545-550, 2004.

MARQUES, A. P.; PECCIN, M. A. **Pesquisa em fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos**. São Paulo, 2005.

MARTINATO, M. C. N. B. et al. Absenteísmo na Enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 160-166, 2010.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 52-58, 2009.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

_____. **Os manuscritos econômicos e filosóficos: Vol. 22. Textos filosóficos**. Lisboa: Edições 70, 1993.

MARZIALE, M. H. P.; ROZESTRATEN, R. J. A. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 59-78, 1995.

MARZIALE, M. H. P. et al. Atribuições e funções dos enfermeiros do trabalho no Brasil e nos Estados Unidos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 182-188, 2010.

MARZIALE, M. H. P. et al. Influência organizacional na ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. Spec, p. 199-206, 2013.

MATOS, A. S. S. **Ansiedade, depressão e coping na dor crônica**. 2012. 161 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, 2012.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

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

MERHY, E. E. Um Ensaio Sobre o Médico e Suas Valises Tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 4, n. 6, p. 10-116, 2000.

METZNER, R. J.; FISCHER, F. M. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 548-553, 2001.

MILL, J.; NDERITU, E.; RICHTER, S.. Post-exposure prophylaxis among Ugandan nurses: “Accidents do happen”. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, Amsterdam, v. 1, p. 11-17, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, R. E. E. P. C. et al. O nível de ansiedade traço influencia a percepção de fadiga e bem-estar após diferentes intensidades de exercício físico? **Brazilian Journal of Physical Activity and Health**, Pelotas, v. 18, n. 6, p. 730-739, 2013.

MOREIRA, J. O. Imaginários sobre aposentadoria, trabalho, velhice: estudo de caso com professores universitários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 541-550, 2011.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 577-583, 2002.

MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, M. C. A. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 285-293, 2005.

MOURA, J., P. et al. Accidentes ocupacionales con material corto-punzante en un hospital regional de Minas Gerais, Brasil. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 12, n. 1, p. 29-37, 2006.

NADIR, L. J.; SANTOS, L. A. P. Estado de torpor como “troco” na operação econômica capitalista. **Analytica**, São João del Rei, v. 1, n. 2, p. 10-32, 2013.

NASCIMENTO, M. A. A.; NASCIMENTO, M. S. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

NASCIMENTO JUNIOR, L. S.; PESSOA, J. C. S. Avaliação dos fatores de riscos para o desencadeamento do estresse físico em profissionais de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO: A Gestão dos Processos de Produção e as Parcerias Globais para o Desenvolvimento Sustentável dos Sistemas Produtivos, 23., 2013, Salvador. **Anais...** Salvador: 2013. Disponível em http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2013_TN_STO_180_025_22355.pdf. Acesso em: 06/09/2014

NEGELISKII, C.; LAUTERT, L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 606-613, 2011.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2008. P. 396.

NUNES, M. B. G. **Riscos ocupacionais existentes no trabalho dos enfermeiros que atuam na rede básica de atenção à saúde do município de Volta Redonda-RJ**. 171 f. 2009. Tese (Doutorado). - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

OLIVEIRA, E. M. Transformações no mundo do trabalho, da revolução industrial aos nossos dias. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v. 6, n. 11, p. 84-96, 2004.

OLIVEIRA, R. A. A Concepção de Trabalho na Filosofia do Jovem Marx e Suas Implicações Antropológicas. **Kínesis**, Marília, v. 2, n. 3, p. 72-88, 2010.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p.121-134, 2009.

PIRES, R. O. M. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde Interface Comunicação Saúde Educação v. 13, n. 30, p. 153-66, 2009.

PERES, L. A. **Funções do enfermeiro em numa unidade básica de saúde**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas / Universidade Estadual de Campinas, 2000.

PINHEIRO, P. **Síndrome da Fadiga crônica**. 2013. Disponível em <<http://www.mdsaude.com/2010/10/sindrome-da-fadiga-cronica.html>>. Acesso em: 13 de ago 2014.

