



FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA
UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

Capacidade de Trabalho e Risco Ocupacional na Movimentação Manual de Doentes num Hospital Privado

Dissertação elaborada com vista à obtenção do
Grau de Mestre em Ergonomia

Orientador: Professora Doutora Teresa Margarida Crato Patrone de Abreu Cotrim

Júri:

Presidente:

Professora Doutora Maria Filomena Araújo Costa Cruz Carnide

Vogais:

Professor Doutor Florentino Manuel dos Santos Serranheira

Professora Doutora Teresa Margarida Crato Patrone de Abreu Cotrim

Joana Martins Vilela

2012

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho de Administração do Hospital Privado pela possibilidade de realização deste estudo.

Às chefias dos serviços alvo pela disponibilidade, colaboração e apoio.

A todos os enfermeiros e auxiliares de ação médica, envolvidos no estudo, pela sua disponibilidade, colaboração e receptividade.

À Professora Teresa Cotrim, por todo o apoio, incentivo, disponibilidade e conhecimentos transmitidos durante o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus amigos, por todo o apoio, incentivo e motivação.

À Catarina Cardoso e ao Hugo Ribeiro, por todo o apoio, incentivo, motivação e paciência.

À Carolina Allegro, à Marta Simões, à Mafalda Pinto e à Patrícia Martins por todo o apoio e motivação e pela companhia nos dias de trabalho.

À minha família, por estarem sempre presentes e pelo apoio incondicional.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender a relação entre a capacidade de trabalho, a satisfação e o bem-estar dos profissionais, as exigências das tarefas de movimentação manual de doentes e a prevalência de lesões músculo-esqueléticas auto-referidas.

Utilizaram-se os instrumentos: Índice de Capacidade para o Trabalho (versão Portuguesa do WAI, Fernandes da Silva et al, 2006), o Questionário Nórdico (adaptado por Fray e Hignett, 2009), os questionários de satisfação e de perceção na movimentação manual dos doentes (incluídos no IET, Fray e Hignett, 2009).

A amostra foi constituída por enfermeiros (n=24) e auxiliares de ação médica (n=19) de dois serviços num hospital privado, na sua maioria mulheres, solteiros e licenciados, com uma idade média de 34,97 anos. A capacidade de trabalho dos profissionais correspondeu em média à categoria de “boa” capacidade para o trabalho, com um valor médio de 41,68 (dp=4,8). As LME auto-referidas (12 meses) foram mais prevalentes na coluna vertebral (cervical – 25,6%, dorsal – 23,3% e lombar – 30,2%) e nos ombros (20,9%). Do grupo de profissionais que estavam “quase sempre” satisfeitos com o seu trabalho, 93,8% apresentavam um ICT satisfatório. Quanto à movimentação manual de doentes, não houve nenhum acidente de trabalho reportado. 34,9% dos profissionais referiram que realizaram mobilizações ou transferências de doentes sem utilização de equipamento de ajuda técnica, quando este era recomendado. O desempenho dos profissionais durante as transferências foi bom, apesar da ausência de um plano específico. A satisfação dos doentes após a transferência era bastante elevada e a perceção dos profissionais em relação à execução das transferências também foi boa.

Palavras-Chave: Ergonomia Hospitalar, profissionais de saúde, capacidade de trabalho, movimentação manual de doentes, satisfação no trabalho, lesões músculo-esqueléticas auto-referidas, ICT, IET, DINO.

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the relationship between the ability to work, satisfaction and well-being of the professionals, the requirements of manual handling tasks of patients and the prevalence of self-reported musculoskeletal disorders.

We used the instruments: Work Ability Index (Portuguese version of the WAI, Fernandes da Silva et al, 2006), the Nordic Questionnaire (adapted by Fray and Hignett, 2009), satisfaction questionnaires and perception in manual handling of patients (included in the EIT, Fray and Hignett, 2009).

The sample consisted of nurses (n=24) and nursing aides (n=19) of two wards in a private hospital, mostly women, singles and graduates, with a mean age of 34.97 years. The work ability of professionals corresponded on average to the category of "good" work ability, with a mean value of 41.68 (sd = 4.8). Self-reported MSDs (12 months) were more prevalent in the spine (cervical - 25.6%, dorsal - 23.3% and lumbar - 30.2%) and shoulder (20.9%). The group of professionals who were "almost always" satisfied with their work, 93.8% had a satisfactory WAI. As for the manual handling of patients, there was no work accident reported. 34.9% of professionals said they performed mobilizations or patient's transferences without use of appropriate technical assistance, when it was recommended. The performance of the professionals during transferences was good, despite the lack of a specific plan. The satisfaction of patients after transferences was very high and the perception of professionals regarding the performance of transferences was also good.

Keywords: Hospital Ergonomics, health professionals, work ability, manual handling of patients, satisfaction at work, self-reported musculoskeletal disorders MSDs, WAI, IET, DINO.

LISTA DE ABREVIATURAS

DINO	Direct Nurse Observation Instrument
IAIE	Instrumento de Avaliação da Intervenção Ergonómica
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
IET	Intervention Evaluation Tool
INE	Instituto Nacional de Estatística
LME	Lesões Músculo-Esqueléticas
LMELT	Lesões Músculo-Esqueléticas ligadas ao Trabalho
NIOSH	North American Institute for Occupational Safety and Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
WAI	Work Ability Index
WHO	World Health Organization

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO.....	ii
ABSTRACT	iii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	iv
ÍNDICE GERAL	v
ÍNDICE DE QUADROS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE TABELAS	viii
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Capacidade para o Trabalho	3
1.1. Determinantes da Capacidade para o Trabalho.....	7
1.2. Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)	10
1.2.1. ICT em Profissionais de Saúde	12
2. «Intervention Evaluation Tool» (IET)	16
2.1. Satisfação no Trabalho	17
2.1.1. Questionário da Satisfação e Bem-Estar no Trabalho.....	21
2.1.2. Satisfação no trabalho e Capacidade para o trabalho	22
2.2. DINO	24
2.2.1. Resultados do DINO.....	25
2.2.2. Galeria ARJO.....	27
2.2.3. Questionário Opinião do Doente e Opinião do Profissional.....	28
2.3. Questionário Nórdico.....	30
2.3.1. Prevalência de Lesões Músculo-Esqueléticas Auto-referidas	30
III. Objetivos.....	34
IV. Metodologia	35
1. Descrição do Estudo.....	35
2. Hipóteses.....	35
3. Variáveis	35
4. População e Amostra.....	36
5. Instrumentos de Recolha de Dados.....	37

5.1. Lista de Verificação	37
5.2. ICT	37
5.3. IET.....	38
6. Procedimentos para Recolha de Dados	38
7. Procedimentos Estatísticos.....	39
V. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	40
1. Caracterização dos Serviços	40
1.1. Caracterização dos Aspetos Físicos	40
1.2. Caracterização dos Aspetos Organizacionais.....	53
2. Caracterização Socio-Demográfica	56
3. Índice de Capacidade para o Trabalho	60
3.1. ICT por Itens	61
3.2. ICT em função dos dados Socio-demográficos.....	73
3.2.1. ICT e Idade.....	73
3.2.2. ICT e Género	74
3.2.3. ICT e Estado Civil	75
3.2.4. ICT e Categoria Profissional.....	76
3.2.5. ICT e Serviço	77
3.2.6. ICT e Antiguidade no Serviço	79
3.2.7. ICT e Turnos.....	80
3.2.8. ICT e Exercício Físico.....	81
3.2.9. ICT e Hábitos Tabágicos	82
4. Sintomatologia Músculo-Esquelética Auto-Referida	82
4.1. Sintomatologia Músculo-Esquelética Auto-referida e ICT	85
4.1.1. Sintomatologia Cervical e ICT	85
4.1.2. Sintomatologia nos Ombros e ICT	86
4.1.3. Sintomatologia na Região Dorsal e ICT.....	86
4.1.4. Sintomatologia Lombar e ICT	87
5. Satisfação e Bem-Estar no Trabalho por item	88
5.1. Satisfação e Bem-estar no Trabalho e ICT	93
5.1.1. Aspetos relacionados com o trabalho e ICT	94
5.1.2. Relação com os Colegas e ICT	95
5.1.3. Relação com a Chefia e ICT.....	96

6. Perceção dos Profissionais Relativamente à Movimentação Manual dos Doentes.....	96
6.1. Perceção do Risco dos Profissionais sobre a Movimentação Manual dos Doentes por item.....	97
6.2. Perceção do Risco na Movimentação Manual de Doentes e Sintomatologia Lombar.....	100
7. DINO.....	101
7.1. Caracterização do Tipo de Doente e Transferências.....	101
7.2. Resultados do DINO.....	103
7.3. Questionário dos Doentes e Profissionais.....	106
8. Questionário dos Doentes.....	108
VI. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	110
1. Discussão dos Resultados do ICT.....	110
1.1. ICT.....	110
1.2. ICT e Variáveis Sócio-demográficas.....	111
1.3. ICT e Doenças.....	112
2. Discussão dos Resultados do IET.....	113
2.1. Prevalência de sintomatologia Músculo-Esquelética auto-referida ...	113
2.1.1. Prevalência de Sintomatologia Músculo-Esquelética auto-referida e ICT.....	115
2.2. Satisfação no Trabalho.....	116
2.2.1. Satisfação no Trabalho e ICT.....	120
2.3. Discussão dos Resultados da Perceção dos Profissionais Relativamente à Movimentação Manual de Doentes.....	122
2.4. Resultados DINO.....	123
2.5. Opinião dos Doentes e Profissionais.....	125
VII. CONCLUSÕES.....	126
VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
1. Limitações dos Estudo.....	129
2. Perspetivas Futuras.....	130
BIBLIOGRAFIA.....	131
ANEXO 1.....	137

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Categorias do ICT e Objetivos das Medidas (Fernandes da Silva et al., 2011)	11
Quadro 2: Resultados e instrumentos de avaliação do IET (Fray e Hignett, 2010).....	17
Quadro 3: Caracterização das categorias de mobilidade da Galeria Arjo (Fray, 2010).....	28
Quadro 4: Tipo de doentes.....	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Planta dos Serviços de Medicina e Cirurgia.....	41
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos Serviços Alvo.....	36
Tabela 2: Aspetos gerais dos Serviços.....	40
Tabela 3. Características dos Serviços.....	42
Tabela 4. Caracterização dos quartos individuais.....	43
Tabela 5. Caracterização dos quartos duplos.....	44
Tabela 6. Caracterização das camas.....	45
Tabela 7. Caracterização do mobiliário.....	46
Tabela 8. Caracterização dos cadeirões.....	47
Tabela 9. Caracterização das cadeiras de rodas do Serviço de Medicina.....	48
Tabela 10. Caracterização das cadeiras de rodas do Serviço de Cirurgia.....	49
Tabela 11. Caracterização das Instalações Sanitárias para clientes.....	50
Tabela 12. Caracterização das instalações de banho.....	51
Tabela 13. Caracterização das ajudas técnicas de banho.....	52

Tabela 14. Caracterização dos equipamentos de ajuda técnica	52
Tabela 15. Número de profissionais por piso	53
Tabela 16. Número de profissionais por turno no Serviço de Medicina	53
Tabela 17. Número de profissionais por turno no Serviço de Cirurgia	54
Tabela 18. Estimativa do tempo despendido pelos enfermeiros nas tarefas diárias nos 2 Serviços	55
Tabela 19: Caracterização da Média de Idades da amostra	56
Tabela 20: Distribuição da amostra por Grupo Etário	56
Tabela 21: Distribuição da amostra por Género.....	56
Tabela 22: Distribuição da amostra por Horário	57
Tabela 23: Distribuição da amostra por Serviço.....	57
Tabela 24: Distribuição das Amostra por Estado Civil.....	57
Tabela 25: Distribuição da amostra por Habilitações Literárias.....	58
Tabela 26: Antiguidade da amostra no Hospital.....	58
Tabela 27: Antiguidade da amostra no Serviço.....	58
Tabela 28: Caracterização da amostra relativamente à prática de exercício físico por profissão	59
Tabela 29: Caracterização da amostra relativamente aos Hábitos Tabágicos.	59
Tabela 30: Descrição no tipo de exigências da atividade de trabalho.....	59
Tabela 31: Características do ICT.....	60
Tabela 32: Distribuição do ICT por Categorias.....	61
Tabela 33: Características da capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor.....	62
Tabela 34: Distribuição dos valores da capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor.....	62
Tabela 35: Características da capacidade de trabalho em relação às exigências da atividade.....	63
Tabela 36: Capacidade de trabalho relativamente às exigências físicas das tarefas	63
Tabela 37: Capacidade de trabalho relativamente às exigências mentais das tarefas	64
Tabela 38: Número de doenças identificadas pelos profissionais com diagnóstico médico.....	64

Tabela 39: Distribuição do tipo de doenças identificadas pelos profissionais com diagnóstico médico.....	65
Tabela 40: Número de doenças identificadas pelos profissionais com diagnóstico médico por Profissão.....	66
Tabela 41: Tipos de doenças identificadas pelos profissionais com diagnóstico médico por Profissão.....	67
Tabela 42: Grau de incapacidade para o trabalho devido a doença	68
Tabela 43: Absentismo dos profissionais devido a problemas de saúde, nos últimos 12 meses	69
Tabela 44: Prognóstico da capacidade para o trabalho para daqui a dois anos	70
Tabela 45: Características dos recursos psicológicos percecionados pelos profissionais	70
Tabela 46: Recursos psicológicos percecionados pelos profissionais	71
Tabela 47: Distribuição da variável “gostar das suas atividades habituais”	71
Tabela 48: Distribuição da variável “sentir-se ativo”	72
Tabela 49: Distribuição da variável “otimismo” em relação ao futuro	73
Tabela 50: ICT em função do Grupo Etário.....	74
Tabela 51: ICT em função do Grupo Etário dos Enfermeiros.....	74
Tabela 52: ICT em função do Grupo Etário dos Auxiliares de Ação Médica	74
Tabela 53: ICT em função do Género	75
Tabela 54: ICT em função do Género	75
Tabela 55: ICT em função do Estado Civil	76
Tabela 56: ICT em função do Estado Civil	76
Tabela 57: ICT em função da Categoria Profissional	77
Tabela 58: ICT em função da Categoria Profissional	77
Tabela 59: ICT em função do Serviço	78
Tabela 60: ICT em função do Serviço	78
Tabela 61: Idade dos profissionais em função do Serviço	78
Tabela 62: ICT em função da Antiguidade no Serviço	79
Tabela 63: ICT em função da Antiguidade no Serviço	79
Tabela 64: ICT em função do Horário	80
Tabela 65: ICT em função do Horário	80
Tabela 66: ICT em função da prática de Exercício Físico	81

Tabela 67: ICT em função da prática de Exercício Físico	81
Tabela 68: ICT em função dos Hábitos Tabágicos.....	82
Tabela 69: ICT em função dos Hábitos Tabágicos.....	82
Tabela 70: Sintomas músculo-esqueléticos referidos pelos profissionais	83
Tabela 71: Sintomas músculo-esqueléticos referidos pelos Enfermeiros	84
Tabela 72: Sintomas músculo-esqueléticos referidos pelos Auxiliares de Ação Médica.....	85
Tabela 73: ICT em função das Queixas Cervicais	86
Tabela 74: ICT em função das Queixas nos Ombros.....	86
Tabela 75: ICT em função das Queixas na Região Dorsal	87
Tabela 76: ICT em função das Queixas na Região Lombar.....	87
Tabela 77: Queixas na Região Lombar e idade	88
Tabela 78: Distribuição das variáveis: "satisfação com o trabalho", "recomendaria o trabalho", "aceitaria novamente este trabalho", "gostar das tarefas" e "pouco tempo para cumprir as tarefas"	90
Tabela 79: Distribuição das variáveis: "ajuda de colega", "partilha de problemas com colegas", "apoio de ideias por colegas", "apoio emocional de colegas", "satisfação com partilha de tempo com colegas" e "conflitos com colegas"	92
Tabela 80: Distribuição das variáveis: "boa relação com a chefia" e "disponibilidade da chefia"	93
Tabela 81: Distribuição das variáveis: "satisfação com o trabalho", "recomendaria o trabalho" e "aceitaria novamente este trabalho", "gostar das tarefas" e "pouco tempo para cumprir as tarefas" em função do ICT	94
Tabela 82: Distribuição das variáveis: "ajuda de colega", "partilha de problemas com colegas", "apoio de ideias por colegas", "apoio emocional de colegas", "satisfação com partilha de tempo com colegas" e "conflitos com colegas" em função do ICT.....	95
Tabela 83: Distribuição das variáveis: "boa relação com a chefia" e "disponibilidade da chefia" em função do ICT	96
Tabela 84: Frequência de acidentes de trabalho na movimentação manual dos doentes nos últimos 12 meses	97
Tabela 85: Número de acidentes de trabalho notificados na movimentação manual dos doentes	97

Tabela 86: Profissionais que referiram ter utilizado ou assistido à utilização de um método perigoso de mobilização ou transferência de doentes.....	97
Tabela 87: Frequência de profissionais que realizaram mobilização ou transferência de doentes sem utilização de equipamento de ajuda técnica.....	98
Tabela 88: Frequência de profissionais que notificaram incidentes na mobilização dos doentes utilizando métodos perigosos ou sem utilização de equipamento de ajuda técnica.....	98
Tabela 89: Caracterização das situações de reabilitação do doente, assistência ao doente, transferência do doente e posicionamento do doente	99
Tabela 90: Frequência do apoio do Hospital ou Serviço ao programa de movimentação manual de doentes.....	100
Tabela 91: Queixas lombares dos profissionais nos últimos 12 meses, segundo a utilização de métodos perigosos	100
Tabela 92: Queixas lombares dos profissionais nos últimos 12 meses, segundo a não utilização de equipamentos para a mobilização de doentes	101
Tabela 93: Distribuição do tipo de doentes	102
Tabela 94: Distribuição do tipo de Transferências	103
Tabela 95: Distribuição da pontuação do DINO	103
Tabela 96: Distribuição dos resultados da Fase de Preparação	104
Tabela 97: Distribuição dos resultados da Fase de Performance	105
Tabela 98: Distribuição dos resultados da Fase de Resultado	106
Tabela 99: Distribuição das respostas sobre a perceção dos doentes sobre as transferências.....	107
Tabela 100: Distribuição da opinião dos profissionais sobre a transferência .	107
Tabela 101: Distribuição da opinião dos doentes sobre: a segurança, conforto, receber informação, dar autorização e dignidade e privacidade durante as transferências e movimentações.....	109

I. INTRODUÇÃO

Inúmeros estudos identificam os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros e assistentes operacionais, como um grupo com elevados níveis de exposição a fatores de risco de carga física, devido às posturas inadequadas que adotam, à pressão temporal a que estão sujeitos, ao manuseamento de cargas e à movimentação de doentes, entre outros fatores (Cotrim, 2008).

Na perspetiva do envelhecimento produtivo, a prevalência de lesões músculo-esqueléticas nos enfermeiros tem assumido uma nova dimensão, pois condiciona frequentemente a capacidade de trabalho em contexto hospitalar, contribuindo para a exclusão destes profissionais dos seus postos de trabalho (Cotrim, 2008).

Os enfermeiros desempenham um papel importante no sistema de saúde, fornecendo e auxiliando na prestação de cuidados de saúde primários, secundários e terciários. Normalmente, o seu trabalho é considerado fisicamente exigente (Dawson et al., 2007; Johnsson, Carlsson e Lagerstrom, 2002). Os enfermeiros ajudam frequentemente os doentes na mobilização, transferência entre posições e na realização de outras atividades da vida diária, tais como a higiene (Dawson et al., 2007). Para os enfermeiros as tarefas de movimentação de doentes são realizadas diariamente e repetidamente durante um turno de trabalho, o que o torna árduo e é uma das principais causas de lesões músculo-esqueléticas (Kjellberg et al., 2000; Johnsson et al., 2002).

Nos hospitais, as exigências físicas elevadas do trabalho relacionadas com as tarefas de movimentação manual de doentes, mas também o design inadequado dos locais de trabalho e da ausência ou inadequação dos equipamentos, influenciam o trabalho dos profissionais de saúde (Hignett et al, 2003, cit. por Cotrim, 2008)

A capacidade de trabalho está também significativamente relacionada com a satisfação no trabalho, com o ambiente físico, o suporte social e o tempo dedicado ao exercício físico e estilos de vida saudáveis (Estryn-Behar et al, 2005).

No contexto hospitalar, podemos referir que a investigação em Ergonomia se foca na melhoria das condições de trabalho para os profissionais de saúde e na melhoria da assistência aos doentes.

O objetivo geral deste estudo consistiu em compreender a relação entre a capacidade de trabalho, a satisfação e o bem-estar dos profissionais, o risco das tarefas de movimentação manual de doentes e a prevalência de lesões músculo-esqueléticas auto-referidas.

Neste estudo foram usados como instrumentos o ICT (Índice de Capacidade para o Trabalho) (Fernandes da Silva et al., 2006) e parte da versão portuguesa do IET (Intervention Evaluation Tool) (Cotrim, 2011).

O trabalho está organizado em oito capítulos. O primeiro capítulo é constituído pela introdução do estudo com uma breve abordagem ao tema da capacidade de trabalho e dos riscos de lesões músculo-esqueléticas na movimentação manual dos doentes. O segundo capítulo refere-se ao enquadramento teórico, que inclui a revisão bibliográfica para discussão do tema. O terceiro capítulo define o objetivo geral e os objetivos específicos. No quarto capítulo é descrita a metodologia utilizada, incluindo a descrição do estudo, as hipóteses, as variáveis, a amostra, os instrumentos utilizados para recolha de dados e os procedimentos estatísticos. No quinto capítulo é efetuada a apresentação dos resultados obtidos no estudo, individualmente e relacionados entre si. No sexto capítulo é apresentada a discussão dos resultados através da sua comparação com os estudos referidos no enquadramento teórico. O sétimo capítulo refere as principais conclusões. Por fim, o oitavo capítulo apresenta as considerações finais que incluem as limitações do estudo e as perspetivas futuras.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Capacidade para o Trabalho

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2004) Portugal irá assistir a uma redução da população jovem e um aumento da população idosa. Aliado a isso, o panorama político e sócio-económico e as dificuldades consequentes no mercado de trabalho obrigam os trabalhadores a permanecerem por mais tempo a trabalhar e em piores condições, o que pode contribuir para uma perda ou redução da capacidade funcional da população. A relação entre o número de idosos e de jovens traduziu-se num índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens (115 em 2008) (INE, 2010a). Em 2050 prevê-se que 30% da população Europeia tenha mais de 65 anos (WHO, 2002). O aumento da longevidade e o declínio da fecundidade são consequências do envelhecimento contínuo que tem acontecido em Portugal, o que implica o estreitamento da base da pirâmide etária (INE, 2010b). Em 2009, segundo o INE, a esperança média de vida era de 75,80 anos para homens e 81,80 para mulheres.

Em Portugal a idade legal da reforma é aos 65 anos. A média da idade da reforma em 2010 foi de 60,1 anos (Caixa Geral de Aposentações, 2011). O Índice de Envelhecimento (quociente entre a população com idade ≥ 65 anos e a população com idade < 15 anos) é acentuado e tem aumentado ao longo dos anos (INE, 2008).

As questões relativas ao envelhecimento funcional tornaram-se uma prioridade na área da saúde e segurança no trabalho como consequência do envelhecimento da força de trabalho. No contexto da saúde e segurança a capacidade para o trabalho é um indicador importante uma vez que engloba aspetos relativos à saúde física, bem-estar psicossocial, competência individual, condições e organização do trabalho (Ilmarinen, 1997, 2001, 2006, *cit. por* Costa 2009). O desequilíbrio entre as capacidades funcionais e as exigências do trabalho são o principal problema do envelhecimento (Ilmarinen, 2005, *cit. por* Fischer et al., 2005). O envelhecimento é um processo que se dá

tanto a nível físico como a nível cognitivo. A nível físico ocorrem alterações nos sistemas cardiovascular e músculo-esquelético, estrutura do corpo e sistema sensorial. Ao nível das funções cognitivas, ocorrem alterações na percepção, na memória, no pensamento, na aprendizagem e no uso da linguagem (Ilmarinen 2001). O envelhecimento funcional pode ser entendido como a perda de capacidade para o trabalho e pode ocorrer precocemente em relação ao envelhecimento cronológico tendo em conta as exigências do trabalho (Bellusci e Fischer, 1999) . A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem demonstrado preocupação com a questão do envelhecimento relacionado com o trabalho e reconhece que modificações nos vários sistemas do corpo humano levam a uma diminuição gradativa na eficácia de cada um deles podendo levar à diminuição na capacidade funcional dos indivíduos que pode gerar conflitos entre a capacidade funcional e as exigências do trabalho. Segundo Ilmarinen (2005) as preocupações com a capacidade de trabalho têm crescido constantemente devido às alterações demográficas nas sociedades, às crescentes exigências de vida no trabalho, e devido às necessidades de prolongar o trabalho dos trabalhadores mais velhos. Quando o trabalhador tem mais experiência nas tarefas que executa, as exigências do trabalho, especialmente as mentais, tendem a aumentar, podendo levar ao envelhecimento funcional precoce (Bellusci and Fischer 1999).

O conceito de Capacidade para o Trabalho (“Work Ability”) é uma condição resultante da combinação entre as capacidades físicas, mentais e sociais do indivíduo em relação às exigências do trabalho, comunidade de trabalho, organização e ambiente de trabalho (Bellusci and Fischer 1999, Ilmarinen 2001). O conceito é expresso *como “o quão bem está, ou estará, um(a) trabalhador(a) presentemente ou num futuro próximo e quão capaz ele ou ela podem executar seu trabalho em função das exigências, do seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais” (Fischer et al. 2005).*

A capacidade para o trabalho pode ser definida conceptualmente como “a auto-avaliação que o trabalhador faz do seu bem-estar no presente e no futuro próximo e da capacidade para assegurar o seu trabalho tendo em conta as exigências do mesmo, a saúde e os recursos psicológicos disponíveis”

(Fernandes da Silva et al., 2006). Isto é, refere-se à capacidade que o trabalhador tem para executar o seu trabalho em função das exigências do mesmo, do seu estado de saúde e das suas capacidades físicas e mentais, representando uma medida de envelhecimento funcional (Bellusci e Fischer, 1999).

Ilmarinen (2001) descreve um modelo que define que a capacidade para o trabalho é determinada pelos recursos humanos e pelas características do trabalho. Os recursos humanos referidos consistem numa combinação entre saúde (capacidades físicas, cognitivas e sociais), educação e competências (aptidões e conhecimentos), valores e atitudes do indivíduo e a sua motivação e satisfação no trabalho. Estes fatores vão relacionar-se com os fatores do trabalho que consistem nas exigências físicas e mentais da tarefa, nos trabalhadores e gestão e no ambiente de trabalho. Destas interligações resulta a capacidade individual para o trabalho.

A capacidade para o trabalho é a base do bem-estar do ser humano e não se mantém satisfatória ao longo da vida profissional, esta pode ser afetada por vários fatores. Mas as condições de trabalho e de vida, e os estilos de vida saudáveis podem mudar este prognóstico (Tuomi et al. 1997). Resultados obtidos por Tuomi *et al.* (1997) ao estudar as mudanças na capacidade para o trabalho mostraram que a melhoria desta capacidade está relacionada com a diminuição de movimentos repetitivos no trabalho, aumento da atividade física nas horas de lazer e melhores atitudes por parte do supervisor. Enquanto a deterioração da capacidade para o trabalho está relacionada com a falta de reconhecimento e estima, condições inadequadas do ambiente e tempo prolongado de trabalho e a vida sedentária.

Associado ao processo de envelhecimento biológico do organismo humano é necessário adequar as exigências do trabalho as condições de saúde dos trabalhadores a medida que esse processo ocorre (Tuomi et al., 1997; Fischer et al., 2005). O que torna necessário a prevenção e a modificação para manter o nível de produtividade ao longo da vida (Costa 2009).

Ações como formação e preparação dos supervisores para uma correta gestão do trabalhador idoso, implementação de medidas ergonómicas, exercício físico no local de trabalho e formação adequada em novas tecnologias, podem melhorar a capacidade para o trabalho sobretudo se estas medidas forem aplicadas em conjunto (Ilmarinen 2001). Segundo Ilmarinen (2001), a promoção da capacidade para o trabalho pode levar a uma melhoria de produtividade e qualidade no trabalho, e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida e bem-estar do trabalhador sénior. O resultado da preocupação na melhoria da capacidade para o trabalho tem também conseqüências na melhoria da qualidade de vida após a reforma, também denominada pelo autor, como “terceira-idade”.

As alterações derivadas do envelhecimento populacional implicam uma nova orientação da sociedade para adaptar as alterações associadas ao processo de envelhecimento. Assim, o contributo da Ergonomia é importante, na medida em que, conhecendo as alterações no indivíduo à medida que este envelhece poderá intervir de modo a proporcionar condições e ambiente de trabalho compatíveis com estas alterações (Costa 2009, Costa 2008).

A Ergonomia pode ser considerada uma área multidisciplinar que tem como objetivo adaptar da melhor forma possível o posto de trabalho às necessidades do ser humano. Esta adaptação é conseguida através dos conhecimentos da anatomia e fisiologia dos indivíduos e do seu comportamento. Com este conhecimento poder-se-á proporcionar o aumento da segurança, eficiência e bem-estar nos sistemas de trabalho. O envelhecimento da população trabalhadora, é uma variável muito importante e que deve ser tida em consideração na adaptação ergonómica dos sistemas de trabalho (Costa 2008, Costa 2009).

