Trabalhadores de hospital:
condições de trabalho e sintomas de saúde.

Leila Quadrat Goulart

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo
para obtenção do Grau de Mestre.

Área de concentração: Saúde Ambiental
Orientadora: Prof. Titular Frida Marina Fischer

São Paulo
2004

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
Biblioteca/CIR
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.
Assinatura:
Data:

Dedicatória

Em fevereiro de 2001 iniciei a árdua batalha para tentar alcançar um sonho antigo, o grau de Mestre, ao ingressar como aluna na pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública, área de concentração de Saúde Ambiental, Departamento de Saúde do Trabalho, incentivada pelo orientador, o Prof. Emérito Dr. Diogo Pupo Nogueira.

Não era uma jovem iniciando a profissão – tinha dezesseis anos de formada e treze anos de atuação no mercado profissional. Minha experiência, embora diferisse muito daquela do mestre, tanto em tamanho, quanto em campo de atuação, foi tratada com respeito e humildade, apesar de seu conhecimento imensurável, de sua invejável sabedoria, que talvez fosse a fonte de sua eterna curiosidade e disposição.

Nossos encontros, tanto na Universidade de São Paulo, quanto em sua residência, sempre foram agradáveis e saudosos. Com o falecimento súbito de sua grande amiga e colaboradora, desde os tempos da graduação na Universidade de São Paulo - ela na Faculdade de Letras, na Rua Maria Antônia, ele na Faculdade de Medicina, no local ocupado agora pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - depois sua esposa e mãe de seus filhos e sempre a companheira de todos os momentos, perdeu o seu principal incentivo para se apegar à vida e, cerca de um ano e meio depois, em doze de agosto de dois mil e três teve seu último evento vital, longe do hospital, cercado pelas lembranças dos tempos agradáveis de sua existência com a insubstituível companheira, conforme suas palavras.

Em respeito à dignidade de suas condutas, à sua existência ética e à admiração que merece, abri mão do sonho para preservar uma relação de respeito e fraternidade em seus dias solitários e lúgubres.

A Prof.a Titular Frida Marina Fischer, outra grande admiradora do Prof. Dr. Diogo, "adotou" dois de seus alunos. Espero que sua colaboração seja retribuída com nosso esforço tentando recuperar de forma imperfeita e fragmentada o tempo "perdido".

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho pela compreensão e pelas repreensões nos momentos de desânimo

Ao colega Dr. Anísio Ortiz Monteiro pelo apoio e estímulo persistente

A todos que me estimularam e/ou colaboraram

À Prof.a. Titular. Frida Marina Fischer pelas contribuições ao trabalho

Índice

1. Introdução

1.1. Abordagem sobre bioética: o hospital hoje 1

1.2. História: saúde e hospital 2

1.3. Trabalhar no hospital e riscos à saúde 5

1.3.1. Trabalho em turnos 8

1.3.2. Resíduos hospitalares 14

2. Objetivos gerais 15

3. Metodologia 16

4. Resultados

4.1.1. Local de estudo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo 17

4.1.2. População estudada 18

4.1.3. Descrição da área onde foi conduzido o estudo

4.1.3.1. Área física e distribuição 20

4.1.3.2. Tarefas e horários dos profissionais da enfermaria de Clínica Médica 25

4.2.1. Questionários – população participante do estudo 30

4.2.2. Análises estatísticas e variáveis estudadas 32

4.2.3. Análise da população 33

5. Discussão 57

6. Conclusões 62

7. Sugestões 63

8. Referências Bibliográficas 64

Anexos

Anexo 1 – Consentimento informado e esclarecido 71

Anexo 2 - Questionário 72

"...O estado de saúde, para o indivíduo, é a inconsciência de seu próprio corpo. Inversamente, tem-se a consciência do corpo pela sensação dos limites, das ameaças, dos obstáculos à saúde...."

"Sempre se admitiu, e atualmente é uma realidade,
que a medicina existe porque há homens que se sentem doentes,
e não porque existem médicos que os informam de suas doenças.
A evolução histórica das relações médico e o doente na consulta clínica
não muda em nada a relação normal permanente entre o doente e a doença."
Canguilhem,G.,1966

Resumo

Goulart LQ **Trabalhadores de hospital: condições de trabalho e sintomas de saúde.** São Paulo, 2004. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Objetivo: Avaliar efeito do trabalho em turno diurno e noturno nos trabalhadores do Hospital Universitário da Universidade de ao Paulo. **Metodologia:** Foi realizado estudo de quarenta trabalhadores no setor de pacientes internos da Clínica Médica. Foram analisadas as atividades executadas em cada turno.Avaliação de características sócio-demográficas e de bem estar por estudo observacional e resposta a questionário. **Resultados:** Enfermeiras e técnicos de enfermagem trabalham 6 horas por dia durante quatro manhãs ou tardes e um plantão diurno de 12 horas.O turno noturno segue o esquema tradicional dos hospitais brasileiros com trabalho de 12 horas seguidos por 36 horas de descanso. Observou-se que o esforço físico está associado a posturas desajeitadas dos trabalhadores do turno diurno do horário matutino. Durante esse horário são realizadas atividades que exigem maior esforço físico relacionadas aos cuidados dos pacientes. Observou-se significância estatística associada à dor nas costas e doenças musculoesqueléticas e má postura no trabalho.**Conclusão:**Apesar do pequeno número de participantes foi possível concluir que há necessidade de mobiliário e instrumentos adequados para diminuir a carga física dos trabalhadores e reduzir as queixas de dor nas costas e doenças musculoesqueléticas.

Descritores: Trabalhadores de cuidado à saúde. Condições de trabalho. Sintomas de saúde.

Summary

Goulart LQ **Trabalhadores de hospital: condições de trabalho e sintomas de saúde.** (Hospital workers: working conditions and health symptoms.) São Paulo (BR): 2004. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo Brazil

Objective: To evaluate the effects of day and night work among health care workers of University Hospital of São Paulo, Brazil. **Methodology:** it was carried out study among 40 health care workers, in the sector of intern patients and medical clinic. It was analysed the work activities performed in each shift. Socio-demographic characteristics and well-being was evaluated using an observation and thru a questionnaire. **Results:** Nurses and nurses aids worked 6 hours a day during 4 morning or afternoon shifts, and one 12- hour dayshift. At night, shifts are of 12 hours. At night it follows the traditional work schedule of Brazilian hospitals, with 12 hours on X 36 hours off. It was observed that physical efforts are related to awkward body postures particularly among diurnal workers, and in the morning shifts. During this time of the day, more activities - physical efforts, related to patients care, take place. It was found an statistically significant association of reported symptoms of back pains and muscleskeletal diseases and bad postures at work. **Conclusions:** Despite the small number of study participants it was possible to conclude it is necessary to adequate furniture and tools, to decrease the physical load of the workers, and consequently the reported backache complaints and other muscleskeletal diseases.

Key words: Health care workers. Working conditions. Health symptoms

1. Introdução

1.1. Abordagem sobre bioética: o hospital hoje

Estamos em época de discussão entre pesquisadores, juristas, público e cidadãos, de questões novas, graves e difíceis, sob o aspecto ético, criadas pelo avanço tecnológico dos últimos quarenta anos. Alteração dos critérios para considerar a morte de um indivíduo com o avanço do uso de órgãos para transplante de pessoas com morte cerebral. A reanimação de pessoas sem prognóstico e a eutanásia. Os embriões da inseminação *in vitro* mantidos congelados. O mapeamento do genoma humano e a provável possibilidade de intervenção, ressuscitando o risco de eugenia. Essas e outras questões novas, fizeram aparecer o termo bioética a partir de duas palavras gregas – *bios*, vida, e *ethikós*, ética (ANDORNO 1996; SEGRE e COHEN 1999).

Por outro lado, no mesmo período, assistimos à evolução da cirurgia laparoscópica, com redução do tempo para recuperação pós-operatória. Melhora da confirmação diagnóstica com aparelhos de imagem mais precisos, como a ressonância magnética, a endoscopia e a tomografia computadorizada. Uso de novos materiais e técnicas cirúrgicas em doenças ortopédicas com redução do tempo de cura. A cirurgia a laser em oftalmologia para deslocamento de retina, o uso de microscópio para cirurgias neurológicas, a medicina fetal realizando procedimentos cirúrgicos antes do nascimento e as teleconferências, diminuindo as distâncias de acesso ao conhecimento e facilitando sua troca (AREVALO 2001).

Esses acontecimentos contrastam com a lembrança dos primeiros hospitais, que tinham por finalidade o abrigo a viajantes, na maioria das vezes doentes. Nos dias atuais, os hospitais são instituições de atendimento à saúde de estrutura complexa, com diferentes serviços de hotelaria, de tecnologia e de capacidade de resolução, cuja organização funcional foi normatizada e publicada no Diário Oficial da União 2000, abrangendo as seguintes atividades ou atribuições:

- atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital dia;
- atendimento imediato de assistência à saúde a indivíduos em situações de sofrimento, sem ou com risco de morte ;

- atendimento à saúde em regime de internação para indivíduos que necessitem de assistência direta programada por período superior a vinte e quatro horas;
- atendimento de apoio diagnóstico e terapia;
- prestação de serviços de apoio técnico;
- formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa;
- prestação de serviços de apoio à gestão e execução administrativa;
- prestação de apoio logístico – atendimento ao estabelecimento em funções de suporte operacional.

Os estabelecimentos de atendimento à saúde, em que se incluem os hospitais, têm como objetivo principal recuperar a saúde dos usuários, sendo considerados serviços essenciais. Para garantir seu funcionamento contínuo na área de atendimento, de suporte e de conforto ao usuário, os empregados trabalham em turno diurno e noturno.

Os trabalhadores de hospital em contato direto com o usuário e com acesso a documentos médicos, estão comprometidos com o código de ética das diferentes categorias profissionais – médicos, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, etc. Esses códigos são fundamentados nas mesmas bases conceituais: o respeito à privacidade, à livre escolha do profissional, do tratamento e/ou conduta e do seu consentimento, após esclarecimento sobre prognóstico e conseqüências envolvidos no diagnóstico e tratamento.

Os funcionários de determinados setores do hospital convivem com a possibilidade de enfrentar, com maior freqüência que a população geral, o processo do último evento vital do usuário que está sob seus cuidados e a família.

Além dessas e outras responsabilidades inerentes à função, estão sujeitos aos efeitos deletérios do trabalho em turnos e noturno, que contrariam princípios biológicos e de convivência social, como dormir a noite e trabalhar de dia e estar com a família e amigos nos fins de semana, às vezes agravados por fatores socioeconômicos que impõem condições desfavoráveis de moradia para o descanso diurno.

1.2. História da saúde e do hospital

As práticas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência, num estágio inicial da civilização, voltadas para a manutenção da sobrevivência humana, estando associadas em sua origem a afetividade que levava o homem a buscar a cura ou apaziguar a dor do ente querido.

A medicina primitiva era baseada em um conjunto de crenças e práticas relacionadas à saúde, com forte componente psicológico, baseada em fé, ritos mágicos e no emprego de práticas instintivas.

Hipócrates é considerado o pai da medicina científica. Nasceu em Cós, na Grécia, no século IV, por volta do ano 460 a.C., onde havia uma escola de medicina. Filho de médico, criticava a crença na origem divina da enfermidade e ensinava seus processos fisiológicos e fisiopatológicos, que levaram à concepção do tratamento. Considerando o paciente como um todo indivisível, a terapêutica deveria ser completa e eficaz (AREVALO 2001).

As primeiras instituições médicas conhecidas, tendo por objetivo o abrigo e tratamento de doentes, são os *Valetudianaria*, em Roma, entre os séculos 1a.C. e 1d.C. O termo hospital tem origem no latim ***hospitium***, que significa "lugar onde os viajantes (***hospes***) pernoitam". Sua imagem como local de caridade, bem como de abnegação e doação pessoal das pessoas que nele trabalham se deve a sua origem religiosa (MAGNE 1953).

No século IV depois de Cristo, foram fundados pelo clero, em nome da nova fé, estabelecimentos destinados ao cuidado e abrigo dos doentes, que passaram a prestar diversos tipos de assistência social. Naquele período, ***Hospitium*** servia de refúgio e abrigo aos forasteiros, enquanto os ***Nosocomia*** eram casas para receber doentes em geral, os ***Lobotrophia*** recebiam doentes sem esperança de cura e os ***Xenodochia*** consistiam em pousadas ou pensões de permanência temporária cujos usuários raras vezes eram pessoas sadias – esses três estabelecimentos eram os mais próximos do que hoje chamamos hospitais. Como as pessoas que procuravam esses lugares necessitavam de cuidados, os religiosos viram-se obrigados a adicionar serviços de enfermagem.

Na baixa Idade Média, os monges estudavam e praticavam a medicina, cultivavam ervas e raízes com propriedades terapêuticas, copiavam e traduziam os

tratados médicos da antigüidade. Cada mosteiro dispunha de um ***Nosocomium*** ou ***Xenodochium*** para assistir seus doentes ou da vizinhança, bem como pobres e viajantes. Os ***Xenodochia*** tinham como atribuição a assistência ao enfermo e muito deles constituíram uma seção especial para esta finalidade, o ***infirmarium*** ("enfermaria").

As ordens monásticas ensinavam a arte da cura e podem ser consideradas as primeiras organizações medievais de repasse institucional da sabedoria e da prática médica, no início dirigida a seus próprios membros. A partir do século IX estes conhecimentos passaram a ser oferecidos ao público leigo que vinha se instruir nos conventos.

Em meados do século XVII, foram estabelecidos em Londres e depois nas demais províncias Britânicas, "dispensários" que ofereciam cuidados médicos e de hospitalidade a pessoas capazes de se locomover em regime isento de internação. O termo "ambulatório", que passou a ser usado também para designar os dispensários, designava na sua origem as passagens encobertas ao redor de um claustro ou a via de procissão em torno do altar de uma basílica (ANTUNES 1991).

O princípio de que o saber médico se forma no próprio leito do doente data do final do século XVIII (FOUCAULT 1998). "Nos tempos passados, a arte da medicina era ensinada na presença de seu objeto e os jovens aprendiam a ciência médica no leito do doente". Foucault também diz que a partir do momento em que foi alterada a abordagem da morte, passando à visão técnica e conceitual, a doença pôde ser especializada e individualizada.

Até 1870 predominava a "medicina de família" baseada na autocura : "Todo mundo, indistintamente, praticava esta medicina... as experiências que cada um fazia eram comunicadas a outras pessoas ... e estes conhecimentos passavam de pai para filho" (LETTSON 1970).

A família deixou aos poucos de ter condições de cuidar e acompanhar o doente em casa devido à falta de tempo e espaço da vida moderna e urbana. No final do século XIX, o hospital se transformou no lugar da ciência médica e da ordem burocrática na recuperação do cidadão para a vida – abandonou suas características originais de lugar da caridade e da morte e tornou-se o espaço da vida, da racionalidade, da ciência, da burocracia e dos negócios (RODRIGUES 1999).

O hospital está relacionado, na atualidade, a lembranças importantes, algumas motivo de alegria, como o nascimento de um filho ou uma cirurgia bem sucedida, outras motivo de tristeza e angústia, como o desespero na ocorrência de acidente causando ferimento de ente querido ou a notícia que não resistiu a doença ou à cirurgia. O trabalhador em ambiente hospitalar convive com essas emoções no cotidiano, muitas vezes representando um fator adicional de estresse.

"... Os pacientes podem então sentir na pele o paradoxo que envolve o hospital contemporâneo, e que o obriga a ser, a um só tempo, espaço privilegiado de reposição para a vida e escola de aprendizado da morte."

(ANTUNES 1991)

1.3. Trabalhar no hospital e riscos à saúde

O hospital, nos dias atuais, possui uma estrutura complexa, sendo uma empresa do setor terciário da economia que tem por objetivo promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas, através de assistência intensiva e contínua, em regime de internação, ou através de atendimento ocasional ou periódico, em regime ambulatorial. A fim de manter a prestação de serviço vinte e quatros horas por trezentos e sessenta e cinco dias do ano, o hospital possui divisão hierarquizada de responsabilidades (GOLBERD e BUTTARO 1990).

As funções básicas de um hospital, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), são divididas em quatro grupos: restaurativas, preventivas, educativas e de pesquisa.

As diversas categorias profissionais do pessoal hospitalar são organizadas em vários departamentos, tais como:

- corpo médico: clínicos, cirurgiões, obstetras, pediatras, psiquiatras, ortopedistas, anestesistas, etc.
- serviços técnicos complementares: enfermagem, serviço social, serviço de nutrição e dietética, arquivo médico, estatística, etc.
- serviços médicos complementares de diagnóstico e tratamento: radiologia, laboratório clínico, anatomia patológica, etc.

- departamento administrativo e financeiro. Além de fornecer os recursos materiais para o bom andamento da organização, coordena os serviços de hotelaria.

O serviço prestado pelo hospital pode ter o seu desempenho avaliado, segundo MEZONO 1991, através de padrões estabelecidos para aspectos como segurança do paciente, amplitude de atendimento às necessidades prioritárias da população, rapidez de atendimento, qualidade dos serviços profissionais, regularidade do atendimento e conforto.

Com a incorporação das novas técnicas, acrescentou-se ao risco tradicional de exposição a agentes biológicos, os riscos físicos, químicos, ergonômicos e de acidentes, distribuídos de modo heterogêneo nos diversos setores (OCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION - OSHA – Hospital and Tools - 2004).

No setor de atendimento à saúde em regime de internação os trabalhadores estão sujeitos a:

- **riscos biológicos** - por exemplo, tuberculose, hepatite B ou C e síndrome da imunodeficiência humana adquirida;
- **riscos químicos** devido ao uso, por exemplo, sabões, desinfetantes, medicamentos e quimioterápico ;
- **riscos físicos** por exemplo, radiação não ionizante do laser e da radiação ultra-sônica dos aparelhos de exames por imagem;
- **riscos ergonômicos** por exemplo, sobrecarga psíquica decorrente do conteúdo do trabalho para técnicos de enfermagem;
- **riscos de acidentes,** por exemplo com eletricidade, decorrente da utilização de equipamentos eletroeletrônicos (Figura 1).

Na América Latina e Caribe existem cerca de quatorze mil hospitais e mais de um milhão de leitos. Supondo-se que a média aproximada nesses hospitais seja de dois a três funcionários por leito, a população de trabalhadores em todos os serviços de saúde deve ser superior a dez milhões de pessoas, de acordo com NOVAES 1992.

Conforme o Technical Manual da Ocupational Safety and Health Administration (OSHA) do U.S. Departament of Labor, em 1988 nos Estados Unidos, 4% da força de trabalho estava empregada em hospitais e, segundo o National Safety Council (NSC), os trabalhadores de hospitais eram 41% mais

sujeitos a trauma ou doença relacionada ao trabalho do que os empregados de outros setores.

Figura 1 – Aviso de risco em hospital

Nos Estados Unidos ocorrem de seiscentos a oitocentos mil ferimentos perfurocortantes por ano nos trabalhadores de serviço de saúde, causando, além do ferimento, distúrbio psíquico pela tensão decorrente do risco de contaminação, através de sangue ou de fluidos corporais, por infecções sérias, como a hepatite viral e a AIDS (síndrome da imunodeficiência humana adquirida).

Devido o uso de luvas, de 8% a 12% do pessoal de saúde, nos Estados Unidos, desenvolve sensibilidade ao látex (Natinal Institute for Occupational Safety and Health – NIOSH - 2001).

Na França, conforme ESTRYN-BEHAR e POINSIGNON 1989, o setor hospitalar empregava um milhão de pessoas – cento e cinqüenta e sete mil médicos e cento e noventa e oito mil enfermeiras – correspondente, na França, a cinco por cento da população assalariada ativa e nove por cento das mulheres assalariadas.

No hospital deve existir um programa de segurança com treinamento regular de equipes para procedimentos contra fogo, acidentes com eletricidade e controle de infecções. Esse programa deve incluir uso de equipamento contra incêndio, procedimento para exposição a sangue ou fluidos corporais, procedimento para ocorrência de liberação de gases comprimidos, tóxicos ou corrosivos e procedimentos alternativos quando outros falharem (Occupational Safety and Health Administration – OSHA – U. S. Departament of Labor 2001).

Segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas, publicadas pelo INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), redação dada pela portaria número 1, de 12 de maio de 1995, o hospital está enquadrado em grau de risco 3.

A Norma Regulamentadora número quinze (NR-15), da lei número 6514, de 22 de dezembro de 1977, aprovada pela Portaria número 3214,de 08 de junho de 1978, Ministério do Trabalho, determina o grau de insalubridade relacionado a

diferentes setores de atividade. O reconhecimento de que a atividade é insalubre concede ao empregado direito a adicional de dez, vinte ou quarenta por cento do salário mínimo, se o grau de insalubridade for mínimo, médio ou máximo respectivamente.

O anexo quatorze, da NR-15, refere-se a agentes biológicos e indica grau médio de insalubridade para os trabalhos ou operações em contato permanente com pacientes, animais ou com material infectocontagiante, em hospitais, serviços de emergência, enfermaria, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana; laboratório de análise clínica e histopatologia (aplica-se tão-só ao pessoal técnico); e gabinetes de autópsias, de anatomia e histoanatomopatologia (aplica-se somente ao pessoal técnico).

Há tendência, entre juristas, de questionar o adicional de insalubridade, pois atua como se o empregador pudesse se isentar da adoção de medidas de proteção coletiva e/ou individual, remunerando o empregado pelo risco a que esta exposto, quando o preconizado pelos técnicos em higiene e segurança do trabalho é a adoção, quando possível, de medidas que tornem as atividades e ambientes de trabalho isentos de riscos para o empregado, para a comunidade e para o meio ambiente.

A Norma Regulamentadora nº17, da lei 6514/77, intitulada Ergonomia, visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar conforto, segurança e desempenho.

"Compreender o trabalho para mudá-lo" é o título do livro francês usado como referência sobre a metodologia da ação ergonômica, que considera os trabalhadores, individuais e coletivamente, como atores de seu trabalho, da construção de sua saúde e de suas competências (GUÉRIN, LAVILLE, DANIELLOU, DURAFFOURG, KERGUELEN 2001).

Foi divulgada para consulta pública, em dezembro de 2002, pela Secretaria de Inspeção do Trabalho e pelo Diretor do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho , a NR-32 – Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde (permanece sob consulta até o presente – agosto/2004).

1.3.1. Trabalhar em turnos

O serviço de atendimento à saúde inclui uma das categorias profissionais mais antigas de trabalho em turnos, sendo citada por Ramazzini, em seu histórico livro *De Morbis Artificum Diatriba* – "As Doenças dos Trabalhadores", cuja primeira edição data de 1700, onde cita as parteiras e os padeiros que trabalhavam à noite, enquanto os outros dormiam (RAMAZZINI 2000).

O trabalho em turnos existe desde o início da vida social dos homens em formação organizada, como em cidades e estados. Os mais antigos grupos profissionais que trabalham em sistema de turnos, por prestarem serviço para o qual é imperativo estar disponível a qualquer instante, pertencem ao ramo do serviço de guarda, como guarda-noturno, vigia, polícia e bombeiro, ou ao serviço de auxílio, como profissionais de cuidado à saúde, como enfermeiras, médicos e parteiras (RUTENFRANZ, KNAUTH, FISCHER 1989; CARPENTIER e CAZAMIAN 1977).

No trabalho em turnos há uma continuidade na produção ou na prestação de serviços, sendo a tarefa executada em parte por cada trabalhador, que ao término de sua jornada, cede ao que o substitui, do turno sucessivo, a continuidade da tarefa.

Em contraste com a jornada "normal", o chamado horário administrativo, entre as oito ou nove horas e dezessete ou dezoito horas, excluindo os fins de semana, a organização do trabalho em turnos, diurno e noturno, irá determinar horários diferentes ou horário constante, porém incomum, por exemplo, o período noturno permanente (RUTENFRANZ, KNAUTH, FISCHER 1989).

O trabalho em turnos e no período noturno, no início restrito a serviços essenciais, tais como saúde e segurança, foi incrementado a partir da introdução de processos contínuos de produção como, por exemplo, o tratamento de água e esgotos, a produção e distribuição de energia e de derivados do petróleo, a manutenção de redes elétricas e a maioria das indústrias químicas.

O trabalho em turnos se deve também a existência de equipamentos cujos períodos de interrupção precisam ser os menores possíveis, tais como caldeiras e equipamentos de tinturaria; outros equipamentos devem ser utilizados ao máximo de sua capacidade, como os teares; ou equipamentos cuja paralisação por curtos períodos de funcionamento seja tecnicamente inviável, como alto forno de

siderurgia; e serviços de atendimento à população, por exemplo, polícia, aeronautas e aeroviários, profissionais da área de saúde, comunidade e comércio (FISCHER 1995).

Na década passada, principalmente nos grandes centros urbanos, surgiram serviços disponíveis muitas horas por dia, durante os dias de semana e fins de semana, tais como processamento bancário e serviços de telecomunicações. O setor de serviços vem se expandindo, com centros de compras, supermercados, hotéis e lazer funcionando vinte e quatro horas ou horários e/ou dias não convencionais (FISCHER et al. 2004).

O trabalho em turnos é responsável, nos países desenvolvidos, por cerca de 20% do nível de emprego, sendo metade desse trabalho realizado em turno noturno e a atividade noturna permanente, correspondendo a um terço de todo o trabalho em turnos. Na Comunidade Européia, segundo GRANDJEAN 1978, o número de trabalhadores por turnos aumentou de 12 a 22% no ano de 1978 e, em 1979, na Alemanha, 10% de todos os trabalhadores tinha jornada noturna.

Em Portugal, de acordo com SILVIA, DUARTE, MARTINS, SILVÉRIO 1995, quinze por cento da população trabalha em turnos e o impacto do esquema de trabalho em turnos no sono, na saúde e nas atividades extra profissionais ainda não foi muito estudado naquele país. Devido à facilidade de acesso, a maioria desses estudos foi realizada em enfermeiras.

No Brasil não existem dados oficiais sobre o tamanho da população que trabalha em turnos ou noturno, sendo estimado em cerca de dez por cento ou mais da população ativa, a partir de levantamento realizado em 1994, na área metropolitana de São Paulo, pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), a pedido da Fundacentro, que caracterizou como trabalhador em turnos e noturno 8,6% da população (FISCHER et al.1995).

Pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de CAMPANHOLE e CAMPANHOLE 2000, o trabalho noturno é aquele realizado entre as 22 horas de um dia e às 5 horas do dia seguinte. A hora nesse período é computada como de 52 minutos e 30 segundos e, salvo nos casos de revezamento semanal ou quinzenal, o trabalho noturno tem remuneração superior à do diurno – acréscimo de pelo menos 20% sobre a hora diurna.

Conforme NASCIMENTO 2001, justifica-se o princípio constitucional da remuneração do trabalho noturno maior do que a do trabalho diurno, porque o trabalho noturno é mais penoso para o organismo, sendo proibido para menores de dezoito anos.

A convenção nº 171, da Organização Internacional do Trabalho, adotada legalmente pelo Brasil em 08/março/2004, prevê, como compensação para o trabalho noturno, jornada de trabalho menor, melhor salário ou benefícios similares.

Por outro lado, as inúmeras regras de proteção à mulher da CLT vêm sendo eliminadas, como a proibição ao trabalho noturno e às horas extras, abolidas pelas leis nº7855, de 24 de novembro de 1989, e nº10244, de 27 de junho de 2001, respectivamente. Na área de serviços de saúde o trabalho noturno feminino já constava como exceção no artigo 379 da CLT.

Segundo dados do Ministério da Previdência Social e Emprego, o trabalho com contratação pelo regime da CLT, ou seja, a população inserida no mercado formal de trabalho, vem decrescendo desde mil novecentos e oitenta e nove, quando era de 58,9% da população economicamente ativa, em mil novecentos e noventa e sete passou a ser 46,4% e em dois mil e três era estimada em 40%. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima a taxa média de desemprego de 12,3% no país em 2003, maior que a mesma taxa, então 10,5%, em dezembro de 2002.

No hospital, vários serviços de atendimento, suporte, manutenção e vigilância são ininterruptos, portanto, a organização desses serviços é feita por turnos de trabalho. Há profissionais em turnos fixos no período matutino, vespertino e noturno, a maioria com plantões em fim de semana.

ESTRYN-BEHAR e POINSIGNON 1989 citam o trabalho noturno como uma característica incontornável do trabalho hospitalar e relatam as queixas dos trabalhadores do período noturno quanto a distúrbio do sono, da memória, irritação e sentimento de solidão.

GASPAR, MORENO, MENNA BARRETO 1998, relatam que vários estudos demonstraram os efeitos deletérios da privação de sono, apontando, como os dois fatores mais evidentes, a fadiga aguda e os efeitos crônicos, que produzem uma dessincronização dos ritmos biológicos.

Segundo FOLKARD e MONK 1985, os acidentes com dano à integridade do trabalhador são 20% mais freqüentes a noite do que de manhã e a privação cumulativa de sono no operário do período noturno, ainda que adaptado ao ritmo circadiano não natural, faz com que seja mais sujeito a adormecer no serviço, ou ter lapsos de atenção e/ou "microadormecimentos", que podem resultar em incapacidade absoluta de manter a atividade responsável pela execução do serviço, incapacidade conhecida como paralisia do turno noturno.

Redução do desempenho e da eficiência são associados ao trabalho noturno. À noite, as equipes, em geral, são reduzidas, há menor supervisão e o risco de acidentes é maior (COLQUHOUN, COSTA, FOLKARD, KNAUTH 1993).

Em pesquisa realizada por METZNER e FISCHER 2000, verificaram que o turno de trabalho, as características e os estilos de vida são relevantes para explicar a percepção de capacidade dos trabalhadores para o trabalho.

A tolerância ao trabalho em turnos é influenciada, segundo COLQUHOUN, COSTA, FOLKARD, KNAUTH 1993 por :

- **Características individuais:** idade, gênero, estado de saúde, tempo de experiência em trabalho em turnos, características comportamentais e pessoais (matutino/vespertino; introvertido/extrovertido), hábitos alimentares e de sono, e estruturas circadianas;
- **Circunstâncias familiares:** estado marital, número e idade de filhos ou dependentes, trabalho do companheiro(a), tipo de moradia e atitudes familiares;
- **Situação de trabalho:** setor de trabalho, ambiente de trabalho e carga de trabalho, salário, qualificação, características da atividade, relações com colegas, refeitório e serviço médico;
- **Esquema de turnos:** contínuo/semicontínuo, rotativo ou permanente, duração do ciclo, número de noites consecutivas, número de noites por ano, direção e velocidade da rotação, fins de semana livres por ciclo, horas de trabalho, horas entre o começo e o fim dos turnos e tamanho da equipe;
- **Condições socioambientais:** mercado de trabalho, local de trabalho em turnos tradicional, atividades de lazer, amparo social, atitude e tamanho da comunidade, estratégias de utilização do tempo e transporte.

Os relógios biológicos respondem de maneira diferente a estímulos ambientais (Zeitgebers - "doadores de tempo"), dependendo da qualidade, intensidade e do momento do ciclo em que atuam. Os sinalizadores de horários mais importantes para o homem são a alternância do dia e da noite, os contatos sociais, o trabalho e o conhecimento da hora do dia.

Os principais sincronizadores sociais no homem são representados pelo ritmo de trabalho e ritmos da família e da cidade. Os profissionais que trabalham no período noturno apontam como inconvenientes, ligados ao horário de suas atividades profissionais, o pequeno tempo de convivência com a família, ruídos em casa que dificultam o sono durante o dia e a dificuldade em manter um ritmo de vida social, ressaltando como vantagem o ganho financeiro. Por terem que trabalhar no horário de descanso, há uma dessincronização interna forçada (FOLKARD e MONK 1985; RUTENFRANZ, KNAUTH, FISCHER 1985; TOUITOU e HAUS 1994).

TRUCCO, VALENZUELA, TRUCCO 1999, em estudo sobre estresse em pessoal da saúde, indicam como variáveis importantes nesse grupo de trabalhadores a profissão, o reconhecimento profissional, a interação entre os diferentes grupos, a idade e a etapa da carreira profissional. Encontraram fatores que afetam a saúde física e mental, com maior incidência de determinada doença relacionada ao grupo profissional.

No manual técnico do MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, "Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde", 2001, e no manual "Regime Geral de Previdência Social: Consolidação da Legislação", do MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2002, lista A – Agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional relacionados com a etiologia de doenças profissionais e de outras doenças relacionadas ao trabalho - passou a ser reconhecido como fator de risco de distúrbio ou doença relacionado ao trabalho condições relacionadas a:

- ✓ transtorno do ciclo vigília sono devido a fatores não orgânicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde, décima revisão, 1998 – CID-10 F51.2) decorrente de problemas relacionados com o emprego e com o desemprego por má adaptação à organização do horário de trabalho (trabalho em

turnos e trabalho noturno) e por circunstâncias relativa às condições de trabalho (doenças do sistema nervoso relacionadas com o trabalho – CID-10 G47.2);

- ✓ transtornos neuróticos especificados, incluindo "Neurose Profissional" (F48.8), devido problema relacionado com o emprego e com o desemprego (CID-10 Z56);
- ✓ a sensação de estar acabado ("Síndrome de Burn-Out", "Síndrome do Esgotamento Profissional") por ritmo de trabalho penoso (CID-10 Z56.6) e/ou outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (CID-10 Z56.6).

1.3.2. Resíduos Hospitalares

Os resíduos hospitalares necessitam cuidados e tratamento especial por constituírem fonte de risco para os trabalhadores de serviço de saúde e para a comunidade. A resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), número 33, de 25 de fevereiro de 2003, dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) considerando a necessidade de prevenir e reduzir os riscos à saúde e ao meio ambiente.

O gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde constitui um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Baseado nas características e no volume dos resíduos de serviços de saúde gerados, deve ser elaborado um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, estabelecendo as diretrizes de seu manejo.

O regulamento técnico da ANVISA para o gerenciamento de resíduos de saúde determina as condutas a serem adotadas segundo o tipo de resíduo, por exemplo, acondicionamento em saco branco leitoso, resistente a ruptura e vazamento, impermeável, onde deve constar o símbolo de material biológico e anotação descritiva especificando o tipo de resíduo quando se tratar de resíduos do grupo A, estando descrito neste regulamento todas as etapas até o seu destino final.

2.Objetivos gerais e específicos

2.1 Objetivos gerais

Avaliar as condições de trabalho de médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais e auxiliares de higienização em hospital universitário e repercussões à saúde.

3. Metodologia

Observação das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de um setor hospitalar em todos os horários e em dias convencionais e fins de semana.

Avaliar, usando questionário adaptado do "Standard Shiftwork Index Manual" elaborado por BARTON, FOLKARD, SMITH, SPELTEN, TOTTERDELL 1991, do Departamento de Psicologia da Universidade de Sheffield, U.K.[1] (Anexo2):

- dados sócios demográficos dos trabalhadores;
- qualidade do sono entre trabalhadores em turnos e noturno;
- a percepção dos trabalhadores de sintomas e diagnósticos médicos associados ou não ao trabalho;
- grau de satisfação de suas necessidades de convívio social no tempo livre.

Entrega de termo de esclarecimento esclarecido e questionário (Anexos 1 e 2), aprovados pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário (HU) da Universidade de São Paulo (USP), em novembro de 2001, à população do estudo.

[1] Questionário adaptado para a população portuguesa por SILVIA, DUARTE, MARINS, SILVÉRIO 1995.

4. Resultados

4.1.1. Local de estudo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

O estudo de campo foi realizado de outubro a dezembro de 2003 no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, situado na Cidade Universitária do Município de São Paulo, Av. Prof. Lineu Prestes, número 2565, capital do estado de São Paulo, no bairro do Butantã.

Desde sua inauguração em 1981 (TOLOSA et al. 1994) visa prestar serviço à comunidade da Universidade de São Paulo, representada pelos estudantes, funcionários e seus dependentes, e aos moradores da região, e complementar o ensino na área da saúde, no início para medicina e enfermagem, depois expandido para nutrição e farmácia. Atualmente recebe também estudantes de fisioterapia e terapia ocupacional.

De acordo com a classificação de estabelecimentos assistenciais que compõem a rede de saúde, o Hospital Universitário é um estabelecimento público, isto é, instituído pelo Estado e financiado com recursos orçamentários governamentais do Governo Estadual e pagamento de serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS), do Governo da República do Brasil. Em 1993, 72,5% do total dos gastos do SUS (Sistema Único de Saúde) foram com o setor privado, restando ao setor público cerca de 27% do total, quase a metade (12,5%) absorvida pelas universidades, via hospitais universitários (COHN e ELIAS 1998).

Sendo um estabelecimento hospitalar é voltado para a assistência médica em regime de internação nas áreas básicas – clínica cirúrgica, clínica médica, clínica ginecológica e obstétrica e clínica pediátrica e neonatologia – fazendo parte da atenção secundária à saúde.

Está instalado em um prédio de seis andares, numa área de vinte e dois mil e quatrocentos metros quadrados, contando com trinta e seis mil metros quadrados de área construída e com 308 leitos, incluindo além daqueles das enfermarias das áreas básicas, os de UTI, hemodiálise, berçário, emergência, pré-parto e pronto atendimento obstétrico.

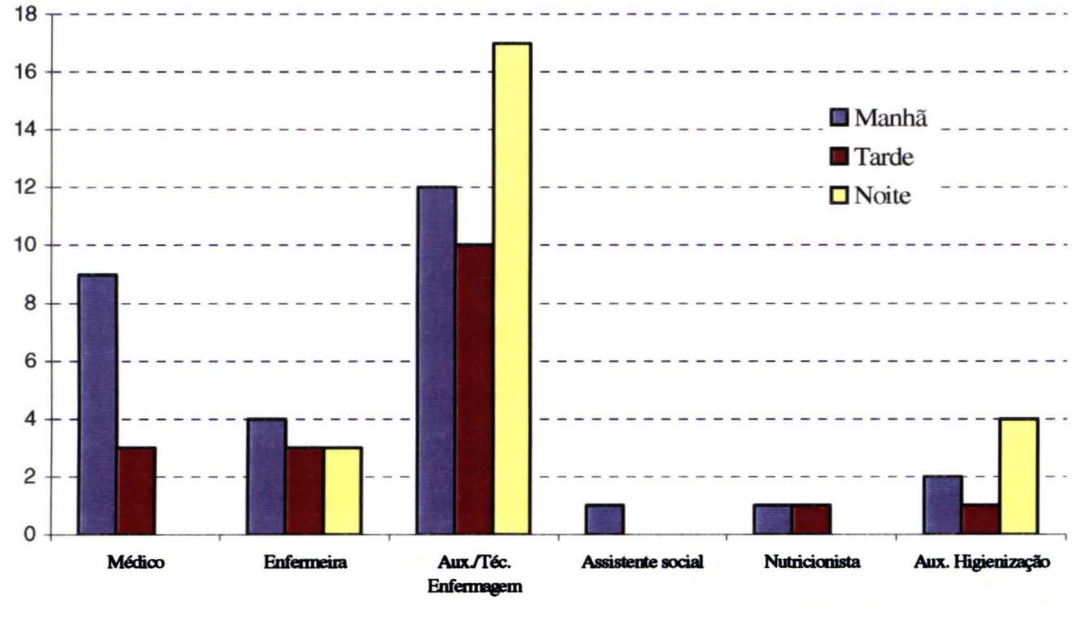
Faz a seleção de seus funcionários por Concurso Público e contrata pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho.

4.1.2. População estudada

O estudo foi realizado com os trabalhadores da enfermaria de Clínica Médica, seção de pacientes internos da Clínica Médica, pertencentes ao Departamento Médico, ao Departamento de Enfermagem e ao Serviço de Higienização Especializada, Seção de Desinfecção Hospitalar. Foram excluídos do estudo os funcionários administrativos por não prestarem serviço de atendimento ao usuário e exercerem a jornada de trabalho em horário convencional.