POBLETE, T. M.; VALENZUELA, S. S. Humanizedcare: a challenge for nursing in the hospitals services. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 499-503, 2003.

PROJETO PROEXCEL. Grupo Multinacional de Desenvolvimento Tecnológico em Gestão de Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.proexcel.fiocruz.br/inalteraveis/Estatistica/cap12->

[regressao%20linear%20multipla.doc.>](#). Acesso em: 10 ago 2014.

QUEIROZ, M. F. F. **Compreendendo o conceito de fadiga: estudo de caso dos trabalhadores em uma indústria gráfica**. 2003. 241 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

REKNES, I. et al. Exposure to bullying behaviors as a predictor of mental health problems among Norwegian nurses: Results from the prospective SUSSH-survey. **International Journal of Nursing Studies**, London, v. 51, n. 3, p. 479–487, 2014.

RIBAS, M. J.; YAPHE, J. Qual o tipo de estudo a escolher? In: SILVA, E. E. (coord.) **Investigação Passo a Passo – Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica**. Lisboa: APMCG, 2008.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RIBEIRO, R. P. et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 495-504, 2012.

RIGHI, A. W.; SCHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online** v.10, n. 3, p. 649-669, 2010.

RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 253 p.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, 2007.

RODRIGUES, L. C. L. **Programa Saúde da Família: analisando a prática do enfermeiro**. 2008. 139 f. Dissertação (Mestrado em medicina) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Univerisdade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

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

ROSENSTOCK, K. I. V. Satisfação, envolvimento e comprometimento com o trabalho: Percepção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família. 2011. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

ROSA, P. L. F. S. et al. Percepção da duração do sono e da fadiga entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 100-106, 2007.

ROSSI, L.; TIRAPEGUI, J. Aspectos atuais sobre exercício físico, fadiga e nutrição. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 67-82, 1999.

SANNA, M. C. Os Processos de Trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007.

SANTOS, H. F. Revoluções tecnológicas e sociedade. **Revista Eletrônica da FIA**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 1-12, (2006a)

SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4ª ed. São Paulo: Edusp, (2006b).

SANTOS, I. L.; SANTOS, R. M.; SILVA, J. F. C. **Estudo da relação tempo/atividade do enfermeiro na estratégia Saúde da Família**. 2008. 48 f. Monografia (Aperfeiçoamento/especialização em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Maceió, Universidade Federal de Alagoas, 2008.

SANTOS, E. N. Relação entre a aptidão física e a carga de trabalho de Bombeiros Militares do município de Porto Nacional-TO. 2012. 53 f. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Universidade de Brasília, Universidade Aberta do Brasil, Porto Nacional, 2012.

SANTOS NETO S. A. B. **Trabalho e tempo de trabalho na perspectiva marxiana**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SCHMOELLER, R; et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 8-77, 2011.

SCHWAM, K.. The phenomenon of compassion fatigue in perioperative nursing. *Association of Operating Room Nurses Journal*, v. 68, n. 4, p. 642-648, 1998.

SERRANHEIRA, F. et al. Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho? **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Porto, v. 30, n. 2, p. 193-203, 2012.

SILVA, L. M. O. **Organizações e relações de trabalho no setor de serviço de saúde brasileiro**. 2006. 135 f. Dissertação (mestrado) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 2006.

SILVA, M. F.; CONCEIÇÃO, F. A.; LEITE, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 47-55, 2008.

SILVA, G. M.; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 362-366, 2009.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010.

SILVA, F. J. **A capacidade para o trabalho e a fadiga entre trabalhadores de enfermagem**. 2011. 84 f. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SILVA, C. D. L.; PINTO, W. M. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. **Revista Saúde Coletiva em Debate**, Serra Talhada, v. 2, n. 1, p. 62-29, 2012.

SILVA-COSTA, A. **Cochilos durante o trabalho noturno, necessidade de recuperação após o trabalho e percepção de fadiga entre profissionais de enfermagem**. 2010. 142 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SPÍNDOLA, T. Mulher, mãe e...trabalhadora de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 354-361, 2000.