Segundo Costa (2008) a Ergonomia aplicada ao posto de trabalho possibilitará a modificação e adequação do local de trabalho às alterações do processo de envelhecimento do trabalhador. É preferível que a organização acompanhe as alterações que vão ocorrendo no trabalhador à medida que ocorre o processo de envelhecimento. No entanto, na maioria das situações as exigências e

características do posto de trabalho mantêm-se inalteradas. É a falta destas adaptações que provocam muitas vezes, falta de produtividade. Muitas vezes também são interpretadas como falta de competência e decréscimo de capacidade para o trabalho originando, por sua vez, absentismo e reformas antecipadas.

1.1. Determinantes da Capacidade para o Trabalho

A capacidade para o trabalho é considerada como resultante de um processo dinâmico entre os recursos do indivíduo em relação ao seu trabalho. É influenciada por diversos fatores que interagem entre si, muitas vezes de maneira complexa, tais como: aspetos sócio-demográficos, estilos de vida, estado de saúde, processo de envelhecimento e exigências do trabalho (Tuomi et al., 1997; Ilmarinen, 2001; Costa, 2009).

- Aspetos Sócio-demográficos

A idade é referida por vários estudos como sendo um fator que influencia a capacidade para o trabalho (Costa e Sartori, 2007; Chiu et al., 2007; Cotrim e Simões, 2009).

O envelhecimento cronológico tende a ser acompanhado pelo aparecimento e/ou agravamento de diversos tipos de doenças, favorecendo a deterioração da capacidade funcional física e mental, influenciada pela diminuição da capacidade cárdio-respiratória e músculo-esquelética em função da idade (Tuomi et al., 1997; Ilmarinen, 2001; Costa, 2009).

A capacidade mental pode ser afetada pelo envelhecimento com diminuição do desempenho da memória, da capacidade de perceção e da velocidade de processamento de informações. Estas mudanças não são constantes, podendo ser equilibradas pelo aumento do conhecimento, da experiência, da habilidade para trabalhar de forma independente e do maior vínculo ao emprego que trabalhadores com mais idade tendem a apresentar (Tuomi et al., 1997).

O género é indicado como fator associado à capacidade para o trabalho. Estudos como os de Cotrim (2009) Costa *et al.* (2005) e Camerino *et al.* (2001), evidenciaram que o género feminino tem maior risco para diminuição da capacidade para o trabalho. Esta situação pode ser influenciada pelas piores condições de trabalho e salariais que as mulheres apresentam em relação aos homens e ainda, pela dupla jornada de trabalho (emprego e casa) (Camerino *et al.*, 2001; Rotenberg *et al.*, 2008).

O nível educacional também é considerado um fator associado à capacidade para o trabalho (Costa and Sartori, 2007; Costa, 2009; Golubic *et al.*, 2009). Um estudo mostrou que um nível menor de escolaridade prevê o comprometimento da capacidade para o trabalho (Nilsson *et al.*, 2003, *cit. por* Golubic *et al.*, 2009). A possibilidade de desenvolvimento e de influenciar o trabalho e o hábito de estudar mostraram ter uma forte associação positiva com a capacidade para o trabalho (Tuomi *et al.*, 2001).

- Estilos de vida

O tabagismo é associado à capacidade para o trabalho baixa e à capacidade física, constituindo um fator de risco para doenças cardiovasculares e pulmonares (Tuomi *et al.*, 1991; Costa e Sartori, 2007).

A prática de atividade física é preditora de boa capacidade para o trabalho (Tuomi *et al.*, 1991; Estry-Behar *et al.*, 2005). A prática de atividade física mantém a saúde mental e também o bem-estar. O efeito benéfico do exercício físico sobre a saúde mental e o desempenho mental pode dever-se a circulação sanguínea melhorada e o consumo de oxigénio, aumento a secreção de hormonas e o facto de que o exercício físico diminui o stress emocional e melhora a auto-estima (Tuomi *et al.*, 1997).

A obesidade é um fator que também influencia a capacidade para o trabalho (Fischer *et al.*, 2006; Ilmarinen, 2006). A obesidade aumenta o risco de várias doenças cardiovasculares, diabetes, sintomas músculo-esqueléticos e doenças (Ilmarinen, 2006) podendo influenciar a capacidade de trabalho.

- Saúde

A saúde é dos fatores que mais influenciam a capacidade para o trabalho (Tuomi et al., 2001; Ilmarinen, Tuomi e Seitsamo, 2005). Os estudos que fazem uma abordagem das relações entre a capacidade para o trabalho e a saúde, têm avaliado os indicadores da capacidade funcional, da quantidade e do tipo de doenças físicas e mentais com diagnóstico médico referido, ou ainda, a perceção do estado geral de saúde (Martinez and Latorre, 2006).

O papel da saúde física sobre a capacidade para o trabalho está comprovado, em especial no que diz respeito à capacidade funcional e à presença de doenças (Martinez and Latorre, 2006, Ilmarinen et al., 2005). A capacidade funcional tem um papel significativo sobre o desgaste do trabalhador, pois relaciona-se com o desempenho das exigências do trabalho. Pode o ICT ser entendido mais como uma medida de incapacidade do que uma que reflita aspetos positivos da saúde (Nygard et al., 1991). O estado de saúde é apontado como a base para um modelo construtivo de capacidade para o trabalho (Ilmarinen et al., 2005).

A saúde mental é considerada como sendo, em geral, menos correlacionada com a capacidade para o trabalho do que a saúde física (Nygard et al., 1991) e é tida como mais relevante em trabalhos com exigências predominantemente mentais (Ilmarinen, Tuomi & Klockars, cit. por Martinez, 2006).

- Trabalho

A capacidade para o trabalho tem sido abordada na sua relação com diferentes aspetos tais como o conteúdo do trabalho (exigências físicas ou mentais), as condições de trabalho, os fatores psicossociais e/ou a organização do trabalho e ainda, a satisfação no trabalho (Fischer et al., 2005; Martinez and Latorre, 2006)

As condições de trabalho nas suas vertentes físicas, químicas e biológicas refletem-se sobre as condições físicas do trabalhador. Entre as condições que podem determinar uma carga física inadequada estão: o trabalho muscular estático, o uso de força muscular, o levantamento e transporte de cargas, o

esforço intenso repentino, os movimentos repetitivos, as posturas inadequadas (Ilmarinen et al., 1991; Tuomi et al., 1991; Tuomi et al., 2001).

Para a *International Labour Organization* (Organização Internacional do Trabalho), *fatores psicossociais* são aqueles que “se referem à interação entre e no meio ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais e habilidades do trabalhador, necessidades, cultura, causas pessoais extra-trabalho que podem por meio de percepções e experiência, influenciar a saúde, o desempenho no trabalho e a satisfação no trabalho” (ILO 1984:3, cit. por Costa, 2009).

Os diversos fatores psicossociais do ambiente de trabalho que podem representar uma carga mental inadequada para o trabalhador podem ser o conflito de papéis, o conflito com chefias, o tipo de atitude da chefia, a pressão temporal, o medo de errar ou falhar, o volume de trabalho, a restrição no uso de habilidades e conhecimentos, a limitação no controle sobre o próprio trabalho, a falta de liberdade no trabalho, o nível de responsabilidade, a limitação no desenvolvimento profissional, a falta de reconhecimento e de valorização, os turnos de trabalho, a monotonia e o conteúdo do trabalho (Tuomi et al., 2001, Estryng-Behar et al., 2005, Martinez and Latorre, 2006).

1.2. Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

O ICT pode ser definido a partir da seguinte questão: «Em que medida o trabalhador se sente bem, atualmente e num futuro próximo, e qual a sua capacidade para realizar o trabalho de acordo com as exigências da atividade de trabalho e os seus recursos de saúde?» (Ilmarinen & Rantanen, 1999; Ilmarinen & Tuomi, 2004, cit. por Cotrim 2008).

O ICT permite avaliar a capacidade para o trabalho e a sua manutenção, e também a deteção precoce de alterações e incidência de incapacidades de trabalho durante a fase de envelhecimento do trabalhador, dando informações

preciosas para possíveis programas de promoção da saúde (Tuomi, 2005, *cit. por* Martinez, 2006, Latorre and Fischer 2010).

O ICT é composto por sete itens (Fernandes da Silva et al., 2006):

Estimativa da capacidade de trabalho atual em comparação com a melhor capacidade registada ao longo da vida;

Capacidade de trabalho atual em relação às exigências físicas e mentais do trabalho;

Número de doenças diagnosticadas por um médico;

Estimativa do grau de incapacidade para o trabalho devido a doença;

Absentismo registado por doença no último ano;

Prognóstico individual sobre a capacidade de trabalho para daqui a 2 anos;

Auto-avaliação dos recursos psicológicos.

O resultado final do ICT é obtido através da soma das pontuações dos 7 itens. O resultado varia de 7 a 49 pontos. O valor obtido descreve o conceito do trabalhador sobre a sua capacidade de trabalho e respetivo nível e permite definir os objetivos para o conjunto de medidas a adotar no futuro (Fernandes da Silva et al., 2006). As medidas são classificadas da seguinte forma:

Quadro 1: Categorias do ICT e Objetivos das Medidas (Fernandes da Silva et al., 2006)

Pontuação	Capacidade para o Trabalho	Objetivo das Medidas
7-27	Pobre	Restituir a capacidade para o trabalho
28-36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37-43	Boa	Sustentar a capacidade para o trabalho
44-49	Excelente	Manter a capacidade para o trabalho

No estudo com cerca de 38.000 enfermeiras de dez países europeus, o ICT apresentou consistência interna coerente, estabilidade entre países com padrões semelhantes de fiabilidade e de estrutura fatorial, e correlações com diversas situações de bem-estar físico e mental, sinalizando que o uso do ICT pode ser generalizado, independente da cultura (Radkiewicz & Widerszal-Bazyl, 2005, *cit. por* Martinez, 2010).

No desenvolvimento do ICT foi avaliada a validade externa, ou seja, o grau de relacionamento que é possível obter entre os resultados do índice e a realização dos participantes em critérios externos (Almeida & Freire, 1997 *cit. por* Cotrim, 2008). Em 1981, a validade externa do ICT foi avaliada a partir de exames clínicos e de inquéritos de acompanhamento aplicados a uma amostra de 6257 indivíduos. O ICT das mulheres correlacionou-se com a capacidade músculo-esquelética ($r=0,41$; $p<0.05$) e o dos homens com a capacidade cardio-respiratória ($r=0,23$; $p<0.05$), ambas avaliadas clinicamente (Ilmarinen & Tuomi, 2004 *cit. por* Cotrim, 2008).

Com os dados obtidos através do *Health 2000 Study* (Aromaa e Koskinen 2004 *citado por* Ilmarinen et al. 2005), numa amostra de 3774 pessoas com idades entre os 30 e os 64 anos, através de modelos de regressão linear, foram analisadas as associações entre diferentes dimensões da capacidade de trabalho e o ICT. As dimensões que mais contribuíram para explicar o índice global foram as dimensões saúde e capacidade funcional ($r^2=0.39$), representadas pelas variáveis sintomas e capacidade funcional. 34% dos resultados foram explicados pela dimensão trabalho ($r^2=0.34$), sendo representada por variáveis relativas às exigências físicas e mentais. As dimensões saúde e trabalho também foram as que mais contribuíram para explicar o índice para os indivíduos entre os 55 e 64 anos (Ilmarinen et al., 2005).

O estudo longitudinal serviu para avaliar a validade preditiva. O ICT consegue uma boa predição do desenvolvimento futuro da capacidade para o trabalho (Ilmarinen & Tuomi, 2004 *cit. por* Cotrim, 2008).

1.2.1. ICT em Profissionais de Saúde

No estudo realizado com 696 profissionais do Hospital Universitário de S. Paulo no Brasil, entre os quais cerca de 86% a 89% eram enfermeiros ou auxiliares de ação médica, foram comparados os trabalhadores com turnos e com horário

fixo diurno relativamente aos resultados do ICT e à influência das variáveis sócio-demográficas nos resultados inadequados do ICT (inferiores a 37 pontos). A prevalência de profissionais com um ICT insatisfatório foi de 22,8%. Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas entre os dois turnos, foram encontrados fatores associados a um ICT insatisfatório. Para os trabalhadores com horário diurno, os fatores associados com um ICT insatisfatório foram o índice de massa corporal elevado (OR=3,24; p=0,001) e a existência de filhos pequenos (OR=1,85; p=0,028). Para os trabalhadores com turnos noturnos, os fatores associados com um ICT insatisfatório foram os hábitos alcoólicos (OR=1,68; p=0,064) e conflitos frequentes com doentes, colegas ou familiares (OR=3,10; p=0,014) (Fischer et al., 2006).

Em *Taiwan* num estudo com uma amostra de 1534 enfermeiros de 5 sectores hospitalares: internamento de cirurgia e medicina, unidades de cuidados intensivos e serviços de urgência, bloco operatório, serviços de ambulatório e serviços de apoio. O valor médio do ICT foi de 38,4 (dp=4,4), com uma média etária de 31,2 anos (dp=7,0). Os resultados mostraram haver diferenças estatisticamente significativas entre os resultados do ICT para os vários sectores. A média do ICT teve uma correlação elevada com as exigências do envolvimento, as exigências físicas, as exigências psicológicas e as exigências sociais (Chiu et al., 2007).

Em França um estudo com 4306 profissionais da saúde, em que 27,6% dos participantes apresentam um ICT insatisfatório (inferior a 37). Os resultados mostraram que o ICT diminui com a idade. Os resultados mostraram também que o ICT está fortemente ligado ao indicador de satisfação e com o apoio psicológico recebido no trabalho, aumentando as pontuações do ICT (Estryn-Behar et al., 2005).

A avaliação de 867 profissionais da saúde em Itália demonstrou que a média de ICT foi de 39,7 (dp=5,4), sendo que a maior percentagem de respondentes (49,7%) apresentou uma capacidade para o trabalho «Boa». Verificou-se que o ICT decrescia com a idade. As mulheres apresentaram um ICT

significativamente menor que os homens em todas as faixas etárias (Costa et al., 2005).

Na Croácia, um estudo com 1086 enfermeiros de 4 hospitais universitários de Zagreb, a maior percentagem de respondentes (65%) apresentou capacidade de trabalho satisfatória (ICT > 37) e 35% apresentou capacidade de trabalho inadequada (ICT < 37) (Golubic et al., 2009).

Os estudos com o ICT em Portugal tiveram início em 2002. De 2002 a 2006 a amostra recolhida foi de 1955 trabalhadores de vários sectores de atividade (enfermeiros, professores, funcionários públicos de autarquias e trabalhadores das indústrias químicas e metalomecânicas). Destes, 48,95% apresentaram uma capacidade para o trabalho «boa» e 27,26% «excelente». Neste grupo o ICT diminuiu progressivamente com a idade, de modo estatisticamente significativo ($F(4)=29,608$; $p=0,000$) (Fernandes da Silva et al., 2006, *cit. por* Cotrim, 2008).

Ainda em Portugal, com a primeira versão portuguesa do índice foi realizada a avaliação da capacidade de trabalho de uma amostra de 455 enfermeiros com uma média etária de 33,03 anos ($dp=9,59$) e maioritariamente mulheres (80,9%). A média do ICT foi de 41,44 ($dp=4,24$), em que 53% dos enfermeiros se enquadravam na categoria de «Boa» capacidade de trabalho, 34,9% em «Excelente», 12,1% em «Moderada» e 0,7% em «Fraca». Também se verificou a diminuição do ICT com a idade (Maia, 2002, *cit. por* Cotrim, 2008).

Também em Portugal, foi realizado um estudo com 238 enfermeiros de 14 serviços de um hospital central de Lisboa, a média do ICT foi de 38,7 ($dp=5,84$) o que corresponde a uma capacidade de trabalho «Boa». A maior percentagem de respondentes (47,1%) apresentou uma capacidade para o trabalho «Boa». Verificou-se que o ICT decrescia com a idade (Cotrim, Simões and Silva, 2010).

Uma amostra de 90 enfermeiros dos H.U.C./E.P.E., divididos em 2 grupos: o Grupo I com 42 indivíduos a trabalhar no “*turno fixo diurno*” (idade média de

40,69 anos) e o Grupo II com 48 indivíduos a trabalhar por “*turnos rotativos*” (idade média de 33,44 anos). Ambos os grupos de enfermeiros apresentam “*Moderada Capacidade para o Trabalho*” ($28 \leq x \leq 36$), com valores de média e de dispersão muito idênticos, contudo o teste *t* de *Student* para amostras independentes não revelou diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Verificou-se que quanto maior a *perturbação do sono*, pior a *saúde física* e pior a *saúde psicológica*, pior era a *capacidade para o trabalho* dos enfermeiros. Também o *género* e as *habilitações académicas* influenciam de forma estatisticamente significativa aumentando a média da *capacidade de trabalho* (Costa, 2008).

Numa avaliação realizada em 8 serviços de internamento de adultos com 126 enfermeiros, a capacidade de trabalho correspondeu em média à categoria de “boa” capacidade para o trabalho, com um valor médio de 40,14 ($dp=4,58$). Os resultados mostraram que 55,4% dos enfermeiros tinham capacidade de trabalho “boa”, 24,1% “excelente”, 19,6% “moderada” e apenas 0,9% “fraca”. Os resultados demonstraram também maior percentagem de ICT satisfatório nas idades jovens (entre os 21 e os 35 anos), e ICT insatisfatório a partir dos 36 anos (Francisco, 2011).

Numa amostra de 78 profissionais de saúde, incluindo enfermeiros e auxiliares de ação médica (AAM) de duas enfermarias de um hospital privado, maioria mulheres, com trabalho por turnos e com uma idade média de 33,08 anos. Os resultados mostraram que a Média da capacidade para o trabalho foi boa (38,84) e significativamente correlacionada com a idade entre os AAM ($\rho = -0.425$, $p = 0,017$). A proporção de enfermeiros e AAM com capacidade de trabalho «boa» foi maior (71,05%), seguido pelo grupo com a capacidade de trabalho «moderada» (21,05%) (Capelo, 2011).

2. «Intervention Evaluation Tool» (IET)

O método “Intervention Evaluation Tool” corresponde a um conjunto de medidas que podem ser utilizadas para avaliar todas as intervenções individuais e organizacionais na movimentação manual de doentes na área da saúde (Fray e Hignett, 2010).

O IET foi desenvolvido com o objetivo de comparar diferentes tipos de intervenções (na movimentação manual de doentes) e diferentes tipos de resultados (Fray e Hignett, 2010).

Para o desenvolvimento deste método foram realizados Focus Groups na União Europeia, em 4 países: Inglaterra, Finlândia, Itália e Portugal. Em cada Focus Group foi pedido aos participantes opiniões sobre o tipo de intervenções pertinentes para a prevenção do risco na movimentação dos doentes e sobre os aspetos importantes a serem avaliados. Dos Focus Groups foram selecionados os 12 resultados mais importantes e a versão final do IET inclui ferramentas de avaliação existentes na literatura que mais se adequam para cada um dos 12 resultados (Fray e Hignett, 2010).

A versão final do IET incluiu um instrumento de avaliação para cada um dos 12 resultados (Quadro 2) (Fray e Hignett, 2010).

Em Portugal, a responsável pela adaptação do IET foi Teresa Cotrim, da Universidade Técnica de Lisboa, que criou a versão portuguesa do IET, denominada por Instrumento de Avaliação da Intervenção Ergonómica na Prevenção e Controlo do Risco de Lesões Músculo – Esqueléticas Ligadas ao Trabalho Hospitalar (IAIE) (Cotrim, 2011).

Quadro 2: Resultados e instrumentos de avaliação do IET (Fray e Hignett, 2010).

Resultados	Instrumentos
1) Cultura de Segurança	Revisão da documentação PHOQS
2) Medidas de Avaliação de LME	Questionário Nórdico (ou derivado)
3) Avaliação do Desempenho	Checklist observacional. DINO
4) Absentismo	OSHA Logs. Dados normalizados por população
5) Qualidade dos Cuidado Prestados	Satisfazer as necessidades clínicas do doente, avaliação do doente
6) Número de Acidentes	Normalizados números de incidentes e rácio não-comunicação
7) Satisfação e Bem-estar	Satisfação no trabalho Stressores Psicossociais
8) Estado do Doente	Satisfazer as necessidades clínicas do doente, avaliação dos profissionais
9) Percepção do Doente	Conforto, segurança, avaliação do medo do doente
10) Factores de Risco de Exposição a LME	Exigências da movimentação manual de doentes
11) Lesões nos Doentes	Efeitos negativos da pobre gestão
12) Custos.	Calculo dos custos versus investimento

2.1. Satisfação no Trabalho

Segundo várias teorias psicossociológicas, a *satisfação no trabalho* pode ser definida como o resultado da avaliação (periódica) que cada um de nós faz sobre o grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais (Graça, 2010).

Um dos problemas da investigação psicossocial é a dificuldade de construir instrumentos válidos e fiáveis, para medir a satisfação enquanto *atitude*. A satisfação pode ser definida como uma *atitude*, esta só pode ser verbalizada e medida através de opiniões e percepções, não podendo ser observada nem medida diretamente só pode ser inferida (Graça, 2010).

A satisfação no trabalho como um conceito independente é obviamente complexo por causa das várias variáveis que lhe estão associadas (Johnston, 1997, cit. por Lu et al., 2007).

Diferentes instrumentos têm sido utilizados para estudar a satisfação no trabalho em diferentes populações de enfermeiros. Na literatura a satisfação no trabalho é conceptualizada como uma variável independente que afeta o comportamento como a retenção e o turnover entre os enfermeiros, ou como uma variável dependente surgindo como resultado de características pessoais, diferentes características do trabalho, ou como uma resposta a características organizacionais no ambiente de trabalho (Stamps, 1997 cit. por Bjork et al., 2007).

Alguns estudos de intervenção que recolheram dados psicossociais concluíram que não é claro a relação entre o bem-estar psicossocial e a gestão das LME (Fray, 2010 cit. por Francisco, 2011).

Em profissionais de enfermagem, a satisfação no trabalho tem sido descrita como a satisfação com o vencimento, a promoção, a supervisão e os colegas de trabalho (Tzeng, Ketefian e Redman, 2002).

A satisfação no trabalho tem uma implicação especial para os serviços de saúde. Entre os profissionais de saúde a satisfação no trabalho é normalmente mais baixa em comparação com outros grupos profissionais (Glisson e Durick, 1988, cit. por Piko, 2006).

As características pessoais e as variáveis sócio-demográficas são repetidamente relatadas como tendo uma baixa correlação com a satisfação no trabalho (Adams e Bond, 2000; Blegen, 1993; Stamps, 1997 cit. por Bjork et al., 2007). A relação entre a satisfação e as características do trabalho e recursos organizacionais é muito forte. A satisfação em função de um trabalho específico está relacionada com fatores como o stress, a autonomia ou a carga de trabalho (Flanagan & Flanagan, 2002; Shader et al., 2001; Blegen, 1993; Best & Thurston, 2004 cit. por Bjork et al., 2007). A satisfação em função da

organização do trabalho pode estar relacionada com fatores como a variação de horário de trabalho, estilo de gestão ou liderança ou um ambiente organizacional que promove a capacitação (Hoffman & Scott, 2003; Upenieks, 2003; Kuokkanen et al., 2003 cit. por Bjork 2007).

Os profissionais de saúde têm um alto risco de burnout, conflito de papéis e insatisfação no trabalho, e provavelmente por isso, tem sido detetado nas últimas décadas um interesse crescente no ambiente psicossocial do trabalho (Tyler e Cushway, 1995, cit. por Piko, 2006). Tal como acontece com o stresse no trabalho, a falta de satisfação no trabalho também pode levar ao burnout (McNeese-Smith & Crook, 2003, cit. por Lu et al., 2007).

Está claramente estabelecido na literatura que existe uma ligação entre satisfação no trabalho e o *turnover* (Johnston, 1997, cit. por Lu et al., 2007).

Fatores como remuneração, reconhecimento, crescimento pessoal e participação na tomada de decisões, e stresse no trabalho, incluindo stresse moral eram comumente indicados como contribuintes para a satisfação com o trabalho de profissionais de saúde (Albion et al., 2005; Gigantesco et al., 2003; Lyons et al., 2003 cit. por Park et al., 2012).

Os fatores relacionados com a satisfação no trabalho podem ser geralmente classificados em dois grupos: um são as características individuais, tais como idade, género, estado civil, nível de escolaridade, experiência e estratégias de *coping* individuais; e o outro são as características do trabalho, incluindo a remuneração (por exemplo, pagamento, benefícios), segurança no trabalho, conteúdo do trabalho (por exemplo, a rotina, feedback, conflito de papéis, ambiguidade, papel e carga de trabalho), ambiente de trabalho (por exemplo, o ambiente físico, o clima social, a liderança e as horas de trabalho), relações interpessoais (por exemplo, com os pacientes, com os supervisores, e com colegas de trabalho), o comprometimento organizacional, reputação social e autonomia / autoridade (Park et al., 2012).

Muitos estudos têm identificado as características do trabalho como fatores críticos que influenciam a satisfação no trabalho, porque essas características podem ser consideradas fatores modificáveis para melhorar a satisfação no trabalho (Blegen; Irvine & Evans, cit. por Park et al., 2012). Em particular, desses fatores, Lu et al. (2005) também relataram os preditores para a satisfação no trabalho de enfermeiros, incluindo a incidência de comprometimento organizacional, relações interpessoais com os colegas de trabalho, stresse no trabalho (por exemplo, frequência e intensidade de eventos stressantes), a percepção da prática profissional, o conteúdo do trabalho, ambiente físico do trabalho, e a liderança dos enfermeiros gestores.

Um estudo sobre a satisfação com o trabalho de uma equipa do centro de saúde de uma comunidade em Taiwan, mostrou que o relacionamento interpessoal foi o maior fator de satisfação no trabalho e o salário e bem-estar e ambiente físico foram os menos relacionados. Os determinantes que influenciam a satisfação com o trabalho foram o clima organizacional, a sensação de fadiga, a idade e estado civil (Chang et al. 1995, cit por Lu et al., 2007)

Num estudo sobre a satisfação no trabalho de enfermeiros na Noruega com uma amostra de 2095, com média de idades de 37,5 anos (em que apenas 7,9% eram homens), verificou-se que a idade avançada, a formação mais especializada e o tempo de trabalho na instituição foram fatores demográficos que corresponderam significativamente a valores elevados de satisfação no trabalho atual. O fator principal poderá ser a idade, uma vez que tanto a especialização como o tempo de trabalho na especialização, na maioria dos casos, corresponde a idade avançada. Em geral, os enfermeiros valorizaram a interação, o vencimento e a autonomia como os componentes mais importantes para a sua satisfação no trabalho (Bjork et al., 2007).

2.1.1. Questionário da Satisfação e Bem-Estar no Trabalho

O Questionário da Satisfação e Bem-Estar é constituído por 13 perguntas. Este pode ser dividido em três partes: aspetos relacionados com o trabalho, relação com os colegas e relação com a chefia.

Aos aspetos relacionados com o trabalho correspondem cinco perguntas: Estou satisfeito com o meu trabalho; Recomendaria o seu trabalho a outra pessoa; Se estivesse à procura de novo emprego, qual a probabilidade de voltar a aceitar este trabalho; Gosto das tarefas que fazem parte do meu trabalho e Com que frequência é que o seu trabalho lhe deixa muito pouco tempo para fazer tudo?

Aos aspetos sobre a relação com os colegas correspondem seis perguntas: Sinto-me satisfeito por poder pedir ajuda a um colega quando algo me perturba; Sinto-me satisfeito com a forma como os meus colegas falam sobre diferentes assuntos comigo e partilham os problemas comigo; Sinto-me satisfeito porque os meus colegas aceitam e apoiam as minhas novas ideias ou pensamentos; Sinto-me satisfeito porque os meus colegas correspondem às minhas emoções, tais como zanga, mágoa ou alegria; Sinto-me satisfeito porque eu e os meus colegas passamos tempo juntos e Com que frequência se depara com conflitos de colegas com quem trabalha?

Aos aspetos sobre a relação com a chefia correspondem duas perguntas: Dá-se bem com o seu supervisor mais próximo ou chefia directa? e Com que frequência é que o seu supervisor deseja ouvir os seus problemas relacionados com o trabalho?

Estas 13 perguntas têm como escala de resposta de três níveis: raramente, por vezes e quase sempre.

2.1.2. Satisfação no trabalho e Capacidade para o trabalho

O ICT está fortemente ligado ao indicador de satisfação com o apoio psicológico recebido no trabalho (Estryn-Behar et al., 2005).

A relação entre a satisfação e os resultados do desempenho individual e organizacional não é linear, embora muitos estudos apontem para uma associação ou correlação entre a satisfação, certas variáveis sociodemográficas (como a profissão, a antiguidade, o cargo ou a função) e certos comportamentos ou intenções comportamentais (como o desempenho, a rotação ou o *turnover* do pessoal, o absentismo, o *stress*) (Graça, 2010).

Num estudo, em França, relacionou-se a satisfação e a capacidade de trabalho e os seus resultados mostraram que 33% dos profissionais “muito satisfeitos” e 22,3% dos “satisfeitos” apresentaram um excelente ICT. Pelo contrário, dos que referiram estar “muito insatisfeitos” e “insatisfeitos”, apenas se obtiveram 8% e 12,2%, respetivamente, de ICT excelente (Estryn-Behar et al., 2005).