Os dados sobre os funcionários da enfermaria de Clínica Médica, isto é, a população envolvida no projeto de estudo, foram obtidos em organograma cedido pelo departamento pessoal em outubro de 2001, atualizados nas referidas divisões em agosto e outubro de 2003.

Figura 2 - Trabalhadores da enfermaria de clínica médica por função e horário de trabalho



A figura 2 mostra os trabalhadores da enfermaria de Clínica Médica segundo função e horário de trabalho. Os trabalhadores do período noturno representam a soma de duas turmas, que se alternam em plantão de 12h de trabalho por 36h de descanso, nas seguintes funções: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e auxiliar de higienização.

Há predomínio da função técnico e auxiliar de enfermagem, que para fins práticos foi considerado grupo único, com trinta e nove funcionários (55,8%),

seguido, em ordem decrescente do número de profissionais, por grupo de doze médicos (17,1%), dez enfermeiras (14,3%), seis auxiliares de higienização (8,6%), duas nutricionistas (2,9%) e uma assistente social (1,4%).

Como é descrito na literatura, há um predomínio de empregados do sexo feminino no setor de saúde em decorrência de funções exercidas de maneira tradicional pelas mulheres, como enfermagem, nutrição, assistência social e higienização especializada (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos funcionários da enfermaria de clínica médica por gênero e turno

Variável		Freqüência	Porcentagem
	Feminino	59	84,3
Gênero	Masculino	11	15,3
	Total	70	100
	Matutino	29	41,4
Turno	Vespertino	18	25,7
	Noturno	23	32,9
	Total	70	100

Fonte: Departamento Pessoal – outubro/2001

Na enfermaria de Clínica Médica trabalham em turnos as enfermeiras, as auxiliares e técnicos de enfermagem e as auxiliares de serviços gerais da higienização especializada. No período diurno, cumprem jornada de trabalho de seis horas diárias, em duas turmas, uma em período matutino das 7 às 13 horas e outra em período vespertino das 13 às 19 horas. Têm jornada de trabalho de trinta e seis horas semanais. Trabalham por quatro dias seis horas e completam a jornada semanal com plantão das 7 às 19 horas, em geral nos fins de semana, para permitir que maior número de funcionários descanse. O período noturno possui duas turmas que se alternam e cumprem horário das 19 horas de um dia às 7 horas do dia seguinte, portanto fazem o esquema de doze horas de trabalho seguidas por trinta e seis horas de descanso.

Os médicos têm jornada de trabalho, locais de atuação e atividades variáveis. Alguns não trabalham em turnos, entretanto entram na escala de visita à enfermaria em fins de semana e feriados. Os médicos são contratados para jornada semanal de vinte e quatro horas, independente do setor em que prestam serviço.

A assistente social entra na escala de fim de semana do Setor de Serviço Social para plantão aos sábados, quando responde pelas ocorrências do hospital. Não existe plantão aos domingos no hospital desse setor, ficando um funcionário administrativo para atendimento e orientações necessárias.

As nutricionistas cumprem escala do Serviço de Dietética Hospitalar. Aos sábados e domingos são escaladas duas nutricionistas para as enfermarias com jornada de trabalho de doze horas, mas quando existe aluna de nutrição realizando estágio, uma das nutricionistas trabalha meia jornada, isto é, seis horas matutino.

4.1.3. Descrição da área onde foi conduzido o estudo

4.1. 3.1. Área física e distribuição

A enfermaria de Clínica Médica ocupa metade da área do quinto andar do prédio do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Presta cuidado ao usuário que, após atendimento médico, no pronto-atendimento ou no ambulatório, tem indicação de tratamento em regime de internação, seja por necessitar de assistência direta programada por período superior a vinte e quatro horas ou por, durante sua avaliação, aparecer hipótese diagnóstica ligada a perigo potencial à vida que justifique observação e elucidação do diagnóstico em regime de internação.

A enfermaria de Clínica Médica possui quarenta e quatro leitos, situados em:

- apartamentos com leito para o paciente, acomodação para acompanhante e instalações sanitárias privativas (Figura 3). Esses apartamentos, em geral, são reservados para funcionários, dependentes e estudante da Universidade ou usados para isolamento de paciente com doença infectocontagiosa.

Figura 3 – Leito de apartamentos

- enfermaria, que são a leitos situados em quarto com no mínimo dois leitos, sem acomodação para acompanhante e instalações sanitárias de uso coletivo (Figura 4).

Os quartos são distribuídos em ala par e ímpar, segundo a numeração, e em alta dependência, cuidados intermediários e cuidados mínimos conforme a autonomia que o paciente apresenta para tarefas básicas do cotidiano como, por exemplo, higiene pessoal, alimentação, deambulação, etc.

Figura 4 – Leitos de enfermaria

A autonomia do paciente está relacionada à gravidade da doença, ou à presença de seqüelas ligadas a trauma ou distúrbio prévio, e determina maior ou menor necessidade de cuidados médicos e de enfermagem, sendo importante critério para divisão das tarefas, tanto entre os integrantes da equipe médica, quanto à de enfermagem.

Distribuição dos leitos segundo numeração e autonomia do paciente:

Ala ímpar

- quatorze de alta dependência: leitos em apartamentos localizados nos quartos 501, 503, 505, 507, 509 e 511 (leito 55, 54, 53, 52, 51, e 50 respectivamente) e leitos em enfermaria localizados nos quartos 517 (leitos 38,39, 40 e 41) e 515 (leitos 42, 43, 44 e 45).
- doze de cuidados intermediários: leitos em enfermaria situados nos quartos 521 (leitos 30,31,32 e 33), 519 (leitos 34, 35 36 e 37) e 513 (leitos 46, 47, 48 e 49).

Ala par

- dezesseis de cuidados intermediários: leitos em apartamentos situados nos quartos 502, 504, 506 e 508 (leito 02; 03; 04 e 05 respectivamente); e leitos em enfermaria situados nos quartos 514 (leitos 12,13 e 14), 516 (leitos 16, 17 e 18) e 518 (leitos 21, 22 e 23).

- oito de cuidados mínimos: leito em apartamento situado no quarto 500 (leito 01) e leitos em enfermaria situados nos quartos 512 (leitos 08 e 09) e 520 (leitos 27 e 28).

A enfermaria de Clínica Médica possui um quarto para médico residente, um para estudante de medicina, uma sala de discussão de casos clínicos, uma secretaria da Divisão de Clínica Médica dos pacientes internados, sala de procedimento, uma sala de reuniões de enfermagem, uma sala de equipamentos, uma área para macas, sala de equipamentos, expurgo, sala de café, copa dietética, dois postos de enfermagem, duas salas de chefia de enfermagem, duas salas de prescrição, área do Serviço de Higienização Especializada, sala de nutricionista e de assistente social.

Na enfermaria de Clínica Médica, devido risco de incêndio, decorrente de instalações elétricas, presença oxigênio (Figura 5), substâncias inflamáveis e outras substâncias químicas, existem dois extintores de dióxido de carbono, indicado para fogo da classe tipo A, B e C, e três de água, indicado para fogo da classe A e B, e escada de emergência, uma em cada extremidade do andar com acesso por porta corta fogo.

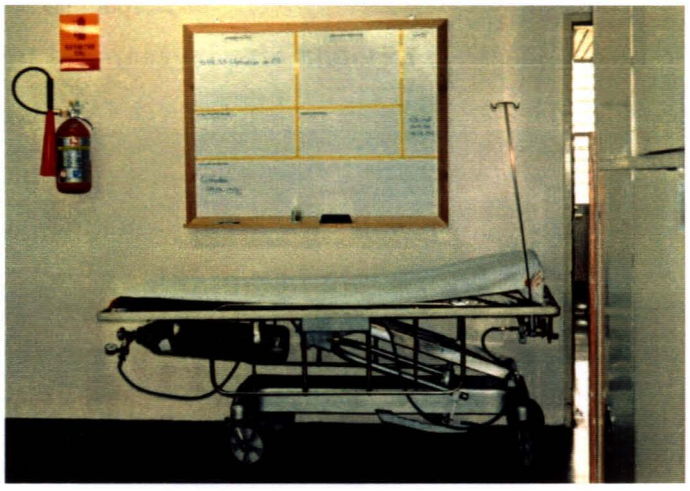


Figura 5 – Maca com torpedo de oxigênio

Nas salas de medicação (Figura 6), as prescrições médicas, entregues pelo setor da farmácia, são preparadas no início de cada turno pelas auxiliares e técnicos de enfermagem para serem administradas aos pacientes nos horários previstos. Nesta sala existem luvas de látex para procedimento, estetoscópios, aparelhos para medir pressão arterial e temperatura, etc.

Caixas de papelão amarelas, com símbolo de risco de material biológico, para descarte de material perfurocortante, ficam nas salas de medicação e nos quartos.

Figura 6 – Salas de medicação

Na sala da técnica de enfermagem responsável pelo material necessário para o cotidiano da equipe de enfermagem existe um refrigerador exclusivo para armazenagem de medicações que exigem refrigeração, tais como insulina e alguns quimioterápicos.

No posto de enfermagem existem terminais de computador e formulários impressos com diferentes finalidades, tais como prescrição médica e evolução da enfermagem, terminal para chamados de leito, telefone, etc. (Figura 7). Este é um importante lugar de encontro e trabalho dos estudantes de medicina e residentes no período matutino. Nesse local também são feitas às passagens de plantão da equipe de enfermagem, mantendo a continuidade do serviço.

Figura 7 – Posto de enfermagem

Existe uma sala de procedimento (Figura 8) para avaliação de paciente por especialista ou realização de condutas cirúrgicas de pequeno porte e possíveis de

Figura 8 – Sala de procedimento

serem realizadas em ambulatório, tais como limpeza cirúrgica de ferida por decúbito prolongado, sem mudança de posição, em regiões de pressão, ou drenagem de abscesso subcutâneo.

Os instrumentos de uso esporádico ficam em sala de responsabilidade da enfermagem quanto estado de funcionamento, comunicação ao setor de manutenção se necessário conserto e guarda (Figura 9).

As enfermeiras são responsáveis pela coordenação e supervisão das atividades realizadas da equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem. Dividem as tarefas, considerando o esforço requerido por cada uma. Assim, por exemplo, o técnico de enfermagem a quem couber cuidar de pacientes de alta dependência, ficará responsável por quatro pacientes e não terá outra atribuição. Os colegas responsáveis por pacientes de cuidados intermediários e mínimos, além das tarefas habituais, serão responsáveis por verificação dos materiais e instrumentos da sala de procedimento, expurgo, sala de café, posto de enfermagem, sala de equipamentos, área de macas (Figura 10) e balão de oxigênio, assim como transportar paciente para realizar exame complementar ou buscar para ser admitido no setor.

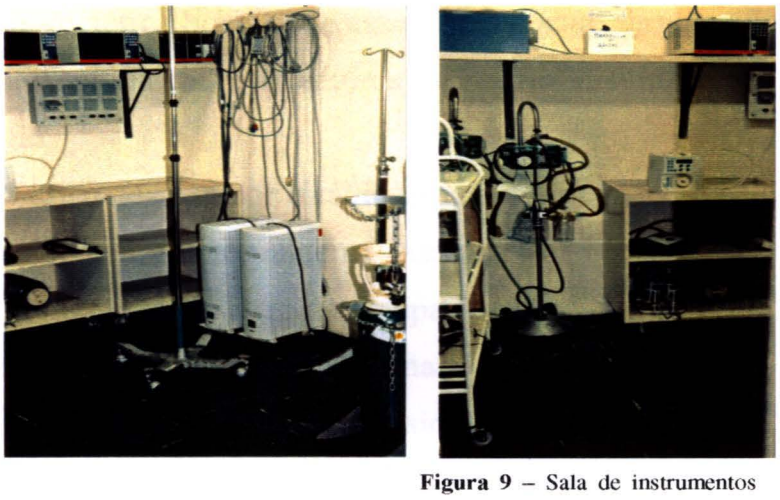


Figura 9 – Sala de instrumentos

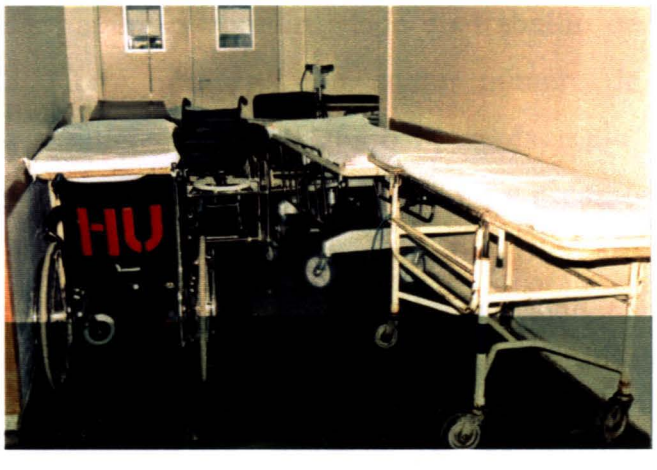


Figura 10 – Área das macas

A divisão de atividades é registrada no formulário "Distribuição Diária de Trabalho", onde constam as tarefas por trabalhador segundo o período, isto é, manhã, tarde e noite.

4.1.3.2. Tarefas e horários dos profissionais da Enfermaria de Clínica Médica

Sendo um hospital com finalidade assistencial e de ensino, em suas dependências atuam empregados de diferentes áreas de formação e estudantes de diferentes áreas de graduação.

Os empregados que prestam cuidado aos pacientes de forma direta na enfermaria de Clínica Médica pertencem ao departamento médico e de enfermagem, mas para que sua atuação seja eficiente, dependem do suporte de outros setores, como serviço de prontuário médico, dietética hospitalar, assistência social, farmácia, higienização especializada, manutenção, além dos setores de apoio diagnóstico, como laboratório clínico e radiologia.

Na enfermaria de Clínica Médica passam por estágio estudantes de: Medicina e médicos, em programa de residência; Enfermagem; Auxiliar e Técnico de Enfermagem; Nutrição; Farmácia; Fisioterapia e Terapia Ocupacional .

O horário da manhã possui maior número de profissionais e estudantes. Nesse horário os estudantes de medicina, sob supervisão dos residentes, examinam os pacientes, registram no prontuário sua evolução e fazem a prescrição de dieta, medicação, controles específicos, etc.. Depois é realizada visita aos pacientes junto com o médico responsável.

Simultaneamente, a equipe de enfermagem dá continuidade ao trabalho da turma noturna, agora com supervisão da chefia e equipe com maior número de profissionais. Nesse horário, além das tarefas habituais como, por exemplo, administração da medicação e controle de sinais vitais (pulso, temperatura e pressão arterial), são realizadas a troca de roupa de todas as camas e banho no leito ou em cadeira no chuveiro dos pacientes do sexo feminino de alta dependência, atividade realizada no período noturno no paciente do sexo masculino.

Os nove médicos do horário matutino são distribuídos em grupos, a maioria com dois integrantes, num total de quatro grupos. A cada grupo cabe a avaliação de dois a três pacientes de alta dependência, três a cinco de cuidados intermediários e dois de cuidados mínimos. Eles discutem os casos dos leitos pelos quais são responsáveis com os internos e o residente que os supervisionou durante a evolução e prescrição dos pacientes. Após a atividade na enfermaria, alguns médicos ministram

aulas de propedêutica ou trabalham no ambulatório, outros trabalham no pronto-atendimento.

Os médicos do período vespertino formam grupo único com três integrantes que fica responsável por quatro leitos com pacientes de alta dependência, cinco de cuidados intermediários e um de cuidados mínimos e avaliam e discutem os casos com os médicos residentes. Esses médicos discutem os casos dos leitos pelos quais são responsáveis com os médicos residentes.

No período noturno um residente e um interno trabalham em plantão de doze horas, das 19 horas de um dia até às 7 horas do dia seguinte. Avaliam intercorrências e se ocorrer algum evento cuja gravidade exija um profissional mais experiente, o médico da Unidade de Terapia Intensiva é requisitado.

No período noturno, um médico do pronto-atendimento visita os andares verificando a possibilidade de transferir pacientes que estão aguardando vaga para internação. No período diurno, este procedimento é realizado através da comunicação entre as enfermeiras responsáveis por cada um dos setores envolvido.

O Departamento de Clínica Médica dos internados na Enfermaria promove duas reuniões de discussão de caso clínico: as quartas-feiras e quintas-feiras, às 11 horas, na sala de reunião, sendo a primeira realizada pelo residente e a segunda ministrada por um convidado de fora.

Além dessas atividades didáticas, alguns médicos participam das seguintes atividades pedagógicas, que ocorrem no ambulatório ou pronto socorro do hospital:

- propedêutica clínica - terceiro ano de medicina, quinto e sexto semestres, grupos de no máximo nove alunos, com cento e vinte horas de duração;
- estágio em Clínica Médica: disciplina voltada aos alunos do sexto ano de Medicina, décimo primeiro e décimo segundo semestres, divididos em turmas de trinta alunos, subdividida em turmas de sete alunos. Possui duzentas e dez horas de duração e abrange as áreas de Pronto Atendimento, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Enfermaria e Ambulatório de Clínica Médica.

No período vespertino, de acordo com horário determinado pela direção do hospital, os pacientes recebem visitas, das 12 às 18 horas, e a equipe de enfermagem se encarrega das altas realizadas pelos médicos.

As turmas da equipe de enfermagem do período noturno são reduzidas e não existe supervisão.

A jornada diária de trabalho das enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, e auxiliares de higienização do turno diurno é de seis horas, cumpridas em período matutino, das 7 às 13 horas, ou vespertino, das 13 às 17 horas, por quatro dias da semana, um plantão de doze horas das 7 às 19 horas para completar jornada semanal de 36 horas e dois dias de descanso por semana. No período noturno existem duas turmas de enfermagem (par e ímpar), que se alternam em plantão de doze horas, sendo estas equipes reduzidas em relação às diurnas.

Como exemplo do tamanho da equipe em função da demanda de atividade, a Figura 11 mostra a escala das enfermeiras, durante dezesseis dias, incluindo três fins de semana, nos horários matutinos, vespertinos e noturnos (duas turmas).

Figura 11 – Escala de enfermeiras por dezesseis dias

Período diurno (dois períodos)

Período matutino

	Sab	dom	seg	ter	qua	quin	sex	Sab	dom	seg	ter	Qua	quin	sex	sab	dom
1	P		M	M			M			M	M			M		P
2			M	M	M		M	P		M	M	M		P		
3	M	M	M		M	M	M				M	M	M	M	P	
4	M	M	M	M		M	M	M	M	M	M	M		M	M	M
5				M	M	M	M		P	M		M	P		M	M

M: trabalho das 7 às 13 horas P: plantão das 7 às 19 horas Sem preenchimento: folga

Período vespertino

	sab	dom	Seg	ter	qua	quin	sex	sab	dom	seg	ter	Qua	quin	sex	sab	dom
6	Férias		Férias		Férias			Férias		Férias		Férias			Férias	
7		P	T		T					T		T		T		P
8		P	T	T		T	T	P			T		P	T	P	
9	P			T	T	T	T		P	T	T	T				

T: trabalho das 13 às 19 horas P: plantão das 7 às 19 horas Sem preenchimento: folga

Período noturno (duas turmas)

Turma par

	sab	dom	seg	ter	qua	quin	sex	sab	dom	seg	ter	Qua	quin	sex	sab	dom
10			N			P		N		N			N		N	

N: trabalho das 19 às 7 horas Sem preenchimento: folga P: plantão diurno das 7 as 19 horas

Turma ímpar

	sab	dom	seg	ter	qua	quin	sex	sab	dom	seg	ter	Qua	quin	sex	sab	dom
11		N		N		N						N		N		N
12	N				N		N		N		N		N			

N: trabalho das 19 às 7 horas Sem preenchimento: folga

Fonte: escala cedida pela chefia de enfermagem/outubro de 2003

Como se observa, na escala das enfermeiras, o plantão de doze horas no horário diurno são predominantes em fim de semana, de maneira que um funcionário se prive de lazer, convívio social, etc., possibilitando que outros usufruam destas atividades.