SOUZA, J. C. Sonolência diurna excessiva em trabalhadores da área de enfermagem. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 180-183, 2007.

SOUZA, I.; AZEVEDO, R. R.; NÓBREGA, C. V. N. Responsabilidade Social como ação cidadã? Desmascarando a prática discursiva de uma nova exigência da ética de mercado. **Revista LABOR**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 127-147, 2012.

SOUZA L. L. et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 218-232, 2014.

TOMEI, G. et al. Attention, repetitive works, fatigue and stress. **Annali di Igiene**, Roma, v. 18, n. 5, p. 417-429, 2006.

TRATAMENTO DOR CRÔNICA. **Síndrome da Fadiga Crônica (SFC), a doença do cansaço infinito**. 2013. Disponível em: <<http://tratamentodorcronica.com.br/sindrome-da-fadiga-cronica-sfc-a-doenca-do-cansaco-infinito/>>. Acesso em: 10 set. 2014.

TREZZA, M. C. A. F; SANTOS, R. M.; LEITE, J. L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 904-908, 2008.

TRONCOSO, M. P.; SUAZO, S. V. Cuidado humanizado: un desafio para las enfermeras en los servicios hospitalarios. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 499-503, 2007.

VALENZUELA, S. et al. Salud laboral: situación de los accidentes de trabajo en el equipo de enfermería. **Enfermería Clínica**, London, v. 13, n. 2, p. 94-102, 2003.

VARGAS, D.; DIAS, A. P. V. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1114-1121, 2011.

VASCONCELOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011. 598 p.

VASCONCELOS, S. P. et al. Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia ocidental. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 688-697, 2011.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I. C. S. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfurocortante. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 804-810, 2008.

VIEIRA, T. G. et al. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 205-2014, 2013.

VIEIRA, I. Uma análise original da fadiga no trabalho. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1359-1368, 2013.

WILLIAMS, J. et al. Functional aspects of skeletal muscle contractile apparatus and sarcoplasmic reticulum after fatigue. **The American Physiological Society**, Bethesda, v. 85, n. 2, p. 619-626, 1998.

WINNINGHAM, M. L. Fatigue. In: GROENWALD, S. L. et al. **Cancersymptom management**. Boston: Jones and Bartlett, 1996. p. 42-53.

YOSHITAKE, H. Relations between the symptoms and ter feeling of fatigue. In: GRANDJEAN, E.; HASHIMOTO, K.; KOGI, K. **Methodology in human fatigue assessment**. London: Taylor & Francis, 1975.

YUN, S. et al. Work Environment and Workplace Bullying among Korean Intensive Care Unit Nurses. **Asian Nursing Research**, [s. l.], 2014. No prelo.

ZHANG, L. F. et al. The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. **Nursing Outlook**, London, v. 62, n. 2, p. 128-137, 2014.

ZORZANELLI, R. T. A síndrome da fadiga crônica: apresentação e controvérsias. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 65-71, 2010.

Apêndice A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca-AL

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERUNIDADES DE
DOUTORAMENTO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ILMO.SR. Gestor Municipal de Saúde de Arapiraca - AL,

Venho, muito respeitosamente, solicitar a V. Sa. apoio e autorização para realizar a coleta de dados junto às enfermeiras que trabalham neste município nas equipes de saúde da família, referente à pesquisa para fins de produção da Tese de Doutorado no Programa de Doutorado Interunidades da Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP, com o tema: *Paradigma no trabalho em Enfermeiras na Estratégia Saúde da Família*.

O estudo tem como objetivos identificar sinais objetivos e subjetivos de fadiga em enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família que atuam nas cidades de Arapiraca e Maceió (Alagoas) e analisar se os sinais identificados apresentam associação com algumas características pessoais e ocupacionais desses enfermeiros.

Esclarecemos que a referida coleta de dados ocorrerá no período de outubro a dezembro do corrente ano, mediante a aplicação de dois instrumentos a serem respondidos pelas enfermeiras citadas que aceitarem participar da pesquisa, com a respectiva assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e conforme agendamento com as mesmas.