No estudo com enfermeiros de Estryn-Behar et al. (2005) conclui-se que a capacidade de trabalho estava significativamente relacionada com a satisfação no trabalho, com o ambiente físico, o apoio psicológico e tempo dedicado ao exercício físico e estilos de vida saudáveis. Um ICT reduzido relacionou-se com a intenção de deixar a profissão: 38,4% para “fraca” capacidade de trabalho, 23,6% para “moderada”, ao contrário de 1,4% para “boa” e 8,7% para “excelente” capacidade de trabalho.

Também no estudo de Estryn-Behar et al. (2005) o resultado do ICT mostrou estar correlacionado com o nível de satisfação obtido nas alíneas dos itens que constam dos recursos psicológicos do ICT, comunicação eficiente entre colegas e doentes, medo de cometer erros e oportunidades de aprendizagem no trabalho.

Solidariedade e colaboração com colegas num ambiente inspirador de trabalho tem sido reconhecidos como importantes para a satisfação no trabalho e

motivação para permanecer na organização entre os enfermeiros Noruegueses, do que outros fatores relacionados com o trabalho, tais como o vencimento (Bratas, 2001; Cappelen, 2002; Sørensen, 2000 *cit. por* Bjork, 2007).

O estudo de Estry-Behar et al. (2005) mostrou que o apoio e ajuda dados pelos colegas de trabalho podem compensar parcialmente as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde. Dos que referiram receber apoio dos seus colegas “frequentemente” ou “muito frequentemente”, 16,3% apresentaram excelente ICT, ao contrário dos 11% que referiram “raramente” ou “nunca” receberem tal ajuda. Dos profissionais de saúde que testemunham que os seus colegas os ajudam, “frequentemente” ou “sempre”, 16,7% têm um “excelente” ICT, ao contrário de 7,9% daqueles que afirmam que os seus colegas de trabalho “nunca” ou “raramente” estão dispostos a ajudá-los.

Uma forma de conseguir avaliar o trabalho em equipa é a perceção dos enfermeiros de que o seu trabalho é valorizado pelos seus colegas. Dos profissionais de saúde que referem que os seus colegas estão “muito” ou “muitíssimo” conscientes do valor do seu trabalho, 17,5% obtiveram “excelente” ICT quando comparados com 7,8% que afirmam que os seus colegas “não estão” ou “raramente” estão conscientes dos seus esforços (Estry-Behar et al., 2005).

Também no estudo de Estry-Behar et al. (2005) mostrou que o apoio da chefia também desempenha um papel importante nos problemas encontrados nos profissionais de saúde. Naqueles que referem receber tal apoio “frequentemente” ou “muito frequentemente”, 18,4% apresentam “excelente” ICT, enquanto 13% que referem “nunca” ou “quase nunca” recebem apoio das suas chefias. Dos que referem que as suas chefias estão conscientes do seu trabalho e dos seus resultados, 18,7% tem um “excelente” ICT ao contrário dos 9,7% que referem que as suas chefias “não são conscientes” ou são “pouco conscientes” do valor do seu esforço.

2.2. DINO

No IET para a avaliação do desempenho é utilizado um método observacional o DINO (Direct Nurse Observation instrument for assessment of work technique during patient transfers) (Fray e Hignett, 2010). Este instrumento tem como objetivo a descrição e avaliação da técnica de trabalho de pessoal de enfermagem em tarefas de transferência de pacientes em relação à saúde músculo-esquelética e segurança (Johnsson et al., 2004).

O instrumento DINO consiste em 16 itens divididos em três fases de uma transferência: a fase da preparação, a fase de desempenho e a fase de resultado. Nas fases de preparação e resultado as respostas alternativas são Sim / Não. Durante a preparação, é possível adicionar informação para indicar que a preparação era impossível ou desnecessária, ou irrelevante. Na fase de desempenho os itens são medidos numa escala de avaliação de 5 pontos bipolar, em que 0 significa que o enfermeiro não cumpre os critérios e 4 que o enfermeiro cumpre totalmente os critérios do item (Johnsson et al., 2004).

Uma pontuação do DINO mais elevada corresponde ao cumprimento dos critérios para a execução de uma técnica mais segura (Johnsson et al., 2004).

A validade de conteúdo foi avaliada por meio de um grupo de especialistas para estabelecer que o instrumento mede o conteúdo adequado, ou seja, técnica de trabalho durante a transferência de pacientes. Em segundo lugar, para testar a validade de critério, as pontuações do DINO foram relacionadas com um instrumento validado (PLIBEL), e são válidas se as pontuações se correlacionarem com o critério (PLIBEL) (Johnsson et al., 2004)

Na literatura uma transferência do doente tem sido definida como uma tarefa de trabalho em que as enfermeiras auxiliam ou levantam um doente a partir de um local para outro, ou de uma posição para outra (Kjellberg et al., 2000). Pode então ser concluído que o manuseamento do doente é uma tarefa complexa e é uma interação entre dois ou mais indivíduos. Nessa interação o enfermeiro que irá realizar a transferência e o indivíduo que é transferido estão presentes

(Johnsson et al., 2002). Diferentes aspetos da técnica de trabalho e a sua importância na relação com lesões músculo-esqueléticas têm sido amplamente discutidos (Schibye et al., 2003) mas foi Kjellberg et al. (1998), que definiu técnica de trabalho como composta por dois elementos: o método escolhido para realizar a tarefa e o desempenho individual da tarefa.

A transferência deve estar em consonância com os desejos, necessidades e expectativas do doente. Antes de cada transferência os enfermeiros têm que considerar as suas próprias capacidades, os recursos e as necessidades do doente e as possibilidades e limitações do ambiente e, conseqüentemente, escolher o melhor método (Johnsson e Westin, 1994; Lagerstrom et al., 1999, cit. por Johnsson et al., 2002).

Um estudo do processo de acidente anterior a lesões mostrou que a falta de dispositivos de transferência, ou a falta de espaço que torna impossível a utilização de tais dispositivos, pode forçar os enfermeiros a executar a tarefa manualmente (Engkvist et al., 1998, cit. por Engkvist et al., 2001). Outros estudos mostraram que os enfermeiros são relutantes em utilizar dispositivos de transferência porque não entendem como utilizá-los ou não tinham experiência na sua utilização (Bell, 1984; Owen, 1988, cit. por Engkvist et al., 2001), ou porque os dispositivos não eram adequados para a tarefa (Engkvist et al., 1998, cit. por Engkvist et al., 2001).

2.2.1. Resultados do DINO

Num estudo com 126 enfermeiros de 8 serviços de um Hospital Português, os resultados do instrumento DINO mostraram que 45% das transferências foram da cama para a cadeira e 50% dos pacientes poderiam suportar-se. Na fase de preparação, 97,5% dos enfermeiros encorajou os pacientes a cooperar, 87,5% preparou espaço suficiente para a transferência, 77,5% posicionaram os equipamentos corretamente, mas apenas 42,5% utilizaram ajudas de transferência. Todas as camas tinham uma altura fixa. Durante a fase de

desempenho todos os itens mostraram um bom resultado com uma média de 3 ou superior. A fase de resultado mostrou que em 95% das observações a técnica de transferência não causou qualquer dor para o paciente e em 92,5% não provocou quaisquer sentimentos de medo. Mas apenas 62,5% dos pacientes estavam em posição funcional no final da transferência. Nenhum dos serviços tinha um plano específico para as transferências. A pontuação média do DINO foi de 12,75 (dp = 1,66) (Cotrim et al., 2011).

Noutro estudo num Hospital Português, foram observadas 18 transferências, a maioria enfermeiros (83,3%), do sexo feminino (88,9%) foi contabilizada, sendo responsável pela transferência da cama para a cadeira de banho (33,3%), da cama para a poltrona (27,8%) ou a partir da cadeira de banho para a cadeira (22,2%). A pontuação média do DINO foi de 14,61 (dp = 1,72) e os valores variaram de 10 a 16. Deve salientar-se que 50% de todas as transferências tem uma pontuação de 16, que é a marca de topo e significa que a transferência foi realizada em conformidade com as técnicas padrão de segurança para os trabalhadores de cuidados de saúde. A análise dos resultados foi descrita pelas 3 fases do DINO, o que permitiu realçar como fatores críticos: (i) a falta de uso de ajudas mecânicas em 33,3% das transferências onde seria aconselhável e que o equipamento não foi devidamente manipulado em 16,7% das observações; (ii) os resultados são em termos gerais (a) positivos, com a comunicação do paciente e critérios de participação apresentando um valor mediano coincidindo com o ponto mais alto da escala, (b) os critérios com o menor follow-through são a "política de baixo esforço" com 22,2% apresentando uma classificação "moderado" e a "carga nas costas" com um 27,8% classificada como "moderada" e 11,1% classificada como "alto"; (iii) em 27,8% das transferências os pacientes não terminam numa posição adequada e funcional, assim sobrecarregaram os profissionais (enfermeiros e auxiliares) com o reposicionamento do paciente (Serranheira e Cotrim, 2012).

40 observações foram realizadas num Hospital Português, o resultado médio do DINO foi de 11,28 pontos (sd = 4,99), o que pode sugerir que a técnica de transferência não foi realizada da maneira mais segura. Os resultados

principais mostraram que em 35 observações havia espaço suficiente para o desempenho de transferência (87,5%); em 9 das transferências percebemos que o equipamento com o qual os pacientes foram transferidos não foi corretamente posicionado e bloqueado (22,5%); e em nenhuma das observações a altura da cama foi considerada correta já que nenhuma das camas tinha altura regulável (Cotrim et al., 2012).

2.2.2. Galeria ARJO

Através da Galeria de Mobilidade Arjo (Arjo 2005) utilizada por Fray (2010), caracterizamos o nível de dependência dos doentes através de cinco categorias da Galeria (Quadro 3).

A Galeria ARJO está inserida no DINO porque esta é aplicada previamente à utilização do DINO para realizar a caracterização dos doentes.

Quadro 3: Caracterização das categorias de mobilidade da Galeria Arjo (Fray, 2010).

Categoria A	<ul style="list-style-type: none">- Mobilidade autónoma, mas pode usar uma bengala para apoio,- Independente, pode lavar-se e vestir-se sozinho,- Pode cansar-se facilmente,- A estimulação das capacidades é muito importante;
Categoria B	<ul style="list-style-type: none">- Usa um andarilho ou similar,- Consegue manter o equilíbrio e a mobilidade autónoma até um certo nível,- Dependente dos profissionais de saúde em situações mais exigentes,- O nível de assistência não é fisicamente exigente para o prestador,- A estimulação das capacidades ainda existentes é importante;
Categoria C	<ul style="list-style-type: none">- Anda em cadeira de rodas,- Consegue suportar o peso parcialmente pelo menos num membro inferior,- Tem alguma estabilidade do tronco,- Dependente do prestador na maioria das situações,- O nível de assistência é fisicamente exigente para o prestador- A estimulação das capacidades ainda existentes é muito importante;
Categoria D	<ul style="list-style-type: none">- Anda em cadeira de rodas,- Sem capacidade para suportar peso de forma autónoma,- Não se mantém de pé, é incapaz de suportar peso mesmo parcialmente,- Depende dos prestadores na maioria das situações,- A estimulação das capacidades ainda existentes é muito importante;
Categoria E	<ul style="list-style-type: none">- Passivo,- Pode estar completamente acamado,- Articulações frequentemente rígidas e com contracturas,- Totalmente dependente,- O nível de assistência é fisicamente exigente para o prestador; <p>A estimulação e ativação não são um objetivo primário.</p>

2.2.3. Questionário Opinião do Doente e Opinião do Profissional

O Questionário da Opinião do Doente e do Profissional é constituído por quatro perguntas: três para os doentes e uma para os profissionais.

As questões dos doentes são: (1) Considera que a transferência a que acabou de ser sujeito /a foi feita com segurança e confiança?; (2) Sentiu algum desconforto adicional devido à transferência? e (3) Os profissionais tentaram manter ao máximo a sua privacidade e dignidade durante a transferência? A questão dos profissionais é: (4) Considera que a transferência que acabou de fazer foi bem executada e de acordo com o seu plano?

Estas quatro questões têm uma escala de resposta de vai de -4 a +4. Na primeira pergunta a escala de resposta vai de -4 que corresponde a muito inseguro a +4 que corresponde a muito seguro, na segunda pergunta a escala de resposta vai de -4 que corresponde a muito desconfortável a +4 que corresponde a muito confortável, na terceira pergunta a escala de resposta vai de -4 que corresponde a nada a +4 que corresponde a o máximo possível e na quarta pergunta a escala de resposta vai de -4 que corresponde a muito fraca a +4 que corresponde a excelente.

Num estudo num hospital português com 126 enfermeiros, a perceção do doente sobre as transferências correspondeu a 55% do número total de transferências devido à idade avançada das doentes e a estes estarem confusos ou não capazes de responder. 68,7% considerou que as transferências eram muito seguras, 81,8% considerou muito confortável e 90,9% considerou que a sua privacidade e dignidade foram preservados o máximo possível. Os resultados dos profissionais mostraram que 47,5% dos enfermeiros consideraram o seu desempenho muito bom (nível 3), que está de acordo com a perceção dos doentes (Cotrim et al., 2011).

Noutro estudo, também num hospital português, os resultados mostraram que 68,2% dos doentes consideram que a transferência foi realizada de uma maneira muito segura, 81,8% consideraram que a transferência era muito confortável e sem desconforto adicional e 90,9 % consideram que durante a transferência a sua dignidade e privacidade foram mantidas no mais alto grau. No entanto, 13,6% dos doentes não perceberam a transferência como

seguras e 9,1% relataram como desconfortável. Em relação à opinião dos enfermeiros que realizaram as transferências, 97,5% deles consideraram que as transferências foram satisfatórias e de acordo com o plano (Cotrim et al., 2012).

2.3. Questionário Nórdico

O Questionário Nórdico é utilizado como um instrumento de auto-referenciação que classifica as LME por parte do corpo: pescoço, ombro, cotovelo, mão, punho, coluna lombar e dorsal, anca/coxa, joelho e tornozelo/pé (Kuorinka et al., 1987).

Em vários estudos com enfermeiros, o questionário nórdico foi usado para caracterização das LME auto-referidas (Fray, 2010; Fonseca e Serranheira, 2006; Kee e Seo, 2007; Smith et al., 2006).

Também Fray (2010) utilizou uma versão reduzida e validada do Questionário Nórdico (Kuorinka et al., 1987 cit. por Fray, 2010).

O Questionário Nórdico completo é utilizado em estudos de avaliação de lesões músculo-esqueléticas. No âmbito da aplicação do IET, a utilização do instrumento teve como objetivo caracterizar, através de um questionário de resposta fácil, a perceção da sintomatologia músculo-esquelética pelos profissionais em termos globais e não especificamente para as lesões da coluna lombar, como é habitual nos estudos de movimentação manual de doentes (Fray, 2010).

2.3.1. Prevalência de Lesões Músculo-Esqueléticas Auto-referidas

Vários autores referem o problema das LME nos profissionais de saúde e em particular nos Enfermeiros e Auxiliares de Ação Médica (Cotrim, 2008). Na área

da saúde a prevalência de LME é maior do que na maioria das outras profissões (Koppelaar et al., 2008).

Smith et al. (2006) destaca as lombalgias, como sendo um problema ocupacional corrente em enfermeiros de todo o mundo.

O aparecimento de casos deste tipo de lesões é frequente na prestação de cuidados de saúde estando relacionado com episódios de incapacidade (temporária ou absoluta) no trabalho. A realidade dos fatores de risco presentes nos locais de trabalho é extremamente complexa e varia de situação para situação. As características do meio do trabalho, assim como as características da atividade são considerados elementos fundamentais na prevalência deste tipo de lesões ligadas aos membros superiores e coluna vertebral (Serranheira et al., 2008).

Existem vários fatores que contribuem para o aumento o risco de raquialgias e de acidentes que levam a raquialgias nos enfermeiros (Sherehiy et al., 2004, cit. por Dawson, 2007; Engkvist et al., 2001). Os acidentes que levam a raquialgias ocorrem frequentemente durante a transferência de doente (Owen e Garg, 1991; Engkvist et al., 1992; Hignett, 1996, cit. por Engkvist et al., 2001; Lagerstrom et al., 1998, cit. por Johnsson et al., 2002; Retsas e Pinikahana, 2000), a maioria não ocorre em situações de emergência, mas durante a transferência de doentes comuns planeadas quando os enfermeiros têm tempo para preparar-se e preparar o doente (Engkvist et al., 1998, cit. por Engkvist et al., 2001).

As tarefas de manuseamento de doentes associadas às condições de realização e às características individuais dos enfermeiros, condicionam a adoção de posturas penosas com duração e frequências elevadas, e a movimentação de cargas, com a realização de força de forma frequente, todos estes fatores representam risco de lesões músculo-esqueléticas. É principalmente durante o manuseamento e transporte de doentes que o grau

de exposição a fatores de risco de lesões músculo-esqueléticas parece ser mais elevado (Cotrim, 2008).

Engkvist et al. (2000 cit. por Skotte e Fallentin, 2008) constataram que as lesões na coluna dos profissionais de enfermagem, estavam associadas às transferências manuais de doentes realizadas de forma frequente e à ausência de equipamentos de ajuda técnica.

Num estudo realizado por Kee e Seo (2007), sobre LME em enfermeiros na Coreia, foi aplicado o questionário Nórdico adaptado e utilizado em quatro vezes, durante um ano e de três em três meses, para os mesmos participantes (n=162). A média de idades da amostra foi de 29,9 anos (dp=6,3). As LME foram determinadas com base na frequência, duração e intensidade dos sintomas relevantes tais como dor, dormência, inchaço ou desconforto.

As LME classificadas pelos critérios 1 e 2 (descritos anteriormente) foram mais prevalentes no ombro (27,2%, 25,3%), seguidas pelas do joelho (24,7%, 22,8%), região lombar (23,4%, 20,4%) e mão/punho (21,6%, 17,9%). O ombro apresentou a maior taxa de LME ao nível do critério 3, em segundo lugar o joelho, em terceiro e mão/punho, o tornozelo/pé ficaram em quarto. No global, a taxa de prevalência de LME em 12 meses, com sintomas em pelo menos uma das regiões do corpo, pelos três critérios de classificação foram de 56,8%, 53,7% e 45,7%, respetivamente (Kee e Seo, 2007).

Num estudo da sintomatologia músculo-esquelética auto-referida por 507 enfermeiros Portugueses, os resultados evidenciam uma prevalência elevada de sintomas nos últimos 12 meses, na região lombar (65%), cervical (55%), dorsal (37%), ombros (34%) e punhos/mãos (30%). Os enfermeiros da amostra apresentavam uma mediana de idades 31 anos e tinham idades compreendidas entre 22 e 63 anos (Fonseca e Serranheira, 2006).

Num estudo com 844 enfermeiros no Japão (média etária de 32,9 e dp=8,8), o período de prevalência de LME em 12 meses foi de 85,5% em qualquer uma das quatro regiões corporais. As LME foram referidas com maior frequência ao

nível do ombro (71,9%), seguido pela coluna lombar (71,3%), pescoço (54,7%) e coluna dorsal (33,9%). As LME no ombro foram associadas à movimentação manual dos doentes, exigência física elevada, tensão pré-menstrual e exigência mental elevada. As LME na coluna dorsal foram associadas à flexão/torção do tronco, esforço físico elevado, tensão pré-menstrual e pressão mental elevada. As LME na coluna lombar foram associadas à movimentação manual, flexão/torção do tronco, exigência física elevada, exigência mental elevada e número de profissionais insuficientes (Smith et al, 2006).

Fonseca e Serranheira (2006) referem-se a diversos estudos com o mesmo grupo profissional que indicam: em França sintomatologia lombar de 41,1% (Niedhammer et al., 1994); em Inglaterra 45% para a mesma região (Smedley et al., 1995); na Suécia de 48 a 53% para a região cervical (Lagerstrom et al., 1995; Josephson et al., 1997); na Austrália, de 40%, igualmente para a zona cervical (Lusted et al., 1996); na África do Sul e Suécia, entre os 30% e os 31% para a região dorsal respetivamente (Botha e Bridger, 1998) e (Josephson et al., 1997); nos Estados Unidos (35,1%) para os ombros (Trinkoff et al., 2002).

III. Objetivos

O objetivo geral deste estudo foi compreender como se relacionam a capacidade de trabalho, a satisfação e o bem-estar dos profissionais, o risco das tarefas de movimentação manual de doentes e a prevalência de lesões músculo-esqueléticas auto-referidas.

Neste âmbito, definiram-se como objetivos específicos:

- Caracterização da capacidade de trabalho dos enfermeiros e AAM;
- Descrição da variação da capacidade de trabalho em função dos dados socio-demográficos;
- Caracterização da satisfação dos enfermeiros e AAM com os aspetos relacionados com o trabalho, com a relação com os colegas e com a relação com a chefia;
- Caracterização da perceção dos enfermeiros e AAM relativamente aos riscos na movimentação manual dos doentes;
- Caracterização das lesões músculo-esqueléticas auto-referidas pelos enfermeiros e AAM;
- Descrição da variação da perceção dos enfermeiros relativamente aos riscos na movimentação manual dos doentes em função das lesões músculo-esqueléticas auto-referidas;
- Descrição da variação da capacidade de trabalho em função da satisfação dos profissionais;
- Descrição do risco no desempenho das tarefas de movimentação manual de doentes;
- Descrição da variação da capacidade de trabalho em função das lesões músculo-esqueléticas auto-referidas;
- Caracterização da perceção dos doentes em relação às transferências realizadas.

IV. Metodologia

1. Descrição do Estudo

Este é um estudo transversal analítico porque procura explicar os resultados através da análise das correlações entre variáveis. Pretende descrever a relação entre a capacidade de trabalho dos profissionais, a satisfação e bem-estar no trabalho, a relação entre a perceção do risco na movimentação manual dos doentes e as LME auto-referidas.

2. Hipóteses

Para cumprir os objetivos, definimos as seguintes hipóteses:

- As características sócio-demográficas influenciam a capacidade de trabalho;
- A satisfação e bem-estar no trabalho, a satisfação com os colegas e chefia influenciam a capacidade de trabalho;
- A capacidade de trabalho diminui com a prevalência de lesões músculo-esqueléticas;
- As LME auto-referidas estão relacionadas com a utilização de métodos perigosos na movimentação manual dos clientes ou com a não utilização dos equipamentos de ajuda técnica, quando estes são recomendados.

3. Variáveis

Neste estudo foram definidas as variáveis seguintes:

- Variáveis dependentes: a capacidade de trabalho e a perceção dos profissionais em relação ao risco na movimentação manual de doentes.
- Variáveis independentes: as características sócio-demográficas, a satisfação e bem-estar no trabalho e as LME auto-referidas.

4. População e Amostra

A população alvo foram todos os Enfermeiros (n=35) e Auxiliares de Ação Médica (n=30) (o que corresponde a um n=65) de 2 Serviços de internamento de Adultos de um hospital privado (Tabela 1).

A amostra foi constituída por 43 profissionais, 24 Enfermeiros e 19 Auxiliares de Ação Médica, o que representa uma taxa de resposta global do questionário de 66,1%.

Para definir os Serviços alvo teve-se em conta o facto de serem Serviços de internamento de adultos onde se poderia identificar o risco de lesões músculo-esqueléticas na movimentação manual de doentes, o nível de dependência dos doentes internados e o interesse e disponibilidade das chefias para a realização do estudo.

O estudo decorreu nos Pisos 5 e 6, o Piso 5 recebe maioritariamente doentes de Medicina e o Serviço de Cirurgia recebe maioritariamente doentes de Cirurgia. Em seguida, apresentamos o Tabela 1 onde identificamos as principais características dos Serviços e o nível de dependência dos doentes internados na altura do estudo de acordo com a Galeria ARJO (Fray, 2010).

Tabela 1: Caracterização dos Serviços Alvo.

PISO	N.º de Enfermeiros	N.º de AAM	N.º total Camas	N.º Camas Ocupadas	Categoria de Mobilidade dos Doentes				
					A	B	C	D	E
Piso 5	18	14	34	25	6 24,0%	10 40,0%	6 24,0%	0 0,0%	3 12,0%
Piso 6	17	16	34	18	7 38,9%	8 44,4%	2 11,1%	1 5,6%	0 0,0%

No que se refere à aplicação do DINO, a amostra foi constituída por 17 Enfermeiros (51,5%) e 16 Auxiliares de Ação Médica (48,5). Quanto ao nível de dependência dos doentes em 12 transferências o doente foi classificado como B (36,4%), em 16 transferências o doente foi classificado como C (48,5%) e em 5 transferências o doente foi classificado como E (15,2%).

5. Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha de dados consistiu na aplicação de uma lista de verificação para recolher dados sobre os espaços e equipamentos, um questionário aos profissionais constituído pelo ICT e três instrumentos de avaliação da versão Portuguesa do IET adaptada por Cotrim em 2009 designada por IAIE (Instrumento de Avaliação da Intervenção Ergonómica) (Cotrim, 2011). A recolha de dados consistiu também na utilização da Galeria ARJO, para recolher informação sobre o grau de dependência dos doentes e os equipamentos de ajuda técnica que devem ser utilizados e que são realmente utilizados, e no instrumento de recolha de dados sobre as movimentações manuais dos doentes, o instrumento DINO. Estes instrumentos foram escolhidos de acordo com a literatura e com os objetivos definidos para o estudo.

5.1. Lista de Verificação

Para caracterizar os serviços em termos de espaço e equipamentos existentes, foi utilizada uma lista de verificação para ambos os Serviços. A lista de verificação incidiu separadamente nos aspetos gerais e características dos serviços, nos quartos (individuais e duplos), camas, cadeirões e cadeiras de rodas, instalações sanitárias e de banho para os doentes, e alguns equipamentos de ajuda técnica (Anexo 1)

5.2. ICT

Foi utilizada a versão portuguesa do Work Ability Index (WAI), o Índice de Capacidade para o Trabalho – Portugal e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (ICT) (Fernandes da Silva et al., 2006). O principal objetivo da aplicação deste instrumento é aceder à perceção dos enfermeiros relativamente à sua capacidade de trabalho.

5.3. IET

Para realizar uma avaliação global do serviço foi utilizado o método Intervention Evaluation Tool (IET) desenvolvido por Fray (2010), que tem vindo a ser adaptado para Portugal como Instrumento de Avaliação da Intervenção Ergonómica na Prevenção e Controlo do Risco de Lesões Músculo – Esqueléticas Ligadas ao Trabalho Hospitalar (IAIE) por Cotrim (2011).

Devido a limitações temporais não se conseguiram recolher todos os dados que permitiriam calcular o resultado final. As variáveis referentes ao IAIE cuja informação foi obtida e tratada em tempo útil foram: Galeria ARJO, DINO Adaptado, Opinião do Doente sobre a Transferência, Opinião dos Profissionais sobre a Transferência, Questionário Nórdico, Satisfação e Bem-Estar dos Profissionais, Movimentação Manual de Doentes e Opinião do Doente sobre as Transferências em geral.

6. Procedimentos para Recolha de Dados

Previamente à recolha de dados, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração da instituição, na pessoa do Sr. Enf.º Director. A recolha de dados decorreu entre Março e Maio de 2012 e consistiu na aplicação da lista de verificação para caracterização dos espaços e equipamentos de 2 Serviços de Internamento de adultos, na aplicação dos questionários aos Profissionais e na aplicação do DINO e da Galeria.

A aplicação dos questionários realizou-se através da entrega dos exemplares aos profissionais de cada serviço e recolha dos questionários preenchidos através das Enfermeiras Chefes de cada Serviço. Na aplicação do questionário, foi pedido o consentimento informado a todos os profissionais, sendo garantida a confidencialidade dos dados no âmbito do trabalho científico. Quanto ao Questionário da Opinião do Doente sobre as Transferências em geral a participação dos doentes foi voluntária e foi pedido o consentimento

informado verbalmente, sendo garantida a confidencialidade dos dados no âmbito do trabalho científico.

7. Procedimentos Estatísticos

Os dados dos questionários, do Índice DINO e da Galeria ARJO foram introduzidos numa base de dados construída no programa informático PASW Statistics 18 © e analisados na mesma aplicação.

A análise dos dados recolhidos foi realizada com base na análise descritiva e comparativa, de acordo com os objetivos definidos. A descrição das variáveis nominais e ordinais baseou-se nas frequências absolutas e relativas, e a descrição das variáveis numéricas foi realizada através dos parâmetros de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo). A análise descritiva bivariada baseou-se nas medidas descritas anteriormente e foi representada através de tabelas de cruzamentos (Pestana e Gageiro, 2003).

No presente estudo foram utilizados os testes estatísticos: Qui-quadrado (teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas), R de Pearson (é uma medida do grau de relação linear entre duas variáveis quantitativas, foi utilizado porque o n era superior a 30) e Shapiro-wilk (foi utilizado para testar a normalidade das variáveis). Utilizou-se o teste de Mann-Whitney quando se quis comparar o centro de localização de duas amostras Independentes, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes, nas situações em que houve violação da normalidade, ou quando as variáveis eram de nível pelo menos ordinal (Pestana e Gageiro, 2003).

V. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Caracterização dos Serviços

Neste capítulo descrevem-se as características dos espaços e equipamentos dos serviços e dos aspetos organizacionais.

1.1. Caracterização dos Aspetos Físicos

O Piso 5 recebe maioritariamente doentes de Medicina, Oncologia e Neurologia designar-se-á Serviço de Medicina. Também recebe doentes de Cirurgia quando os Serviços respetivos estão lotados.