As enfermeiras coordenam a equipe de enfermagem, formada pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo responsáveis pela divisão de atividades. Durante o horário de trabalho, supervisionam as tarefas da equipe, tais como os cuidados de medicação, higiene e acompanhamento para exame complementar ao paciente, etc., e fazem um relatório sobre a evolução do paciente, quais condutas devem prescrever para a equipe realizar, autorizam refeição no refeitório do hospital para acompanhantes de paciente, além das atividades didáticas para estudantes de graduação da escola de enfermagem.

O curso de técnico em enfermagem exige formação em auxiliar de enfermagem (ensino médio completo) e acrescentada à formação desse profissional noção de administração e psiquiatria para prestar atendimento a usuários em estado de saúde muito comprometido, ou seja, em estado crítico, portanto exigindo melhores e constantes cuidados.

O auxiliar de enfermagem, profissional com escolaridade de grau médio cujas atribuições, na prática, se confundem com as do técnico de enfermagem, vem sendo substituída por esses.

Alguns funcionários que exercem a função de auxiliar de enfermagem, já cursaram ou estão concluindo o curso de técnico de enfermagem e outros estão cursando faculdade de enfermagem. Os concursos atuais realizados pelo hospital são para contratação de técnico de enfermagem.

Uma das técnicas de enfermagem é responsável pelo setor de materiais, que é reposto uma vez por mês mediante sua solicitação. Essa funcionária orienta alunos do curso de técnico de enfermagem, em estágio de duas semanas de duração, na área de formação em administração hospitalar.

Conforme orientação da administração do hospital, não deve existir banco de horas. Entretanto, quando há necessidade de cobrir ausência inesperada de funcionário, cria-se banco de horas para ser usado em até sessenta dias em relação ao dia trabalhado.

Há cerca de cinco meses, por determinação da direção, o empregado deve mudar de período a cada semestre, porém, segundo a chefia da enfermagem, existe muita resistência à troca de horário, em especial aqueles do período noturno, devido à dificuldade de compatibilizar com outras atividades rotineiras – alguns trabalham em outra instituição, outros estudam.

Os auxiliares de serviço geral de higienização especializada têm jornada semanal de trinta e seis horas e cumprem escala semelhante aos auxiliares e técnicos de enfermagem, tanto no período diurno, em que existe a turma do período matutino e vespertino, quanto no noturno, em que duas turmas se alternam, sendo substituídos nas folgas pelo remanejamento de integrantes da equipe daquele setor.

Pela manhã, duas auxiliares de higienização realizam a limpeza concorrente, isto é, limpeza semelhante à doméstica, de freqüência diária, que tem por objetivo a limpeza e a reposição de materiais (papel toalha e papel higiênico). Existe afixada na sala de material do setor de higienização especializada, Seção de Desinfecção Hospitalar, a norma "Técnicas de Limpeza", em que a técnica da limpeza concorrente é descrita, lembrando ao funcionário que deve cumprimentar o paciente e explicar o que será feito. Na figura 12 observa-se o "Carrinho de higienização", usado por essas funcionárias.

A tarde há redução do número de funcionários; uma funcionária realiza a limpeza terminal, que compreende a limpeza do piso, teto, parede e seus anexos, como portas, janelas, luminárias, etc., após alta, transferência ou óbito do paciente.

Figura 12 – Carrinho de higienização

No período noturno é realizada a limpeza da área administrativa e dos ambulatórios, com atendimento à enfermaria de Clínica Médica se houver chamada, quando ocorrer evento que assim exija.

Outra norma intitulada "Coleta, armazenamento e transporte", orienta o procedimento a ser realizado pelos funcionários do setor de Desinfecção Hospitalar quanto aos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde. Os horários padronizados para realizar a coleta desses resíduos são nove, doze, quinze, dezoito, vinte e uma e seis horas, ou seja, dois horários por turma. O horário para reposição

de material também é padronizado, sendo as sete, treze e dezenove horas respectivamente para a turma da manhã, tarde e noite.

A assistente social faz avaliação da família de pacientes que precisam de recursos especiais, com abordagem da situação social e econômica, para avaliar a capacidade da família receber e cuidar de um paciente que necessite de cuidados e, as vezes, acesso a mobiliário e equipamento especiais ou de pagar uma casa de repouso, informando então as alternativas existentes aos familiares. Nos fins de semana a equipe é reduzida; aos sábados uma assistente social responde por todos os setores do hospital e aos domingos o setor trabalha com um funcionário administrativo.

A nutricionista hospitalar avalia o tipo de dieta adequado, considerando a doença e a prescrição médica, seleciona dietas especiais, quando indicada, tal como dieta por sonda nasogástrica, e orienta, quando indicada dieta especial como parte do tratamento ou modo permanente de alimentação, o paciente e seus familiares sobre preparo e maneira de oferecer a dieta, na alta médica (Figura 13 – Carrinho de refeições).

Figura 13 – Carrinho de refeições

4.2.1. Questionários – população participante do estudo

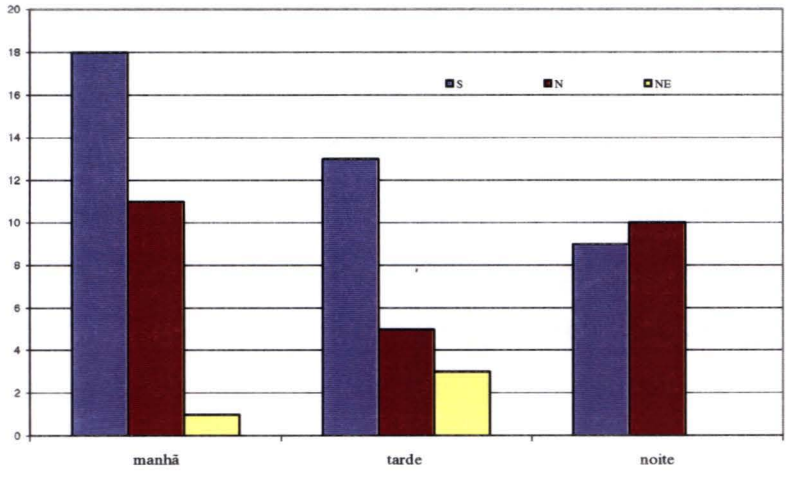
Foram entregues para os funcionários da enfermaria de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo envolvidos no estudo sessenta e seis questionários entre a última semana de outubro e a primeira quinzena de novembro e iniciado a solicitação de devolução três semanas após a entrega, sendo aceita a devolução até 20 de dezembro de 2003.

Os auxiliares de serviço geral da higienização hospitalar que concordaram em participar da pesquisa, foram entrevistados e responderam em horário de atividade reduzida, em local que permitisse preservar o sigilo em relação às respostas, conforme acerto prévio com a chefia.

Não foi possível entregar o questionário para quatro funcionários, correspondendo a 5,7% da população a ser abordada pela pesquisa, por falta de oportunidade de conversar, seja por desencontro de horário, seja por estarem inacessíveis devido ao trabalho.

Quarenta (60,61%) foram devolvidos, três (4,54%) funcionários não concordaram em participar da pesquisa e vinte e três funcionários (34,85%) não devolveram os questionários, o que está representado na figura 14 – questionários respondidos (S), não concordaram em participar ou não devolvidos (N) e não entregues aos funcionários (NE) segundo turno de trabalho.

Figura 14 - Questionários respondidos (S), não devolvidos (N) e não entregue (NE)



Na enfermaria de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, no período de outubro a dezembro de 2003, quando foi realizado o trabalho de campo, uma funcionária se afastou por distúrbio musculoesquelético e outra esteve internada para investigação de quadro febril, que até o fim da coleta de dados ainda não havia sido elucidado, embora a funcionária já tivesse retomado suas atividades. Duas funcionárias que participaram estavam em fim de gestação e tiveram o bebê durante o período em que foi realizado o trabalho de campo.

4.2.2. Análises estatísticas e variáveis estudadas

Todas as variáveis passaram pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk W Test, e não demonstraram distribuição normal.

Foi realizada a análise das tabelas de freqüência para escolha do ponto de corte das variáveis quantitativas contínuas. Também foram realizados gráficos de dispersão e de quartis para escolha do ponto de corte. As variáveis quantitativas discretas também foram categorizadas.

Exclusão do missing (perguntas em branco e não se aplica) das variáveis.

As variáveis dependentes "Turno", "Jornada diária" e "Tempo de trabalho no atual emprego" foram transformadas em variáveis dummy: turno (0=diurno; 1=noturno); jornada diária (0 = 6 horas; 1 = 12 horas); e tempo de trabalho no atual emprego (0 = até 8 anos; 1 = 10-22 anos)..

As variáveis categorizadas foram: faixa etária, estado marital, número de filhos, tempo de trabalho, tempo de trabalho no atual emprego, tempo de trabalho no atual horário de trabalho, jornada semanal, hora extra-remunerada, hora extra sem remuneração, jornada diária, tempo gasto no transporte, número de folgas por mês, escolha da jornada de trabalho, duração do sono durante a semana, duração do sono no fim-de-semana e duração de sono desejada

Os dados foram submetidos inicialmente à estatística descritiva (distribuição de freqüências, média e desvios padrão). Em seguida, foram analisados através do Coeficiente de correlação de postos de Spearman (r).

Foram utilizados os programas: Stata 6.0, SPSS 10.0.

Em todas as análises foi considerado o nível de significância α=5%.

O desenho de investigação que se aplicou a este trabalho é o transversal.

4.2.3. Análise da população

A população que participou do estudo tinha, em 20 de dezembro de 2003, idade variando entre 21 a 53 anos, idade média igual à idade mediana de 34 anos, com desvio padrão de 9,1 anos, e moda de 38 anos.

A avaliação da distribuição por turnos de trabalho de variáveis relacionadas a aspectos socioeconômicos está representada na Tabela 2 – Distribuição de variáveis segundo turno de trabalho.

Como é tradicional na área de saúde, há predomínio de trabalhadores do sexo feminino - trinta e seis (90%). A freqüência da faixa etária entre vinte e um e vinte e nove anos (21-29) foi igual a da faixa entre trinta e trinta e nove anos (30-39) – quinze funcionários (37,5%) . Na faixa etária entre quarenta e cinqüenta e três anos (40-53) participaram dez funcionários (25%).

A maioria dos participantes tem nível médio de escolaridade – vinte e três (57,5%) - correspondendo ao maior número de profissionais de cuidados à saúde pertencente à função de auxiliares e técnicos em enfermagem. Há maior freqüência de pessoas com companheiro (a) (casados ou em união consensual) – vinte e um (52,5%) - e sem filhos - vinte e um (52,5%).

Dezenove trabalhadores gastam entre uma a duas horas para percorrer o trajeto entre a residência e o local de trabalho e corresponde ao grupo de maior freqüência (47,5%).

O meio transporte particular para locomoção do trajeto entre a casa e o trabalho é usado por dezoito funcionários (45%), freqüência semelhante à observada para uso do transporte público: dezessete funcionários (42,5%). A maioria se sente seguro tanto na ida para o trabalho – vinte e três (60,5%), quanto no retorno para o lar – vinte e um (55,3%).

A análise das respostas relacionadas à distribuição do turno de trabalho segundo a escala de trabalho, apresentadas na Tabela 3, confirmou que os trabalhadores são em sua maioria técnicos e auxiliares em enfermagem - vinte e três (57,5%), que começaram a trabalhar há cerca de 10 a 19 anos - treze (33,3%) - e exercem a função no atual emprego há cerca de dois a nove anos – vinte e três (57,5%).

Os trabalhadores cumprem predominantemente jornada semanal de vinte e quatro a trinta e seis horas – vinte e nove (72,5%), jornada diária de seis horas – vinte e oito (70%), têm de 5 a 8 folgas por mês – vinte e quatro (61,5%) - e apenas uma folga em fim de semana - trinta e três (84,7%).

Não existe flexibilidade para escolher o turno de trabalho quinze (38,5%) ou o início e o fim do turno de trabalho – vinte e um (53,8%), exceto, como foi observado no estudo de campo, quando a escala está sendo elaborada pela enfermeira responsável.

Esse esquema pouco flexível está relacionado ao tamanho das equipes, que são dimensionadas para cobrir as necessidades rotineiras do setor, sem considerar imprevistos como, por exemplo, a ausência de um ou mais integrantes ou o aumento de tarefas por piora do estado de algum paciente, que obrigarão a redistribuição das tarefas, com sobrecarga para um ou mais integrantes da equipe. Este evento é agravado quando ocorre em fim de semana ou no período noturno, em que as equipes são reduzidas.

A distribuição por turnos conforme percepção da carga física, mental, pressão relacionada ao tempo para executar as tarefas e estresse emocional em relação à atividade na enfermaria de Clínica Médica, está representada na Tabela 4. Houve unanimidade quanto à percepção de pesada/muito pesada para carga mental (vinte e cinco trabalhadores - 84,2%) e para estresse emocional (vinte e nove trabalhadores - 78,4%). Nenhum funcionário referiu percepção muito leve ou leve quanto a estresse emocional.

A percepção da carga mental está relacionada à organização do trabalho, a complexidade das técnicas médicas empregadas e a problemas hierárquicos, enquanto o estresse emocional está ligado a carga afetiva ou psíquica, ou seja, o convívio rotineiro com o sofrimento e a morte, com a angústia dos doentes e de seus familiares.

A carga física também foi percebida como pesada/muito pesada (vinte e cinco - 65,8%), com predominância do turno diurno, provavelmente em conseqüência das tarefas matutinas exigirem maior esforço físico que a do período vespertino ou noturno – troca de roupa de cama, banho, limpeza concorrente, etc..

A pressão em relação ao tempo para executar as tarefas também foi sentida como pesada ou muito pesada (vinte e um - 56,8%), mas é a variável relacionada a percepção da carga do trabalho com maior porcentagem de escolha do grau moderado (treze - 35,1%) em relação as demais características analisadas. Esse achado é explicado pela existência de incidência de acontecimentos imprevistos com alta freqüência na rotina hospitalar que, por serem mais importantes que a atividade programada, explicam o atraso ou não cumprimento de tarefas.

Conforme estudo realizado na França por ESTRYN-BEHAR e POINSIGNON 1989, a interrupção da tarefa e atos imprevistos corresponderam de onze a vinte e quatro por cento dos atos realizados por auxiliares de enfermagem, significando uma sobrecarga mental e psíquica.

A análise das respostas sobre o motivo para trabalhar em turnos no hospital (Tabela 5), mostrou que a maioria achava que fazia parte do emprego trabalhar nesse hospital – vinte e dois (71%) . No trabalho em turnos as vantagens superavam as desvantagens para dezoito trabalhadores (50%). O número de trabalhadores que pensavam em abandonar o trabalho em turnos no futuro é o mesmo dos que não pretendiam deixá-lo (quinze - 38,5%).

A melhor remuneração do trabalho noturno foi apontada por quatorze trabalhadores (46,7%) como motivo muito importante para trabalhar nesse horário. Doze trabalhadores (35,3%) consideravam ser esse trabalho conveniente para suas responsabilidades domésticas.

As respostas quanto ao trabalho em turnos e a percepção de satisfação com o trabalho em hospital (Tabela 6), indicou que a maior parte dos trabalhadores está satisfeita – vinte e sete (69,2%) - e se sentiam bem com este emprego - trinta (76,9%).

A característica fundamental do pessoal que cuida de doentes é a forte motivação e um interesse real em trabalhar no setor hospitalar. Entretanto, a maioria deixa a profissão pouco depois de formada e com pouco tempo de atuação por não conseguir conciliar a vida profissional com a familiar, de acordo com ESTRYN-BEHAR e POINSIGNON 1989. Talvez este seja um fator que contribui para a alta

freqüência de profissionais que pensam em sair no futuro deste ambiente de trabalho - vinte e um (53,9%).

O trabalho em turnos, particularmente no período noturno e matutino, está relacionado à privação de sono e dessincronização do ritmo biológico. A análise das respostas do trabalho em turnos segundo a qualidade do sono (Tabela 7), indicou que para a maioria dos trabalhadores a quantidade de sono era insuficiente - dezessete (43,6%) - para descansar nos dias de trabalho. Referiram duração do sono de sete a oito horas nos dias de trabalho, dezoito trabalhadores (48,7%). Esta duração foi próxima à duração que imaginavam ideal, de sete a oito horas – vinte e um trabalhadores (53,8%). Nos dias de folga, a maioria assinalou sono com duração de nove a doze horas - vinte trabalhadores (58,8%). A maioria se sentia moderadamente cansado nos dias de trabalho - dezoito trabalhadores (45%). Nos dias de folga, vinte e cinco trabalhadores (45%) referiram sensação de descanso.

Quanto às perguntas relacionadas à fadiga (Tabela 8), a maioria referiu sua ausência no cotidiano e ocorrência esporádica, isto é, escolheram a opção "às vezes" sem energia – vinte e um trabalhadores (52,5%) - e exausto às vezes – dezenove trabalhadores (48,7%).

As variáveis relacionadas ao trabalho em turnos segundo a presença de sintomas ou distúrbios dos sistemas do corpo não diagnosticados pelo médico (Tabela 9), indicou desconforto ou dor no pescoço – vinte e três trabalhadores (57,5%) - e aumento de peso - dezenove trabalhadores (48,7%) - como os sintomas de maior freqüência.

A análise da percepção de satisfação do tempo livre segundo o turno de trabalho – Tabela 10 - mostrou graus de insatisfação variável, mas maior em relação a atividades, passatempos ou esportes em grupo - vinte e um trabalhadores (60%), eventos culturais - vinte trabalhadores (54,1%), participação em organizações sociais – vinte trabalhadores (55,6%), aula de educação para adulto - vinte trabalhadores (58,8%), ter profissional fazendo manutenção na residência - vinte e um trabalhadores (58,4%) - e passar fim-de-semana fora - vinte e dois trabalhadores (57,8%).

A única variável com maior freqüência referente à satisfação e bem estar, foi o tempo livre relativo a atividades domésticas - quatorze trabalhadores (40%) - provavelmente em função da predominância feminina nos participantes do estudo e seu tradicional acúmulo de funções – Tabela 10.

Os funcionários do turno diurno relataram sentir desconforto no pescoço sempre ($r = 4,1$; $p < 0,04$), quando comparados aos funcionários do turno noturno (Figura 11 - Correlação entre jornadas diárias e desconforto ou dor no pescoço). Os funcionários do turno diurno, principalmente no período matutino (das 7 às 13 horas), estão expostos a maior carga física de trabalho e realizam suas tarefas na presença da chefia e supervisão.

Como as camas possuem mecanismos manuais de comando para mudança de posição, não permitem autonomia ao paciente de alta dependência ou com comprometimento de sistema osteoarticular, dificultando as tarefas dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Este tipo de mobiliário os obriga a posturas desajeitadas para cuidado dos pacientes com autonomia reduzida durante banho, troca da roupa e condutas para o conforto do paciente. Elevar a cabeceira, por exemplo, exige que o profissional gire uma manivela na parte inferior da cabeceira oposta a cabeça do paciente em postura de flexão de coluna vertebral, postura desconfortável, no local de trajeto de outros funcionários ou de pacientes.

O período vespertino é mais tranqüilo. Não estão presentes vários estudantes e não são realizadas tarefas rotineiras de hotelaria. Os funcionários da noite têm menos tarefas a executar (banho masculino dos doentes de alta dependência), além de não terem pressão de chefia e supervisão. Como as equipes são reduzidas, há sobrecarga para os integrantes da equipe quando algum funcionário não comparece ou ocorre aumento do número de pacientes. Neste horário foi observada tensão dos integrantes da equipe quando algum colega de trabalho prenuncia sua ausência, às vezes devido atraso, no momento da passagem de plantão.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis segundo turno de trabalho.