Sendo o que se apresenta para o momento, agradecemos desde já sua especial atenção ao nosso pedido e contamos com sua autorização.

Atenciosamente,

Maceió, 17 de setembro de 2013.

Lenira Mª Wanderley Santos de Almeida
Doutoranda EERP/USP

Ilmo. Sr. Dr. Ubiratan Pedrosa Moreira
M.M. D.D. Secretário Municipal de Saúde
Município de Arapiraca - Alagoas.

Autorizo a coleta de dados a ser realizada pela pesquisadora Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida nos termos solicitados.

Arapiraca, 17 de setembro de 2013

Dr. Ubiratan Pedrosa Moreira
Secretário Municipal de Saúde de Arapiraca-Alagoas

Apêndice B - Informações Sócio-Demográficas e Ocupacionais

Código de controle: _____ Data: ____/____/____

Item 1: DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Q1. Qual o seu sexo? ( ) Feminino ( ) Masculino

Q2. Qual a sua idade? _____ Anos

Q3. Qual a sua cor/raça? ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena

Q4. Qual é seu estado civil? ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ou com Companheira(o)
( ) Separado(a) ou Divorciado(a) ( ) Viúvo(a)

Q5. Escolaridade: Possui Pós-graduação? ( ) Sim ( ) Não ( ) Em andamento

Q5.1 Se Sim, quais são e quantas? ( ) Especialização
_____ N° _____

( ) Mestrado _____ N° _____

( ) Doutorado _____ N° _____

Q6. Qual é sua renda familiar mensal? R\$ _____

Q7. Qual o número de pessoas que residem com Você em seu domicílio? _____
Pessoas**Item 2: HÁBITOS DE VIDA**

Q8. Você fuma? ( ) Sim, fumo ( ) Já fumei, mas parei ( ) Não, nunca fumei

Q8.1 Se Sim, quantos cigarros Você fuma por dia? _____ Cigarros/dia

Q8.2 Se Você já fumou, mas parou de fumar, faz quanto tempo que parou?
_____ Anos/MesesQ9. Você consome bebida alcoólica? ( ) Sim, consumo ( ) Não, nunca consumi
( ) Já consumi, mas parei

Q9.1 Se Sim, qual a frequência do consumo?

( ) Utilizei bebida alcoólica no último mês, mas o consumo foi menos que uma vez
por semana.( ) Utilizei bebida alcoólica semanalmente, mas não todos os dias, durante o último
mês

( ) Utilizei bebida alcoólica diariamente durante o último mês.

Q9.2 Se Você já consumiu bebida alcoólica, mas parou de consumir, quanto tempo
faz que parou? _____ Anos/Meses

Q10. Você pratica exercícios físicos? ( ) Sim ( ) Não

Q10.1 Se Sim, Você se considera:

( ) Sedentária/o ( ) Pratica exercícios físicos raramente ( ) Pratica exercícios
físicos semanalmente( ) Pratica exercícios físicos diariamente ( ) Atleta ( ) Outro –
especificar _____**Item 3: DADOS OCUPACIONAIS**

Q11. Há quantos anos trabalha como Enfermeiro? _____ Anos

Q12. Há quantos anos trabalha na Estratégia Saúde da Família, como Enfermeiro?
_____ AnosQ13. Sua jornada de trabalho semanal na Estratégia Saúde da Família tem quantas
horas semanais, em média? _____ HorasQ14. Há quantos anos trabalha nesta Unidade/Equipe de Saúde da Família, como
Enfermeira(o)?
_____ Anos

Q15. Qual é seu turno de trabalho nesta Unidade?

- ( ) Horário administrativo (8:00 às 12hs e 14:00 às 18:00hrs)
 ( ) Manhã (8:00 às 12:00hs)
 ( ) Tarde (14:00 às 18:00hrs)
 ( ) Horário Corrido (8:00 às 15:00hrs)
 ( ) Outro – especificar _____

Q16. Você tem outro emprego além deste na Estratégia Saúde da Família? ( ) Sim

( ) Não

Q16.1. Se Sim, este emprego é na Enfermagem/Enfermeira(o)? ( ) Sim ( ) Não

Q17. Se Não, qual é esse outro emprego/trabalho?