O Piso 6 recebe doentes de Cirurgia de todas as especialidades, mas maioritariamente de Ortopedia designar-se-á Serviço de Cirurgia. Como o Piso 5, recebe doentes de Medicina quando os outros Serviços estão lotados.

Estes dois Serviços têm a mesma configuração e o mesmo número de quartos. Os Serviços estão divididos em duas alas, a Ala A e a Ala B (Figura 1).

Tabela 2: Aspetos gerais dos Serviços

Aspetos Gerais dos Serviços

Número total de quartos	60
Número total de camas	64 + 4
Número de camas por quarto múltiplo	2

Cada Ala tem 16 quartos, 15 individuais e 1 duplo. Assim, são 30 quartos e 32 camas por serviço. Em picos de atividade dois dos quartos individuais, um em cada Ala, tornam-se duplos para responder à afluência de doentes (Tabela 2).

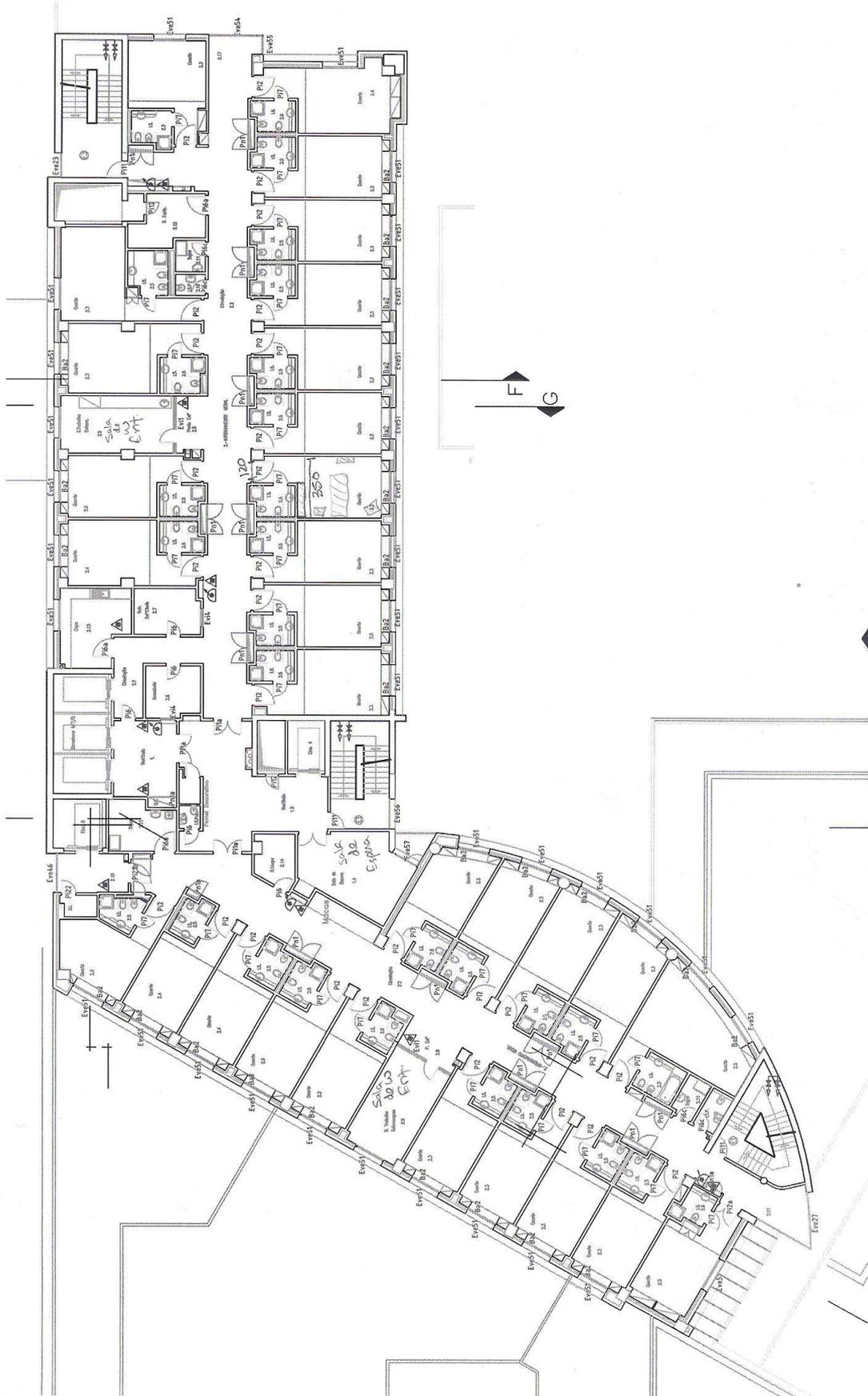


Figura 1: planta dos Serviços de Medicina e Cirurgia

Tabela 3. Características dos Serviços

Características dos Serviços

Entrada		
- Largura	2,50 m	
- N.º de Batentes	Dois batentes	
- Sentido de abertura	Para dentro	
Corredor Principal	Ala A	Ala B
- Largura	2,50 m	2,50 m
- Comprimento	40 m	38 m
	Serviço de Medicina	Serviço 6
Equipamento Médico	Eletrocardiógrafo Carro de emergência com desfibrilhador, oxigénio respirável e equipamento de ventilação	Carro de emergência com desfibrilhador, oxigénio respirável e equipamento de ventilação

Os dois Serviços têm uma entrada com 2,50 m, as três portas, a porta do hall dos elevadores e as portas das duas Alas têm dois batentes. Existem três elevadores que dão acesso aos Serviços. O corredor principal da Ala A tem 40 m e o corredor principal da Ala B tem 38 m. Constatou-se que a largura da entrada está de acordo com os valores de referência estabelecidos no DR 63/94 (Valor de referência: 1,40 m). O equipamento médico existente também é o adequado segundo o mesmo documento, excetuando o aparelho de raios X portátil que, apesar de não se encontrar nos serviços, está disponível no Hospital e ao dispor dos serviços quando solicitado (Tabela 3).

Em cada Ala existe uma Sala de Enfermagem, onde os enfermeiros preparam a medicação, o material para pensos e fazem as notas dos doentes, uma área de Sujos e uma casa de banho para os profissionais. Existe uma Sala de Equipa, o Secretariado, a Sala da Enfermeira Chefe e a Copa na Ala A. Na Ala B há uma sala de Arrumos, onde guardam cadeiras de rodas, andarilhos e outros materiais. Estes espaços estão de acordo com as referências estabelecidas no DR 63/94.

Tabela 4. Caracterização dos quartos individuais.

Caracterização dos quartos Individuais	Resultados	Valores Referência
Comprimento	5 m	-
Largura	3,50 m	-
Área	17,50 m ²	14 m ² ¹
Entrada		
- Largura	1,20 m	1,10 m ¹
- Uma/Duas portas	1	-
Corredor principal		
- Largura	1,46 m	2,20 m ¹
- Comprimento	6,60 m	3,30 m ¹
Corredor secundário		
- Largura	1,20 m	1,50 m ¹
- Comprimento	3,50 m	3 m ¹
- Sistema de chamada	Sim	Sim ¹
- Luminoso	Sim	Sim ¹
- Sonoro	Sim	Sim ¹
Arejamento natural	Sim	Sim ¹
Iluminação natural	Sim	Sim ¹
Cortinas entre camas	Não aplicável	-
Tomada de corrente elétrica por cama	Sim	Sim ¹
Fonte de luz à cabeceira	Sim	Sim ¹

Em ambos os Serviços foram caracterizados um quarto individual e outro duplo. Os dados foram analisados separadamente, de acordo com a sua tipologia.

Relativamente aos quartos individuais verificou-se que os valores recomendados são cumpridos em ambos os Serviços, exceto os valores referentes ao corredor secundário (Tabela 4).

Nos quartos duplos, também se verificou o cumprimento dos valores recomendados, exceto nos valores referentes ao comprimento dos corredores principal e secundário (Tabela 5).

¹ DR 63/94

Tabela 5. Caracterização dos quartos duplos.

Caracterização dos quartos duplos	Duplo	Individual + 1	Valores Referencia
Comprimento	5,50 m	5 m	-
Largura	3,80 m	3,50 m	-
Área	20,90 m ²	17,50 m ²	18 m ² ¹
Entrada			
- Largura	1,20 m	1,20 m	1,10 m ¹
- Uma/Duas portas	1	1	-
Corredor principal			
- Largura	1,20 m	0,93 m	1,40 m ²
- Comprimento	6,80 m	6 m	3,30 m ²
Corredor secundário			
- Largura	0,90 m	1,00 m	1,50 m ²
- Comprimento	3,70 m	3,50 m	3 m ²
- Sistema de chamada	Sim	Sim	Sim ²
- Luminoso	Sim	Sim	Sim ²
- Sonoro	Sim	Sim	Sim ²
Arejamento natural	Sim	Sim	Sim ²
Iluminação natural	Sim	Sim	Sim ²
Cortinas entre camas	Sim	Sim	Sim ²
Tomada de corrente elétrica por cama	Sim	Sim	Sim ²
Fonte de luz à cabeceira	Sim	Sim	Sim ²

Existem 68 camas nos dois Serviços, 34 em cada um. As camas são todas iguais, têm sistema de regulação manual e elétrico, o mecanismo de regulação é manual e com sistema de travagem de duas rodas. Como não existem valores legislados para as dimensões das camas, as medidas recolhidas tiveram como referência os valores definidos por ARJO (2005), assim como o espaço requerido em redor da cama, a altura das grades laterais e a dimensão dos espaços. A área das camas não está de acordo com o valor recomendado (Tabela 6). O espaço entre a cama e a parede e o espaço entre os pés da cama e a parede não estão de acordo com os valores de referência (Tabela 6).

Tabela 6. Caracterização das camas

Camas – Reguláveis	Resultados		Valores de Referência
Quantidade	68		-
Sistema de regulação	Manual e elétrico		-
Mecanismo de regulação	Manual		-
Sistema de travagem	2 rodas		-
Dimensões			
- Largura	0,95 m		-
- Comprimento	2,15 m		-
- Altura máxima (com colchão)	0,97 m		-
- Altura mínima (sem colchão)	0,80 m		-
Espaço livres	Quarto Duplo	Quarto Ind. + 1	
- Área da cama	2,02 m	2,02 m	2,20 m ²
- Espaço entre camas	1,50 m	1,30 m	0,90 m ²
- Espaço entre cama e a parede	0,90 / 0,70 m	1,00 / 0,86 m	0,90 m ²
- Espaço entre pés da cama e parede	0,87 / 0,76 m	1,02 / 0,72 m	0,80 m ²
Colchão			
- Largura	0,86 m		
- Comprimento	1,86 m		
- Altura	0,12 m		
Grades laterais			
- Altura	0,45 m		0,15 m ²
- Rebatíveis	Vertical		-
Suporte de soro	✓		

O mobiliário existente é igual em todos quartos. Em cada quarto, para além da cama, há uma mesa-de-cabeceira com a mesa de refeição incorporada; uma mesa de refeição, uma cadeira, uma cama de acompanhante, suporte de soro com altura regulável e quatro rodas e um cadeirão.

Nos quartos duplos e individuais + 1 não há cama de acompanhante nem mesa de refeição. Nos quartos duplos há dois cadeirões, dois suportes de soro e 2 cadeiras (Tabela 7).

² Galeria ARJO (ARJO, 2005)

Tabela 7. Caracterização do mobiliário

Mobiliário

Mesa-de-cabeceira com mesa de refeição	
- Altura	1,04 m
- Comprimento	0,70 m
- Largura	0,40 m
Mesa de refeição	
- Comprimento	0,96 m
- Largura	0,56 m
Cadeira	
Cama de acompanhante	
- Altura	1,02 m
- Comprimento	1,87 m
- Largura	0,80 m
Suporte de soro	
- Altura	Regulável
- N.º de rodas	4

Existe um cadeirão por cama, são todos do tipo A, exceto num quarto do Serviço Cirurgia. Os cadeirões do tipo A não têm rodas nem apoio de cabeça, têm apoio de braços fixos e apoio de pés também fixos, têm encosto com inclinação e apoio lombar. O cadeirão do tipo B tem rodas duplas, sistema de travagem de duas rodas, tem apoio de cabeça, tem apoio de braços e de pés fixos, tem inclinação e apoio lombar (Tabela 8).

Tabela 8. Caracterização dos cadeirões

Cadeirões	Tipo A	Tipo B
Quantidade	1 por cama	1
Rodas	Não	sim
- Tipo de rodas	Não aplicável	Duplas
Pegas	Não	Não
Apoio de cabeça	Não	Sim
Apoio de braços	Sim	Sim
- Tipo de braços	Fixos	Fixos
Apoio de pés	Sim	Sim
- Tipo de apoio de pés	Fixo	Fixos
Sistema de travagem	Não aplicável	Sim
- Tipo de sistema	Não aplicável	2 rodas
Dimensões		
- Largura	0,65 m	0,67 m
- Assento		
- Altura	0,47 m	0,54 m
- Largura	0,54 m	0,51 m
- Encosto		
- Altura	0,75 m	0,65 m
- Largura	0,49 m	0,47 m
- Largura máxima entre rodas	Não aplicável	0,67 m
- Espessura	0,10 m	0,10 m
- Inclinação	Sim	Sim
- Apoio lombar	Não	Sim

As cadeiras de rodas são diferentes nos dois Serviços. Em cada Serviço existem 2 tipos de cadeiras de rodas diferentes, no Serviço 5 há os tipos A e B e no Serviço 6 os tipos C e D (Tabela 9 e 10).

Tabela 9. Caracterização das cadeiras de rodas do Serviço 5

Cadeiras de rodas	Tipo A	Tipo B
Quantidade	3	2
Pegas	Sim	Sim
Apoio de cabeça	Não	Não
Apoio de braços	Sim	Sim
- Tipo de braços	Amovíveis	Amovíveis
Apoio de pés	Sim	Sim
- Tipo de pés	Amovíveis	Amovíveis
Sistema de travagem	Sim	Sim
- Tipo de sistema	1 roda	2 rodas
Dobrável	Sim	Sim
Dimensões		
- Largura	0,65 m	0,58 m
- Assento		
- Altura	0,41 m	0,40 m
- Largura	0,43 m	0,43 m
- Encosto		
- Altura	0,44 m	0,40 m
- Largura	0,37 m	0,40 m
- Largura máxima entre rodas	0,50 m	0,50 m
- Espessura	0,5 cm	1 cm
- Inclinação	Não	Não
- Apoio lombar	Não	Não
Suporte de soro	Sim	Sim

Estes dois tipos de cadeiras de rodas são muito semelhantes nas suas características e nas dimensões. Ambos têm pegas, apoio de braços amovíveis que saem, apoio de pés amovível, sistema de travagem, o tipo A sistema de uma roda e o tipo B sistema de duas rodas, suporte de soro e são dobráveis (Tabela 9).

Tabela 10. Caracterização das cadeiras de rodas do Serviço de Cirurgia

Cadeiras de rodas	Tipo C	Tipo D
Quantidade	1	1
Pegas	Sim	Sim
Apoio de cabeça	Não	Não
Apoio de braços	Sim	Sim
- Tipo de braços	Amovíveis / Saem	Amovíveis / Saem
Apoio de pés	Sim	Sim
- Tipo de pés	Amovíveis	Fixos
Sistema de travagem	Sim	Sim
- Tipo de sistema	2 roda	2 rodas
Dobrável	Sim	Sim
Dimensões		
- Largura	0,70 m	0,60 m
- Assento		
- Altura	0,42 m	0,40 m
- Largura	0,47 m	0,40 m
- Encosto		
- Altura	0,43 m	0,40 m
- Largura	0,46 m	0,36 m
- Largura máxima entre rodas	0,70 m	0,60 m
- Espessura	0,5 cm	1 cm
- Inclinação	Não	Não
- Apoio lombar	Não	Não
Suporte de soro	Sim	Sim

Os tipos de cadeiras de rodas C e D são semelhantes nas suas características mas são diferentes nas dimensões. Ambos têm pegas, apoio de braços amovíveis que saem, apoio de pés amovível no tipo C e fixo no tipo D, sistema de travagem de duas rodas, suporte de soro e são dobráveis (Tabela 10).

Existem 60 instalações sanitárias, 30 por Serviço, uma por quarto. São instalações sanitárias e instalações de banho. As instalações sanitárias são iguais nos quartos individuais, nos quartos duplos e nos quartos individuais +1.

Tabela 11. Caracterização das Instalações Sanitárias para clientes

Instalações Sanitárias para Doentes	Resultados	Valores de Referência
Área	5,40 m ²	4,84 m ²³
Entrada		
- Largura	0,83 m	0,80 m ³
- N.º de Batentes	1	-
- Sentido de abertura	Para fora	-
Espaço livre para rotação de cadeira de rodas	Sim	-
Lavatório		
- Altura	0,85 m	0,80 +/- 0,02 m ³
- Espaço livre	1 m	0,70 m x 0,65 m ³
- Elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas	Não	-
- Espelho		
- Altura do bordo superior	2,11 m	1,80 m ³
- Altura do bordo inferior	0,91 m	0,90 m ³
Sanitas		
- Tampo	Sim	-
- Altura com tampo	0,44 m	0,50 m ³
- Altura sem tampo	0,38 m	0,45 +/- 0,01 m ³
- Barras de apoio	Sim	
- Altura à esquerda	0,80 m	0,70 – 0,75 m ³
- Altura à direita	0,82 m	0,70 – 0,75 m ³
- Comprimento à esquerda	0,39 m	0,80 m ³
- Comprimento à direita	0,70 m	0,80 m ³
- Distância entre barras	0,75 m	0,70 – 0,80 m ³
- Distância do tampo às barras	0,23 m	0,17 – 0,20 m ³
- Rebatíveis	Na vertical	-
Altura do desinfetante	1,15 m	0,85 m ³
Altura do suporte para papel das mãos	1,22 m	0,85 m ³
Sistema de chamada	Sim	-
- Luminoso	Não	-
- Sonoro	Sim	-
- Tipo de sistema de chamada	Cabo de puxar	-
- Altura do dispositivo	1,18 m	0,30 m ³

³ DL nº 163/2006, de 8 de Agosto

As instalações sanitárias estão adaptadas para pessoas com mobilidade condicionada, e estão equipadas com lavatório, espelho, sanita para ambulatório e acesso em cadeira de rodas, e barras de apoio que facilitam esse acesso. O sistema de chamada está localizado perto da sanita, mas não é luminoso. Relativamente à altura dos lavatórios, altura dos espelhos, e altura e comprimento das barras de apoio para as sanitas verificaram-se algumas não conformidades (Tabela 11).

Tabela 12. Caracterização das instalações de banho

Instalações de Banho	Resultados	Valores de Referência
Tipo de instalações de banho	Poliban	
- Altura	11 cm	-
Espaço livre para rotação de cadeiras de rodas	Não	-
Zona livre de recuo	Sim	-
- Dimensão do recuo	1,20 m	-
Entrada		
- Largura	0,80 m	-
Barras de apoio		
- Altura mínima	0,65 m	0,20 – 0,25 m ³
- Altura máxima	1,13 m	0,80 – 0,95 m ³
- Comprimento	0,34 m	1,20 m ³
- Forma	Em L	-
Sistema de chamada	Não	-

As Instalações de Banho são polibans com 11 cm de altura, o que impede a entrada de cadeiras de duche. Estes não têm espaço livre para rotação de cadeiras de rodas mas têm zona livre de recuo com 1,20 m. A entrada dos polibans tem 0,80m de largura e não têm portas, tem uma cortina. As barras de apoio têm 0,65 m de altura mínima, 1,13 m de altura máxima, 0,34 m de comprimento e são em forma de L. Os polibans não têm sistema de chamada. Não existem cadeiras de duche rebatíveis nem macas para banho. As barras de apoio não estão de acordo com os valores de referência (Tabela 12).

Tabela 13. Caracterização das ajudas técnicas de banho

Ajudas Técnicas de Banho

Banco de Banho	
- Quantidade	1 por instalação de banho
- Altura	Regulável
- Largura	0,42 m
- Comprimento	0,38 m
Cadeira de Banho	
- Quantidade	1
- Altura do assento	0,51 m
- Tipos de rodas	4 rodas simples
- Manutenção	✓
- Ajustável	✗

Todas as Instalações de Banho têm um Banco de Banho com altura regulável. Existe uma Cadeira de Banho no Serviço de Medicina, quando o Serviço de Cirurgia precisa vai buscar. A altura da Cadeira de Banho é de 0,51 m, tem quatro rodas simples com sistema de travagem, não é ajustável e tem boa manutenção.

Tabela 14. Caracterização dos equipamentos de ajuda técnica

Equipamentos de Ajuda Técnica	Serviço de Medicina	Serviço de Cirurgia
Elevador		
- Quantidade	1	-
- Mecanismo de regulação	Hidráulico	-
- Tipo de fundas	Rede	-
- Base do elevador	Com abertura	-
- N.º de fundas	5	-
- Tamanho das fundas	M, L, XL, XXL	-
- Peso máximo do elevador	170 Kg	-
Andarilhos		
- Quantidade		
- Com rodas	2	3
- Simples	3	1
- Articulado	-	1

Quanto aos Equipamentos de Ajuda Técnica só existe um Elevador no Serviço de Medicina, quando é necessário no Serviço de Cirurgia vão buscar. O elevador tem mecanismo de regulação hidráulico. As fundas são em rede, a base do elevador abre, têm 5 fundas dos tamanhos M, L, XL e XXL e o peso máximo do elevador é 170 Kg. Casa piso tem os seus Andarilhos, o Serviço de Medicina tem dois andarilhos com rodas e 3 andarilhos simples, o Serviço de Cirurgia tem três andarilhos com rodas, um simples e um articulado.

1.2. Caracterização dos Aspetos Organizacionais

Estes dados foram recolhidos através da aplicação da entrevista às Enfermeiras Chefes dos dois Serviços.

O número total de enfermeiros no Serviço de Medicina é de 18 e de Auxiliares de Ação Médica é de 14, no Serviço de Cirurgia o número total de Enfermeiros é de 17 e de Auxiliares de Ação Médica é de 16 (Tabela 15).

Tabela 15. Número de profissionais por piso

	Serviço de Medicina	Serviço de Cirurgia
Enfermeiros	18	17
AAM	14	16
Total	32	33

O número total de enfermeiros durante 24 horas no Serviço de Medicina é 10 e o número de AAM também é 10 (Tabela 16).

Tabela 16. Número de profissionais por turno no Serviço de Medicina

Serviço de Medicina	Turnos	Enfermeiros	AAM
Nº total de profissionais durante os 3 turnos	Manhã	4	4
	Tarde	4	4
	Noite	2	2
	Total	10	10

O número total de enfermeiros durante 24 horas no Serviço de Cirurgia é 10 e o número de AAM é 9/10 (Tabela 17).

Tabela 17. Número de profissionais por turno no Serviço de Cirurgia

Serviço de Cirurgia	Turnos	Enfermeiros	AAM
Nº total de profissionais durante os 3 turnos	Manhã	4	4
	Tarde	4	3/4
	Noite	2	2
	Total	10	9/10

No Serviço de Medicina, que é maioritariamente Medicina, os enfermeiros começam a preparar e a dar medicação a seguir à passagem de turno. Enquanto os enfermeiros dão medicação, os AAM distribuem os pequenos-almoços. A seguir à medicação os enfermeiros fazem os pensos. Normalmente são as AAM que fazem as higienes, mas quando o grau de dependência do doente é maior ou o doente estar com dores, são os enfermeiros que fazem. Quando os enfermeiros terminam a medicação e os pensos, se ainda houver higienes, estes ajudam as AAM. As higienes são feitas por um AAM ou por dois AAM ou por um enfermeiros e um AAM. Utilizam a cadeira de banho quando necessário. Quanto ao levantar dos doentes, normalmente o primeiro é feito com o Fisioterapeuta, os restantes são os enfermeiros ou os AAM. São realizados a seguir à higiene, se for os AAM são eles que fazem o levantar. Utilizam o elevador em doentes obesos, principalmente se o Fisioterapeuta deixar a rede colocada. Os AAM também fazem levantes com o elevador. Neste piso há um enfermeiro com especialidade em Reabilitação que quando é possível faz os levantes e acompanha a marcha dos doentes.

No Serviço de Cirurgia, que é maioritariamente cirurgia, os Enfermeiros também começam a preparar e a dar medicação a seguir à passagem de turno. Enquanto os enfermeiros dão medicação os AAM distribuem os pequenos-almoços. A seguir à medicação os enfermeiros fazem os pensos. Normalmente são as AAM que fazem as higienes uma vez que a maioria dos doentes é independente, também em casos específicos, com o maior grau de

dependência do doente, nestes casos são os enfermeiros que fazem. Vão buscar a cadeira de banho ao Serviço de Medicina quando é necessário. Em relação ao levantar dos doentes, como no Serviço de Medicina, normalmente o primeiro é feito com o Fisioterapeuta, os restantes são os enfermeiros ou os AAM. São realizados a seguir à higiene, ou depois se for o primeiro levantar do doente e este for independente. Utilizam o elevador em doentes obesos.

Um turno tem várias tarefas que os Enfermeiros têm de fazer, de forma resumida identificamos as principais para ter uma estimativa do tempo despendido em cada uma. Assim, foram realizadas observações livres durante três dias em cada piso durante o turno da manhã. As tarefas identificadas, a estimativa do tempo despendido nas tarefas e as pausas realizadas pelos enfermeiros durante os seis dias são apresentadas na Tabela 18.

Tabela 18. Estimativa do tempo despendido pelos enfermeiros nas tarefas diárias nos 2 Serviços

Tarefa	Descrição	Serviço de Medicina	Serviço de Cirurgia
Passagem de turno (Sala de Enfermagem)	Passagem de informação sobre os doentes aos enfermeiros do turno seguinte	1h03min	58min
Preparar medicação (Sala de Enfermagem)		45min	41min
Administrar medicação e Verificação dos Sinais Vitais (Quartos)	Medir a tenção arterial, a temperatura, o oxigénio e a glicemia	53min	44min
Assistência ao cliente	Engloba retirar embalagens de medicação vazias, colheita de urina, medir sinais vitais, dar informações/tirar dúvidas aos doentes, retirar cateter, ajuda doente a fazer necessidades, fazer levantar, fazer o acolhimento dos doentes, ir buscar clientes à U.C.I.P. etc.	35min	1h16min
Pensos (Quartos)		9min	35min
Higienes (Quartos)		41min	0
Trabalho Sala de Enfermagem	Engloba escrever notas dos doentes, atualizar o quadro dos doentes, organizar processos, organizar o Cardex, atender telefone e fazer o acolhimento dos doentes	2h12min	2h05min
Pausas (Copa, WC)	Para refeições, idas à casa de banho, etc.	1h42min	1h40min

2. Caracterização Socio-Demográfica

A amostra tem uma média de idades de 34,97 anos ($dp=9,25$), variando entre os 20 e os 55 anos (Tabela 19), na qual 46,5% ($n=20$) da amostra tem menos de 35 anos (Tabela 20).

Tabela 19: Caracterização da Média de Idades da amostra

Idade				
N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
43	20	55	34,97	9,25

Tabela 20: Distribuição da amostra por Grupo Etário

Grupo Etário	Freq.	%
20-25	5	11,6
26-35	15	34,9
36-45	11	25,6
46-55	4	9,3
Total	35	81,4

Na amostra 88,4% dos profissionais ($n=38$) são do género feminino e 11,6% ($n=5$) do género masculino (Tabela 21).

Tabela 21: Distribuição da amostra por Género

Género	Freq.	%
Feminino	38	88,4
Masculino	5	11,6
Total	43	100

Em relação ao Horário, 90,7% ($n=39$) dos profissionais têm horário por turnos e apenas 9,3% ($n=4$) têm horário fixo (Tabela 22).

Tabela 22: Distribuição da amostra por Horário

Horário	Freq.	%
Turnos	39	90,7
Fixo	4	9,3
Total	43	100

Quanto ao serviço, 48,8% (n=21) são do Serviço de Medicina e 51,2% (n=22) são do Serviço de Cirurgia (Tabela 23).

Tabela 23: Distribuição da amostra por Serviço

Serviço	Freq.	%
Medicina	21	48,8
Cirurgia	22	51,2
Total	43	100

Relativamente ao estado civil, os Enfermeiros 58,3% eram solteiros e 20,8% eram casados, os Auxiliares de Ação Médica 26,3% eram solteiros e 52,6% eram casados (Tabela 24).

Tabela 24: Distribuição das Amostra por Estado Civil

Estado Civil	Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%
Solteiro	14	58,3	5	26,3
Casado	5	20,8	10	52,6
União de Facto	3	12,5	4	21,1
Divorciado	2	8,3	0	0
Total	24	100	19	100

Quanto às Habilitações literárias, 83,3% dos Enfermeiros eram licenciados; nos Auxiliares de Ação Médica 42,1% tinham o 9º ano, 52,6% tinham o 12º ano e apenas 1 era licenciado (Tabela 25).

Tabela 25: Distribuição da amostra por Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%
9º ano	0	0	8	42,1
12º ano	0	0	10	52,6
Bacharelato	3	12,5	0	0
Licenciatura	20	83,3	1	5,3
Mestrado	1	4,2	0	0
Total	24	100	19	100

Em termos médios, para os Enfermeiros, a antiguidade no Hospital era de 6,6 anos (dp=4,5), a antiguidade no Serviço era de 5,9 anos (dp=4) Para os Auxiliares de Ação Médica, a média de anos no Hospital também era de 6,6 anos (dp=3,9) e a antiguidade no Serviço era de 6,5 anos (dp=4,3) (Tabelas 26 e 27).