Variável	Categoria	Testes estatísticos	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
			N	%	N	%	N	%
Faixa etária	entre 21 e 29 anos	Kruskal-Wallis	13	86,7	2	13,3	15	37,5
	entre 30 e 39 anos		10	66,7	5	33,3	15	37,5
	entre 40 e 53 anos		8	80,0	2	20,0	10	25,0
Sexo	Feminino	Spearmann	29	80,6	7	19,4	36	90,0
	Masculino		2	50,0	2	50,0	4	10,0
Estado marital	Sem companheiro	Spearmann	17	89,5	2	10,5	19	47,5
	Com companheiro		14	66,7	7	33,3	21	52,5
Número de filhos	Nenhum	Kruskal-Wallis	16	76,2	5	23,8	21	52,5
	1		7	87,5	1	12,5	8	20,0
	De 2 a 6		8	72,7	3	27,3	11	27,5
Escolaridade	Ensino fundamental	Kruskal-Wallis	3	75,0	1	25,0	4	10,0
	Ensino médio		17	73,9	6	26,1	23	57,5
	Ensino superior		11	84,6	2	15,4	13	32,5
Tempo gasto no transporte	menos de 1 hora	Kruskal-Wallis	9	69,2	4	30,8	13	32,5
	entre 1 e 2 horas		16	84,2	3	15,8	19	47,5
	mais de 2 horas		6	75,0	2	25,0	8	20,0
Meio de transporte	Público	Spearmann	13	76,5	4	23,5	17	42,5
	Particular		15	83,3	3	16,7	18	45,0
	Público + particular		2	66,7	1	33,3	3	7,5
	Empresa contratada		1	100,0	-	-	1	2,5
	A pé		-	-	1	100,0	1	2,5
Sentir-se em perigo durante a ida ao trabalho *	Não	Spearmann	22	95,7	1	4,3	23	60,5
	Sim		8	53,3	7	46,7	15	39,5
Não respondido			1		1		2	
Sentir-se em perigo durante a volta do trabalho *	Não	Spearmann	21	100,0	-	-	21	55,3
	Sim		10	58,8	7	41,2	17	44,7
Não respondido			-		2		2	
População total			**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100**

*Foram excluídos da análise os dados em branco
**Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)
***Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte
Obs.: nenhum teste estatístico teve distribuição normal

Tabela 3 – Distribuição do turno de trabalho segundo características relacionadas à escala de trabalho.

Variável	Categoria	Testes estatísticos	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
			N	%	N	%	N	%
Função	Médico	não analisado	4	100,0	-	-	4	10,0
	Enfermeira		5	71,4	2	28,6	7	17,5
	Técnico de enfermagem		17	73,9	6	26,1	23	57,5
	Nutricionista		2	100,0	-	-	2	5,0
	Auxiliar de higienização		3	75,0	1	25,0	4	10,0
Tempo de trabalho *	2-9 anos	Kruskal-Wallis	10	83,3	2	16,7	12	30,8
	10-19 anos		10	76,9	3	23,1	13	33,3
	20-29 anos		7	77,8	2	22,2	9	23,1
	30-44 anos		3	60,0	2	40,0	5	12,8
Não respondido			1		-		1	
Tempo de trabalho no atual emprego	até 1 ano	Kruskal-Wallis	7	100,0	-	-	7	17,5
	2-9 anos		18	78,3	5	21,7	23	57,5
	10-22 anos		6	60,0	4	40,0	10	25,0
Tempo de trabalho no atual horário de trabalho	até 1 ano	Kruskal-Wallis	12	85,7	2	14,3	14	45,0
	2-9 anos		16	76,2	5	23,8	21	52,5
	10-18 anos		3	60,0	2	40,0	5	2,5
Jornada semanal	24-36 horas	Spearmann	24	82,8	5	17,2	29	72,5
	40-84 horas		7	63,6	4	36,4	11	27,5
Jornada diária	6 horas	Spearmann	28	100,0	-	-	28	70,0
	12 horas		3	25,0	9	75,0	12	30,0
Número de folgas/mês *	1-4	Kruskal-Wallis	3	27,3	8	72,7	11	28,2
	5-8		23	95,8	1	4,2	24	61,5
	9-12		4	100,0	-	-	4	10,3
Não respondido			1		-		1	
Número de folgas em fins-de-semana/mês *	1	não analisado	25	75,8	8	24,2	33	84,7
	2		2	100,0	-	-	2	5,1
	3		2	100,0	-	-	2	5,1
	4		2	100,0	-	-	2	5,1
Não respondido			-		1		1	
População total			**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100,0**

*Foram excluídos da análise os dados em branco
**Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)
***Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte
Obs.: nenhum teste estatístico teve distribuição normal

Tabela 3 (continuação) – Distribuição do turno de trabalho segundo características relacionadas à escala de trabalho.

Variável	Categoria	Testes estatísticos	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
			N	%	N	%	N	%
Regularidade do sistema em turnos *	Regular	Kruskal-Wallis	12	63,2	7	36,8	19	51,4
	Irregular		2	100,0	-	-	2	5,4
	Flexível		15	93,8	1	6,2	16	43,2
Não respondido			2		1		3	
Escolha da jornada de trabalho *	4-6 horas	Spearmann	23	88,5	3	11,5	26	72,2
	9-12 horas		6	60,0	4	40,0	10	27,8
Não respondido			2		2		4	
Liberdade para escolher o turno de trabalho *	Nenhum/não muito	Kruskal-Wallis	12	80,0	3	20,0	15	38,5
	Razoável		11	78,6	3	21,4	14	35,9
	Bastante/completo		8	80,0	2	20,0	10	25,6
Não respondido			-		1		1	
Liberdade para escolher o início e o fim do turno de trabalho *	Nenhum/não muito	Kruskal-Wallis	18	85,7	3	14,3	21	53,8
	Razoável		4	66,7	2	33,3	6	15,4
	Bastante/completo		9	75,5	3	25,5	12	30,8
Não respondido			-		1		1	
Solicitado a mudar a escala*	Nunca/raro	Kruskal-Wallis	12	63,2	7	36,8	19	50,0
	Às vezes		15	93,8	1	6,2	16	42,1
	Freqüente/sempre		3	100,0	-	-	3	7,9
Não respondido			1		1		2	
Trocar com colega *	Nunca/raro	Kruskal-Wallis	9	69,2	4	30,8	13	35,1
	Às vezes		20	90,9	2	9,1	22	59,5
	Freqüente/sempre		1	50,0	1	50,0	2	5,4
Não respondido			1		2		3	
Solicitado para trabalhar num turno específico *	Nunca/raro	Kruskal-Wallis	18	78,3	5	21,7	23	63,9
	Às vezes		9	100	-	-	9	25
	Freqüente/sempre		2	50	2	50	4	11
Não respondido			2		2		4	
População total			**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100,0**

*Foram excluídos da análise os dados em branco
**Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)
***Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte
Obs.: nenhum teste estatístico teve distribuição normal

Tabela 4 – Distribuição do turno de trabalho segundo algumas características das condições de trabalho.

Variável	Categoria	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
		N	%	N	%	N	%
Carga física de trabalho	Muito leve/leve	4	80,0	1	20,0	5	13,2
	Moderado	5	62,5	3	37,5	8	21,0
	Pesado/muito pesado	21	84,0	4	16,0	25	65,8
Não respondido		1		1		2	
Carga mental de trabalho	Muito leve/leve	-	-	1	100,0	1	2,6
	Moderado	5	100,0	-	-	5	13,2
	Pesado/muito pesado	26	81,3	6	18,8	32	84,2
Não respondido		-		2		2	
Pressão em relação a tempo	Muito leve/leve	2	66,7	1	33,3	3	8,1
	Moderado	10	76,9	3	23,1	13	35,1
	Pesado/muito pesado	18	85,7	3	14,3	21	56,8
Não respondido		1		2		3	
Estresse emocional	Muito leve/leve	-	-	-	-	-	-
	Moderado	5	62,5	3	37,5	8	21,6
	Pesado/muito pesado	25	86,2	4	13,8	29	78,4
Não respondido		1		2		3	
População total		**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100,0**

*Foram excluídos da análise os dados em branco
**Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)
***Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte
Teste estatístico usado para análise destas variáveis: Kruskal-Wallis. Sem distribuição normal para todas.

Tabela 5 – Distribuição do turno de trabalho segundo motivo para trabalhar em hospital.

Variável	Categoria	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
		N	%	N	%	N	%
Parte do emprego	Não é motivo	2	50,0	2	50,0	4	12,9
	Em parte é um motivo	4	80,0	1	20,0	5	16,1
	É um motivo importante	19	86,4	3	13,6	22	71,0
Não respondido		6		3		9	
Único emprego disponível	Não é motivo	12	80,0	3	20,0	15	50,0
	Em parte é um motivo	9	90,0	1	10,0	10	33,3
	É um motivo importante	3	60,0	2	40,0	5	16,7
Não respondido		7		3		10	
Conveniente para minhas responsabilidades domésticas	Não é motivo	10	83,3	2	16,7	12	35,3
	Em parte é um motivo	8	80,0	2	20,0	10	29,4
	É um motivo importante	9	75,0	3	25,0	12	35,3
Não respondido		4		2		6	
Salário mais alto	Não é motivo	6	66,7	3	33,3	9	30,0
	Em parte é um motivo	7	100,0	-	-	7	23,3
	É um motivo importante	11	78,6	3	21,4	14	46,7
Não respondido		7		3		10	
Abandonar o trabalho em turnos	Não/provavelmente não	11	73,3	4	26,7	15	38,5
	Talvez	9	100,0	-	-	9	23,0
	Sim/provavelmente sim	10	66,7	5	33,3	15	38,5
Não respondido		1		-		1	
Vantagens superam desvantagens	Não/provavelmente não	4	80,0	1	20,0	5	13,9
	Talvez	12	92,3	1	7,7	13	36,1
	Sim/provavelmente sim	13	72,2	5	27,8	18	50,0
Não respondido		2		2		4	
População total		**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100**

*Foram excluídos da análise os dados em branco
**Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)
***Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte
Teste estatístico usado para análise destas variáveis: Kruskal-Wallis. Sem distribuição normal para todas.

Tabela 6 - Distribuição do turno de trabalho segundo percepção da satisfação com o trabalho.

Variável	Categoria	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
		N	%	N	%	N	%
De modo geral está muito satisfeito com este trabalho *	Discordo	7	77,8	2	22,2	9	23,1
	Neutro	2	66,7	1	33,3	3	7,7
	Concordo	22	81,5	5	18,5	27	69,2
Não respondido		-		1		1	
Freqüentemente se sente bem com este emprego *	Discordo	6	75,0	2	25,0	8	20,5
	Neutro	-	-	1	100,0	1	2,6
	Concordo	25	83,3	5	16,7	30	76,9
Não respondido		-		1		1	
Em geral está satisfeito com este emprego *	Discordo	6	85,7	1	14,3	7	18,0
	Neutro	2	50,0	2	50,0	4	10,2
	Concordo	23	82,1	5	17,9	28	71,8
Não respondido		-		1		1	
Muitas pessoas estão satisfeitas com este emprego *	Discordo	14	77,8	4	22,2	18	46,2
	Neutro	4	80,0	1	20,0	5	12,8
	Concordo	13	81,3	3	18,7	16	41,0
Não respondido		-		1		1	
Pessoas neste emprego freqüentemente pensam em sair	Discordo	7	87,5	1	12,5	8	20,5
	Neutro	6	60,0	4	40,0	10	25,6
	Concordo	18	85,7	3	14,3	21	53,9
Não respondido		-		1		1	
População total		**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100,0**

*Foram excluídos da análise os dados em branco
**Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)
***Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte
Teste estatístico usado para análise destas variáveis: Kruskal-Wallis. Sem distribuição normal para todas.

Tabela 7 - Distribuição do turno de trabalho segundo características relacionadas ao sono.

Variável	Categoria	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
		N	%	N	%	N	%
Duração do sono (dias de trabalho) *	2-6 horas	7	63,6	4	36,4	11	29,7
	7-8 horas	16	88,9	2	11,1	18	48,7
	9-11 horas	6	75,0	2	25,0	8	21,6
Não respondido		2		1		3	
Duração do sono (dias de folga) *	5 horas	-	-	1	100,0	1	3,0
	7-8 horas	11	84,6	2	15,4	13	38,2
	9-12 horas	15	75,0	5	25,0	20	58,8
Não respondido		5		1		6	
Duração de sono desejada	5 – 6 horas	3	42,9	4	57,1	7	18,0
	7 – 8 horas	18	85,7	3	14,3	21	53,8
	9 – 12 horas	10	90,9	1	9,1	11	28,2
Não respondido		-		1		1	
O que acha sobre a quantidade de sono durante os dias de trabalho *	Insuficiente	14	82,4	3	17,7	17	43,6
	Um pouco maior	10	90,9	1	9,1	11	28,2
	Suficiente	7	63,6	4	36,4	11	28,2
Não respondido		-		1		1	
O que acha sobre a quantidade de sono durante as folgas	Insuficiente	6	66,7	3	33,3	9	22,5
	Um pouco maior	9	100,0	-	-	9	22,5
	Suficiente	16	72,7	6	27,3	22	55,0
Como dorme normalmente nos dias de trabalho *	Muito mal/mal	6	66,7	3	33,3	9	23,1
	Mais ou menos	14	87,5	2	12,5	16	41,0
	Bem muito bem	11	78,6	3	21,4	14	35,9
Não respondido		-		1		1	
Como dorme normalmente nas folgas *	Muito mal/mal	-	-	2	100,0	2	5,2
	Mais ou menos	7	70,0	3	30,0	10	25,6
	Bem muito bem	23	85,2	4	14,8	27	69,2
Não respondido		1		-		1	
População total		**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	40	**100,0**

*Foram excluídos da análise os dados em branco

**Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)

***Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte

Teste estatístico usado para análise destas variáveis: Kruskal-Wallis. Sem distribuição normal para todas.

Tabela 7 (continuação) - Distribuição do turno de trabalho segundo características relacionadas ao sono.

Variável	Categoria	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
		N	%	N	%	N	%
Como se sente depois de dormir nos dias de trabalho	Cansado	9	75,0	3	25,0	12	30,0
	Moderadamente descansado	16	88,9	2	11,1	18	45,0
	Descansado	6	60,0	4	40,0	10	25,0
Como se sente depois de dormir nas folga	Cansado	1	33,3	2	66,7	3	7,5
	Moderadamente descansado	9	75,0	3	25,0	12	30,0
	Descansado	21	84,0	4	16,0	25	62,5
Acorda antes do que pretendia nos dias de trabalho	Nunca/raro	7	77,8	2	22,2	9	22,5
	Às vezes	11	91,7	1	8,3	12	30,0
	Freqüente/sempre	13	68,4	6	31,6	19	47,5
Acorda antes do que pretendia nas folgas	Nunca/raro	10	90,9	1	9,1	11	28,2
	Às vezes	11	84,6	2	15,4	13	33,3
	Freqüente/sempre	9	60,0	6	40,0	15	38,5
Não respondido		1		-		1	
Dificuldade para adormecer nos dias de trabalho *	Nunca/raro	23	85,2	4	14,8	27	67,5
	Às vezes	6	85,7	1	14,3	7	17,5
	Freqüente/sempre	2	33,3	4	66,7	6	15,0
Dificuldade para adormecer nas folgas	Nunca/raro	24	92,3	2	7,7	26	65,0
	Às vezes	4	57,1	3	42,9	7	17,5
	Freqüente/sempre	3	42,9	4	57,1	7	17,5
Toma remédio para dormir nos dias de trabalho	Nunca/raro	30	76,9	9	23,1	39	97,5
	Às vezes	1	100,0	-	-	1	2,5
	Freqüente/sempre	-	-	-	-	-	-
Toma remédio para dormir nas folgas	Nunca/raro	31	77,5	9	22,5	40	100,0
	Às vezes	-	-	-	-	-	-
	Freqüente/sempre	-	-	-	-	-	-
Bebe para dormir nos dias de trabalho	Nunca/raro	31	79,5	8	20,5	39	97,5
	Às vezes	-	-	1	100,0	1	2,5
	Freqüente/sempre	-	-	-	-	-	-
População total		**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100,0**

*Foram excluídos da análise os dados em branco

**Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)

***Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte

Teste estatístico usado para análise destas variáveis: Kruskal-Wallis. Sem distribuição normal para todas.

Tabela 7 (continuação) - Distribuição do turno de trabalho segundo características relacionadas ao sono.

Variável	Categoria	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
		N	%	N	%	N	%
Bebe para dormir nas folgas	Nunca/raro*	31	79,5	8	20,5	39	97,5
	Às vezes	-	-	1	100,0	1	2,5
	Freqüente/sempre	-	-	-	-	-	-
Se sente cansado nos dias de trabalho	Nunca/raro	1	33,3	2	66,7	3	7,5
	Às vezes	12	66,7	6	33,3	18	45,0
	Freqüente/sempre	18	94,7	1	5,3	19	47,5
Se sente cansado nas folgas	Nunca/raro	9	100,0	-	-	9	22,5
	Às vezes	13	72,2	5	27,8	18	45,0
	Freqüente/sempre	9	69,2	4	30,8	13	32,5
População total		**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100,0**

*Foram excluídos da análise os dados em branco
**Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)
***Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte
Teste estatístico usado para análise destas variáveis: Kruskal-Wallis. Sem distribuição normal para todas.

Tabela 8 – Distribuição por turno de trabalho segundo características relacionadas à fadiga.

Variável	Categoria	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
		N	%	N	%	N	%
Repleto de energia	Nem tanto	5	55,6	4	44,4	9	22,5
	Às vezes	19	82,6	4	17,4	23	57,5
	Muito	7	87,5	1	12,5	8	20,0
Sem energia	Nem tanto	15	100,0	-	-	15	37,5
	Às vezes	15	71,4	6	28,6	21	52,5
	Muito	1	25,0	3	75,0	4	10,0
Plenamente ativo	Nem tanto	7	70,0	3	30,0	10	25,0
	Às vezes	12	75,0	4	25,0	16	40,0
	Muito	12	85,7	2	14,3	14	35,0
Cansado a maior parte do tempo	Nem tanto	18	81,2	4	18,2	22	55,0
	Às vezes	11	73,3	4	26,7	15	37,5
	Muito	2	66,7	1	33,3	3	7,5
Bem disposto em geral	Nem tanto	5	71,4	2	28,6	7	17,5
	Às vezes	9	64,3	5	35,7	14	35,0
	Muito	17	89,5	2	10,5	19	47,5
Indisposto	Nem tanto	20	90,9	2	9,1	22	55,0
	Às vezes	7	63,6	4	36,4	11	27,5
	Muito	4	57,1	3	42,9	7	17,5
Alerta	Nem tanto	5	100,0	-	-	5	12,8
	Às vezes	8	72,7	3	27,3	11	28,2
	Muito	17	73,9	6	26,1	23	59,0
Não respondido		1		-		1	
Exausto	Nem tanto	13	86,7	2	13,3	15	38,5
	Às vezes	16	84,2	3	15,8	19	48,7
	Muito	2	40,0	3	60,0	5	12,8
Não respondido		-		1		1	
Animado	Nem tanto	2	66,7	1	33,3	3	7,5
	Às vezes	9	81,8	2	18,2	11	27,5
	Muito	20	76,9	6	23,1	26	65,0
Fatigado	Nem tanto	25	83,3	5	16,7	30	75,0
	Às vezes	4	57,1	3	42,9	7	17,5
	Muito	2	66,7	1	33,3	3	7,5
População total		**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100,0**

*Foram excluídos da análise os dados em branco
** Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)
*** Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte
Teste estatístico usado para análise destas variáveis: Kruskal-Wallis. Sem distribuição normal para todas.

Tabela 9 – Distribuição do turno de trabalho segundo sintomas e distúrbios.