Q18. Quantos empregos Você tem como Enfermeiro além da Estratégia Saúde da Família?

_____ Empregos

Q18.1. Qual é seu turno de trabalho no/s outro/s emprego/s como Enfermeiro?

- ( ) Horário administrativo (8:00 às 12hs; 14:00 às 18:00hrs)
 ( ) Manhã (8:00 às 12:00hs)
 ( ) Tarde (14:00 às 18:00hrs)
 ( ) Horário Corrido (8:00 às 15:00hrs)
 ( ) Noite – especificar horário (_____)
 ( ) Outro – especificar _____

Q18.2. Qual é seu turno de trabalho no/s outro/s emprego/s?

- ( ) Horário administrativo (8:00 às 12hs; 14:00 às 18:00hrs)
 ( ) Manhã (8:00 às 12:00hs)
 ( ) Tarde (14:00 às 18:00hrs)
 ( ) Horário Corrido (8:00 às 15:00hrs)
 ( ) Noite – especificar horário (_____)
 ( ) Outro – especificar _____

Q19. Nos últimos 12 meses você teve algum acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Q19.1 Se Sim, quantos e qual/quais acidente/s – Especificar

Q20. Nos últimos 12 meses você teve alguma doença relacionada ao trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Q20.1 Se Sim, qual/quais doença/s relacionadas ao trabalho – Especificar

---

Q21. Nos últimos 12 meses você teve algum afastamento do trabalho por acidente ou doença?

( ) Sim ( ) Não

Q21.1 Se Sim, por quanto tempo durou o afastamento? Especificar
 _____ Dias

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Para o Juiz**FADIGA NO TRABALHO EM ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Pesquisadora Responsável: Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida;
Orientadora: Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA O JUIZ
(Validação de Aparência)**

(Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991).

Ilustríssimo(a) Senhor(a) Professor(a),

Vimos convidar V.Sa. para participar do estudo “Fadiga no trabalho em enfermeiros da Estratégia Saúde da Família”, com o propósito de validar um dos instrumentos (validação de aparência) que será utilizado no mesmo. Sua participação consiste em avaliar o instrumento “Questionário de Informações Sócio-demográficas e Ocupacionais”, respondendo ao “Formulário de Avaliação dos Juizes (Validação de Aparência)”, cujo objetivo é analisar a facilidade de leitura, clareza e apresentação do referido instrumento considerando os elementos aparência, pertinência e compreensão. O benefício que obterá refere-se a vossa contribuição para o aumento do conhecimento científico na área.

Ressaltamos que lhe é assegurado sigilo total sobre vossa identidade e que V.Sa. tem o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe traga qualquer prejuízo. Poderá solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa e/ou instrumento sempre que sentir necessidade. O resultado da validação feita por V.Sa. será mui respeitosamente utilizado em estudos e eventos científicos da área da saúde e de enfermagem, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data.

Enfatizamos que V.Sa. poderá estar submetido(a) aos riscos de cansaço, desconforto, impaciência, acúmulo de atividades, constrangimento e desejo de recusa; que a pesquisadora está ciente de que poderá precisar lhe acolher na ocorrência desses riscos compreendendo e providenciando as medidas necessárias para sanar, bem como para suspender o processo de validação de instrumento caso seja de vosso desejo. Que V. Sa. não será onerado(a) financeiramente; que terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país para esse fim caso ocorra algum dano decorrente de vossa participação na pesquisa.

Caso V.Sa. concorde em participar, é preciso assinar este termo, que será preparado em duas vias sendo assinadas também pela pesquisadora que ficará com uma e V.Sa. com a outra.

Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação

no estudo, deverá dirigir-se e/ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Prédio da Reitoria, sala do Conselho dos Órgão Colegiados - C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária, Maceió, Alagoas, Telefone: 3214-1053, das 08 às 18 horas), ou, Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, São Paulo, CEP: 14040-902, Telefone 16-3602.3386, E-mail cep@eerp.usp.br, das 07 às 17 horas). O Comitê de Ética em Pesquisa tem o papel de acompanhar todas as investigações por ele autorizadas até a sua finalização e publicação, em respeito à dignidade humana, o que inclui o retorno dos resultados da pesquisa à sociedade e, nesse contexto, esperamos que o Comitê de Ética em Pesquisa seja visto pela comunidade científica não como um entrave burocrático, mas como um órgão colaborador para o desenvolvimento da competência ética e de uma visão mais ampla dos valores humanos.

Antecipadamente, agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Lenira M^a Wanderley Santos de Almeida

Autora da pesquisa

E-mail: lenirawanderley@usp.br

Telefone: (82) 88175938

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900. Campus da USP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sala 66.

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Orientadora da pesquisa

E-mail: avrmlccr@eerp.usp.br

Telefone: (16) 3602-3421

Consentimento de participação:

Eu

_ RG ou CPF: _____, concordo em participar do estudo "Fadiga no trabalho de Enfermeiras da Estratégia Saúde da Família", sob responsabilidade da pesquisadora Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida, como juiz(a) voluntário(a).

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

Apêndice D – Formulário De Avaliação Dos Juízes (Validação Aparência)

ITENS DO INSTRUMENTO	ITENS A SEREM AVALIADOS			SUGESTÕES
	Aparência*	Pertinência**	Compreensão***	
Q1. Qual seu sexo?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q2. Qual é sua idade?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q3. Qual sua cor/raça?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q4. Qual a sua escolaridade: Pós-graduação? Quantidades?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q5. Qual é seu estado civil?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q6. Qual é sua renda familiar mensal?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q7. Qual o número de pessoas que residem com Você em seu domicílio?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q8. Você fuma? Q8.1 Se Sim, quantos cigarros Você fuma por dia?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q9. Você bebe bebida alcoólica? Q9.1 Se Sim, com que frequência Você utilizou bebida alcoólica no último mês?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q10. Você pratica exercícios físicos? Q10.1 Nos últimos 12 meses, você tem praticado exercícios físicos ou realizado atividades físicas vigorosas regularmente, como esportes, caminhada rápida, dança, ou outro exercício, pelo menos 3 vezes por semana?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	

Q11. Há quantos anos trabalha como Enfermeiro?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q12. Há quantos anos trabalha na Estratégia Saúde da Família, como Enfermeiro?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q13. Sua jornada de trabalho semanal na Estratégia Saúde da Família tem quantas horas semanais, em média?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q14. Há quantos anos trabalha nesta Unidade/Equipe de Saúde da Família, como enfermeiro?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q15. Qual é seu turno de trabalho nesta Unidade?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q16. Você tem mais de um emprego? Q16.1. Se Sim, este emprego é na área de Enfermagem?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q17. Se Não, qual é a área que Você trabalha além da Enfermagem?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q18. Quantos empregos Você tem como Enfermeiro além da ESF? Q18.1. Qual é seu turno de trabalho no/s outro/s emprego/s como Enfermeiro? Q18.2. Qual é seu turno de trabalho no/s outro/semplego/s?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q19. Nos últimos 12 meses você teve algum acidente de trabalho? Q19.1 Se Sim, qual?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	
Q20. Nos últimos 12 meses você teve alguma doença relacionada ao trabalho? Q20.1 Se Sim, qual?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	

Q21. Nos últimos 12 meses você teve algum afastamento do trabalho por acidente ou doença? Q21.1 Qual o acidente ou doença e por quanto tempo durou o afastamento?	( ) adequado ( ) inadequado	( ) sim ( ) não	( ) adequado ( ) inadequado	

Anexo A – Questionário de Fadiga

Comitê de Pesquisa da Fadiga Industrial da Associação Japonesa da Saúde Industrial, 1967. Validado por Yoshitake (1975); traduzido e utilizado inicialmente no Brasil para pesquisa com trabalhadores da indústria petroquímica nacional por FISCHER et al, (1991); amplamente utilizado por pesquisadores brasileiros (FISCHER et al 1991; METZNER, FISCHER, 2001; VASCONCELOS et al 2011; SWERTS, 2014)