Tabela 26: Antiguidade da amostra no Hospital.

Antiguidade no Hospital	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Total	42	0,5	18	6,6	4,2
Enfermeiros	24	1	18	6,6	4,5
Auxiliares de Ação Médica	18	0,5	11	6,6	3,9

Tabela 27: Antiguidade da amostra no Serviço

Antiguidade no Serviço	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Total	42	0,5	13	6,2	4,1
Enfermeiros	24	1	11	5,9	4
Auxiliares de Ação Médica	18	0,5	13	6,5	4,3

Os resultados mostraram que 70,8% dos Enfermeiros praticam exercício físico e 37,5% tinham hábitos tabágicos, 57,9% dos Auxiliares de Ação Médica praticam exercício físico e 31,6% têm hábitos tabágicos (Tabelas 28 e 29).

Tabela 28: Caracterização da amostra relativamente à prática de exercício físico por profissão

Prática de Exercício Físico	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sim	28	65,1	17	70,8	11	57,9
Não	15	34,9	7	29,2	8	42,1
Total	43	100	24	100	19	100

Tabela 29: Caracterização da amostra relativamente aos Hábitos Tabágicos

Hábitos Tabágicos	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sim	15	34,9	9	37,5	6	31,6
Não	28	65,1	15	62,5	13	68,4
Total	43	100	24	100	19	100

Quanto às Exigências da Atividade, 97,7% dos profissionais referiu que as exigências são simultaneamente mentais e físicas. Por profissão, também 95,8% dos Enfermeiros e 100% dos Auxiliares de Ação Médica referem que as exigências são simultaneamente mentais e físicas (Tabela 30).

Tabela 30: Descrição no tipo de exigências da atividade de trabalho

Exigências da Atividade	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Mentais	1	2,3	1	4,2	0	0
Físicas	0	0	0	0	0	0
Mistas	42	97,7	23	95,8	19	100
Total	43	100	24	100	19	100

3. Índice de Capacidade para o Trabalho

O Índice de Capacidade para o Trabalho é composto por 7 itens, os resultados serão apresentados na globalidade e por item.

A média global do ICT foi de 41,68 (dp=4,8), o que corresponde a uma “boa” Capacidade para o Trabalho (Tabela 31). Os resultados por categorias mostraram que 14% tinha uma “Moderada” Capacidade para o Trabalho, 44,2% tinha uma “boa” Capacidade para o Trabalho e 39,5% tinha uma “excelente” Capacidade para o trabalho (Tabela 32).

Quanto à Profissão, a média de ICT para os Enfermeiros era de 42,28 (dp=4,72) e a média para os Auxiliares de Ação Médica era de 40,95 (dp=4,92) (Tabela 31). Por Categorias do ICT, nos Enfermeiros 16,7% tinham “moderada” Capacidade para o Trabalho, 33,3% tinham “boa” Capacidade para o trabalho e 45,8% tinham “excelente” Capacidade para o Trabalho. Nos Auxiliares de Ação Médica 10,5% tinham “moderada” Capacidade para o Trabalho, 57,9% tinham “boa” Capacidade para o trabalho e 31,6% tinham “excelente” Capacidade para o Trabalho (Tabela 32).

Tabela 31: Características do ICT

Índice de Capacidade para o Trabalho					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Total	42	31	49	41,68	4,8
Enfermeiros	23	33	49	42,28	4,72
Auxiliares de Ação Médica	19	31	49	40,95	4,92

Tabela 32: Distribuição do ICT por Categorias

Categorias do ICT	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Fraca	0	0	0	0	0	0
Moderada	6	14	4	16,7	2	10,5
Boa	19	44,2	8	33,3	11	57,9
Excelente	17	39,5	11	45,8	6	31,6
Total	42	97,7	23	95,8	19	100,0

A variável ICT apresentou uma distribuição normal, de acordo com o teste de Shapiro-Wilk ($p=0,149$). Por profissão, a variável ICT apresentou uma distribuição normal nos Enfermeiros e nos Auxiliares de Ação Médica, de acordo com o teste de Shapiro-Wilk ($p=0,100$ e $p=0,368$ respetivamente)

3.1. ICT por Itens

Item 1

O item 1 do ICT, que é a perceção dos profissionais da sua Capacidade de Trabalho Atual comparada com o seu melhor, teve uma média de 8,56 numa escala de 0 a 10, onde o 0 corresponde a incapacidade total e o 10 a capacidade máxima, e um desvio padrão de 1,22 (Tabela 33). A maioria dos profissionais localizou-se nos pontos 8 (34,9%) e 10 (32,6) da escala (Tabela 34).

Por Profissão, a média e o desvio padrão da perceção da Capacidade de Trabalho Atual comparada com o seu melhor é muito semelhante nas 2 profissões, os Enfermeiros com uma média de 8,58 ($dp=1,17$) e os Auxiliares de Ação Médica com uma média de 8,53 ($dp=1,30$) (Tabela 33). Quanto à localização nos pontos, também se observam semelhanças, os Enfermeiros

localizaram-se nos pontos 8 (33,3%) e 10 (29,2%) e os Auxiliares de Ação Médica também se localizaram nos pontos 8 (36,8%) e 10 (36,8%) (Tabela 34).

Tabela 33: Características da capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor

Capacidade de Trabalho Atual					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Total	43	6	10	8,56	1,22
Enfermeiros	24	6	10	8,58	1,17
Auxiliares de Ação Médica	19	6	10	8,53	1,30

Tabela 34: Distribuição dos valores da capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor

Capacidade de Trabalho Atual	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
6	2	4,7	1	4,2	1	5,3
7	6	14,0	3	12,5	3	15,8
8	15	34,9	8	33,3	7	36,8
9	6	14,0	5	20,8	1	5,3
10	14	32,6	7	29,2	7	36,8
Total	43	100	24	100	19	100

Item 2

No item 2 do ICT, a Capacidade de Trabalho em Relação às Exigências da Atividade, apresentou uma média de 8,29 e um desvio padrão de 1,14 (Tabela 35). Mais de metade dos profissionais referiram ter uma “boa” capacidade para o trabalho, em termos físicos (55,8%) e mentais (58,1%). Mas 32,6% apresentou uma capacidade de trabalho “muito boa” relativamente às exigências físicas e 16,3% apresentou uma capacidade de trabalho “moderada” em relação às exigências mentais (Tabelas 36 e 37).

Por Profissão, observamos uma diferença na média entre os enfermeiros com 8,68 (dp=1,04) e os Auxiliares de Ação Médica com 7,78 (dp=1,08) (Tabela 35). Em termos físicos e mentais mais de metade dos profissionais refere em cada categoria ter uma “boa” capacidade de trabalho. Mas em relação às exigências físicas apenas 15,8% dos Auxiliares de Ação Médica apresentou uma capacidade de trabalho “muito boa”. Quanto às exigências mentais 31,6% dos Auxiliares de Ação Médica apresentou uma capacidade de trabalho “moderada”, enquanto os Enfermeiros, 37,5% apresentou uma capacidade de trabalho “muito boa” (Tabelas 36 e 37).

Tabela 35: Características da capacidade de trabalho em relação às exigências da atividade

Capacidade de Trabalho em Relação às Exigências da Atividade					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Total	43	6	10	8,29	1,14
Enfermeiros	24	9	10	8,68	1,04
Auxiliares de Ação Médica	19	6	10	7,78	1,08

Tabela 36: Capacidade de trabalho relativamente às exigências físicas das tarefas

Capacidade de Trabalho Relativamente às Exigências Físicas	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Muito Fraca	0	0	0	0	0	0
Fraca	0	0	0	0	0	0
Moderada	5	11,6	2	8,3	3	15,8
Boa	24	55,8	11	45,8	13	68,4
Muito Boa	14	32,6	11	45,8	3	15,8
Total	43	100	24	100	19	100

Tabela 37: Capacidade de trabalho relativamente às exigências mentais das tarefas

Capacidade de Trabalho Relativamente às Exigências Mentais	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Muito Fraca	0	0	0	0	0	0
Fraca	0	0	0	0	0	0
Moderada	7	16,3	1	4,2	6	31,6
Boa	25	58,1	14	58,3	11	57,9
Muito Boa	11	25,6	9	37,5	2	10,5
Total	43	100	24	100	19	100

Item 3

Quanto ao número de doenças com diagnóstico médico, 37,2% dos profissionais não identificaram nenhuma doença, 27,9% identificaram apenas 1 doença, 16,3% identificaram 2 doenças e 11,6 identificaram 3 doenças (Tabela 38). Destes, 37,2% indicaram lesão por acidente, 30,2 indicaram doenças respiratórias e 20,9% referiram doenças endócrinas e metabólicas (Tabela 39).

Tabela 38: Número de doenças identificadas pelos profissionais com diagnóstico médico

Número de doenças identificadas pelos profissionais com diagnóstico médico	Freq.	%
0 doenças	16	37,2
1 doença	12	27,9
2 doenças	7	16,3
3 doenças	5	11,6
4 doenças	1	2,3
>5 doenças	2	4,7
Total	43	100

Tabela 39: Distribuição do tipo de doenças identificadas pelos profissionais com diagnóstico médico

Tipo de doenças identificadas pelos profissionais com diagnóstico médico		Freq.	%
Lesão por acidente	Sim	16	37,2
	Não	27	62,8
Doença do aparelho circulatório	Sim	6	14
	Não	37	86
Doença respiratória	Sim	13	30,2
	Não	30	69,8
Perturbação Mental	Sim	6	14
	Não	37	86
Doença neurológica e sensorial	Sim	4	9,3
	Não	39	90,7
Doença digestiva	Sim	4	9,3
	Não	39	90,7
Doença Uro-genital	Sim	4	9,3
	Não	39	90,7
Doença Dermatológica	Sim	3	7
	Não	40	93
Tumor	Sim	2	4,7
	Não	41	95,3
Doença endócrina e metabólica	Sim	9	20,9
	Não	34	79,1
Doença do sangue	Sim	1	2,3
	Não	42	97,7
Deficiência Congénita	Sim	0	0
	Não	43	100
Lesão Músculo-Esquelética	Sim	3	7
	Não	40	93
Total		43	100

Os resultados do número de doenças identificadas com diagnóstico médico por Profissão mostram que 33,3% dos Enfermeiros e 42,1% dos Auxiliares de Ação Médica não identificaram nenhuma doença e que 29,2% dos Enfermeiros e 26,3% dos Auxiliares de Ação Médica identificaram 1 doença e ainda 25% dos Enfermeiros identificaram 2 doenças e 21,1% dos Auxiliares de Ação Médica identificaram 3 doenças (Tabela 40).

Tabela 40: Número de doenças identificadas pelos profissionais com diagnóstico médico por Profissão

Número de doenças identificadas pelos profissionais com diagnóstico médico	Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%
0 doenças	8	33,3	8	42,1
1 doença	7	29,2	5	26,3
2 doenças	6	25	1	5,3
3 doenças	1	4,2	4	21,1
4 doenças	0	0	1	5,3
>5 doenças	2	8,3	0	0
Total	24	100	19	100

Dos Enfermeiros que identificaram doenças com diagnóstico médico, 37,5% referiram ter lesão por acidentes, 33,3% referiram ter doença respiratória e 20,8% referiram ter doença endócrina e metabólica. Dos Auxiliares de Ação Médica que identificaram doenças com diagnóstico médico, 36,8% referiram ter lesão por acidentes, 26,3% referiram ter doença respiratória e 21,1% referiram ter doença endócrina e metabólica (Tabela 41).

Tabela 41: Tipos de doenças identificadas pelos profissionais com diagnóstico médico por Profissão

Tipo de doenças identificadas pelos profissionais com diagnóstico médico		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
		Freq.	%	Freq.	%
Lesão por acidente	Sim	9	37,5	7	36,8
	Não	15	62,5	12	63,2
Doença do aparelho circulatório	Sim	3	12,5	3	15,8
	Não	21	87,5	16	84,2
Doença respiratória	Sim	8	33,3	5	26,3
	Não	16	66,7	14	73,7
Perturbação Mental	Sim	3	12,5	3	15,8
	Não	21	87,5	16	84,2
Doença neurológica e sensorial	Sim	2	8,3	2	10,5
	Não	22	91,7	17	89,5
Doença digestiva	Sim	3	12,5	1	5,3
	Não	21	87,5	18	94,7
Doença Uro-genital	Sim	2	8,3	2	10,5
	Não	22	91,7	17	89,5
Doença Dermatológica	Sim	2	8,3	1	5,3
	Não	22	91,7	18	94,7
Tumor	Sim	1	4,2	1	5,3
	Não	23	95,8	18	94,7
Doença endócrina e metabólica	Sim	5	20,8	4	21,1
	Não	19	79,2	15	78,9
Doença do sangue	Sim	1	4,2	0	0
	Não	23	95,8	19	100
Deficiência Congénita	Sim	0	0	0	0
	Não	24	100	19	100
Lesão Músculo-Esquelética	Sim	1	4,2	2	10,5
	Não	23	95,8	17	89,5
Total		24	100	19	100

Item 4

Mais de metade dos Profissionais (65,1%) referiram que as doenças identificadas não levam à diminuição da sua capacidade para realizar o trabalho habitual (item 4), 20,9% referiram que a realização do seu trabalho habitual provoca alguns sintomas e 11,6% referiram que frequentemente é necessário abrandar o ritmo trabalho (Tabela 42).

Por profissão, quanto aos Enfermeiros, mais de metade (70,8%) referiram que as doenças identificadas não levam à diminuição da sua capacidade para realizar o trabalho habitual, 16,7% referiram que a realização do seu trabalho habitual provoca alguns sintomas e 8,3% referiram que algumas vezes é necessário abrandar o ritmo de trabalho. Quanto aos Auxiliares de ação Médica, também mais de metade (57,9%) referiram que as doenças identificadas não levam à diminuição da sua capacidade para realizar o trabalho habitual, 26,3% referiram que a realização do seu trabalho habitual provoca alguns sintomas e 15,8% referiram que algumas vezes é necessário abrandar o ritmo de trabalho (Tabela 42).

Tabela 42: Grau de incapacidade para o trabalho devido a doença

Grau de incapacidade para o trabalho devido a doença	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Incapacidade absoluta para trabalhar	0	0	0	0	0	0
Capacidade para trabalhar apenas em tempo parcial	0	0	0	0	0	0
Frequente é necessário abrandar o ritmo trabalho	0	0	0	0	0	0
Algumas vezes é necessário abrandar o ritmo trabalho	5	11,6	2	8,3	3	15,8
A realização do trabalho provoca alguns sintomas	9	20,9	4	16,7	5	26,3
Sem limitações	28	65,1	17	70,8	11	57,9
Total	42	97,7	23	95,8	19	100

Item 5

Durante o último ano, 69,8% não apresentou dias de ausência do trabalho e 18,7% apresentou até 24 dias de ausência do trabalho.

Relativamente ao absentismo por profissão, 66,7% dos Enfermeiros não referiram dias de ausência do trabalho devido e 16,7% referiram até 24 dias de ausência do trabalho. 21,1% dos Auxiliares de Ação Médica estiveram

ausentes até 21 dias devido a problemas de saúde e 73,7% não apresentou dias de ausência do trabalho (Tabela 43).

Tabela 43: Absentismo dos profissionais devido a problemas de saúde, nos últimos 12 meses

Absentismo	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
100-365 dias	2	4,7	1	4,2	1	5,3
25-99 dias	2	4,7	2	8,3	0	0
10-24 dias	2	4,7	1	4,2	1	5,3
até 9 dias	6	14	3	12,5	3	15,8
Nenhum dia	30	69,8	16	66,7	14	73,7
Total	42	97,7	23	95,8	19	100

Item 6

Tendo em conta o estado atual de saúde dos profissionais, 79,1% referiu que “quase de certeza” terá capacidade para realizar o seu trabalho daqui a 2 anos (item 6), 16,3 referiu que “talvez” tenha capacidade para realizar o seu trabalho daqui a 2 anos mas 2,3% considera “improvável” (tabela 44).

83,3% dos Enfermeiros referiu que “quase de certeza” terá capacidade para realizar o seu trabalho daqui a 2 anos e 12,5% referiu que “talvez” tenha capacidade para realizar o seu trabalho daqui a 2 anos. 73,7% dos auxiliares de Ação Médica referiu que “quase de certeza” terá capacidade para realizar o seu trabalho daqui a 2 anos, 21,1% referiu que “talvez” tenha capacidade para realizar o seu trabalho daqui a 2 anos, mas 5,3% referiu ser “improvável” (Tabela 44).

Tabela 44: Prognóstico da capacidade para o trabalho para daqui a dois anos

Absentismo	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Improvável	1	2,3	0	0	1	5,3
Talvez	7	16,3	3	12,5	4	21,1
Quase de certeza	34	79,1	20	83,3	14	73,7
Total	42	97,7	23	95,8	19	100

Item 7

Quanto ao item 7, a perceção dos profissionais relativa aos seus recursos psicológicos relacionados com o trabalho, apresentou um valor médio de 3,40 com um desvio padrão de 0,66 (tabela 45), 48,8% posicionaram-se no nível 4 da escala e 39,5% posicionaram-se no nível 3 da escala (tabela 46).

Os Enfermeiros apresentaram uma média de 3,39 (dp=0,58) e os Auxiliares de Ação Médica apresentaram uma média de 3,42 (dp=0,76) (Tabela 45). 50% dos Enfermeiros posicionaram-se no nível 2 da escala e 41,7% no nível 3 da escala, quanto aos Auxiliares de Ação Médica 26,3% posicionaram-se no nível 2 da escala e 57,9% no nível 3 da escala (Tabela 46).

Tabela 45: Características dos recursos psicológicos percecionados pelos profissionais

Recursos Psicológicos					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Total	42	2	4	3,40	0,66
Enfermeiros	23	2	4	3,39	0,58
Auxiliares de Ação Médica	19	2	4	3,42	0,76

Tabela 46: Recursos psicológicos percecionados pelos profissionais

Recursos Psicológicos	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1	0	0	1	4,2	3	15,8
2	4	9,3	12	50	5	26,3
3	17	39,5	10	41,7	11	57,9
4	21	48,8	1	4,2	3	15,8
Total	42	97,7	23	95,8	19	100

Relativamente à questão “Nos últimos tempos, gosta das suas atividades habituais do dia a dia?”, 11,6% dos profissionais relataram que “algumas vezes” gostam das suas atividades habituais, 44,2% relataram que gostam “frequentemente” das suas atividades habituais e 41,9 referiram que gostam “sempre” das suas atividades habituais (Tabela 47).

Por profissão, 58,3% dos Enfermeiros referiram que gostam “frequentemente” das suas atividades habituais e 33,3% referiram que gostam “sempre” das suas atividades habituais. 21,1% dos Auxiliares de Ação Médica relataram que “algumas vezes” gostam das suas atividades habituais, 26,3% relataram que gostam “frequentemente” e 52,6% relataram que gostam “sempre” das suas atividades habituais (Tabela 47).

Tabela 47: Distribuição da variável “gostar das suas atividades habituais”

Gostar das Atividades Habituais	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Nunca	0	0	0	0	0	0
Raramente	0	0	0	0	0	0
Algumas vezes	5	11,6	1	4,2	4	21,1
Frequentemente	19	44,2	14	58,3	5	26,3
Sempre	18	41,9	8	33,3	10	52,6
Total	42	97,7	23	95,8	19	100

Quanto à questão “Nos últimos tempos, sente-se ativo?”, 51,2% dos profissionais responderam que se sentem “sempre” ativos, 37,2% responderam que se sentem “frequentemente” ativos e 9,3% sentem-se “algumas vezes” ativos (Tabela 48).

50% dos Enfermeiros referiram que estão “frequentemente” ativos e 41,7% referiram estar “sempre” ativos, quanto aos Auxiliares de Ação Médica, 15,8% referiram que estão “algumas vezes” ativos, 21,1% referiram que estão “frequentemente” ativos e 63,2% referiram que estão “sempre” ativos (Tabela 48).

Tabela 48: Distribuição da variável “sentir-se ativo”

Sentir-se Ativo	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Nunca	0	0	0	0	0	0
Raramente	0	0	0	0	0	0
Algumas vezes	4	9,3	1	4,2	3	15,8
Frequentemente	16	37,2	12	50	4	21,1
Sempre	22	51,2	10	41,7	12	63,2
Total	42	97,7	23	95,8	19	100

Quanto à questão “Nos últimos tempos, sente-se otimista em relação ao futuro?”, 14% dos profissionais relataram que “algumas vezes” sentem-se otimistas em relação ao futuro, 55,8% sentem “frequentemente” otimistas em relação ao futuro e apenas 18,6% se sente “sempre” otimista em relação ao futuro (Tabela 49).

12,5% dos enfermeiros referiram que “algumas vezes” se sentem otimistas em relação ao futuro, 66,7% “frequentemente” sentem-se otimistas e apenas 12,5% se sentem “sempre” otimistas em relação ao futuro. Nos Auxiliares de Ação Médica, 15,8% referiram que “algumas vezes” sentem-se otimistas em relação ao futuro, 42,1% “frequentemente” sentem-se otimistas e 26,3% se sentem “sempre” otimistas em relação ao futuro (Tabela 49).

Tabela 49: Distribuição da variável “otimismo” em relação ao futuro

Otimismo em Relação ao Futuro	Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Nunca	1	2,3	0	0	1	5,3
Raramente	3	7	1	4,2	2	10,5
Algumas vezes	6	14	3	12,5	3	15,8
Frequentemente	24	55,8	16	66,7	8	42,1
Sempre	8	18,6	3	12,5	5	26,3
Total	42	97,7	23	95,8	19	100

3.2. ICT em função dos dados Socio-demográficos

Na descrição do Índice de Capacidade para o Trabalho em função dos dados socio-demográficos, foi também usado o ICT dicotomizado, de acordo com Fisher et al. (2005):

- ICT Insatisfatório: corresponde às categorias do ICT Fraco e Moderado, com pontuação entre 7 a 36 pontos;
- ICT Satisfatório: corresponde às categorias do ICT Bom e Excelente, com pontuação entre 37 a 49 pontos.

3.2.1. ICT e Idade

A variável Idade não apresenta uma distribuição normal ($p=0,035$), mas como o n era superior a 30, foi utilizado o coeficiente R de Pearson e verificou-se que não existia uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e o ICT ($r=-0,019$, $p=0,915$).

Quanto ao Grupo Etário, verificou-se maior percentagem de ICT Insatisfatório entre os 26 e os 45 anos, não havendo ICT insatisfatório nos outros 2 grupos etários (Tabela 50). Por Profissão, nos Enfermeiros observou-se ICT Insatisfatório também entre os 26 e os 45 anos, não havendo ICT Insatisfatório

nos outros 2 Grupos Etários (Tabela 51). Nos Auxiliares de Ação Médica, observou-se ICT Insatisfatório no Grupo Etário dos 26 aos 35 anos, não havendo ICT Insatisfatório nos outros 3 Grupos Etários (Tabela 52).

Tabela 50: ICT em função do Grupo Etário

ICT Dicotómico		Grupo Etário			
		20-25	26-35	36-45	46-55
Insatisfatório	Freq.	0	3	1	0
	%	0	20	10	0
Satisfatório	Freq.	5	12	9	4
	%	100	80	90	100

Tabela 51: ICT em função do Grupo Etário dos Enfermeiros

ICT Dicotómico		Grupo Etário			
		20-25	26-35	36-45	46-55
Insatisfatório	Freq.	0	1	1	0
	%	0	9,1	20	0
Satisfatório	Freq.	3	10	4	0
	%	100	90,9	80	0

Tabela 52: ICT em função do Grupo Etário dos Auxiliares de Ação Médica

ICT Dicotómico		Grupo Etário			
		20-25	26-35	36-45	46-55
Insatisfatório	Freq.	0	2	0	0
	%	0	50	0	0
Satisfatório	Freq.	2	2	5	4
	%	100	50	100	100

3.2.2. ICT e Género

Quanto ao ICT em função do Género, os resultados mostram que 86,6% das mulheres e 80% dos homens apresentam um ICT Satisfatório (Tabela 53).

Tabela 53: ICT em função do Género

ICT Dicotómico		Género	
		Feminino	Masculino
Insatisfatório	Freq.	5	1
	%	13,5	20
Satisfatório	Freq.	32	4
	%	86,5	80

A média de ICT é muito semelhante nos dois géneros (Tabela 54).

Tabela 54: ICT em função do Género

	ICT					
	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão
Feminino	37	31	49	42	41,72	4,75
Masculino	5	33	49	42	41,40	5,77

Através do teste Mann-Whitney observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nos valores médios do ICT entre homens e mulheres ($U=86,500$; $p=0,701$).

3.2.3. ICT e Estado Civil

Quanto ao estado civil verificou-se uma maior percentagem de ICT Satisfatório nos Solteiros (84,2%) e nos Casados (93,3%) (Tabela 55).

Tabela 55: ICT em função do Estado Civil

ICT Dicotómico		Grupo Etário			
		Solteiro	Casado	União de facto	Divorciado
Insatisfatório	Freq.	3	1	2	0
	%	15,8	6,7	28,6	0
Satisfatório	Freq.	16	14	4	2
	%	84,2	93,3	57,1	100

A média do ICT foi superior no grupo dos solteiros/divorciados (Tabela 56).

Tabela 56: ICT em função do Estado Civil

	ICT				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Solteiro/Divorciado	21	33	49	42,17	4,52
Casado/União de facto	21	31	49	41,19	5,13

Na avaliação do ICT em função do estado civil, dicotomizou-se a variável Estado Civil em dois grupos: Solteiro/Divorciado e Casado/União de facto. Observaram-se valores mais elevados do ICT no grupo dos Solteiros/Divorciados, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa conforme o teste de Mann-Whitney ($U=191$; $p=0,457$).

3.2.4. ICT e Categoria Profissional

Na distribuição do ICT por Categoria Profissional, verificou-se que havia uma maior percentagem de ICT Satisfatório nos Enfermeiros (79,2%), enquanto que o ICT Insatisfatório tem uma maior percentagem também nos Enfermeiros (16,7%). Em termos globais, as duas Categorias Profissionais apresentam percentagens de ICT satisfatório superiores às de ICT insatisfatório (Tabela 57).

Tabela 57: ICT em função da Categoria Profissional

ICT Dicotómico		Profissão	
		Enfermeiro	Auxiliar de Ação Médica
Insatisfatório	Freq.	4	2
	%	16,7	10,5
Satisfatório	Freq.	19	17
	%	79,2	89,5

A média de ICT é superior nos Enfermeiros (42,28) (Tabela 58).

Tabela 58: ICT em função da Categoria Profissional

	ICT					
	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão
Enfermeiro	23	33	49	43	42,28	4,72
Auxiliar de Ação Médica	19	31	49	40	40,95	4,92

Observaram-se valores mais elevados do ICT no grupo dos Enfermeiros, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa conforme o teste de Mann-Whitney ($U=176$; $p=0,281$).

3.2.5. ICT e Serviço

Na distribuição do ICT por Serviço, verificou-se que havia uma maior percentagem de ICT Satisfatório no Serviço de Cirurgia (95,5%), enquanto que o ICT Insatisfatório tem uma maior percentagem no Serviço de Medicina (23,8%). Em termos globais, os dois Serviços apresentam percentagens de ICT satisfatório superiores às de ICT insatisfatório (Tabela 59).

Tabela 59: ICT em função do Serviço

ICT Dicotómico		Serviço	
		Medicina	Cirurgia
Insatisfatório	Freq.	5	1
	%	23,8	4,5
Satisfatório	Freq.	15	21
	%	71,4	95,5

A média de ICT é superior no Serviço de Cirurgia (42,89) (Tabela 60).

Tabela 60: ICT em função do Serviço

	ICT					
	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão
Medicina	20	32	49	41	40,35	5,02
Cirurgia	22	31	49	44	42,89	4,35

Apesar da média de ICT ser superior no Serviço de Cirurgia, esta diferença não é estatisticamente significativa de acordo com o teste Mann-Whitney ($U=150,500$; $p=0,079$).

O Serviço de Medicina tem uma maior mediana de idades (36 anos) que o Serviço de Cirurgia (29 anos) que apresenta uma maior percentagem de ICT Satisfatório (Tabela 61).

Tabela 61: Idade dos profissionais em função do Serviço

	Idade					
	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão
Medicina	18	20	50	29	32	8,87
Cirurgia	17	25	55	36	37,3	9,28

3.2.6. ICT e Antiguidade no Serviço

Para analisar a variável Antiguidade no Serviço, optou-se por dicotomizá-la em dois grupos, o primeiro grupo dos 0,5 anos até aos 6 anos de antiguidade e o segundo grupo dos 6 anos até aos 13 anos de antiguidade.

Pode verificar-se que havia uma maior percentagem de ICT Satisfatório nos profissionais que tinham uma antiguidade dos 0,5 a 6 anos de antiguidade (90,9%) (Tabela 62).

Tabela 62: ICT em função da Antiguidade no Serviço

ICT Dicotómico		Antiguidade no Serviço	
		0,5 a 6 anos	7 a 13 anos
Insatisfatório	Freq.	2	3
	%	9,1	15
Satisfatório	Freq.	20	16
	%	90,9	80

Quanto ao ICT em função da Antiguidade no Serviço, observamos que a média de ICT é superior no grupo com antiguidade no serviço dos 0,5 anos aos 6 anos (42,61) (Tabela 63).