Variável	Categoria	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
		N	%	N	%	N	%
Distúrbio de apetite	Nunca/raro	28	84,8	5	15,2	33	82,5
	Freqüente/sempre	3	42,9	4	57,1	7	17,5
Preocupação em evitar algum alimento	Nunca/raro	22	88,0	3	12,0	25	62,5
	Freqüente/sempre	9	60,0	6	40,0	15	37,5
Náusea	Nunca/raro	28	80,0	7	20,0	35	87,5
	Freqüente/sempre	3	60,0	2	40,0	5	12,5
Queimação ou dor no estômago	Nunca/raro	23	85,2	4	14,8	27	67,5
	Freqüente/sempre	8	61,5	5	38,5	13	32,5
Digestão difícil	Nunca/raro	23	76,7	7	23,3	30	75,0
	Freqüente/sempre	8	80,0	2	20,0	10	25,0
Distensão abdominal ou gases	Nunca/raro	19	73,1	7	26,9	26	65,0
	Freqüente/sempre	12	85,7	2	14,3	14	35,0
Dor abdominal	Nunca/raro	25	78,1	7	21,9	32	80,0
	Freqüente/sempre	6	75,0	2	25,0	8	20,0
Prisão de ventre ou diarréia	Nunca/raro	23	71,9	9	28,1	32	80,0
	Freqüente/sempre	8	100,0	-	-	8	20,0
Palpitação no coração	Nunca/raro	25	75,8	8	24,2	33	82,5
	Freqüente/sempre	6	85,7	1	14,3	7	17,5
Desconforto ou dor no pescoço	Nunca/raro	12	70,6	5	29,4	17	42,5
	Freqüente/sempre	19	82,6	4	17,4	23	57,5
Tontura/vertigem *	Nunca/raro	26	83,9	5	16,1	31	79,5
	Freqüente/sempre	5	62,5	3	37,5	8	20,5
Não respondido		-		1		1	
Falta de fôlego em subidas	Nunca/raro	22	81,5	5	18,5.	27	67,5
	Freqüente/sempre	9	69,2	4	30,8	13	32,5
População total		**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100,0**

*Foram excluídos da análise os dados em branco
** Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)
***Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte
Teste estatístico usado para análise destas variáveis: Coeficiente de correlação de postos de Spearman. Sem distribuição normal em todas variáveis.

Tabela 9 (continuação) – Distribuição do turno de trabalho segundo sintomas e distúrbios.

Variável	Categoria	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
		N	%	N	%	N	%
Pressão alta	Nunca/raro	29	80,6	7	19,4	36	90,0
	Freqüente/sempre	2	50,0	2	50,0	4	10,0
Batimento irregular do coração	Nunca/raro	30	79,0	8	21,0	38	95,0
	Freqüente/sempre	1	50,0	1	50,0	2	5,0
Inchaço nos pés	Nunca/raro	21	80,8	5	19,2	26	65,0
	Freqüente/sempre	10	71,4	4	28,6	14	35,0
Aperto no pescoço	Nunca/raro	27	79,4	7	20,6	34	85,0
	Freqüente/sempre	4	66,7	2	33,3	6	15,0
Aumento de peso	Nunca/raro	16	80,0	4	20,0	20	51,3
	Freqüente/sempre	14	73,7	5	26,3	19	48,7
Não respondido		1		-		1	
Perda de peso	Nunca/raro	28	77,8	8	22,0	36	90,0
	Freqüente/sempre	3	75,0	1	25,0	4	10,0
População total		**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100,0**

*Foram excluídos da análise os dados em branco
** Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)
*** Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte
Teste estatístico usado para análise destas variáveis: Coeficiente de correlação de postos de Spearman. Sem distribuição normal em todas variáveis.

Tabela 10 – Distribuição do turno de trabalho conforme percepção de satisfação com o tempo livre.

Variável	Categoria	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
		N	%	N	%	N	%
Passatempo individual/ atividades esportivas *	Insatisfeito	10	76,9	3	23,1	13	34,2
	Neutro	14	93,3	1	6,7	15	39,5
	Satisfeito	7	70,0	3	30,0	10	26,3
Não respondido		-		2		2	
Atividades, passatempo ou esporte em grupo *	Insatisfeito	17	81,0	4	19,0	21	60,0
	Neutro	8	100,0	-	-	8	22,9
	Satisfeito	5	83,3	1	16,7	6	17,1
Não respondido		1		4		5	
Estar com o parceiro *	Insatisfeito	10	90,9	1	9,1	11	30,6
	Neutro	11	91,7	1	8,3	12	33,3
	Satisfeito	8	61,5	5	38,5	13	36,1
Não respondido		2		2		4	
Estar com sua família *	Insatisfeito	7	87,5	1	12,5	8	21,6
	Neutro	15	83,3	3	16,7	18	48,7
	Satisfeito	8	72,7	3	27,3	11	29,7
Não respondido		1		2		3	
Estar com colegas e conhecidos *	Insatisfeito	11	84,6	2	15,4	13	34,2
	Neutro	13	86,7	2	13,3	15	39,5
	Satisfeito	7	70,0	3	30,0	10	26,3
Não respondido		-		2		2	
Eventos culturais *	Insatisfeito	17	85,0	3	15,0	20	54,1
	Neutro	7	100,0	-	-	7	18,9
	Satisfeito	7	70,0	3	30,0	10	27,0
Não respondido		-		3		3	
Participar de organizações sociais *	Insatisfeito	16	80,0	4	20,0	20	55,6
	Neutro	11	100,0	-	-	11	30,6
	Satisfeito	3	60,0	2	40,0	5	13,8
Não respondido		1		3		4	
População total		**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100,0**

*Foram excluídos da análise os dados em branco

** Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)

***Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte

Teste estatístico usado para análise destas variáveis: Kruskal-Wallis. Sem distribuição normal para todas.

Tabela 10 (continuação)– Distribuição do turno de trabalho conforme percepção de satisfação com o tempo livre.

Variável	Categoria	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
		N	%	N	%	N	%
Aulas de educação para adulto *	Insatisfeito	16	80,0	4	20,0	20	58,8
	Neutro	7	100,0	-	-	7	20,6
	Satisfeito	4	57,1	3	42,9	7	20,6
Não respondido		4		2		6	
ficar com os filhos *	Insatisfeito	13	86,7	2	13,3	15	53,6
	Neutro	7	100,0	-	-	7	25,0
	Satisfeito	4	66,7	2	33,3	6	21,4
Não respondido		7		5		12	
Ir ao banco/correio, etc. *	Insatisfeito	10	90,9	1	9,1	11	29,0
	Neutro	12	75,0	4	25,0	16	42,0
	Satisfeito	9	81,8	2	18,2	11	29,0
Não respondido		-		2		2	
Ir ao dentista/médico *	Insatisfeito	16	88,9	2	11,1	18	48,7
	Neutro	7	87,5	1	12,5	8	21,6
	Satisfeito	8	72,7	3	27,3	11	29,7
Não respondido		-		3		3	
Ter profissional fazendo serviço de manutenção em casa *	Insatisfeito	16	76,2	5	23,8	21	58,4
	Neutro	8	100,0	-	-	8	22,2
	Satisfeito	6	85,7	1	14,3	7	19,4
Não respondido		1		3		4	
Passear no shopping *	Insatisfeito	12	80,0	3	20,0	15	40,6
	Neutro	13	92,9	1	7,1	14	37,8
	Satisfeito	6	75,0	2	25,0	8	21,6
Não respondido		-		3		3	
Fazer compras *	Insatisfeito	11	73,3	4	26,7	15	39,5
	Neutro	12	100,0	-	-	12	31,5
	Satisfeito	8	72,7	3	27,3	11	29,0
Não respondido		-		2		2	
População total		**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100,0**

*Foram excluídos da análise os dados em branco
** Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)
*** Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte
Teste estatístico usado para análise destas variáveis: Kruskal-Wallis. Sem distribuição normal para todas.

Tabela 10 (continuação)– Distribuição do turno de trabalho conforme percepção de satisfação com o tempo livre.

Variável	Categoria	Categoria	Diurno **		Noturno ***		Total/porcentagem na população total	
			N	%	N	%	N	%
Passar fim-de-semana fora *	Insatisfeito	Insatisfeito	18	81,8	4	18,2	22	57,8
	Neutro	Neutro	11	100,0	-	-	11	29,0
	Satisfeito	Satisfeito	2	40,0	3	60,0	5	13,2
Não respondido			-		2		2	
Sair com a família *	Insatisfeito	Insatisfeito	11	78,6	3	21,4	14	37,8
	Neutro	Neutro	18	94,7	1	5,3	19	51,4
	Satisfeito	Satisfeito	1	25,0	3	75,0	4	10,8
Não respondido			1		2		3	
Para si mesmo *	Insatisfeito	Insatisfeito	10	76,9	3	23,1	13	34,2
	Neutro	Neutro	14	93,3	1	6,7	15	39,5
	Satisfeito	Satisfeito	7	70,0	3	30,0	10	26,3
Não respondido			-		2		2	
Tarefas domésticas *	Insatisfeito	Insatisfeito	10	90,9	1	9,0	11	31,4
	Neutro	Neutro	10	100,0	-	-	10	28,6
	Satisfeito	Satisfeito	8	57,1	6	42,9	14	40,0
Não respondido			3		2		5	
Atividades religiosas *	Insatisfeito	Insatisfeito	10	83,3	2	16,7	12	34,3
	Neutro	Neutro	11	84,6	2	15,4	13	37,1
	Satisfeito	Satisfeito	7	70,0	3	30,0	10	28,6
Não respondido			3		2		5	
Satisfação quando o trabalho em turnos interfere nas atividades do tempo livre (lazer) *	Insatisfeito	Insatisfeito	10	76,9	3	23,1	13	34,2
	Neutro	Neutro	14	93,3	1	6,7	15	39,5
	Satisfeito	Satisfeito	7	70,0	3	30,0	10	26,3
Não respondido			-		2		2	
Satisfação quando o trabalho em turnos interfere nas atividades do tempo livre (casa) *	Insatisfeito	Insatisfeito	9	81,8	2	18,2	11	29,7
	Neutro	Neutro	15	93,8	1	6,2	16	43,3
	Satisfeito	Satisfeito	6	60,0	4	40,0	10	27,0
Não respondido			1		2		3	
Satisfação quando o trabalho em turnos interfere nas atividades do tempo livre (fora de casa) *	Insatisfeito	Insatisfeito	10	83,3	2	16,7	12	31,5
	Neutro	Neutro	13	86,7	2	13,3	15	39,5
	Satisfeito	Satisfeito	8	72,7	3	27,3	11	29,0
Não respondido			-		2		2	
População total			**31**	**77,5**	**9**	**22,5**	**40**	**100,0**

*Foram excluídos da análise os dados em branco

** Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)

*** Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte

Teste estatístico usado para análise destas variáveis: Kruskal-Wallis. Sem distribuição normal para todas.

Tabela 11 - Correlação entre jornadas diárias e desconforto ou dor no pescoço.

Variável		Jornada diária				Total/porcentagem na população total	
		6 horas		12 horas			
		N	%(linha)	N	%(linha)	N	% (coluna)
Desconforto ou dor no pescoço *	Nunca	9	52,94	8	47,06	17	42,5
	Sempre	19	82,61	4	17,39	23	57,5
População total		**28**	**70,0**	**12**	**30,0**	**40**	**100,0**

Desconforto ou dor no pescoço: r=4,10 e p=0,04
*Foram excluídos da análise os dados em branco
** Turno diurno: turma do período matutino (das 7 às 13 h) e turma do período vespertino (das 13 às 19 h)
***Turno noturno das 19 às 7 horas do dia seguinte

O histograma construído com os dados obtidos pela análise das respostas à questão sobre sintomas ou doenças mais freqüentes, com diagnóstico médico, no período anterior ao trabalho em turnos ou posterior (Figura 15), ilustra a alta freqüência, após início do trabalho em turnos, em ordem decrescente, de dor nas costas, varizes, ansiedade de longa duração, depressão, gastrite ou duodenite, colesterol alto, sinusite ou amidalite (infecção ou alergia respiratória alta), pressão alta, cistite, pedra nos rins e hemorróidas.

Estes dados encontram apoio na literatura sobre trabalho em turnos e noturno que está associado a maior incidência de fadiga, distúrbios do sono, transtornos neuropsiquiátricos, distúrbios cardiovasculares, como pressão alta, varizes e hemorróidas, associados a outro fator de risco - níveis altos de colesterol.

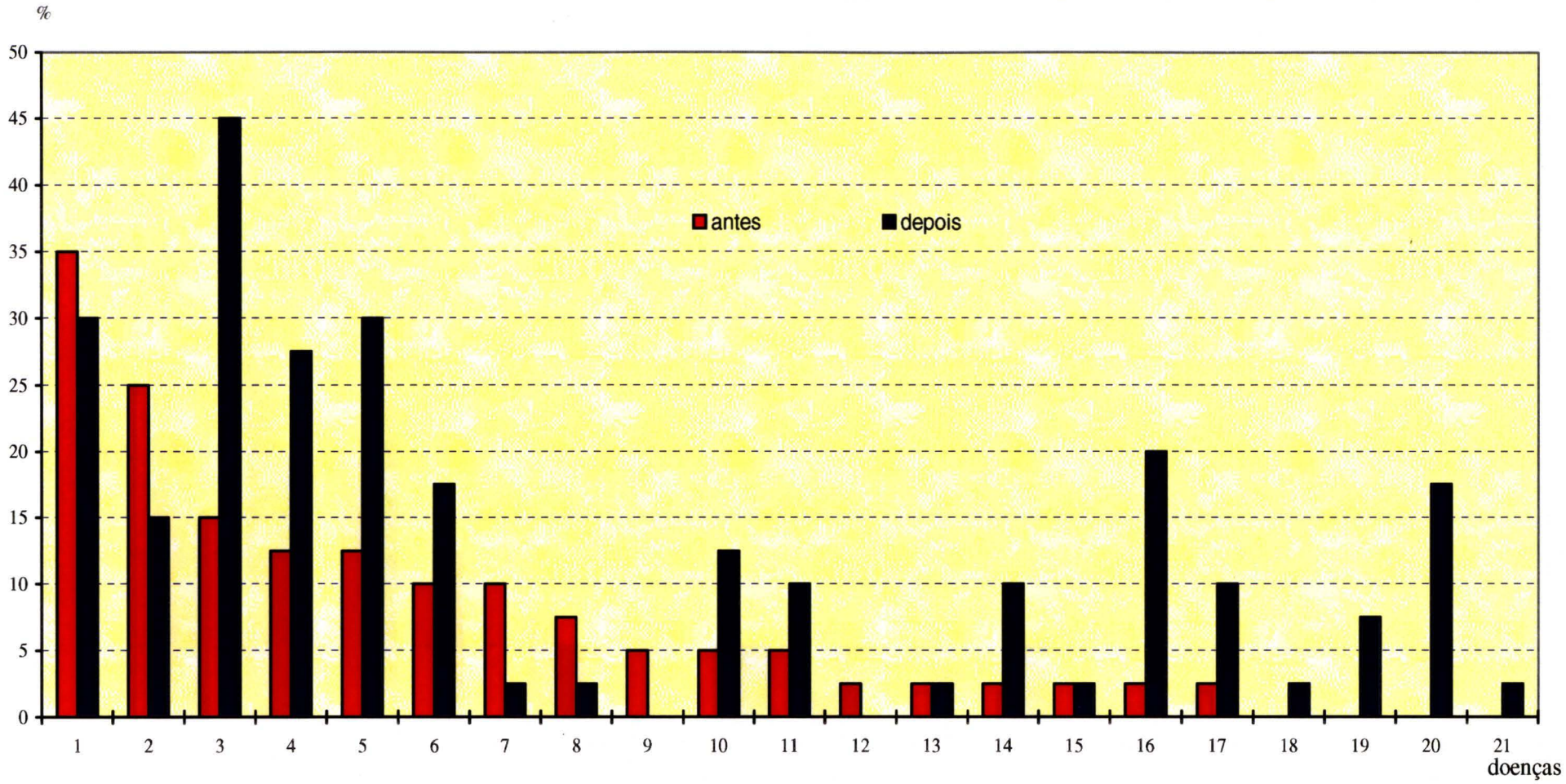
Como no exame de rotina para contratação de funcionário, aprovado em concurso, são realizados exames laboratoriais, antes da avaliação médica, os dados sobre níveis altos de colesterol restrito ao período após o trabalho em turnos, pode ser um viés introduzido em uma população que não tinha acesso ou interesse em conhecer esta variável, em que as alterações são assintomáticas.

Quanto aos distúrbios psíquicos ligados ao trabalho em turnos e noturno, como a ansiedade de longa duração e depressão, são descritas pela literatura como

comuns e muitas vezes graves. Além do prejuízo às relações familiares, o trabalho em turnos e noturno, incluindo fins de semana, compromete o convívio social.

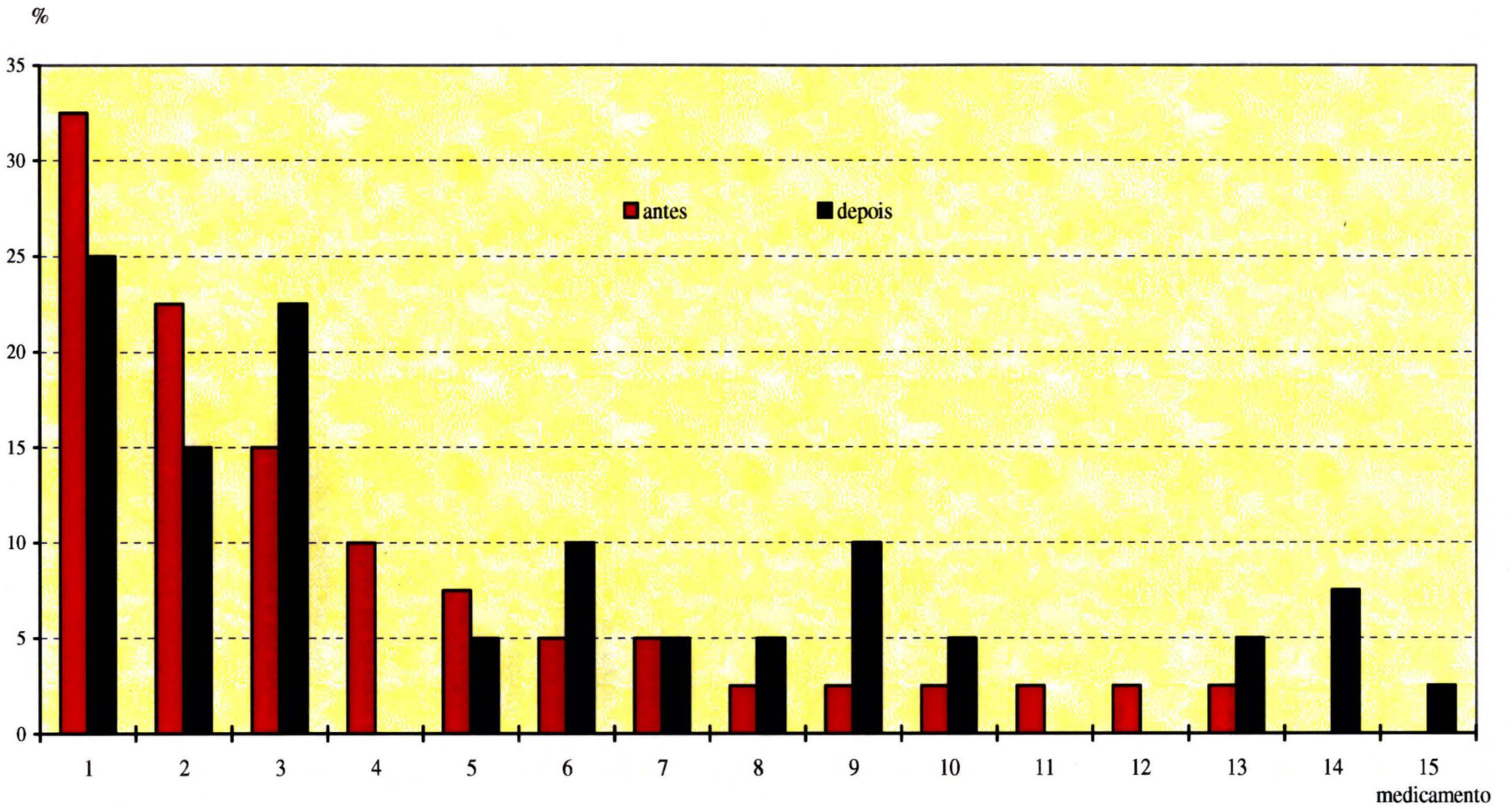
O histograma obtido com as respostas a questão sobre o uso de medicamentos em período anterior e posterior ao trabalho em turnos (Figura 16), mostra em ordem decrescente de freqüência o uso de analgésico, antiácido, antiinflamatório, antiespasmódicos, antidepressivos, remédio para dormir, tranqüilizante, remédio para pressão alta, hormônio e, restrito ao período após trabalho em turnos, diurético, prescrito, em geral, como medicamento de primeira escolha para controle de pressão alta. Os medicamentos usados são coerentes com as queixas e diagnósticos médicos anteriormente apontados.