FADIGA 01. Marque com que frequência você apresenta os seguintes sintomas:					
	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Sinto a cabeça pesada	5	4	3	2	1
2. Sinto moleza no corpo	5	4	3	2	1
3. Sinto moleza nas pernas	5	4	3	2	1
4. Tenho vontade de bocejar durante o trabalho	5	4	3	2	1
5. As minhas idéias não são tão claras	5	4	3	2	1
6. Estou com sonolência (com sono)	5	4	3	2	1
7. Sinto os olhos cansados	5	4	3	2	1
8. Tenho dificuldades em me movimentar	5	4	3	2	1
9. Tenho dificuldades em permanecer em pé	5	4	3	2	1
10. Eu gostaria de ir me deitar um pouco (durante o horário de trabalho)	5	4	3	2	1

FADIGA 02. Assinale as questões abaixo:					
	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Preciso me concentrar mais	5	4	3	2	1
2. Não tenho vontade de falar com ninguém	5	4	3	2	1
3. Fico irritado(a) facilmente	5	4	3	2	1
4. Não consigo me concentrar	5	4	3	2	1
5. Tenho outras coisas em que pensar além do meu trabalho	5	4	3	2	1
6. Minha memória não está boa para algumas coisas no trabalho	5	4	3	2	1
7. Cometo pequenos erros no meu trabalho	5	4	3	2	1
8. Tenho outras preocupações fora o meu trabalho	5	4	3	2	1
9. Eu gostaria de estar em forma para o meu trabalho, mas não me sinto em boas	5	4	3	2	1

condições					
10. Não posso mais continuar a trabalhar, embora tenha que prosseguir	5	4	3	2	1
FADIGA 03. Marque com que frequência você sente:					
	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Dor de cabeça	5	4	3	2	1
2. Ombros pesados	5	4	3	2	1
3. Dores nas costas	5	4	3	2	1
4. Dificuldades em respirar bem	5	4	3	2	1
5. Boca seca	5	4	3	2	1
6. Voz rouca	5	4	3	2	1
7. Tonturas	5	4	3	2	1
8. Tremores nas pálpebras	5	4	3	2	1
9. Tremores nos membros (braços, pernas)	5	4	3	2	1
10. Sinto-me doente	5	4	3	2	1

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para sujeitos

FADIGA NO TRABALHO EM ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisadora Responsável: Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida;

Orientadora: Maria do Carmo Cruz Robazzi.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

Eu,.....

., tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo “Fadiga no trabalho em Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família”, recebi da Senhora Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida, professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e doutoranda do Programa de Pós-Graduação Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender, sem dificuldades e sem dúvidas, os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a identificar sinais objetivos e subjetivos de fadiga em enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) e analisar se os sinais identificados apresentam associação com algumas características pessoais e ocupacionais do enfermeiro da ESF.

- Que a importância deste estudo é a possibilidade de subsidiar e fortalecer os centros destinados a cuidar dos trabalhadores, munindo-os com informações acerca dos diversos grupos, conforme suas características específicas.

- Que esse estudo começou em março de 2010 e encerrar-se-á em setembro de 2014, sendo a coleta de dados a ser realizada após aprovação do projeto pelo CEP da EERP/USP.

- Que o estudo será feito da seguinte maneira: a pesquisadora comparecerá à unidade onde eu trabalho para conversar e explicar o estudo; em seguida, numa data e em local que eu marcar será feita a coleta dos dados por meio de dois instrumentos autoaplicáveis na presença e com a ajuda da pesquisadora; depois a pesquisadora irá organizar os dados, analisar e divulgar os resultados do estudo;

- Que eu participarei do estudo respondendo a dois questionários autoaplicáveis com o apoio da pesquisadora;

- Que a pesquisadora agendará outro local da minha preferência para aplicação dos questionários, caso eu prefira não responder no local de trabalho;

- Que a pesquisadora providenciará local adequado para a que eu responda aos questionários caso eu deseje responder fora do meu local de trabalho, assegurando a minha privacidade em qualquer dos locais escolhidos.