Tabela 63: ICT em função da Antiguidade no Serviço

	ICT				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0,5 a 6 anos	22	33	49	42,61	4,32
7 a 13 anos	19	31	49	41,11	4,92

De acordo com o teste Mann-Whitney a diferença entre as médias de ICT nos dois grupos não é estatisticamente significativa ($U=170$; $p=0,306$)

3.2.7. ICT e Turnos

Através da distribuição do ICT pelo Horário, podemos ver que havia uma maior percentagem de ICT Satisfatório nos profissionais com Horário por turnos (84,6%), temos um número reduzido (n=4) de profissionais com horário fixo (Tabela 64).

Tabela 64: ICT em função do Horário

ICT Dicotómico		Horário	
		Fixo	Turnos
Insatisfatório	Freq.	1	5
	%	25	12,8
Satisfatório	Freq.	3	33
	%	75	84,6

A média de ICT é superior nos profissionais com horário por turnos (41,83) (Tabela 65).

Tabela 65: ICT em função do Horário

	ICT				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Fixo	4	34	49	40,25	6,34
Turnos	38	31	49	41,83	4,69

Verificou-se que não há diferença estatisticamente significativa entre a média de ICT dos dois grupos segundo o teste de Mann-Whitney (U=61; p=0,519).

3.2.8. ICT e Exercício Físico

Quanto ao ICT em função da prática de Exercício Físico, o ICT satisfatório tem as maiores percentagens tanto nos profissionais que praticam exercício físico (85,7%) como nos que não praticam exercício físico (80%) (Tabela 66).

Tabela 66: ICT em função da prática de Exercício Físico

ICT Dicotómico		Exercício Físico	
		Sim	Não
Insatisfatório	Freq.	4	2
	%	14,3	13,3
Satisfatório	Freq.	24	12
	%	85,7	80

A média de ICT é semelhante nos que praticam exercício físico (41,84) e nos que não praticam exercício físico (41,36) (Tabela 67).

Tabela 67: ICT em função da prática de Exercício Físico

		ICT				
		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Exercício Físico	Sim	28	31	49	41,84	4,51
	Não	14	32	49	41,36	5,51

Verificou-se que não há diferença estatisticamente significativa na média de ICT entre os dois grupos conforme o teste de Mann-Whitney (U=184,500; p=0,758).

3.2.9. ICT e Hábitos Tabágicos

Relativamente ao ICT em função dos Hábitos Tabágicos, o ICT satisfatório tem as maiores percentagens tanto nos profissionais que têm hábitos tabágicos (80%) como nos que não têm (85,7%) (Tabela 68).

Tabela 68: ICT em função dos Hábitos Tabágicos

ICT Dicotómico		Hábitos Tabágicos	
		Sim	Não
Insatisfatório	Freq.	2	4
	%	13,3	14,3
Satisfatório	Freq.	12	24
	%	80	85,7

A média de ICT é semelhante nos que têm hábitos tabágicos (41,14) e nos que não têm (41,95) (Tabela 69).

Tabela 69: ICT em função dos Hábitos Tabágicos

		ICT				
		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Hábitos	Sim	14	33	49	41,14	4,55
Tabágicos	Não	28	31	49	41,95	4,98

De acordo com o teste Mann-Whitney, não há diferenças estatisticamente significativas nas médias do ICT entre os que têm hábitos tabágicos e os que não têm ($U=170$; $p=0,487$).

4. Sintomatologia Músculo-Esquelética Auto-Referida

As regiões corporais referidas pelos profissionais como mais afetadas nos últimos 12 meses foram a coluna vertebral (cervical – 25,6%, dorsal – 23,3% e

lombar – 30,2%) e os ombros (20,9%). Contudo, nenhum profissional referiu que estes problemas de saúde conduziram a incapacidade ou limitações para o seu trabalho nos últimos 12 meses (tabela 70).

Nos últimos 7 dias, a maior prevalência de LME auto-referidas também foram a coluna vertebral (cervical – 9,3%, dorsal – 16,3% e lombar – 14%) e os ombros (9,3%) (Tabela 70).

Tabela 70: Sintomas músculo-esqueléticos referidos pelos profissionais

Queixas Físicas		7 dias		12 meses		Incapacidade	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Região Cervical	Sim	4	9,3	11	25,6	0	0
	Não	39	90,7	32	74,4	43	100
Ombros	Sim	4	9,3	9	20,9	0	0
	Não	39	90,7	34	79,1	43	100
Cotovelos	Sim	0	0	0	0	0	0
	Não	43	100	43	100	43	100
Punhos	Sim	2	4,7	6	14	0	0
	Não	41	95,3	37	86	43	100
Região Dorsal	Sim	7	16,3	10	23,3	0	0
	Não	36	83,7	33	76,7	43	100
Região Lombar	Sim	6	14	13	30,2	0	0
	Não	37	86	30	69,8	43	100
Ancas, coxas e nádegas	Sim	1	2,3	1	2,3	0	0
	Não	42	97,7	42	97,7	43	100
Joelhos	Sim	2	4,7	5	11,6	0	0
	Não	41	95,3	38	88,4	43	100
Pés	Sim	2	4,7	4	9,3	3	7
	Não	41	95,3	39	90,7	40	93
	Total	43	100	43	100	43	100

As regiões corporais referidas pelos Enfermeiros e pelos Auxiliares de Ação Médica como mais afetadas nos últimos 12 meses também foram a coluna vertebral e os ombros. Contudo, nenhum profissional referiu que estes problemas de saúde conduziram a incapacidade ou limitações para o seu trabalho nos últimos 12 meses (tabelas 71 e 72).

Nos últimos 7 dias, a maior prevalência de LME auto-referidas também foram a coluna vertebral e os ombros (Tabelas 71 e 72).

Tabela 71: Sintomas músculo-esqueléticos referidos pelos Enfermeiros

Queixas Físicas		7 dias		12 meses		Incapacidade	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Região Cervical	Sim	2	8,3	8	33,3	0	0
	Não	22	91,7	16	66,7	24	100
Ombros	Sim	2	8,3	6	25	0	0
	Não	22	91,7	18	75	24	100
Cotovelos	Sim	0	0	0	0	0	0
	Não	24	100	24	100	24	100
Punhos	Sim	1	4,2	3	12,5	0	0
	Não	23	95,8	21	87,5	24	100
Região Dorsal	Sim	3	12,5	6	25	0	0
	Não	21	87,5	18	75	24	100
Região Lombar	Sim	3	12,5	9	37,5	0	0
	Não	21	87,5	15	62,5	24	100
Ancas, coxas e nádegas	Sim	0	0	0	0	0	0
	Não	24	100	24	100	24	100
Joelhos	Sim	2	8,3	3	12,5	0	0
	Não	22	91,7	21	87,5	24	100
Pés	Sim	1	4,2	2	8,3	2	8,3
	Não	23	95,8	22	91,7	22	91,7
	Total	24	100	24	100	24	100

Tabela 72: Sintomas músculo-esqueléticos referidos pelos Auxiliares de Ação Médica

Queixas Físicas		7 dias		12 meses		Incapacidade	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Região Cervical	Sim	2	10,5	3	15,8	0	0
	Não	17	84,2	16	84,2	19	100
Ombros	Sim	2	10,5	3	15,8	0	0
	Não	17	89,5	16	84,2	19	100
Cotovelos	Sim	0	0	0	0	0	0
	Não	19	100	19	100	19	100
Punhos	Sim	1	5,3	3	15,8	0	0
	Não	18	94,7	16	84,2	19	100
Região Dorsal	Sim	4	21,1	4	21,1	0	0
	Não	15	78,9	15	78,9	19	100
Região Lombar	Sim	3	15,8	4	21,1	0	0
	Não	16	84,2	15	78,9	19	100
Ancas, coxas e nádegas	Sim	1	5,3	1	5,3	0	0
	Não	18	94,7	18	94,7	19	100
Joelhos	Sim	0	0	2	10,5	0	0
	Não	19	100	17	89,5	19	100
Pés	Sim	1	5,3	2	10,5	1	5,3
	Não	18	94,7	17	89,5	18	94,7
	Total	19	100	19	100	19	100

4.1. Sintomatologia Músculo-Esquelética Auto-referida e ICT

Foram selecionadas as regiões onde se registou maior prevalência de Sintomatologia Músculo-Esquelética auto-referida para analisar com os resultados do ICT.

4.1.1. Sintomatologia Cervical e ICT

A média do ICT foi superior nos profissionais que não referiram queixas na região cervical nos últimos 12 meses (Tabela 73).

Tabela 73: ICT em função das Queixas Cervicais

Região Cervical	ICT				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Com Queixas	11	32	49	39,82	5,86
Sem Queixas	31	31	49	42,34	4,28

Através do teste de Mann-Whitney, verificamos que a diferença nas médias do ICT entre os grupos com queixas e sem queixas cervicais não é estatisticamente significativa ($U=130$; $p=0,245$).

4.1.2. Sintomatologia nos Ombros e ICT

A média do ICT foi superior nos profissionais que não referiram queixas nos ombros nos últimos 12 meses (Tabela 74).

Tabela 74: ICT em função das Queixas nos Ombros

Ombros	ICT				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Com Queixas	9	32	49	40,44	6,18
Sem Queixas	33	31	49	42,02	4,41

Através do teste de Mann-Whitney, verificamos que a diferença nas médias do ICT entre os grupos com queixas e sem queixas nos ombros não é estatisticamente significativa ($U=130$; $p=0,570$).

4.1.3. Sintomatologia na Região Dorsal e ICT

A média do ICT foi superior nos profissionais que não referiram queixas na região dorsal nos últimos 12 meses (Tabela 75).

Tabela 75: ICT em função das Queixas na Região Dorsal

Região Dorsal	ICT				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Com Queixas	10	32	49	39,50	5,56
Sem Queixas	32	31	49	42,36	4,42

Através do teste de Mann-Whitney, verificamos que a diferença nas médias do ICT entre os grupos com queixas e sem queixas dorsais não é estatisticamente significativa ($U=108,500$; $p=0,127$).

4.1.4. Sintomatologia Lombar e ICT

A média do ICT foi superior nos profissionais que não referiram queixas lombares nos últimos 12 meses (Tabela 76).

Tabela 76: ICT em função das Queixas na Região Lombar

Região Lombar	ICT				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Com Queixas	13	32	49	39,31	5,12
Sem Queixas	29	31	49	42,74	4,33

Na avaliação do ICT em função da presença de queixas lombares nos últimos 12 meses, observaram-se valores mais elevados no grupo sem queixas, esta diferença foi estatisticamente significativa conforme o teste de Mann-Whitney ($U=114$; $p=0,042$).

Estas diferenças não deverão ser explicadas pela variável idade (tabela 77), uma vez que os dois grupos não apresentam diferenças estatisticamente

significativas nos valores médios de idade através do teste de Mann-Whitney (U=93,500; p=0,248).

Tabela 77: Queixas na Região Lombar e idade

Região Lombar	Idade					
	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão
Com Queixas	10	23	44	28,50	33,10	8,71
Sem Queixas	25	20	55	33	35,72	9,52

5. Satisfação e Bem-Estar no Trabalho por item

Os itens da satisfação no trabalho estão agrupados em três partes: aspetos relacionados com o trabalho, relação com os colegas e relação com a chefia.

Em relação à Satisfação com o Trabalho, 74,4% dos profissionais referiu estar “quase sempre” satisfeito com o seu trabalho e 23,3% referiu “por vezes” estar satisfeito com o seu trabalho. Por profissão, 70,8% dos Enfermeiros e 78,9% dos Auxiliares de Ação referiram que se sentem “quase sempre” satisfeitos com o seu trabalho e 25% dos Enfermeiros e 21,1% dos Auxiliares de Ação Médica “por vezes” sentem-se satisfeitos com o seu trabalho (Tabela 78).

Quanto a se os profissionais recomendariam o seu trabalho, 53,5% “quase sempre” recomendaria o seu trabalho, 37,2% só recomendaria “por vezes” e apenas 7% “raramente” recomendaria o seu trabalho. Quanto ao recomendar o trabalho, 37,5% dos Enfermeiros recomendaria “quase sempre”, 45,8% recomendaria “por vezes” e 12,5% “raramente” recomendaria o seu trabalho. 73,7% dos Auxiliares de Ação Médica recomendaria “quase sempre” e 26,3% recomendaria “por vezes” o seu trabalho (Tabela 78).

Mais de metade dos profissionais (74,4%), “quase sempre” aceitariam novamente o mesmo trabalho e 20,9% “por vezes” aceitaria o mesmo trabalho.

Por profissão, 62,5% dos Enfermeiros “quase sempre” aceitariam o seu trabalho novamente e 33,3% “por vezes” aceitariam novamente o seu trabalho e 89,5% dos Auxiliares de Ação Médica “quase sempre” aceitariam o seu trabalho novamente (Tabela 78).

Quanto ao gostar das tarefas que fazem parte do trabalho, 72,1% gostam “quase sempre” e 23,3% gostam “por vezes”. Por profissão, 70,8% dos Enfermeiros sentem-se “quase sempre” satisfeitos com as tarefas do seu trabalho e 25% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 73,7% dos Auxiliares de Ação Médica sentem-se “quase sempre” satisfeitos e 21,1% sentem “por vezes” satisfeitos (Tabela 78).

Relativamente ao tempo para cumprir as tarefas definidas, 16,3% considera que “quase sempre” o seu trabalho lhes deixa muito pouco tempo para fazer tudo, 65,1% “por vezes” têm pouco tempo e 14% “raramente” têm pouco tempo. 16,7% dos Enfermeiros sentem que “quase sempre” têm pouco tempo para cumprir as suas tarefas e 75% sentem que “raramente” têm pouco tempo. 15,8% dos Auxiliares de Ação Médica sentem que “quase sempre” têm pouco tempo para cumprir as suas tarefas, mais de metade dos Auxiliares de Ação Médica (52,6%) sentem que “por vezes têm pouco tempo e 26,3% sentem que “raramente” têm pouco tempo (Tabela 78).

Tabela 78: Distribuição das variáveis: "satisfação com o trabalho", "recomendaria o trabalho", "aceitaria novamente este trabalho", "gostar das tarefas" e "pouco tempo para cumprir as tarefas"

		Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Satisfação com o trabalho	Raramente	0	0	0	0	0	0
	Por vezes	10	23,3	6	25	4	21,1
	Quase sempre	32	74,4	17	70,8	15	78,9
Recomendaria o trabalho	Raramente	3	7	3	12,5	0	0
	Por vezes	16	37,2	11	45,8	5	26,3
	Quase sempre	23	53,5	9	37,5	14	73,7
Aceitaria novamente este trabalho	Raramente	0	0	0	0	0	0
	Por vezes	9	20,9	8	33,3	1	5,3
	Quase sempre	32	74,4	15	62,5	17	89,5
Gostar das tarefas	Raramente	0	0	0	0	0	0
	Por vezes	10	23,3	6	25	4	21,1
	Quase sempre	31	72,1	17	70,8	14	73,7
Pouco tempo para cumprir as tarefas	Raramente	6	14	1	4,2	5	26,3
	Por vezes	28	65,1	18	75	10	52,6
	Quase sempre	7	16,3	4	16,7	3	15,8

Quanto à satisfação quando pedem ajuda a um colega, 72,1% sentem-se “quase sempre” satisfeitos, 18,6% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 7% “raramente” se sentem satisfeitos. Em relação à satisfação quando pedem ajuda a um colega, 66,7% dos Enfermeiros sentem-se “quase sempre” satisfeitos e 20,8% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 78,9% dos Auxiliares de Ação Médica sentem-se “quase sempre” satisfeitos e 15,8% sentem-se “por vezes” satisfeitos (Tabela 79).

Cerca de metade dos profissionais (55,8%), sentiam-se “quase sempre” satisfeitos com a forma como os seus colegas falam com eles sobre diferentes assuntos e partilham os seus problemas, 32,6% sentiam-se “por vezes” satisfeitos e apenas 7% se sentiam “raramente” satisfeitos. 58,3% dos

Enfermeiros sentem-se “quase sempre” satisfeitos ao partilhar problemas com os colegas e 29,2% sentem-se “por vezes” satisfeitos. Mais de metade dos Auxiliares de Ação Médica (52,6%) sentem-se “quase sempre” satisfeitos e 36,8% sentem “por vezes” satisfeitos (Tabela 79).

Quase metade dos profissionais (48,8%), se sentiram “quase sempre” satisfeitos pelo facto de os colegas aceitarem e apoiarem as suas novas ideias e também 48,8% sentiram-se “por vezes” satisfeitos. Nos Enfermeiros, metade “quase sempre” se sente satisfeitos pelo facto de os colegas aceitarem e apoiarem as suas novas ideias e 45,8% sentem-se “por vezes” satisfeitos. Nos Auxiliares de Ação Médica, 47,4% “quase sempre” se sentem satisfeitos e 52,6% sentem-se “por vezes” satisfeitos (Tabela 79).

Em relação à satisfação pelo facto dos colegas corresponderem às emoções dos profissionais, 39,5% sentem-se “quase sempre” satisfeitos, 46,5% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 7% “raramente” se sentem satisfeitos. 45,5% dos Enfermeiros sentem-se “quase sempre” satisfeitos pelo facto dos colegas corresponderem às suas emoções, 37,5% sentem-se “por vezes” satisfeitos e apenas 12,5% “raramente” se sentem satisfeitos. Quanto aos Auxiliares de Ação Médica, 31,6% sentem-se “quase sempre” satisfeitos e 57,9% sentem-se “por vezes” satisfeitos (Tabela 79).

A percentagem de 39,5% dos profissionais sentem-se “quase sempre” satisfeitos com o tempo partilhado com os seus colegas, também 39,5% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 16,3% “raramente” se sentem satisfeitos com o tempo partilhado com os colegas. Metade dos Enfermeiros (50%) sentem-se “quase sempre” satisfeitos com o tempo partilhado com os seus colegas, 29,2% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 16,7% “raramente” se sentem satisfeitos. 26,3% dos Auxiliares de Ação Médica sentem-se “quase sempre” satisfeitos, 52,6% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 15,8% “raramente” se sentem satisfeitos (Tabela 79).

Os profissionais deparam-se “raramente” (69,8%) ou “por vezes” (23,3%) com conflitos entre colegas com quem trabalham. Dos Enfermeiros, 33,3% “por

vezes” deparam-se com conflitos entre colegas e mais de metade (58,3%) “raramente” se deparam com conflitos. Dos Auxiliares de Ação Médica, 10,5% deparam-se “por vezes” com conflitos e 84,2% “raramente” se deparam com conflitos entre colegas (Tabela 79).

Tabela 79: Distribuição das variáveis: “ajuda de colega”, “partilha de problemas com colegas”, “apoio de ideias por colegas”, “apoio emocional de colegas”, “satisfação com partilha de tempo com colegas” e “conflitos com colegas”.

		Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Ajuda de colega	Raramente	3	7	2	8,3	1	5,3
	Por vezes	8	18,6	5	20,8	3	15,8
	Quase sempre	31	72,1	16	66,7	15	78,9
Partilha de problemas com colegas	Raramente	3	7	2	8,3	1	5,3
	Por vezes	14	32,6	7	29,2	7	36,8
	Quase sempre	24	55,8	14	58,3	10	52,6
Apoio de ideias por colegas	Raramente	0	0	0	0	0	0
	Por vezes	21	48,8	11	45,8	10	52,6
	Quase sempre	21	48,8	12	50	9	47,4
Apoio emocional de colegas	Raramente	3	7	3	12,5	0	0
	Por vezes	20	46,5	9	37,5	11	57,9
	Quase sempre	17	39,5	11	45,8	6	31,6
Satisfação partilha de tempo com colegas	Raramente	7	16,3	4	16,7	3	15,8
	Por vezes	17	39,5	7	29,2	10	52,6
	Quase sempre	17	39,5	12	50	5	26,3
Conflitos com colegas	Raramente	30	69,8	14	58,3	16	84,2
	Por vezes	10	23,3	8	33,3	2	10,5
	Quase sempre	1	2,3	1	4,2	0	0

Dos respondentes, 88,4% dizia ter “quase sempre” uma boa relação com a chefia e 9,3% dizia que “por vezes” tinha uma boa relação com a chefia. 87,5% dos Enfermeiros sentem-se “quase sempre” satisfeitos com a relação que

estabelecem com o supervisor mais próximo ou chefia direta e 89,5% dos Auxiliares de Ação Médica sentem-se “quase sempre” satisfeitos (Tabela 80).

Em relação à disponibilidade da chefia para ouvir os problemas dos profissionais relacionados com o trabalho, 34,9% consideram que “quase sempre” a chefia tem disponibilidade, 46,5% considera que “por vezes” a chefia tem disponibilidade e 16,3% consideram que “raramente” a chefia tem disponibilidade. Por profissão, 25% dos Enfermeiros consideram que “quase sempre” a chefia tem disponibilidade, 58,3% considera que “por vezes” a chefia tem disponibilidade e 12,5% consideram que “raramente” a chefia tem disponibilidade. 47,4% dos Auxiliares de Ação Médica consideram que “quase sempre” a chefia tem disponibilidade, 31,6% considera que “por vezes” a chefia tem disponibilidade e 21,1% consideram que “raramente” a chefia tem disponibilidade (Tabela 80).

Tabela 80: Distribuição das variáveis: “boa relação com a chefia” e “disponibilidade da chefia”

		Total		Enfermeiros		Auxiliares de Ação Médica	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Boa relação com a chefia	Raramente	0	0	0	0	0	0
	Por vezes	4	9,3	2	8,3	2	10,5
	Quase sempre	38	88,4	21	87,5	17	89,5
Disponibilidade da chefia	Raramente	7	16,3	3	12,5	4	21,1
	Por vezes	20	46,5	14	58,3	6	31,6
	Quase sempre	15	34,9	6	25	9	47,4

5.1. Satisfação e Bem-estar no Trabalho e ICT

Como os itens da satisfação no trabalho estão agrupados em três partes: aspetos relacionados com o trabalho, relação com os colegas e relação com a chefia. Assim, será analisada a distribuição dos resultados relativos à satisfação e bem-estar no trabalho em função do ICT para cada uma destas partes.

5.1.1. Aspetos relacionados com o trabalho e ICT

Os indivíduos quase sempre satisfeitos com o trabalho, que o recomendariam e que o aceitariam novamente, que gostam das tarefas e que raramente têm pouco tempo para as cumprir tinham valores médios de ICT superiores (Quadro 81).

As diferenças nos valores médios do ICT são estatisticamente significativas nas variáveis satisfação com o trabalho e gostar das tarefas, de acordo com o teste Kruskal-Wallis (KW=6,716; $p=0,010$ e KW=8,283; $p=0,004$ respetivamente) (Tabela 81).

Tabela 81: Distribuição das variáveis: "satisfação com o trabalho", "recomendaria o trabalho" e "aceitaria novamente este trabalho", "gostar das tarefas" e "pouco tempo para cumprir as tarefas" em função do ICT

		ICT						Kruskal-Wallis
		N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	
Satisfação com o trabalho	Raramente	0	0	0	0	0	0	KW=6,716 $p=0,010$
	Por vezes	10	31	47	38	38	5,16	
	Quase sempre	32	34	49	43,50	42,83	4,13	
Recomendaria o trabalho	Raramente	3	33	42	34	36,33	4,93	KW=3,197 $p=0,202$
	Por vezes	16	31	49	43,50	41,69	5,83	
	Quase sempre	23	38	49	42	42,37	3,63	
Aceitaria novamente este trabalho	Raramente	0	0	0	0	0	0	KW=2,494 $p=0,114$
	Por vezes	9	33	47	40	39,22	4,96	
	Quase sempre	32	31	49	43	42,36	4,68	
Gostar das tarefas	Raramente	0	0	0	0	0	0	KW=8,283 $p=0,004$
	Por vezes	10	32	44	39	38,10	4,17	
	Quase sempre	31	34	49	44	43,18	3,99	
Pouco tempo para cumprir as tarefas	Raramente	6	32	49	43,50	43,33	6,21	KW=2,403 $p=0,301$
	Por vezes	28	31	48	41	40,89	4,60	
	Quase sempre	7	38	49	45	43,36	4,60	

5.1.2. Relação com os Colegas e ICT

Na relação com os colegas, aos melhores níveis de satisfação corresponderam valores médios de ICT superiores. No entanto, as diferenças nos valores médios do ICT não foram estatisticamente significativas nas variáveis ajuda de colega, partilha de problemas com colegas, apoio de ideias por colegas, apoio emocional de colegas, satisfação com a partilha de tempo com colegas e conflitos com colegas, de acordo com o teste Kruskal-Wallis (KW=3,427; p=0,180, KW=4,933; p=0,085, KW=2,105; p=0,147, KW=1,241; p=0,538, KW=0,863; p=0,650 e KW=4,862; p=0,088 respetivamente) (Tabela 82).

Tabela 82: Distribuição das variáveis: "ajuda de colega", "partilha de problemas com colegas", "apoio de ideias por colegas", "apoio emocional de colegas", "satisfação com partilha de tempo com colegas" e "conflitos com colegas" em função do ICT

		ICT						Kruskal-Wallis
		N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	
Ajuda de colega	Raramente	3	33	46	38	39	6,55	KW=3,427 p=0,180
	Por vezes	8	31	46	39	39,13	5,56	
	Quase sempre	31	34	49	43	42,60	4,25	
Partilha de problemas com colegas	Raramente	3	33	46	44	41	7	KW=4,933 p=0,085
	Por vezes	14	31	48	39,50	39,57	4,25	
	Quase sempre	24	32	49	44,50	42,98	4,70	
Apoio de ideias por colegas	Raramente	0	0	0	0	0	0	KW=2,105 p=0,147
	Por vezes	21	31	49	40	40,62	4,84	
	Quase sempre	21	32	49	43	42,74	4,64	
Apoio emocional de colegas	Raramente	3	33	46	36	38,33	6,80	KW=1,241 p=0,538
	Por vezes	20	31	49	43	41,85	4,61	
	Quase sempre	17	32	49	42	42,26	4,97	
Satisfação partilha de tempo com colegas	Raramente	7	33	49	44	42,14	5,64	KW=0,863 p=0,650
	Por vezes	17	31	49	40	40,76	5,41	
	Quase sempre	17	34	49	42	42,38	4,05	
Conflitos com colegas	Raramente	30	31	49	43,50	42,45	4,85	KW=4,862 p=0,088
	Por vezes	10	33	45	40	38,90	4,09	
	Quase sempre	1	46	46	46	46	0	

5.1.3. Relação com a Chefia e ICT

Relativamente à satisfação na relação com as chefias, aos melhores níveis de satisfação corresponderam valores médios de ICT superiores. No entanto, as diferenças nos valores médios do ICT não foram estatisticamente significativas nas variáveis boa relação com a chefia e disponibilidade da chefia, de acordo com o teste Kruskal-Wallis (KW=0,776; p=0,378 e KW=3,630; p=0,163 respetivamente) (Tabela 83).

Tabela 83: Distribuição das variáveis: "boa relação com a chefia" e "disponibilidade da chefia" em função do ICT

		ICT						Kruskal-Wallis
		N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	
Boa relação com a chefia	Raramente	0	0	0	0	0	0	KW=0,776 p=0,378
	Por vezes	4	32	46	40	39,50	5,97	
	Quase sempre	38	31	49	42,50	41,91	4,70	
Partilha de problemas com colegas	Raramente	7	31	46	38	38,14	6,25	KW=3,630 p=0,163
	Por vezes	20	34	49	43,50	42,80	4,89	
	Quase sempre	15	38	48	42	41,83	3,20	

6. Perceção dos Profissionais Relativamente à Movimentação Manual dos Doentes

Também faz parte do IET, na versão Portuguesa, o Questionário de Perceção dos Profissionais relativamente à Movimentação Manual de Doentes.

A seguir, caracteriza-se a perceção dos profissionais item a item e seguidamente apresenta-se o cruzamento dos dados da perceção da movimentação manual de doentes com a sintomatologia lombar nos últimos 12 meses.

6.1. Perceção do Risco dos Profissionais sobre a Movimentação Manual dos Doentes por item

Dos respondentes, apenas um profissional (2,3%) referiu ter sofrido um acidente de trabalho nos últimos 12 meses, relacionado com a movimentação manual de doentes (Tabela 84).

Tabela 84: Frequência de acidentes de trabalho na movimentação manual dos doentes nos últimos 12 meses

Acidentes na Movimentação de Doentes	Freq.	%
Sim	1	2,3
Não	40	93
Total	41	95,3

Não houve nenhum acidente reportado nos últimos 12 meses (Tabela 85).

Tabela 85: Número de acidentes de trabalho notificados na movimentação manual dos doentes

Número de Acidentes Reportados	Freq.	%
0 acidentes	41	95,3
Total	41	95,3

Dos respondentes, 14% dos profissionais referiram ter utilizado ou assistido à utilização de um método perigoso de mobilização ou transferência de doentes (Tabela 86).

Tabela 86: Profissionais que referiram ter utilizado ou assistido à utilização de um método perigoso de mobilização ou transferência de doentes

Utilização de Método Perigoso	Freq.	%
Sim	6	14
Não	35	81,4
Total	41	95,3

34,9% dos profissionais referiram que realizaram mobilizações ou transferências de doentes sem utilização de equipamento de ajuda técnica, quando este era recomendado (Tabela 87).

Tabela 87: Frequência de profissionais que realizaram mobilização ou transferência de doentes sem utilização de equipamento de ajuda técnica

Mobilização Sem Equipamento Recomendado	Freq.	%
Sim	15	34,9
Não	26	60,5
Total	41	95,3

Nenhum profissional notificou um incidente na mobilização dos doentes utilizando métodos perigosos ou sem equipamentos de ajuda técnica (Tabela 88).