Figura 15 - Porcentagem de sintomas ou doenças mais freqüentes, com diagnóstico médico, antes e/ou depois de trabalhar em turnos, 2003.



1 - Dor de cabeça
2 – Sinusite/Amigdalite
3 – Dor nas costas
4 – Ansiedade de longa duração
5 – Varizes
6 – Gastrite ou duodenite
7 – Anemia
8 – Arritmia cardíaca
9 - Asma
10 – Pressão alta
11 – Pedra nos rins
12 – Pedra na vesícula
13 - Diabetes
14 – Cistite
15 - Eczema
16 – Depressão
17 – Hemorróidas
18 – Úlcera gástrica ou duodenal
19 - Colite
20 – Colesterol alto
21 – Artrite

Figura 16 - Porcentagem de medicações utilizadas por mais de três meses, antes e/ou depois de trabalhar em turnos, 2003.



1 – Analgésico
2 - Antiinflamatório
3 – Antiácido
4 – Broncodilatador
5 – Laxante
6 - Antiespasmódico
7 – Tônicos/vitaminas
8 – Tranqüilizante
9 – Antidepressivo
10 – Remédio para pressão alta
11 – Remédio para o coração
12 – Antiinflamatório hormonal
13 – Hormônio
14 – Remédio para dormir
15 – Diurético

5. Discussão

A tendência do trabalho em horário não convencional é um fenômeno social com importantes implicações na saúde e bem estar individual e familiar do trabalhador. O envelhecimento da população, com aumento da expectativa de vida na maioria dos países, aumenta a demanda por serviços de saúde ininterruptos, vinte e quatros horas por dia, sete dias na semana, segundo PRESSER 1999.

Nos Estados Unidos, de acordo com a Centers for Disease Control and Prevention – CDC, o setor de cuidados à saúde é o segundo ramo que cresce mais rápido na atualidade e emprega mais de doze milhões de pessoas, das quais 80% pertencem ao sexo feminino.

Conforme ESTRYN-BEHAR e POINSIGNON 1989, mais que o poder econômico e a sofisticação das técnicas utilizadas, é o trabalho das pessoas que garante a qualidade e a eficiência do trabalho prestado e os trabalhadores do hospital têm essa noção de benevolência e de sacrifício, negligenciando as condições ergonômicas, de higiene e de segurança a que estão expostos no cotidiano.

Em 2002 COSTA fez estudo no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo sobre problemas de saúde relacionados à exposição a substâncias químicas. Foram apontados, como desencadeantes de doença, sabões, hipoclorito de sódio, desinfetantes, benzina, éter, detergentes, glutaraldeído, formol, óxido de etileno, álcool, medicamentos em geral e látex de luvas. Propôs-se para prevenir a exposição a estas substâncias o uso de equipamento de proteção individual, desenvolvimento de produtos novos ou sua substituição se existir outra menos tóxica, cuidados na manipulação, medidas de proteção coletiva, medidas administrativas e de recursos humanos e na sua manipulação na farmácia e no local adequado.

No mesmo hospital GUTIERREZ 2003 realizou estudo com profissionais da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva sobre o enfrentamento do processo morrer em seu cotidiano cujos resultados mostraram a necessidade de se implantar encontros sistematizados em que os profissionais possam expor suas angústias e medos ao vivenciar esse processo. No final de 2003, um grupo da Faculdade de Psicologia iniciou a implantação desses grupos.

NOMURA 2001 fez estudo nesse hospital sobre a rotatividade da equipe de enfermagem e concluiu que havia baixa rotatividade, que as enfermeiras e os técnicos de enfermagem apresentavam taxa de rotatividade superiores aos auxiliares de enfermagem e que os motivos de desligamento eram mudança de emprego, motivo particulares e horário.

ANABUKI 2001 realizou estudo sobre a percepção das enfermeiras relacionada a situações geradoras de estresse desse hospital. O grupo que participou do estudo era do sexo feminino em sua maioria e 50% contribuía com a manutenção familiar, realizando dupla jornada de trabalho. Os índices de estresse em relação às situações vivenciadas no trabalho mostraram resultado maiores principalmente no relacionamento com o serviço de manutenção e reparos, com serviços de farmácia, no relacionamento com alunos e residentes de medicina e com cirurgiões, exposição aos riscos psíquicos no ambiente de trabalho, maus tratos na assistência aos pacientes e familiares e lidar com a dor e a morte. Os maiores escores de exposição ao estresse foram encontrados no setor de pacientes internos e terapia intensiva.

Os riscos a que estão expostos os trabalhadores de hospital associados às condições e estilos de vida, segundo ROMERO 1998, configuram perfis de mal estar, doenças, desgaste físico e emocional, incapacidade e insatisfação profissional.

Os trabalhadores hospitalares estão sujeitos aos efeitos deletérios do trabalho em turnos devido a dessincronização do ritmo circadiano. O conflito entre o ritmo de trabalho noturno e grande parte dos objetivos da comunidade, constitui fator de estresse e pode levar a desordens psicossomáticas, com efeitos sobre a saúde dos trabalhadores em turno e no período noturno.

Esses efeitos são agravados, no pessoal de enfermagem, por distúrbios muscoloesqueléticos decorrentes do levantamento e manuseio de pacientes, posturas desconfortáveis e estáticas, equipamento inadequado, carga física pesada, arranjo do local de trabalho impróprio e deslocamentos múltiplos.

Estes fatores somados ao convívio freqüente com a doença, com o sofrimento do paciente e a morte, constituem uma carga mental pesada que se associa às

dificuldades cotidianas ligadas a organização do trabalho podendo romper o equilíbrio entre o normal e patológico, com o aparecimento de sintomas e doença.

Sendo um hospital escola, os trabalhadores são estimulados a melhorar a qualificação e segundo o trabalho de NOMURA 2001 a maioria sente que o hospital incentiva que se procure melhora da qualificação. No estudo atual, durante o trabalho de campo, dois auxiliares de enfermagem concluíram o curso de técnico de enfermagem, dois estavam cursando faculdade de enfermagem, duas enfermeiras estavam fazendo estudo de campo para pós-graduação, mestrado, e uma defendeu dissertação para título de doutora pela Faculdade de Enfermagem.

Há dados sugestivos nas respostas dos participantes deste estudo de distúrbios do aparelho digestivo e neuropsíquico pelo trabalho em turnos, diurno e noturno, nos profissionais que trabalham em hospital. Entretanto, tanto o tempo disponível para conclusão do trabalho de campo, quanto o tamanho da população participante, não permitiram comprovar estas hipóteses.

A análise das variáveis estudadas mostram que existe correlação entre trabalho no turno diurno (período matutino) e distúrbios musculesqueléticos, prenunciados pelas atividades desenvolvidas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem no período matutino ($p < 0,05$) – Figura 11.

A dor nas costas, que afeta 80% das pessoas, é a principal causa de incapacidade funcional . GONÇALVES, FISCHER, LOMBARDI JR., FERREIRA 2001, em estudo de auxiliares de enfermagem em hospital tiveram resultado semelhante em relação ao trabalho que exige esforço físico maior no turno diurno, acarretando doenças musculesqueléticas. O turno noturno apresenta outras dificuldades como sonolência e a necessidade de estar alerta durante todo o período em que o habitual é descansar, mas como a demanda de tarefas é menor muitos empregados preferem este turno.

Em estudo realizado em hospital escola com auxiliares de enfermagem que haviam apresentado dor nas costas nos últimos seis meses e tinham menos de cinqüenta anos de idade, ALEXANDRE, MORAES, CORRÊA FILHO, JORGE 1999, realizaram programa de intervenção, com exercícios físicos durante o trabalho, direcionado a esse distúrbio, três vezes por semana por quatro meses. Durante os dois

últimos meses desse programa ocorreu diminuição significativa na freqüência de dor cervical.

HARMA et alli 1998 propuseram exercícios físicos regulares para facilitar a adaptação ao trabalho em turnos.

Quanto às medidas de melhora em mobiliário hospitalar, já existem camas cujas posições são trocadas por controle remoto, com funcionamento motorizado. A Unidade de Terapia Intensiva possui uma que, se estiver disponível, é cedida para acomodar paciente com obesidade mórbida, que por exigirem maior esforço físico têm potencial risco de desencadear ou agravar sintomas muscoloesqueléticos.

O trabalho em turnos e noturno está relacionado ao risco de doenças cardiovasculares, conforme ÄKERSTEDT, KNUTSSON, ALFREDSSON, THEORELL 1994. Nesse estudo, o reduzido tamanho da amostra não permitiu comprovar essa associação. Entretanto, houve referência a doenças relacionadas a este sistema: hipertensão arterial, níveis altos de colesterol, varizes e hemorróidas (Figura 17). Esses distúrbios são agravados pelo envelhecimento funcional precoce dos que trabalham em turnos e no período noturno (FISCHER e BELLUSCI 2000).

A presença de níveis aumentados de colesterol após assumir trabalho em turno ou noturno, se enquadra naquelas alterações não associadas a sintomas, mas associadas à morbidade quando estudada com fatores coadjuvantes como sobrepeso, hipertensão e diabetes (AWTRY e LOSCALZO 2002).

Neste estudo, o aumento de freqüência de insuficiência venosa, representada por varizes em membros inferiores, na população participante, predominantemente feminina, pode estar associado ou ser agravado por fatores não ocupacionais, como gestação, uso de anticonceptivo oral (hormônio) e sobrepeso.

A maior freqüência de hemorróidas relatada pelos participantes, após início do trabalho em turnos, pode estar associada a maior freqüência de depressão e ansiedade de longa duração, que leva a distúrbio de comportamento alimentar imposto pelo próprio turno e ritmo de trabalho. As hemorróidas estão relacionadas a aumento de pressão em veias causada por gestação, ingestão de alimentos irritantes para a mucosa gastrintestinal como, por exemplo, pimenta e álcool, ou prisão de

ventre. Estudos de doenças de origem psicossomática, apontam a depressão como fator associado à prisão de ventre. Também atuam o sedentarismo e dieta pobre em fibras em sua fisiopatologia.

A literatura refere que o trabalho em turnos, principalmente em horário muito cedo de manhã e no noturno, está relacionado a distúrbios do sono, que a longo prazo causam transtornos severos e persistentes do próprio sono, fadiga crônica e síndrome psiconeuróticas exteriorizadas em sintomas de ansiedade e depressão crônica.

A análise dos dados relacionados a diagnóstico médico e uso de medicamentos, mostrou ansiedade de longa duração e depressão muito aumentada após trabalho em turnos e noturno. Este diagnóstico cuja comprovação é reforçada pelo uso de medicamento para dormir, tranqüilizante e antidepressivo, remédios com venda controlada e prescrição médica obrigatória.

Embora o estudo não tenha abrangido um número significativo da população pretendida, resultando na análise estatística dados não significativos, estes diagnósticos são referidos na literatura como relacionados ao trabalho em turnos e noturno e a fatores psíquicos decorrentes do trabalho com doentes.

Fator determinante da pequena participação dos funcionários foi atribuído à entrega do questionário para responderem, ao invés de ser aplicado pelo pesquisador. Os funcionários que foram entrevistados devido determinação da chefia, tiveram baixa recusa de participação.

Outro fator desfavorável foi à duração entre a entrega e a solicitação da devolução, com período máximo coincidindo com as festas de confraternização de fim do ano.

6. Conclusões

O estudo mostrou que os trabalhadores do turno diurno apresentam mais queixas e confirmação médicas de distúrbio musculoesquelético do que os trabalhadores do turno noturno. Estas queixas e doenças estão associadas com tarefas e função (auxiliares e técnicos de enfermagem).

Sugere-se mudanças relacionadas ao mobiliário, pois o atual obriga os trabalhadores a posturas corporais desajeitadas e esforços físicos freqüentes com postura estática para executar tarefas rotineiras de cuidado ao paciente. Isto se dá principalmente no cuidado aos pacientes de alta dependência.

7. Sugestões

No período de estudo de campo foi visitado hospital particular com mobiliário moderno que permitia autonomia ao paciente, mesmo com algum grau de comprometimento de função motora, e melhores condições de trabalho para os funcionários.

Se houvesse disponibilidade de tempo para obter autorização e equipe de pesquisadores para realizar estudo de campo, poderia ser realizado estudo comparativo entre os funcionários desses hospitais.

8. Referências Bibliográficas

Äkerstedt T, Knutsson A, Alfredsson L, Theorell T **Shift Work and cardiovascular disease**. Jounal Work Environ Health, 10- 409-414, 1994

Alexandre NMC, Moraes MAA, Corrêa Filho HR, Jorge SA **Avaliação de programa para reduzir dores nas costas em trabalhadores de enfermagem.** Revista de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, USP, 35 (4):356-61,2001.

Anabuki MH **Situações geradoras de estresse : a percepção das enfermeiras de um hospital de ensino.** Apresentada à Escola de Enfermagem, USP, para obtenção do grau de Mestre, 2001.

Andorno R **La bioéthique et la dignité de la personne.** Presses Universitaires de France, 1ª édition, 1997.

Antunes JLF **Hospital: instituição e história social.** Editora Letras e Letras,1991.

ANVISA, Resolução RDC nº 33, de 25 de fevereiro de 2003. **Regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.** DOU de 05/março/2003.

Arevalo JC **La Maravillosa História de la Medicina.** Universidade Nacional de Trujillo, Peru, julho 2001 Web site: http://www.cardenashistoriamedicina.net

Awtry EH e Loscalzo J Doença vascular e hipertensão. Andreoli TE, Carpenter CJC, Loscalzo J **Cecil Medicina Interna Básica.** Ed. Guanabara Koogan, 5ª Edição, 2002, pg. 131-148.

Barton J, Folkard S, Smith LR, Spelten, ER, Totterdell PA **Standard Shiftwork Index Manual**. Departamento de Psicologia da Universidade de Sheffield, U.K, 1991.

Borges FNS, Fischer FM **Twelve-Hour Night Shifts of Healthcare Workers: a Risk to the Patients?** Chronobiology International, Vol. 20, Nº 2, p.351-360, 2003.

Campanhole HL, Campanhole A **Consolidação das Leis do Trabalho e Legislação Complementar**. 103ª Edição, Editora Atlas,2000.

Canguilhem G **O Normal e o Patológico.** Editora Forense Universitária, 5ª edição ampliada, primeira reimpressão, 2002.

Carpentier J, Cazamian P **El trabajo nocturno.** Oficina Internacional del Trabajo, 1ª ed., 1977.

Cohn A, Elias PEM **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 2ª ed., São Paulo, Editora Cortez, 1998.

Colquhoun WP, Costa G, Folkard S, Knaut P **Shiftwork: problems and solutions.** Frankfut, Peter Lang, 1993.

Costa TF **Exposição dos trabalhadores de enfermagem às substâncias químicas: estudo em um hospital público universitário.** Tese apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a obtenção do grau de Mestre, 2002.

Diário Oficial da União **Regulamento técnico para planejamento, programas, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.** RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, pág. 54, 20/março/2002.

Estryn-Behar M e Poinsignon H **Travailler à L'Hôpital.** Berger-Levrault,1989.

Fischer FM, Bellusci SM **Work ability index: survey among care shiftworkers of São Paulo.** Brasil, 2000.

Fischer FM, Lieber RR, Brown FM Trabalho em turnos e as relações com a saúde-doença. In: Mendes R **Patologia do Trabalho.** 1ª Edição, Atheneu, SP, 2002.

Folkard S, Monk TH **Hours of Work. Temporal factors in work scheduling.** Folkard-Monk Editors, 1985.

Foucault M **O Nascimento da Clínica.** 5ª Edição, Editora Forense Universitária,1998.

Gaspar S, Moreno C, Menna-Barreto L **Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica.** Rer Ass Méd Brasil; 44(3):239-45, 1998.

Golbert AJ, Buttaro RA **Hospital Department Profiles.** 3ª Edition, American Hospital Publishing, 1990.

Gonçalves MBL, Fischer FM, Lombardi Jr. M, Ferreira RM **Work activities of practical nurse and risk factors for the development of musculoskeketal disorders.** Journal of Human Ergology, vol. 30, pages 369-374, december 2001.

Grandjean E **Manual de Ergonomia.** Trad. de Stein JP, 4ª Edição, Editora Bookman, 1998.

Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguellen A **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia.** Trad. de Ingratta GMJ, Maffei M. Editora Edgard Blücher, 1ª edição,2001.

Gutierrez BAO **O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva.** Tese apresentada a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do grau de Doutor, 2003.

Härma M **Individual differences in tolerance to shiftwork: a review.** Ergonomics, vol. 36, pg.106-109, 1993.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE 1.0** Web site: http://www.ibge.gov.br

Knauth P **The design of shift systems.** Ergonomics. Vol. 36, nº 1-3, pg.15-28, 1993

Knutsson A **Shift Work and Coronary Heart Disease.** National Institute for Psychosocial Factors and Health, Stockholm, 1989.

Lettson C **Projet de Réforme Adressé à l'Assemblé Nationale.** Paris,1970.

Magne A **Dicionário Etimológico da Língua Latina.** Rio de Janeiro, Instituto Nacional do Livro do Ministério da Educação, 1953.

Metzner RJ **Trabalhadores em uma indústria têxtil: um estudo sobre fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas em semana reduzida.** Dissertação para grau de mestre na Faculdade de Saúde Pública, 2000.

Mezono JC **O Administrador Hospitalar.** Ed. CEDAS (Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração), 1991.

Ministério da Previdência e Assistência Social. **Regime Geral de Previdência Social: Consolidação da Legislação.** Coleção Previdência Social, Volume 15, Secretaria de Previdência Social, 2002.

Ministério da Saúde do Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Editora MS, 2001.

Ministério do Trabalho e Emprego. **Normas regulamentadoras relativas à Segurança e Medicina do Trabalho.** Web site: http://www.mte.gov.br , 2004

Moreno CRCM, Fischer FM, Rotenberg L **A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas.** São Paulo em Perspectiva, Vol. 17, Nº 1, 2003.

Nascimento AM **Curso de Direito do trabalho.** Editora Saraiva, 17ª Edição, 2001.

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). **Quick facts about women in the force.** 2001 Web site: http://www.cdc.gov/niosh

Nomura FH **Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital escola.** Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a obtenção do grau de Mestre, 2001.

Novaes HM **Guias para controle de infecções hospitalares.** Organização Mundial de Saúde (OMS) / Organização Panamericana de Saúde (OPAS), 1992.

Ocupational Safety and Health Administration - OSHA – **Hospital and Tools.** 2004 Web site http//www.osha.gov - Hospital and Tool

Occupational Safety and Health Administration - OSHA – U.S. Departament of Labor. **Hospital Investigations: Health Hazards.** 2001.

Organização Internacional do Trabalho **Convenção nº171 Night Work.** Geneva, 1990. Web site http://www.ilo.org/ilodex/english/convidisp

Organização Mundial da Saúde **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** Décima Revisão (CID-10). EDUSP, 1998

Presser HB **Toward a 24 hour economy.** Science, vol.284, pg. 1778-1779, jun1999.

Ramazzini B **As doenças dos trabalhadores.** Trad. de Estrêla R 3ª ed., FUNDACENTRO,2000.

Rodrigues JR **O Corpo na História**, Editora Fiocurz, 1999.

Romero AB **Personal de Enfermaría: condiciones de trabajo de alto riesgo. Salud de los Trabajadores.** Volume 6, nº 2, pg.113-119,julho 1998.