- Que a presente pesquisa pode oferecer os seguintes riscos: desconforto, cansaço, impaciência ou constrangimento, pois estarei respondendo a dois instrumentos autoaplicáveis que captam informações pessoais sobre alguns aspectos sociodemográficos, de situação ocupacional e de cansaço/fadiga no trabalho, cujo preenchimento pode demorar. No entanto, a pesquisadora está comprometida em evitar, minorar e prestar cuidados na ocorrência desses riscos e respeitar as minhas condições de realização, continuidade e encerramento do preenchimento desses instrumentos.

- Que obterei benefícios indiretos com a minha participação uma vez que estarei colaborando com a discussão sobre a fadiga no trabalho de enfermeiros e suas

possíveis repercussões para a saúde desse trabalhador.

- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo.
- Que sempre que eu desejar serão prestados esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que o estudo, após finalizado, será encaminhado à publicação em revistas científicas e apresentado em congressos de enfermagem e de áreas afins.
- Que a minha participação na pesquisa não me trará nenhuma despesa.
- Que serei indenizad(o,a) por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa conforme as leis vigentes no país.
- Que receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinada pela pesquisadora e que a mesma também ficará com uma cópia.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado(a) ou obrigado(a).

Endereço da responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Nome: Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida

Endereço: Rua Hamilton de Barros Coutinho n.º 307 Apto 201 Ed Copacabana

Bairro: Jatiuca CEP/57035-690 Cidade: Maceió-AL

Telefones p/contato: (82)3337-39522 ou (82) 9972-6662

ATENÇÃO:

Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se e/ou entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária, Maceió, Alagoas, Telefone: 3214-1053), ou, Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, São Paulo, CEP: 14040-902, Telefone 16-3602.3386, E-mail cep@eerp.usp.br, das 07 às 17 horas).

O Comitê de Ética em Pesquisa tem o papel de acompanhar todas as investigações por ele autorizadas até a sua finalização e publicação, em respeito à dignidade humana, o que inclui o retorno dos resultados da pesquisa à sociedade e, nesse contexto, esperamos que o Comitê de Ética em Pesquisa seja visto pela comunidade científica não como um entrave burocrático, mas como um órgão colaborador para o desenvolvimento da competência ética e de uma visão mais ampla dos valores humanos.

Arapiraca, _____ de _____ de _____.

Voluntári(o,a) (rubricar demais folhas)

Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida (pesquisadora responsável) (rubricar demais páginas)

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fadiga no Trabalho em Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21584813.5.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 499.997

Data da Relatoria: 18/12/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico sobre a presença de sinais subjetivos e objetivos de fadiga em enfermeiros da ESF que trabalham em dois municípios do Estado de Alagoas (Maceió e Arapiraca). Tal estudo será desenvolvido com 120 participantes que são enfermeiros das equipes de saúde da família implantadas nos dois municípios. A coleta se dará por meio da aplicação de instrumentos de caracterização dos sujeitos (sociodemográfica e ocupacional) e aplicação do Questionário de Fadiga do Comitê de Pesquisa da Fadiga Industrial da Associação Japonesa da Saúde Industrial, segundo as pesquisadoras, já validado e traduzido para o uso no Brasil. Os dados serão tratados e armazenados em banco de dados do EpiInfo Windows e a análise será realizada com o software SPSS (versão 15). Será feita descrição dos dados, análise estatística bivariada para variáveis quantitativas e qualitativas e análise multivariada sendo a variável dependente dicotômica. O nível de significância aceito no estudo será de 0,05. As pesquisadoras esperam encontrar associações entre as características pessoais e ocupacionais dos participantes e os sinais de fadiga dos enfermeiros pesquisados.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo avaliar a presença de sinais objetivos e subjetivos de fadiga em enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família de dois municípios do Nordeste do país (Maceió e Arapiraca, ambos no estado de Alagoas).

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br