Tabela 88: Frequência de profissionais que notificaram incidentes na mobilização dos doentes utilizando métodos perigosos ou sem utilização de equipamento de ajuda técnica

Registo de Incidentes	Freq.	%
Não	18	41,9
Não se Aplica	22	51,2
Não Resposta	1	2,3
Total	41	95,3

Dos respondentes, 39,5% considerou que “por vezes” a falta de equipamento, espaço, ambiente, aptidões ou conhecimentos adequados interferiu com a reabilitação dos doentes e 27,9% considerou que “raramente” interferiu com a reabilitação dos doentes (Tabela 89).

27,9% considerou que “por vezes” a falta de equipamento, espaço, ambiente, aptidões ou conhecimentos adequados interferiu com a assistência ao doente, 37,2% considerou que “raramente” interferiu com a assistência ao doente e

também 27,9% considerou que “nunca” interferiu com a assistência ao doente (Tabela 89).

Quanto à transferência do doente, 9,3% considerou que “por vezes” a falta de equipamento, espaço, ambiente, aptidões ou conhecimentos adequados interferiu com a transferência do doente, 48,8% considerou que “raramente” interferiu com a transferência do doente e 34,9% considerou que “nunca” interferiu com a transferência do doente (Tabela 89).

Quanto ao posicionamento do doente, 30,2% considerou que “por vezes” a falta de equipamento, espaço, ambiente, aptidões ou conhecimentos adequados interferiu com o posicionamento do doente, 37,2% considerou que “raramente” interferiu com o posicionamento do doente e 25,6% considerou que “nunca” interferiu com o posicionamento do doente (Tabela 89).

Tabela 89: Caracterização das situações de reabilitação do doente, assistência ao doente, transferência do doente e posicionamento do doente

		Nunca	Raramente	Por Vezes	Frequentemente	Sempre	Total
Reabilitação do Doente	Freq.	8	12	17	1	1	39
	%	18,6	27,9	39,5	2,3	2,3	90,7
Assistência ao Doente	Freq.	12	16	12	1	0	41
	%	27,9	37,2	27,9	2,3	0	95,3
Transferência do Doente	Freq.	15	21	4	1	0	41
	%	34,9	48,8	9,3	2,3	0	95,3
Posicionamento do Doente	Freq.	11	16	13	0	0	41
	%	25,6	37,2	30,2	0	0	95,3

Em relação à afetação de profissionais, tempo e financiamento, 39,5% dos profissionais consideram que o apoio do Hospital/Serviço ao programa de movimentação manual de doentes é “neutro”, 25% consideraram o apoio “bom” e 11,6% consideraram o apoio “fraco” (Tabela 90).

Tabela 90: Frequência do apoio do Hospital ou Serviço ao programa de movimentação manual de doentes

Apoio do Hospital ao Programa	Freq.	%
Muito fraco	1	2,3
Fraco	5	11,6
Neutro	17	39,5
Bom	11	25,6
Excelente	6	14
Total	40	93

6.2. Perceção do Risco na Movimentação Manual de Doentes e Sintomatologia Lombar

Os profissionais que referem ter utilizado um método perigoso dividem-se entre, os que têm queixas lombares (50%) e aqueles que não têm queixas lombares (50%). Dos profissionais sem queixas lombares, a maioria (71,4%) nunca utilizou um método perigoso de movimentação manual de doentes (tabela 91).

A análise da relação entre a variável ter utilizado um método perigoso e as queixas lombares nos últimos 12 meses não foi efetuada porque não se reúnem os pressupostos para a aplicação do teste do Qui-Quadrado.

Tabela 91: Queixas lombares dos profissionais nos últimos 12 meses, segundo a utilização de métodos perigosos

Utilização de Método Perigoso		Queixas Lombares nos Últimos 12 meses	
		Sim	Não
Sim	Freq.	3	3
	%	50	50
Não	Freq.	10	25
	%	28,6	71,4

Os profissionais que referem ter efetuado mobilização de doentes sem equipamento quando este é recomendado distribuem-se entre os que têm queixas lombares (33,3%) e os que não têm queixas lombares (66,7%). 69,2% daqueles que não realizaram mobilização de doentes sem equipamento, referem não ter tido queixas lombares nos últimos 12 meses (tabela 92).

A análise da relação entre a variável mobilização de doente sem equipamento recomendado e as queixas lombares nos últimos 12 meses foi efetuada através do teste do Qui-Quadrado, tendo-se verificado que não existia uma relação de dependência estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($X^2=0,028$; $gl=1$; $p=0,867$).

Tabela 92: Queixas lombares dos profissionais nos últimos 12 meses, segundo a não utilização de equipamentos para a mobilização de doentes

Mobilização sem Equipamento Recomendado		Queixas Lombares nos Últimos 12 meses	
		Sim	Não
Sim	Freq.	5	10
	%	33,3	66,7
Não	Freq.	8	18
	%	30,8	69,2

7. DINO

Neste ponto serão apresentados os resultados do DINO que também faz parte do IET.

7.1. Caracterização do Tipo de Doente e Transferências

A caracterização do grau de dependência dos doentes foi realizada através da Galeria ARJO integrada no IET (Fray & Hignett, 2009; Cotrim et al, 2011) (Quadro 4).

Quadro 4: Tipo de doentes

Categorias	Descrição
A	Mobilidade autónoma, independente, mas pode usar uma bengala para apoio.
B	Consegue manter o equilíbrio e mobilidade autónoma no mesmo grau, usa andarilho ou similares.
C	Tem alguma estabilidade no tronco e pode suportar parcialmente o peso nos membros inferiores, anda numa cadeira de rodas, dependente dos outros.
D	Não tem capacidade para suportar o seu peso de forma independente, não se sustenta, e anda em cadeira de rodas.
E	Totalmente dependente, pode ser completamente acamada.

Os doentes foram classificados de A (autónomo) a E (totalmente dependente). A maior parte das observações foram realizados com doentes do tipo C (48,5%), 36,4% foram realizadas com doentes do tipo B e apenas 15,2% foram realizadas com doentes totalmente dependentes, do tipo E (Tabela 93).

Tabela 93: Distribuição do tipo de doentes

Tipo de Doente	Freq.	%
A	0	0
B	12	36,4
C	16	48,5
D	0	0
E	5	15,2
Total	33	100

Quanto ao tipo de transferências realizadas, foram registrados 5 tipos diferentes de transferências: Cama-Cadeirão; Cadeirão-Cama; Cama-Cadeira de Banho; Cadeira de Banho-Cadeirão e Cadeirão-Cadeira de Banho. Os tipos de transferência Cama-Cadeirão e Cadeirão-Cama foram os mais observados (42,4%) (Tabela 94).

Tabela 94: Distribuição do tipo de Transferências

Tipo de Transferência	Freq.	%
Cama-Cadeirão	14	42,4
Cadeirão-Cama	14	42,4
Cama-Cadeira de Banho	2	6,1
Cadeira de Banho-Cadeirão	2	6,1
Cadeirão-Cadeira de Banho	1	3,0
Total	33	100

7.2. Resultados do DINO

Os resultados do DINO podem ser observados na pontuação final entre um mínimo de 9 e um máximo de 16. A média de resultados foi de 13,42 pontos (dp=1,67) (Tabela 95).

Tabela 95: Distribuição da pontuação do DINO

Pontuação do DINO	Freq.	%
9	2	6,1
11	2	6,1
12	3	9,1
13	7	21,2
14	11	33,3
15	6	18,2
16	2	6,1
Total	33	100

Na primeira fase, a fase de preparação da tarefa, são avaliados sete itens que compõem 43,8% da pontuação final do DINO. Nesta fase, observámos que em todas as transferências os doentes são encorajados a cooperar de modo adequado e que em 97% das transferências existia espaço suficiente para a sua realização. Em 30,3% das transferências observadas, os equipamentos,

entre os quais o doente é transferido, não estavam posicionados e bloqueados corretamente. Em 90,9% das transferências a altura da cama era correta. Quanto à utilização de ajudas técnicas, não foram utilizadas em nenhuma transferência observada, em 36,4% das observações não se aplicava a utilização de ajudas técnicas devido ao grau de dependência dos doentes transferidos. Em 81,2% das transferências tinham profissionais suficientes para a realizar de forma segura (Tabela 96).

Tabela 96: Distribuição dos resultados da Fase de Preparação

Itens da Fase de Preparação	Sim		Não		Não se Aplica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
O doente é encorajado a cooperar de modo adequado?	33	100	0	0	0	0
Existe espaço suficiente preparado para a transferência?	32	97	1	3	0	0
Cadeiras de rodas e outros equipamentos, entre os quais o doente é transferido, estão posicionados e bloqueados corretamente?	23	69,7	10	30,3	0	0
A altura da cama é correta?	30	90,9	3	9,1	0	0
Usam ajudas técnicas de transferência?	0	0	33	100	0	0
Uso correto de ajudas de transferência?	0	0	21	63,6	12	36,4
Têm profissionais suficientes?	27	81,8	6	18,2	0	0

Na próxima fase da tarefa (Fase de Desempenho) são examinados os fatores relacionados com o trabalho de equipa, comunicação e interação com o doente, a carga nos ombros e nas costas e o equilíbrio dos profissionais. Estes itens são 37,5% da pontuação final do DINO e são classificados por uma escala numérica que varia entre 0 e 4, os níveis 0 e 1 correspondem a uma pontuação insatisfatória e os níveis 2, 3 e 4 correspondem a uma pontuação satisfatória.

Os resultados mostram um equilíbrio satisfatório em 90,9% das transferências, uma coordenação satisfatória em 97% das transferências, uma economia de esforço satisfatória em 87,9% das transferências, a carga nas costas e nos ombros satisfatória em 78,8% das transferências, os critérios de comunicação e interação com o doentes são satisfatórios em todas as transferências e a pontuação do item é permitido ao doente participar, de acordo com as suas capacidades de realização de movimentos voluntários é satisfatória em todas as transferências (Tabela 97).

Tabela 97: Distribuição dos resultados da Fase de Performance

Fase de Desempenho	Mediana	Média	dp	Mínimo	Máximo
Bom equilíbrio	3	3,06	1,02	1	4
Boa coordenação	4	3,36	0,85	1	4
Boa economia de esforço no movimento	3	2,61	0,89	1	4
Como é a carga nas costas e nos ombros?	2	2,33	1,19	0	4
Até que ponto são conseguidos os critérios de comunicação e interação com o doente?	4	4	0	4	4
É permitido ao doente participar, de acordo com as suas capacidades de realização de movimentos voluntários?	4	3,97	0,17	3	4

Na fase de resultado, fazemos uma avaliação de fatores relacionados ao doente, tal como se sentiu dor durante a transferência, se esta causou ou não algum sentimento de medo ou incerteza ao doente e se o doente ficou numa posição funcional no fim da transferência. Estes itens são 18,8% da pontuação final do DINO. Verificamos que nenhuma transferência provocou dor ao doente, 97% das transferências não provocaram sentimento de medo ou incerteza no doente e 60,6% das transferências não terminaram com o doente numa posição funcional (Tabela 98).

Tabela 98: Distribuição dos resultados da Fase de Resultado

Fase de Resultado	Sim		Não	
	Freq.	%	Freq.	%
A técnica de transferência escolhida pelo enfermeiro provocou alguma dor ao doente?	0	0	33	100
A técnica de transferência escolhida pelo enfermeiro causou algum sentimento de medo ou incerteza ao doente?	1	3	32	97
O doente ficou numa posição funcional no final da transferência?	13	39,4	20	60,6

7.3. Questionário dos Doentes e Profissionais

No que diz respeito ao Questionário dos Doentes, que inclui três perguntas sobre segurança, conforto e dignidade aplicados após o doente ser transferido. As escalas de resposta vão de -4 a +4. Obtivemos apenas 25 respostas, os restantes doentes não se encontravam orientados ou não conseguiam compreender as perguntas.

Os resultados mostraram que 39,39% dos doentes considera que a transferência foi realizada com muito segurança, 45,45% considerara que a transferência foi confortável e sem desconforto adicional e 51,52% considera que durante a transferência a sua dignidade e privacidade foram mantidas no mais alto grau. No entanto, 3% dos pacientes não perceberam a transferência como segura, 3% dizem que a transferência foi menos confortável e também 3% dizem que a sua privacidade e dignidade não foram mantidas (Tabela 99).

Tabela 99: Distribuição das respostas sobre a percepção dos doentes sobre as transferências

	Respostas		
	Freq.	%	
Considerou a transferência segura	-1	1	3
	+1	1	3
	+2	3	9,1
	+3	13	39,4
	+4	7	21,2
	Doente não orientado	8	24,2
Desconforto adicional	+1	1	3
	+2	3	9,1
	+3	15	45,5
	+4	6	18,2
	Doente não orientado	8	24,2
	Privacidade e Dignidade Mantidas	+2	1
+3		7	21,2
+4		17	51,5
Doente não orientado		8	24,2

Quanto ao Questionário de Opinião dos Profissionais que realizaram a transferência, a escala de resposta também vai de -4 a +4. 24,24% considerou que as transferências foram satisfatórias e de acordo com o plano (Tabela 100).

Tabela 100: Distribuição da opinião dos profissionais sobre a transferência

	Respostas		
	Freq.	%	
Transferência bem executada	1	2	6,1
	2	8	24,2
	3	15	45,5
	4	8	24,2

8. Questionário dos Doentes

Foram realizadas cinco questões aos doentes sobre segurança, conforto e dignidade, para obter a perceção destes sobre as transferências e movimentações realizadas pelos profissionais em geral. A amostra foi constituída por 33 doentes do Serviço de Cirurgia de uma população de 34 doentes do Serviço de Cirurgia.

Quanto à questão sobre o sentir-se seguro durante as transferências, 72,73% dos doentes diziam sentir-se “sempre” seguros, 15,15% diziam sentir-se “muitas vezes” seguros e apenas 12,12% diziam sentir-se “por vezes” seguros (Tabela 101).

Quanto à questão sobre o conforto durante a transferência ou movimentação, 60,61% dos doentes diziam sentir-se “sempre” confortáveis, 33,33% diziam sentir-se “muitas vezes” confortáveis e 6% diziam sentir-se “por vezes” confortáveis (Tabela 101).

Na questão sobre receber informação durante as transferências e movimentações, 84,85% dos doentes diziam que recebiam “sempre” informações dos profissionais e 12,12% dos doentes diziam receber “muitas vezes” informações dos profissionais durante as transferências e movimentações (Tabela 101).

Em relação aos profissionais pediram autorização aos doentes para realizar as transferências e movimentações, 87,88% dos doentes diziam que os profissionais pediam “sempre” autorização e 12,12% diziam que os profissionais pediam “muitas vezes” autorização (Tabela 101).

Em relação à dignidade e privacidade, 96,97% consideram que durante a transferência a sua dignidade e privacidade foram “sempre” mantidas e 3% consideraram que a sua dignidade e privacidade foram “muitas vezes” mantidas (Tabela 101).

Tabela 101: Distribuição da opinião dos doentes sobre: a segurança, conforto, receber informação, dar autorização e dignidade e privacidade durante as transferências e movimentações

		Respostas	
		Freq.	%
Sentir-se Seguro	Por Vezes	4	12,1
	Muitas Vezes	5	15,2
	Sempre	24	72,7
Sentir-se Confortável	Por Vezes	2	6,1
	Muitas Vezes	11	33,3
	Sempre	20	60,6
Receber Informação	Por Vezes	1	3
	Muitas Vezes	4	12,1
	Sempre	28	84,8
Dar Autorização	Por Vezes	0	0
	Muitas Vezes	4	12,1
	Sempre	29	87,9
Dignidade e Privacidade	Por Vezes	0	0
	Muitas Vezes	1	3
	Sempre	32	97

VI. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Discussão dos Resultados do ICT

1.1. ICT

A média do ICT obtida no presente estudo foi de 41,68 (dp=4,8), indicando uma “boa” capacidade para o trabalho dos profissionais. Este valor de ICT médio é superior ao encontrado noutros estudos: 38,40 (dp=4,4) (Chiu, 2007), 38,7 (dp=5,84) (Cotrim, Simões and Silva 2010), 40,14 (dp=4,58) (Francisco, 2011) e 38,84 (dp=3,98) (Capelo, 2011).

Grande parte dos enfermeiros referiu “boa” capacidade para o trabalho (44,2%), seguidos dos que referiram “excelente” capacidade de trabalho (39,5%) e “moderada” (14%). Outros estudos obtiveram maiores percentagens de profissionais na categoria de capacidade de trabalho “boa” comparativamente com as outras categorias: Costa et al (2005) (49,7%), Estry-Behar et al (2005) (40,5%) em profissionais de saúde; Cotrim (2008) (47,1%) e Francisco (2011) (55,4%) em enfermeiros e Capelo (2011) (71,05%) em Enfermeiros e Auxiliares de Ação Médica.

Adicionalmente, nenhum profissional se encontra na categoria de “fraca” capacidade de trabalho. Noutros estudos foi encontrada uma percentagem de “fraca” capacidade de trabalho: Costa, 2005 (3,2%), Cotrim, 2008 (5,0%), Estry-Behar, 2005 (4,1%), Francisco, 2011 (0,9%) e Capelo, 2011 (1,32%).

Por profissão, os Enfermeiros apresentaram uma maior percentagem de “excelente” capacidade de trabalho (45,8%) do que os Auxiliares de Ação Médica (31,6%). Por outro lado, os Enfermeiros apresentam uma maior percentagem de “moderada” capacidade de trabalho (16,7%) do que os Auxiliares de Ação Médica (10,5%). Os Auxiliares de Ação Médica apresentaram uma maior percentagem de “boa” capacidade de trabalho

(57,9%) do que os Enfermeiros (33,3%). No estudo de Capelo (2011) verificou-se que também os enfermeiros (40,21) apresentaram valores médios de capacidade de trabalho superiores aos assistentes operacionais (37,74), pertencendo todos à categoria de “Boa” capacidade de trabalho.

1.2. ICT e Variáveis Sócio-demográficas

Os resultados obtidos, demonstraram uma maior percentagem de profissionais com ICT satisfatório nas idades jovens (entre os 20 e os 35 anos), e de profissionais com ICT insatisfatório entre os 26 e os 45 anos. Estes resultados devem-se ao fato da média de idades ser 34,97 anos (dp=9,25), é uma amostra relativamente jovem.

Através do teste R de Pearson ($r=-0,019$, $p=0,915$), verificou-se que não existia uma associação estatisticamente significativa entre a idade e o ICT.

Cotrim (2008) concluiu no seu estudo com enfermeiros que os valores médios do ICT para os quatro grupos etários (21-25, 26-35, 36-45, >45) tendem a diminuir com o aumento da idade.

No estudo de Francisco (2011) os resultados obtidos demonstraram uma maior percentagem de profissionais com ICT satisfatório nas idades jovens (entre os 21 e os 35 anos), e de profissionais com ICT insatisfatório a partir dos 36 anos. Os resultados de Chiu et al (2007) indicaram que o resultado do ICT dos enfermeiros aumentou com a idade antes dos 45 anos e depois dessa idade decresceu significativamente.

A média de ICT neste estudo é muito semelhante nos dois géneros, as mulheres têm uma média de 41,72 e os homens têm uma média de 41,40. Estes resultados podem dever-se ao fato de a amostra de Homens ser pequena ($n=5$). Estes resultados não estão de acordo com Costa et al. (2005) e

Francisco (2011) que concluíram que as mulheres mostram uma significativa menor capacidade para o trabalho quando comparada com os homens.

Também outros resultados em enfermeiros, revelaram uma média de ICT superior nos homens: 40,71 nos homens e 38,27 nas mulheres (Cotrim, 2008) e 41,13 nos homens e 39,93 nas mulheres (Francisco, 2011).

O ICT dos Enfermeiros (42,28) é superior ao dos Auxiliares de Ação Médica (40,95) o que contraria os resultados de Costa & Sartori (2007). Visto que a um maior nível de escolaridade corresponde um melhor ICT, faz sentido que seja a classe de Enfermagem a obter melhores resultados. No estudo de Capelo (2011) foram encontrados resultados semelhantes, o ICT dos enfermeiros foi ligeiramente superior ao dos auxiliares de ação médica.

Nos profissionais que praticavam exercício físico regular foram encontrados melhores resultados de capacidade de trabalho mas as diferenças entre os dois grupos não foram estatisticamente significativas. Resultados semelhantes foram encontrados noutros estudos (Tuomi et al. 1991, Estry-Behar, et al. 2005, Capelo, 2011).

A média de ICT é muito semelhante nos que têm hábitos tabágicos (41,14) e nos que não têm hábitos tabágicos (41,95), apesar do tabagismo estar associado à capacidade para o trabalho baixa, constituindo um fator de risco para doenças cardiovasculares e pulmonares (Tuomi et al., 1991, Costa e Sartori, 2007). Os resultados obtidos contrariam o que foi relatado por Tuomi et al. (1991) e Costa e Sartori (2007).

1.3. ICT e Doenças

Relativamente às doenças referidas como diagnosticadas, 62,8% dos profissionais da amostra referiram apresentar doenças diagnosticadas pelo médico. Destas doenças, as três mais prevalentes são as lesões por acidente

de trabalho (37,2%), as doenças respiratórias (30,2%) e as doenças endócrinas e metabólicas (20,9%).

Vários estudos, obtiveram resultados semelhantes. Num estudo, com enfermeiros, Fischer et al. (2005), indica como doenças diagnosticadas mais prevalentes: as respiratórias (11,6%), gastrite (10,5%), problemas nos pés e pernas (9,6%) e problemas nas costas (9,4%). Noutro estudo, também com enfermeiros, Francisco (2011) indica que as três doenças mais prevalentes são as doenças respiratórias (26,8%), as lesões resultantes de acidentes de trabalho (25%) e as doenças digestivas (16,1%). No estudo de Capelo (2011), as doenças predominantes nos profissionais são maioritariamente lesões resultantes de acidentes de trabalho (28,21%), seguindo-se as do foro respiratório (23,08%).

No presente estudo, 11,6% dos profissionais com doenças diagnosticadas referiram que tinham que abrandar “por vezes” o ritmo de trabalho ou o modo de trabalhar devido às suas doenças. Também Andrade e Monteiro (2007) (cit. por Francisco, 2011) referiram no seu estudo, que os profissionais com doença músculo-esquelética diagnosticada, precisavam de diminuir o ritmo de trabalho.

2. Discussão dos Resultados do IET

2.1. Prevalência de sintomatologia Músculo-Esquelética auto-referida

Os resultados referentes à Sintomatologia Músculo-Esquelética auto-referida pelos profissionais, demonstram que as regiões corporais mais afetadas nos últimos 12 meses são: a coluna vertebral (cervical – 25,6%, dorsal – 23,3% e lombar – 30,2%) e os ombros (20,9%).

Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Fonseca e Serranheira (2006), num estudo da sintomatologia músculo-esquelética auto-referida por enfermeiros num Hospital Português, no qual há uma prevalência elevada de sintomas nos últimos 12 meses, nas mesmas regiões corporais: na região lombar (65%), cervical (55%), dorsal (37%), ombros (34%) e punhos/mãos (30%).

No estudo de Francisco (2011) os resultados obtidos demonstram que as regiões corporais mais afetadas nos últimos 12 meses são: a coluna vertebral (lombar – 66,9%, cervical – 45,2% e dorsal – 39,5%), os ombros (35,5%) e os punhos (20,2%).

No estudo de Capelo (2011) obteve que nos últimos 12 meses as queixas mais frequentes foram ao nível da zona lombar (53,42%), zona cervical (42,47%) e ombros (36,11%).

Fonseca e Serranheira (2006) referem-se a diversos estudos com o mesmo grupo profissional, que indicam resultados semelhantes em pelo menos uma das regiões corporais auto-referidas: em França sintomatologia lombar de 41,1% (Niedhammer et al., 1994); em Inglaterra 45% para a mesma região (Smedley et al., 1995); na Suécia de 48 a 53% para a região cervical (Lagerstrom et al., 1995; Josephson et al., 1997); na Austrália, de 40%, igualmente para a zona cervical (Lusted et al., 1996); na África do Sul e Suécia, entre os 30% e os 31% para a região dorsal respetivamente (Botha e Bridger, 1998) e (Josephson et al., 1997); nos Estados Unidos (35,1%) para os ombros (Trinkoff et al., 2002).

As lombalgias afetaram cerca de 30,2% destes profissionais nos últimos 12 meses, estando abaixo do registado nos estudos realizados por Cotrim (2011) e por Cotrim, Serranheira et al. (2011) (58,6%).

Smith et al (2006) refere no seu estudo que as LME no ombro foram associadas à movimentação manual dos doentes, na coluna dorsal foram

associadas à flexão/torção do tronco, e na coluna lombar à movimentação manual, flexão/torção do tronco e esforço físico elevado.

Cotrim (2008) referiu que a configuração e dimensionamento dos espaços de trabalho contribuem, também, para a complexidade das tarefas de mobilização dos doentes.

2.1.1. Prevalência de Sintomatologia Músculo-Esquelética auto-referida e ICT

A média do ICT foi superior nos profissionais que não referiram presença de LME nos últimos 12 meses, nas regiões cervical, dorsal, lombar ou nos ombros, mas só na Região Lombar é que as diferenças foram estatisticamente significativas.

Em relação à prevalência de sintomatologia de LME auto-referidas na região lombar, os profissionais com queixas tinham um ICT médio de 39,31 e os profissionais sem queixas tinham um ICT médio de 42,74. Esta diferença foi estatisticamente significativa mas não foi explicada pela idade.

Cotrim (2008) concluiu também no seu estudo que, no grupo de enfermeiros com uma capacidade de trabalho “fraca”, 81,8% referiram a ocorrência de lombalgia aguda nos últimos 12 meses. De acordo também com Francisco (2011), o ICT diminui quando se observa a presença de lombalgia aguda.

A lombalgia está associada ao ICT, uma vez que no modelo explicativo apresentado por Ilmarinen et al. (2005) a presença de doença ou sintomas relacionados com a saúde têm uma forte associação com o ICT.

2.2. Satisfação no Trabalho

Em relação à Satisfação com o Trabalho, 74,4% dos profissionais referiu estar “quase sempre” satisfeito com o seu trabalho e 23,3% referiu “por vezes” estar satisfeito com o seu trabalho. Quanto a se os profissionais recomendariam o seu trabalho, 53,5% “quase sempre” recomendaria o seu trabalho, 37,2% só recomendaria “por vezes”. Mais de metade dos profissionais (74,4%), “quase sempre” aceitariam novamente o mesmo trabalho e 20,9% “por vezes” aceitaria o mesmo trabalho. Quanto ao gostar das tarefas que fazem parte do trabalho, 72,1% gostam “quase sempre” e 23,3% gostam “por vezes”. Relativamente ao tempo para cumprir as tarefas definidas, 16,3% considera que “quase sempre” o seu trabalho lhes deixa muito pouco tempo para fazer tudo, 65,1% “por vezes” têm pouco tempo e 14% “raramente” têm pouco tempo.

No estudo de Capelo (2011) observou-se que os profissionais estão quase sempre satisfeitos com o seu trabalho (60,26%), que quase sempre recomendariam o seu trabalho (46,15%), que voltariam a aceitá-lo (58,97%), gostam quase sempre das tarefas (51,28%) mas, por vezes, resta-lhes pouco tempo para as cumprir (51,95%). Estes valores são inferiores aos encontrados neste estudo, exceto na variável pouco tempo para cumprir as tarefas (16,3%).

Por profissão, 70,8% dos Enfermeiros e 78,9% dos Auxiliares de Ação referiram que se sentem “quase sempre” satisfeitos com o seu trabalho e 25% dos Enfermeiros e 21,1% dos Auxiliares de Ação Médica “por vezes” sentem-se satisfeitos com o seu trabalho. Quanto ao recomendar o trabalho, 37,5% dos Enfermeiros recomendaria “quase sempre”, 45,8% recomendaria “por vezes” e 12,5% “raramente” recomendaria o seu trabalho. 73,7% dos Auxiliares de Ação Médica recomendaria “quase sempre” e 26,3% recomendaria “por vezes” o seu trabalho. Por profissão, 62,5% dos Enfermeiros “quase sempre” aceitariam o seu trabalho novamente e 33,3% “por vezes” aceitariam novamente o seu trabalho e 89,5% dos Auxiliares de Ação Médica “quase sempre” aceitariam o seu trabalho novamente. 70,8% dos Enfermeiros sentem-se “quase sempre” satisfeitos com as tarefas do seu trabalho e 25% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 73,7% dos Auxiliares de Ação Médica sentem-se “quase sempre”

satisfeitos e 21,1% sentem “por vezes” satisfeitos. 16,7% dos Enfermeiros sentem que “quase sempre” têm pouco tempo para cumprir as suas tarefas e 75% sentem que “raramente” têm pouco tempo. 15,8% dos Auxiliares de Ação Médica sentem que “quase sempre” têm pouco tempo para cumprir as suas tarefas, mais de metade dos Auxiliares de Ação Médica (52,6%) sentem que “por vezes têm pouco tempo e 26,3% sentem que “raramente” têm pouco tempo.

No estudo de Capelo (2011), ao contrário do que se observou neste estudo, os enfermeiros tinham uma percentagem de satisfação com o trabalho mais elevada (85,71%), recomendariam mais o seu trabalho (65,71%), aceitá-lo-iam novamente com maior frequência (74,29%), gostam mais das tarefas que desempenham (57,14%) mas são os assistentes operacionais que, por vezes, têm pouco tempo para as cumprir (57,14%).