Rutenfranz J, Knaut P, Fischer FM **Trabalho em turnos e noturno.** Editora Hucitec,1989

Segre M e Cohen C org. **Bioética.** Editora da Universidade de São Paulo, 2ª edição, 1999

Silvia C, Duarte J, Martins R, Silvério J **Standard shiftwork index in Portuguese nurses samples.** Shiftwork in 21st Century – Challenges for research and practice; Bd. 17, Peter Lang, pg. 239-244, 1995.

Tolosa EMC, Matheus LCA, Costa RCD, Notariano AP **Hospital Universitário da Universidade de São Paulo: análise crítica dos reflexos do plano de gestão financeira administrativa nas atividades docentes, assistenciais e de pesquisa (período de 1990-1994).** Revista Médica HU-USP, vol. 4, nº 1, p.1-22, dez 1994.

Touitou Y, Haus E **Biologic Rhythms in Clinical and Laboratory Medicine.** Second Edition, Springer-Verlag, 1994.

Trucco M, Valenzuela PA, Trucco DH **Estrés ocupacional en personal de salud.** Revista médica de Chile, vol.127, nº 12, Santiago, dec. 1999.

Bibliografia Complementar

Altman DG **Practical statistics for medical research.** Chapman & Hall/CRC, 1st edition, 1991.

Borges FNS **Repercussões do trabalho em turnos noturnos de doze horas no sono e bem estar em auxiliares de enfermagem e enfermeiros.** Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,2002.

Wingaarden JB e Smith LH **Cecil Tratado de Medicina Interna.** 18ª edição, Editora Guanabara, 1990.

Cuenta AMB, Noronha DP, Ferraz MLEF, Andrade MTD **Guia de Apresentação de Teses.** Biblioteca/CIR, Centro de Informação e Referência em Saúde Pública, São Paulo, 1998. Web site : http://www.bibcir.fsp.usp.br (edição on-line).

Dul J, Weerdmeester B **Ergonomia Prática.** 1ª edição, 2ª reimpressão, Editora Edgard Blücher Ltda,2000.

Encyclopaedia of occupational health. Editor Stellman JM, 4th Edition, Geneva, 1998.

Equipe Atlas **Segurança e Medicina do Trabalho.** 45ª Edição, Editora Atlas, 2000 (realizada atualização freqüente no web site: http://www.mte.gov.br , 2004)

Ministério do Trabalho e Emprego **Manual de Aplicação da Norma Regulamentadora Nº 17.** 2ª edição, Secretaria de Inspeção do Trabalho,2002.

Smolensky MH, Reinberg A **Clinical Chronobiology: relevance and applications to the practice of occupational medicine.** Occupational Medicine: State of Art Reviews, Vol. 5, nº 2, Philadelphia, Hanley de Belfus, april-june, pág. 239-272,1990.

Teixeira P, Teixeira SV, coordenadores. **Biossegurança : uma abordagem multidisciplinar.** 1ª edição, 2ª reimpressão, Editora Fiocruz,2000.

United State Departament of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. **National Institute for Occupacional Safety and Health (NISH) Alert: Prevention Needlestick Injuries in Health Care Settings.** NIOSH Publications Dissemination, 1998.

ANEXO 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu _____,concordo em participar do estudo sobre "Influência dos trabalhos em turnos sobre o absenteísmo no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo" realizado pela pesquisadora Leila Quadrat Goulart. Este estudo visa determinar as causas da ausência do trabalhador quando ele era esperado, buscando determinar pontos passíveis de intervenção com o objetivo de tentar um ambiente saudável e melhorar a qualidade de vida do trabalhador.

Tenho conhecimento do caráter científico do estudo, sendo minha participação voluntária.

Estou ciente de que as informações serão tratadas de forma anônima e sigilosa e de que não sofrerei nenhum tipo de sanção ou prejuízo caso me recuse a participar ou decida a qualquer momento desistir de participar.

Autorizo a utilização dos dados informados por mim para a realização do estudo.

_____ _____

Assinatura do Entrevistado **Assinatura da Pesquisadora**

Pesquisadora:
Leila Quadrat Goulart
Tel.: 3258-6704
Celular: 91289137
e.mail: leilaquadrat@uol.com.br

Anexo 2 – Questionário

I - Informações gerais

1. data:.....
2. nome (iniciais apenas):.....
3. data de nascimento .....
4. sexo : feminino ( ) masculino ( )
5. estado civil (assinale uma das alternativas abaixo)
   a- casado (a)/ união consensual (amasiado)
   b- separado(a)/ divorciado(a)
   c- viúvo (a)
   d- solteiro (a)

6. se você é casado ou vive em união consensual, quantas horas por semana seu parceiro trabalha?
.....

7. qual o tipo de jornada de trabalho do seu parceiro(assinale uma das alternativas abaixo)
   a- de dia (não em turnos)
   b- em turnos rotativos com noites
   c- em turnos rotativos sem noites
   d- de noite (permanente)
   e- outros (favor especificar): .....

8. como seu parceiro se sente em relação a seu trabalho em turnos?

inaceitável	um tanto inaceitável	indiferente	aceitável	muito aceitável
1	2	3	4	5

9. quantas pessoas de seu grupo familiar pertencem aos seguintes grupos etários (não contando você):

	Número	Parentesco
a- 0 a 5 anos	_____	_____
b- 6 a 12 anos	_____	_____
c- 13 a 18 anos	_____	_____
d- 19 a 24 anos	_____	_____
e- 25 a 60 anos	_____	_____
f- acima de 60 anos	_____	_____

10. desde quando você trabalha?

.....

11. há quanto tempo você trabalha no atual emprego?

.....

12. há quanto tempo você está no atual horário de trabalho?

.....

13. em média quantas horas você trabalha por semana, não contando as horas extras?

.....

14. em média quantas horas extras remuneradas você trabalha por semana?

.....

15. em média quantas horas você trabalha além de seu horário normal por semana (sem remuneração)?

.....

16. você tem alguma segunda atividade remunerada além de seu emprego principal?

.....

17. se você teve alguma interrupção em sua carreira, quanto tempo ela durou?

.....

18. qual seu horário de trabalho normal

- Início: .....
- Término: .....

Obs.: use dia de 24 horas, isto é, escreva 4horas para a manhã e 16 horas para a tarde, por exemplo.

19. em média quanto tempo você gasta indo e voltando para o trabalho?

- Ida: .....
- Volta: .....

20. que meio de transporte você usa para ir ao trabalho?

a- público
b- particular
c- combinação dos dois anteriores
d- companhia de transporte contratada
e- a pé
f- outros (especificar): .....

21. você se sente em perigo durante a ida e a volta do trabalho?

	nunca	**raro**	**freqüente**	**sempre**
ida	1	2	3	4
volta	1	2	3	4

22. em média quantas noites você trabalha por semana?

.....

23. em média quantas folgas você tem por mês?

.....

24. em média quantos fins de semana você folga por mês?

.....

25. qual a regularidade do sistema em turnos em que você trabalha:

a- **regular**, isto é, escala fixa que se repete quando o ciclo de turnos termina, ocorrendo variações ocasionais para atender algum pedido especial.

b- **irregular**, isto é, escala de trabalho não é cíclica nem se repete, não sendo levada em conta às preferências individuais.

c- **flexível**, isto é, há consulta sobre a preferência do trabalhador antes de fazer a escala.

26- se seu sistema é regular, depois de quantas semanas o cìclo se repete?

.....

27- assinale quanto você sente que tem liberdade sobre a escolha de turnos específicos?

nenhum	**não muito**	**razoável**	**bastante**	**completo**
1	2	3	4	5

28- assinale em que extensão você pode controlar o começo e fim dos turnos em que trabalha?

nenhum	**não muito**	**razoável**	**bastante**	**completo**
1	2	3	4	5

29-para cada item seguinte, assinale com que freqüência você :

	nunca	**raro**	**as vezes**	**freqüente**	**sempre**
a- é solicitado a mudar sua escala com breve aviso	1	2	3	4	5
b- troca com colega	1	2	3	4	5
c- solicita para trabalhar num turno específico	1	2	3	4	5

30- use os número de 1 a 5 para avaliar como você considera seu trabalho em relação a pessoas que têm função semelhante a sua na mesma empresa. Preencha com o número que achar mais adequado para cada uma das alternativas propostas:

Onde:
1= muito leve
2= leve
3= moderado
4= pesado
5= muito pesado

a- carga física de trabalho _____
b- carga mental de trabalho _____
c- pressão em relação a tempo _____
d- estresse emocional _____

31- assinale um dos números quanto ao motivo principal para trabalhar em turno?

	não é motivo		**em parte é um motivo**		**é um motivo importante**
a- é parte do emprego	1	2	3	4	5
b- único emprego disponível	1	2	3	4	5
c- conveniente para minhas responsabilidades domésticas	1	2	3	4	5
d- salário mais alto	1	2	3	4	5
e- outros (especificar)					
.....	1	2	3	4	5
.....	1	2	3	4	5

32- se tudo fosse equivalente você abandonaria o trabalho em turnos por um trabalho de dia em jornada de trabalho comum?

não	**provavelmente não**	**talvez**	**provavelmente sim**	**sim**
1	2	3	4	5

33- cite três vantagens do sistema de trabalho em turnos para você?
a- _____
b- _____
c- _____

34- cite três desvantagens do sistema em turnos para você?
a- _____
b- _____
c- _____

35- você acha que as vantagens superam as desvantagens?

não	**provavelmente não**	**talvez**	**provavelmente sim**	**sim**
1	2	3	4	5

36- se você fosse livre para escolher o início e o fim do turno que horário escolheria:
início:.....
fim:.....

37- as questões a seguir estão relacionadas a sua satisfação com seu trabalho. Circule a resposta apropriada para cada questão:

	discordo muito	**discordo**	**discordo um pouco**	**neutro**	**concordo um pouco**	**concordo**	**concordo muito**
a- de modo geral estou muito satisfeito com este trabalho	1	2	3	4	5	6	7
b- freqüentemente me sinto bem com este emprego	1	2	3	4	5	6	7
c- em geral estou satisfeito com este emprego	1	2	3	4	5	6	7
d- muitas pessoas estão muito satisfeitas com este emprego	1	2	3	4	5	6	7
e- pessoas neste emprego freqüentemente pensam em sair	1	2	3	4	5	6	7

II - Seu sono e fadiga

1. complete a que horas normalmente você dorme e acorda

	adormece	acorda
Durante dias de trabalho normal	_____	_____
Nos dias de folga	_____	_____

2. complete se você tira soneca (s) adicional (ais) em casa ou no trabalho e em que horário (mais comum):

a- turno da manhã	das	as	e	das	as
b- turno da tarde	das	as	e	das	as
c- turno da noite	das	as	e	das	as
d- dia(s) de folga	das	as	e	das	as

3- complete quantas horas de sono você sente que precisa por dia, independente do turno em que está?

.....horas e .....minutos.

4- o que você acha sobre a quantidade de sono que você tem normalmente? (circule um número para cada alternativa)

	insuficiente	**poderia ser muito maior**	**poderia ser um pouco maior**	**suficiente**	**mais que suficiente**
a- nos dias de trabalho	1	2	3	4	5
b- nas folgas	1	2	3	4	5

5- como você dorme normalmente? (circule um número para cada alternativa)

	muito mal	**mal**	**mais ou menos**	**bem**	**muito bem**
a- nos dias de trabalho	1	2	3	4	5
b- nas folgas	1	2	3	4	5

6- como você se sente depois de dormir?
(circule um número para cada alternativa)

	não descansado	**não muito descansado**	**moderadamente descansado**	**descansado**	**muito descansado**
a- nos dias de trabalho	1	2	3	4	5
b- nas folgas	1	2	3	4	5

7-você algumas vezes acorda antes do que pretendia?
(circule um número para cada alternativa)

	nunca	raro	às vezes	freqüente	sempre
a- nos dias de trabalho	1	2	3	4	5
b- nas folgas	1	2	3	4	5

8-você tem dificuldade em adormecer?
(circule um número para cada alternativa)

	nunca	raro	às vezes	freqüente	sempre
a- nos dias de trabalho	1	2	3	4	5
b- nas folgas	1	2	3	4	5

9- você toma remédio para dormir? (circule um número para cada alternativa)

	nunca	raro	às vezes	freqüente	sempre
a- nos dias de trabalho	1	2	3	4	5
b- nas folgas	1	2	3	4	5

10- você usa bebida alcoólica para ajudar seu sono? (circule um número para cada alternativa)

	nunca	raro	às vezes	freqüente	sempre
a- nos dias de trabalho	1	2	3	4	5
b- nas folgas	1	2	3	4	5

11-você algumas vezes se sente cansado nos:
(circule um número para cada alternativa)

	nunca	raro	às vezes	freqüente	sempre
a- nos dias de trabalho	1	2	3	4	5
b- dias de folga	1	2	3	4	5

12- os itens seguintes se relacionam a quanto você se sente cansado ou disposto, independente do quanto tenha dormido ou trabalhado duro. Algumas pessoas parecem sofrer de cansaço permanente, as vezes nos dias de descanso e nos fins de semana, enquanto outras parecem que têm energia ilimitada. Favor assinalar qual destes níveis se aplica ao estado como se sente normalmente:

	nem tanto		**às vezes**		**muito**
a- repleto de energia	1	2	3	4	5
b- sem energia	1	2	3	4	5
c- plenamente ativo	1	2	3	4	5
d- cansado a maior parte do tempo	1	2	3	4	5
e- bem disposto em geral	1	2	3	4	5
f- indisposto	1	2	3	4	5
g- alerta	1	2	3	4	5
h- exausto	1	2	3	4	5
i- animado	1	2	3	4	5
j- a maior parte do tempo fadigado	1	2	3	4	5

13- Você tem algum comentário ou observação relacionada a seu sono ou fadiga que não foi abordado nas questões anteriores? Em caso afirmativo, favor descrever.

_____

_____

_____

_____

III - Sua saúde e bem estar

1- Indique com que freqüência você experimenta o que esta listado abaixo fazendo um círculo no número apropriado:

	nunca	raro	freqüente	sempre
a- distúrbio de apetite	1	2	3	4
b- preocupação em evitar algum alimento	1	2	3	4
c- náusea	1	2	3	4
d- queimação ou dor no estômago	1	2	3	4
e- digestão difícil	1	2	3	4
f- distensão de abdômen ou gases	1	2	3	4
g- dor abdominal	1	2	3	4
h- prisão de ventre ou diarréia	1	2	3	4
i- palpitação no coração	1	2	3	4
j- desconforto ou dor no pescoço	1	2	3	4
k- tontura/vertigem	1	2	3	4
l- falta de fôlego em subidas	1	2	3	4
m- pressão alta	1	2	3	4
n- batimento irregular do coração	1	2	3	4
o- inchaço nos pés	1	2	3	4
p- aperto no pescoço	1	2	3	4
q- aumento de peso	1	2	3	4
r- perda de peso	1	2	3	4

2- assinale se você sofre ou sofreu de (diagnosticado por médico):

	antes de trabalhar em turno	desde que trabalha em turnos	nunca
a- dor nas costas	_____	_____	_____
b- gastrite ou duodenite	_____	_____	_____
c- úlcera gástrica ou duodenal	_____	_____	_____
d- pedra na vesícula	_____	_____	_____
e- colite	_____	_____	_____
f- sinusite/amidalite	_____	_____	_____
g- asma	_____	_____	_____
h- angina	_____	_____	_____
i- enfarte do miocárdio	_____	_____	_____
j- pressão alta	_____	_____	_____
k- arritmia cardíaca	_____	_____	_____
l- colesterol alto	_____	_____	_____
m- diabetes	_____	_____	_____
n- cistite	_____	_____	_____
o- pedra nos rins	_____	_____	_____
p- eczema	_____	_____	_____
q- ansiedade de longa duração	_____	_____	_____
r- depressão	_____	_____	_____
s- artrite			

t- hemorróidas	_____	_____	_____
u- varizes	_____	_____	_____
v- anemia	_____	_____	_____
w- dor de cabeça	_____	_____	_____
Outros:.....	_____	_____	_____
.....	_____	_____	_____

3-assinale se você usou uma das seguintes medicações por tempo prolongado (por mais de três meses):

	antes de trabalhar em turno	**desde que trabalha em turnos**	**nunca**
a- tranqüilizantes	_____	_____	_____
b- remédio para dormir	_____	_____	_____
c- antidepressivos	_____	_____	_____
d- antiácidos	_____	_____	_____
e- antiespasmódicos	_____	_____	_____
f- laxantes	_____	_____	_____
g- remédio para pressão alta	_____	_____	_____
h- diurético	_____	_____	_____
i- remédio para coração	_____	_____	_____
j- vasodilatador	_____	_____	_____
k- broncodilatador	_____	_____	_____
l- tônicos/vitaminas	_____	_____	_____
m- analgésicos	_____	_____	_____
n- antiinflamatórios hormonais	_____	_____	_____
o- antiinflamatórios	_____	_____	_____
p- hormônios (exceto pílula)	_____	_____	_____
q- outros	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

4- complete em média quantos cigarros você fuma por dia?

antes de trabalhar em turnos	**desde que trabalha em turnos**	**não uso e nunca usei**
_____	_____	_____

5- complete em média quanto você bebe de álcool por semana? (especificar a bebida e a quantidade)

antes de trabalhar em turnos	**desde que trabalha em turnos**	**não uso e nunca usei**
_____	_____	_____

6- complete em média quantas xícaras de café ou chá você bebe por dia?

antes de trabalhar em turnos	**desde que trabalha em turnos**	**não uso e nunca usei**
_____	_____	_____

7- se pertence ao gênero feminino e não faz controle de natalidade com anticonceptivo, assinale nas alternativas abaixo quanto, seu ciclo menstrual, a mais apropriada:

	muito irregular	**pouco irregular**	**regular**	**muito regular**
a- antes de trabalhar em turno	1	2	3	4
b- desde que comecei a trabalhar em turno	1	2	3	4

IV- Sua situação familiar e social

Avalie de 1 a 5 qual seu **grau de satisfação** com o tempo livre que o trabalho em turnos deixa para você, assinalando o número mais apropriado segundo sua opinião:

a- passatempo individual/atividades esportivas	1	2	3	4	5
b- atividades, passatempo ou esporte em grupo	1	2	3	4	5
c- estar com o parceiro	1	2	3	4	5
d- estar com sua família	1	2	3	4	5
e- estar com colegas e conhecidos	1	2	3	4	5
f- eventos culturais (cinema/teatro)/fins de dia	1	2	3	4	5
g- participar de organizações sociais	1	2	3	4	5
h- aulas de educação para adulto	1	2	3	4	5
i- estar com sua (s) criança (s)	1	2	3	4	5
j- ir ao banco/correio, etc.	1	2	3	4	5
k- ir ao dentista/médico	1	2	3	4	5
l- ter profissional fazendo serviço de manutenção em casa	1	2	3	4	5
m- passear no shopping	1	2	3	4	5
n- fazer compras (roupas, móveis)	1	2	3	4	5
o- passar fim de semana fora	1	2	3	4	5
p- sair com a família	1	2	3	4	5
q- para si mesmo	1	2	3	4	5
r- tarefas domésticas	1	2	3	4	5
s- atividades religiosas	1	2	3	4	5

2- avalie de 1 a 5 qual seu **grau de satisfação** em geral quanto a seu sistema de trabalho em turnos interferir no tipo de atividade que quer fazer em seu tempo livre para lazer (por exemplo, atividades esportivas, passatempos)? 1 2 3 4 5

3- avalie de 1 a 5 quanto ao sistema de trabalho em turnos interfere nas atividades que quer fazer em casa no tempo fora da jornada de trabalho [por exemplo, tarefas domésticas, ficar com a (s) criança (s)] 1 2 3 4 5

4- avalie de 1 a 5 quanto ao sistema de trabalho em turnos interfere nas atividades não domésticas que tem que fazer no seu tempo fora da jornada de trabalho (por exemplo, ir ao médico, a biblioteca, ao banco, ao cabeleireiro, etc.)

1 2 3 4 5