Quanto à satisfação quando pedem ajuda a um colega, 72,1% sentem-se “quase sempre” satisfeitos, 18,6% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 7% “raramente” se sentem satisfeitos. Cerca de metade dos profissionais (55,8%), sentiam-se “quase sempre” satisfeitos com a forma como os seus colegas falam com eles sobre diferentes assuntos e partilham os seus problemas e 32,6% sentiam-se “por vezes” satisfeitos. Quase metade dos profissionais (48,8%), se sentiram “quase sempre” satisfeitos pelo facto de os colegas aceitarem e apoiarem as suas novas ideias e também 48,8% sentiram-se “por vezes” satisfeitos. Em relação à satisfação pelo facto dos colegas corresponderem às emoções dos profissionais, 39,5% sentem-se “quase sempre” satisfeitos, 46,5% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 7% “raramente” se sentem satisfeitos. 39,5% dos profissionais sentem-se “quase sempre” satisfeitos com o tempo partilhado com os seus colegas, também 39,5% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 16,3% “raramente” se sentem satisfeitos com o tempo partilhado com os colegas. Os profissionais deparam-se “raramente” (69,8%) ou “por vezes” (23,3%) com conflitos entre colegas com quem trabalham.

No estudo da Capelo (2011) a amostra foi caracterizada como podendo quase sempre contar com a ajuda dos colegas (71,79%), partilhar os seus problemas com os colegas (76,62%), sentir o apoio dos colegas às suas ideias (64,10%) e emocionalmente (61,54%), satisfeitos por partilhar tempo com os colegas (67,95%) e raramente entram em conflito entre si (61,54%). Valores muito semelhantes aos encontrados neste estudo.

Em relação à satisfação quando pedem ajuda a um colega, 66,7% dos Enfermeiros sentem-se “quase sempre” satisfeitos e 20,8% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 78,9% dos Auxiliares de Ação Médica sentem-se “quase sempre” satisfeitos e 15,8% sentem-se “por vezes” satisfeitos. 58,3% dos Enfermeiros sentem-se “quase sempre” satisfeitos ao partilhar problemas com os colegas e 29,2% sentem-se “por vezes” satisfeitos. Mais de metade dos Auxiliares de Ação Médica (52,6%) sentem-se “quase sempre” satisfeitos e 36,8% sentem-se “por vezes” satisfeitos. Nos Enfermeiros, metade “quase sempre” se sente satisfeitos pelo facto de os colegas aceitarem e apoiarem as suas novas ideias e 45,8% sentem-se “por vezes” satisfeitos. Nos Auxiliares de Ação Médica, 47,4% “quase sempre” se sentem satisfeitos e 52,6% sentem-se “por vezes” satisfeitos. 45,5% dos Enfermeiros sentem-se “quase sempre” satisfeitos pelo facto dos colegas corresponderem às suas emoções, 37,5% sentem-se “por vezes” satisfeitos e apenas 12,5% “raramente” se sentem satisfeitos. Quanto aos Auxiliares de Ação Médica, 31,6% sentem-se “quase sempre” satisfeitos e 57,9% sentem-se “por vezes” satisfeitos. Metade dos Enfermeiros (50%) sentem-se “quase sempre” satisfeitos com o tempo partilhado com os seus colegas, 29,2% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 16,7% “raramente” se sentem satisfeitos. 26,3% dos Auxiliares de Ação Médica sentem-se “quase sempre” satisfeitos, 52,6% sentem-se “por vezes” satisfeitos e 15,8% “raramente” se sentem satisfeitos. Dos Enfermeiros, 33,3% “por vezes” deparam-se com conflitos entre colegas e mais de metade (58,3%) “raramente” se deparam com conflitos. Dos Auxiliares de Ação Médica, 10,5% deparam-se “por vezes” com conflitos e 84,2% “raramente” se deparam com conflitos entre colegas.

No estudo de Capelo (2011) os resultados nos enfermeiros apresentaram percentagens superiores aos assistentes operacionais: privilegiam quase sempre a ajuda dos colegas (91,43%), partilham os seus problemas entre si (91,43%), sentem apoio nas suas ideias (82,86%) e emocional (71,43%), sentem-se satisfeitos com a partilha do seu tempo comum (74,29%), e raramente entram em conflito com colegas (71,43%). Estes resultados são semelhantes aos encontrados neste estudo, exceto na variável ajuda de colegas, em que a percentagem é superior nos Auxiliares de Ação Médica (78,9%).

Dos respondentes, 88,4% dizia ter “quase sempre” uma boa relação com a chefia e 9,3% dizia que “por vezes” tinha uma boa relação com a chefia. Em relação à disponibilidade da chefia para ouvir os problemas dos profissionais relacionados com o trabalho, 34,9% consideram que “quase sempre” a chefia tem disponibilidade, 46,5% considera que “por vezes” a chefia tem disponibilidade e 16,3% consideram que “raramente” a chefia tem disponibilidade.

No estudo de Capelo (2011) a amostra caracterizava-se por, quase sempre, terem uma boa relação com a chefia (75,64%) e, por vezes, sentirem disponibilidade por parte da chefia (54,55%). Estes valores são muito semelhantes aos encontrados neste estudo.

Por profissão, 87,5% dos Enfermeiros sentem-se “quase sempre” satisfeitos com a relação que estabelecem com o supervisor mais próximo ou chefia direta e 89,5% dos Auxiliares de Ação Médica sentem-se “quase sempre” satisfeitos. 25% dos Enfermeiros consideram que “quase sempre” a chefia tem disponibilidade, 58,3% considera que “por vezes” a chefia tem disponibilidade e 12,5% consideram que “raramente” a chefia tem disponibilidade. 47,4% dos Auxiliares de Ação Médica consideram que “quase sempre” a chefia tem disponibilidade, 31,6% considera que “por vezes” a chefia tem disponibilidade e 21,1% consideram que “raramente” a chefia tem disponibilidade.

No estudo de Capelo (2011) observamos que apesar de ambos os grupos profissionais partilharem as suas opiniões, as percentagens dos enfermeiros eram ligeiramente superiores: a relação com a chefia é quase sempre boa (80,00%) e, por vezes, a chefia está disponível (62,86%). Neste estudo a percentagem de Auxiliares de Ação Médica (89,5%) é superior à percentagem de Enfermeiros (87,5%) que a relação com a chefia é quase sempre boa, mas a percentagem de Enfermeiros (58,3%) é superior à dos Auxiliares de Ação Médica (31,6%) que dizem que por vezes a chefia está disponível.

2.2.1. Satisfação no Trabalho e ICT

Os resultados da satisfação no trabalho, indicaram que no grupo de profissionais que estavam “quase sempre” satisfeitos com o seu trabalho, 93,8% apresentavam um ICT satisfatório.

Estryn-Behar et al (2005), demonstrou no seu estudo com enfermeiros que o ICT, está fortemente relacionado com o indicador de Satisfação no Trabalho. 33% dos profissionais “muito satisfeitos” apresentaram excelente ICT assim como 22,3% dos “satisfeitos”, ao contrário dos que referem estar “muito insatisfeitos” e “insatisfeitos” que obtiveram 8% e 12,2%, respetivamente.

Noutro estudo, na Tailândia, os resultados mostraram que a capacidade de trabalho estava diretamente relacionada com a qualidade e segurança do ambiente de trabalho, assim como com o seu estilo de vida (Chiu et al. 2007).

No estudo de Capelo (2011) obteve-se que aos níveis de satisfação elevados na amostra correspondem valores médios de ICT elevados.

No estudo de Francisco (2011) os resultados indicaram que no grupo de enfermeiros que estavam “quase sempre” satisfeitos com o seu trabalho, 80% apresentavam um ICT satisfatório.

Para o conjunto dos itens relativos à satisfação com os colegas de trabalho, verificou-se que qualquer que seja a opção de resposta, o ICT satisfatório tem uma maior frequência. Exceto no grupo em que “raramente” se sentem satisfeitos com o apoio emocional dos colegas, 66,7% têm um ICT Insatisfatório.

Também Estry-Behar et al. (2005) concluiu que o apoio e ajuda dados pelos colegas de trabalho podem compensar parcialmente as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde. Dos que referiram receber apoio dos seus colegas “frequentemente” ou “muito frequentemente”, 16,3% apresentaram excelente ICT, ao contrário dos 11% que referiram “raramente” ou “nunca” receberem tal ajuda. Dos profissionais de saúde que testemunham que os seus colegas os ajudam, “frequentemente” ou “sempre”, 16,7% têm um “excelente” ICT, ao contrário de 7,9% daqueles que afirmam que os seus colegas de trabalho “nunca” ou “raramente” estão dispostos a ajudá-los.

No estudo de Francisco (2011) obteve-se que para o conjunto dos itens relativos à satisfação com os colegas de trabalho, verificou-se que qualquer que seja a opção de resposta, o ICT satisfatório tem uma maior frequência.

Relativamente à relação dos profissionais com a sua chefia, os resultados revelaram que os valores de ICT satisfatório são maiores naqueles que tinham “quase sempre” (86,8%) ou “por vezes” (75%) uma boa relação com a chefia.

Também no estudo de Estry-Behar et al. (2005) se mostrou que o apoio da chefia também desempenha um papel importante nos problemas encontrados nos profissionais de saúde. Naqueles que referem receber tal apoio “frequentemente” ou “muito frequentemente”, 18,4% apresentam “excelente” ICT, enquanto 13% que referem “nunca” ou “quase nunca” recebem apoio das suas chefias.

No estudo de Francisco (2011) os resultados revelaram que os valores de ICT satisfatório são maiores naqueles que tinham “quase sempre” (79,2%) ou “por vezes” (75%) uma boa relação com a chefia.

As diferenças nos valores médios do ICT são estatisticamente significativas nas variáveis satisfação com o trabalho e gostar das tarefas. Nas variáveis recomendaria o seu trabalho, aceitaria novamente este trabalho e pouco tempo para cumprir as tarefas, os valores médios do ICT não são estatisticamente significativos.

Nas variáveis ajuda de colega, partilha de problemas com colegas, apoio de ideias por colegas, apoio emocional de colegas, satisfação com a partilha de tempo com colegas e conflitos com colegas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos valores médios do ICT.

As diferenças nos valores médios do ICT não são estatisticamente significativas nas variáveis boa relação com a chefia e disponibilidade da chefia.

2.3. Discussão dos Resultados da Perceção dos Profissionais Relativamente à Movimentação Manual de Doentes

Neste ponto discutem-se os resultados relativos ao número de acidentes reportados nos últimos 12 meses e à perceção relativa às tarefas de movimentação manual de doentes pelos profissionais.

No total, 14% usou ou assistiu à utilização de algum método de mobilização ou transferência que considerou ser perigoso, no último mês e, no mesmo período de tempo, 34,9% executou ou assistiu à realização de alguma tarefa de mobilização de transferência de doentes sem equipamento quando este era recomendado. No entanto, apenas 1 profissional afirma ter sofrido um acidente mas não o reportou, o que corresponde a 2.3% da amostra.

No estudo realizado por Cotrim, Francisco et al. (2011), num hospital público português, 43% dos enfermeiros reportou a execução ou observação de um método de mobilização ou transferência perigosa e 43% reportou a mobilização de doente sem o equipamento adequado.

Quanto ao número de acidentes, em Cotrim, Francisco et al. (2011), apenas 2 profissionais reportaram um total de 4 acidentes.

No estudo de Capelo (2011) observou-se que 19,23% usou ou assistiu à utilização de algum método de mobilização ou transferência que considerou ser perigoso, no último mês e, no mesmo período de tempo, 30,77% executou ou assistiu à realização de alguma tarefa de mobilização de transferência de doentes sem equipamento quando este era recomendado. No entanto, apenas 4 profissionais afirmaram ter reportado um total de 6 acidentes, o que corresponde a 5,13% da amostra.

No que se refere às implicações que a falta de equipamento, espaço, ambiente, aptidões ou conhecimentos tem sobre os cuidados prestados aos doentes, segundo os profissionais, o programa de reabilitação ou cuidados de um doente pode ser mais afetado devido a essas faltas (39,5%) do que as atividades de assistência ou higiene (27,9%), transferência (9,3%), posicionamento ou conforto de um doente (30,2%). O mesmo está de acordo com os resultados de Cotrim, Francisco, Correia, Fray & Hignett (2011).

No estudo de Capelo (2011), no que se refere às implicações que a falta de equipamento, espaço, ambiente, aptidões ou conhecimentos tem sobre os cuidados prestados aos doentes, segundo os profissionais, o programa de reabilitação ou cuidados de um doente pode ser mais afetado devido a essas faltas (48,72%) do que as atividades de assistência ou higiene (29,87%), transferência (29,49%), posicionamento ou conforto de um doente (26,92%).

2.4. Resultados DINO

Para a aplicação do método DINO foram observadas com mais frequência as transferências Cama-Cadeira (42,4%) e Cadeira-Cama (42,4%), o que pode estar relacionado com o facto de grande parte dos doentes transferidos (48,5%) pertencerem à categoria C da Galeria ARJO.

Na fase de preparação observámos que em todas as transferências os doentes são encorajados a cooperar de modo adequado, observamos também que em 97% das transferências existia espaço suficiente para realizar a transferência. Em 30,3% das transferências observadas, os equipamentos, entre os quais o doente é transferido, não estavam posicionados e bloqueados corretamente. Em 90,9% das transferências a altura da cama era correta. Quanto à utilização de ajudas técnicas, não foram utilizadas em nenhuma transferência observada, em 36,4% das observações não se aplicava a utilização de ajudas técnicas, devido ao tipo de doentes transferidos serem maioritariamente B. Em 81,2% das transferências tinham profissionais suficientes para a realizar de forma segura. A utilização de ajudas técnicas que não ocorreu em nenhum caso, resultado inferior ao obtido por Cotrim, Francisco, et al. (2011) (42,5%) e por Capelo (2011) (20%), poderá compreender-se pela elevada percentagem de doentes tipo B.

Na fase de desempenho, todos os itens obtiveram um valor médio de 3, exceto o nível de carga nas costas e ombros, que foi inferior, tal como no estudo de Cotrim, Francisco et al. (2011), e aproximadamente os mesmo valores obtidos por Capelo (2011).

Na fase de resultado, verificou-se que a técnica não provocou dor (100%), nem medo (97%) ao doente na maioria dos casos e o doente ficou 60,6% das transferências numa posição funcional. No estudo de Cotrim, Francisco, et al. (2011) e Capelo (2011), obtiveram aproximadamente os mesmo valores.

Mais de metade das transferências observadas obteve 14 pontos DINO (57,6%), mas média foi de 13,42 pontos. No entanto, uma vez que não existe um plano de orientação específica para as transferências no serviço, a pontuação final do DINO adaptado para o IET baixou essa média para 6,71 pontos. Ambos os resultados médios do DINO são superiores aos obtidos por Cotrim, Francisco, et al. (2011) (12,75 e 6,37, respetivamente), e inferiores aos obtidos por Capelo (2011) (14,37 e 7,23, respetivamente) que se depararam com a mesma questão da ausência de plano.

Dentro dos equipamentos de ajuda técnica necessários, o Hospital tinha o dispositivo para efetuar a higiene dos doentes sentados. O elevador hidráulico existia mas houve situações em que deveria ter sido utilizado e não o foi, o que poderá ter acontecido devido à pressão temporal do trabalho ou à falta de formação dos profissionais acerca do equipamento.

2.5. Opinião dos Doentes e Profissionais

Globalmente os doentes ficaram satisfeitos com as transferências a que foram sujeitos. 39,39% dos doentes consideraram que a transferência foi realizada com muito segurança, 45,45% consideraram que a transferência foi confortável e sem desconforto adicional e 51,52% consideram que durante a transferência a sua dignidade e privacidade foram mantidas no mais alto grau. Cotrim, Francisco et al., (2011) obtiveram resultados superiores, com 68,7% a atribuir valor máximo para a segurança e confiança, 81,8% para o conforto e 90,9% para privacidade e dignidade. Capelo (2011) também obteve valores superiores, com 66,67% a atribuir valor máximo para a segurança e confiança, 80% para o conforto e 90% para privacidade e dignidade.

VII. CONCLUSÕES

O presente estudo centrou-se na problemática da relação da capacidade de trabalho dos enfermeiros e auxiliares de ação médica com os fatores sócio – demográficos, ocupacionais e satisfação no trabalho, nas tarefas de movimentação manual de doentes. Neste sentido, o objetivo principal prendeu-se com a compreensão da relação da capacidade de trabalho, a satisfação e o bem-estar dos profissionais, as exigências das tarefas de movimentação manual de doentes e a prevalência de LME auto-referidas.

Para se atingir este objetivo, foi aplicado o Índice de Capacidade para o Trabalho (versão Portuguesa do Work Ability Index, Fernandes da Silva et al, 2006), o Questionário Nórdico (adaptado por Fray e Hignett, 2009), o questionário de satisfação e bem-estar, o questionário de perceção relativamente aos riscos na movimentação manual dos doentes e o instrumento DINO, estando estes incluídos no instrumento Intervention Evaluation Tool (IET) (Fray e Hignett, 2009).

A avaliação realizou-se em 2 serviços de internamento de adultos de um hospital privado, com uma amostra constituída por 43 profissionais (24 enfermeiros e 19 auxiliares de ação médica), sendo a taxa de resposta global ao questionário de 66,1%.

A média de idades da amostra (34,97 anos; dp=9,25), foi ligeiramente superior à média encontrada em alguns estudos (Chiu et al, 2007; Fonseca e Serranheira, 2006; Capelo, 2011), mas inferior a outros estudos realizados com enfermeiros Portugueses (Cotrim, 2008; Francisco, 2011).

A capacidade de trabalho dos profissionais (Enfermeiros e AAM), correspondeu em média à categoria de “boa” capacidade para o trabalho, com um valor médio de 41,68 (dp=4,8), o que está de acordo com o verificado noutros estudos (Estryn-Behar et al, 2005; Cotrim, 2008; Francisco, 2011).

Neste sentido, no que respeita à idade, os resultados obtidos demonstraram uma maior percentagem de profissionais com ICT satisfatório nos grupos etários dos 26 aos 45 anos. Estes resultados não indicam uma tendência para diminuição do ICT à medida que a idade aumenta, não estando de acordo com as conclusões de diversos estudos (Ilmarinem, 1995 cit. por Costa, 2008; Estry-Behar et al., 2005; Cotrim, 2008; Chiu et al., 2007; Francisco, 2011).

Das doenças diagnosticadas pelo médico, 62,8% dos profissionais referiram apresentar doenças, sendo as três mais prevalentes as doenças lesão por acidente (37,2%), doenças respiratórias (30,2%) e doenças endócrinas e metabólicas (20,9%) No entanto, apesar das doenças que os profissionais manifestam, apenas 11,6% refere ter que abrandar “por vezes” o ritmo de trabalho ou o modo de trabalhar devido aos sintomas que apresentam.

Os resultados em relação às Lesões Músculo-Esqueléticas auto-referidas pelos profissionais, demonstram que as regiões corporais mais afetadas nos últimos 12 meses são: a coluna vertebral (cervical – 25,6%, dorsal – 23,3% e lombar – 30,2%) e os ombros (20,9%). As LME ao nível da coluna vertebral, cintura escapular e membros superiores, têm sido descritas como associadas à adoção de posturas penosas, com transporte manual de cargas, de duração e frequência elevadas, como é o caso das tarefas de posicionamento e transferência dos doentes (Smith et al., 2006).

Relativamente à satisfação no trabalho, no grupo de profissionais que estavam “quase sempre” satisfeitos com o seu trabalho, 93,8% apresentavam um ICT satisfatório. Apesar de não se verificar uma tendência, os valores de ICT satisfatório são maiores naqueles que tinham “quase sempre” (75%) ou “por vezes” (86,8%) uma boa relação com a chefia, assim como nos que apresentavam melhores relações com os colegas.

Quanto à movimentação manual de doentes, não houve nenhum acidente de trabalho reportado. 34,9% dos profissionais referiram que realizaram mobilizações ou transferências de doentes sem utilização de equipamento de ajuda técnica, quando este era recomendado. 39,5% dos profissionais

considerou que “por vezes” a falta de equipamento, espaço, ambiente, aptidões ou conhecimentos adequados interferiu com a reabilitação dos doentes e quanto à transferência do doente, 9,3% considerou que “por vezes” a falta de equipamento, espaço, ambiente, aptidões ou conhecimentos adequados interferiu com a transferência do doente.

Dentro dos equipamentos de ajuda técnica necessários, o Hospital tinha o dispositivo para efetuar a higiene dos doentes sentados. O elevador hidráulico existia mas houve situações em que deveria ter sido utilizado e não o foi, o que poderá ter acontecido devido à pressão temporal do trabalho ou à falta de formação dos profissionais acerca do equipamento.

A satisfação dos doentes após a transferência era bastante elevada e a perceção dos profissionais em relação à execução das transferências também foi boa.

Em suma, os resultados obtidos neste estudo devem ser tomados em consideração pela gestão hospitalar da unidade de saúde, no sentido de equilibrar as exigências das atividades quotidianas dos enfermeiros e auxiliares de ação médica com a sua capacidade de trabalho, de forma a manter simultaneamente a produtividade nos serviços e o bem – estar dos profissionais e dos doentes.

Pretendeu-se com este estudo, contribuir para definir um conjunto de medidas de intervenção futuras a serem implementadas através do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital, no sentido de melhorar a satisfação com o trabalho, aumentar a capacidade de trabalho dos profissionais e diminuir a exposição ao risco de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com a movimentação manual dos doentes;

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Limitações dos Estudo

- Não foi possível avaliar a representatividade da amostra na população do Hospital, portanto não se podem generalizar os resultados obtidos;
- Não foi utilizado o instrumento Intervention Evaluation Tool (Fray e Hignett, 2009), na sua totalidade, devido a limitações temporais;
- O questionário foi aplicado, nalguns casos, na sala de trabalho, comum a todos os profissionais, o que pode ter influenciado os resultados devido a: presença da ergonomista em alguns desses momentos, a presença do enfermeiro – chefe e a presença dos seus pares. Os dois primeiros podem ser encarados como duas figuras que exercem alguma pressão nas respostas dadas, cujas repercussões se podem refletir principalmente no aumento do otimismo e na diminuição das queixas e lesões;
- Pode existir viés de memória quando as questões se remetem aos „últimos 12 meses“, nomeadamente nas questões relacionadas com as LME auto-referidas e os acidentes na movimentação manual de doentes;
- Devia ter existido mais tempo para o treino da ergonomista que observou as transferências, apesar de não terem sido sentidas dificuldades na aplicação do DINO;
- A presença da ergonomista durante a realização das transferências poderá ter influenciado o desempenho dos profissionais.

2. Perspetivas Futuras

- Continuar a recolher dados sobre os auxiliares de ação médica a par dos enfermeiros, em serviços de outra natureza e com amostras de dimensão superior;
- Desenvolver mais estudos que utilizem o IAIE e que permitam validá-lo;
- Realizar mais estudos que permitam aprofundar o conhecimento sobre a perceção do risco de desenvolvimento de LMELT e verificar se existem diferenças significativas entre a perceção dos profissionais de saúde e a sua situação real;
- Treinar indivíduos especializados em observação transferências de doentes de modo a facilitar a aplicação do IET e a aumentar a sua fiabilidade.

BIBLIOGRAFIA

- Aposentações, C. G. d. (2011). Caixa Geral de Aposentações: média de idades dos aposentados/reformados à data da aposentação - Portugal.
- Arjo (2005). *Arjo Guidebook for Architects and Planners*. Sweden: Arjo ab.
- Bellusci, S. M. & F. M. Fischer (1999). Aging and work conditions in forensic workers. *Revista de Saúde Pública*, 33, 602-609.
- Bjork, I. T., G. B. Samdal, B. S. Hansen, S. Torstad & G. A. Hamilton (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 44, 747-57.
- Camerino, D., M. Sandri, S. Sartori, P. Campanini, P. M. Conway, G. Fichera & G. Costa (2001). Effort-Reward Imbalance and Work Ability Index among Italian Female Nurses: The Role of Family Status and Work-Family Conflict. In *Age Management Book 4th Work Ability Symposium*, 135-143.
- Capelo, C. A. S. (2011). Estudo ergonómico do risco ocupacional das tarefas de movimentação manual de doentes e da capacidade de trabalho dos profissionais. Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana.
- Chiu, M. C., M. J. Wang, C. W. Lu, S. M. Pan, M. Kumashiro & J. Ilmarinen (2007). Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. *Nurs Outlook*, 55, 318-26.
- Costa, A. F. R. P. (2008). Contributo para o estudo da relação entre o índice de capacidade para o trabalho, o envelhecimento e a ergonomia. Faculdade de Ciências e Tecnologia: Universidade Nova de Lisboa.
- Costa, G. & S. Sartori (2007). Ageing, working hours and work ability. *Ergonomics*, 50, 1914-30.
- Costa, G., S. Sartori, B. Bertoldo, D. Olivato, G. Antonacci, V. Ciuffa & F. Mauli. (2005). Work ability in health care workers. In *International Congress Series*, 264–269.
- Costa, I. (2009). TRABALHO POR TURNOS, SAÚDE E CAPACIDADE PARA O TRABALHO DOS ENFERMEIROS. 204. Universidade de Coimbra.
- Cotrim, T., D. Canuto, S. Gomes, C. Francisco & L. Correia (2012). Patient Handling: Applying the DINO Method among Portuguese Nurses. In *International Symposium on Occupational Safety and Hygiene*, 194-198.
- Cotrim, T., C. Francisco, L. Correia, M. Fray & S. Hignett (2011). Patient handling risk assessment: First steps applying «Intervention Evaluation

- Tool» in Portuguese hospitals. In *Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety 2011*, ed. T. F. Group, 481-484. London.
- Cotrim, T. & A. Simões (2009). Evolução da idade e capacidade de trabalho em Enfermeiros. In *Colóquio Internacional sobre segurança e higiene ocupacionais*, 175-178.
- Cotrim, T., A. Simões & C. Silva (2010). Age and Work Ability among Portuguese Nurses. In *Age Management Book 4th Work Ability Symposium*, 117-125.
- Dawson, A. P., S. N. McLennan, S. D. Schiller, G. A. Jull, P. W. Hodges & S. Stewart (2007). Interventions to prevent back pain and back injury in nurses: a systematic review. *Occup Environ Med*, 64, 642-50.
- Estryn-Behar, M., G. Kreutz, O. Le Nezet, L. Mouchot, D. Camerino, R. K. Salles, E. Ben-Brik, J. P. Meyer, J. F. Caillard & H. M. H. t. N. s. group. (2005). Promotion of work ability among French health care workers—value of the work ability index. In *International Congress Series 1280*, 73-78.
- Fernandes da Silva, C., V. Rodrigues, A. Pereira, T. Cotrim, J. Silvério, P. Rodrigues, P. Maia & C. Sousa (2006). *Índice de Capacidade para o Trabalho - Portugal e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Versão portuguesa do Work Ability Index, do Finnish Institute of Occupational Health (FIOH), Finland: Projecto POCTI/ESP/40743/2001 - FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia.*
- Fischer, F. M., F. N. Borges, L. Rotenberg, R. Latorre Mdo, N. S. Soares, P. L. Rosa, L. R. Teixeira, R. Nagai, J. Steluti & P. Landsbergis (2006). Work ability of health care shift workers: What matters? *Chronobiol Int*, 23, 1165-79.
- Fischer, F. M., N. d. S. Borges, L. Rotenberg, M. d. R. D. d. O. Latorre, N. S. Soares, P. L. F. S. Rosa, R. Nagai & P. Landsbergis (2005). A (in)capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. In *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho n.º 2*, 97-103. Belo Horizonte.
- Fonseca, R. & F. Serranheira (2006). Sintomatologia músculo-esquelética auto-referida por enfermeiros em meio hospitalar. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 37-43.
- Francisco, C. (2011). Capacidade de Trabalho em Enfermeiros e o Risco na Movimentação Manual de Doentes. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa Faculdade de Motricidade Humana.
- Fray, M. & S. Hignett (2010). A tool to measure the success of patient handling interventions in healthcare across the EU. In *Contemporary Ergonomics*

and Human Factors 2010: Proceedings of the International Conference on Contemporary Ergonomics and Human Factors 2010, 315-323.

Golubic, R., M. Milosevic, B. Knezevic & J. Mustajbegovic (2009). Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *J Adv Nurs*, 65, 2056-66.

Graça, L. (2010). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: um imperativo também para a gestão. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3-6.

Ilmarinen, J. (2001). Aging workers. *Occup Environ Med*, 58, 546.

Ilmarinen, J. (2006). TOWARDS A LONGER WORKLIFE! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Finnish Institute of Occupational Health Ministry of Social Affairs and Health.

Ilmarinen, J., K. Tuomi, L. Eskelinen, C. H. Nygard, P. Huuhtanen & M. Klockers (1991). Summary and recommendations of a project involving cross-sectional and follow-up studies on the aging worker in Finnish municipal occupations (1981-1985). *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 135-141.

Ilmarinen, J., K. Tuomi & J. Seitsamo (2005). New dimensions of work ability. In *International Congress Series 1280*, 3-7.

INE (2004). Decréscimo e envelhecimento da população até 2050 - 2000 - 2050. Lisboa.

INE (2008). Instituto Nacional de Estatística. Lisboa.

INE (2010a). Estatísticas Demográficas - 2009. Lisboa.

INE (2010b). Estimativas de População Residente, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios - 2009. Lisboa.

Johnsson, C., R. Carlsson & M. Lagerstrom (2002). Evaluation of training in patient handling and moving skills among hospital and home care personnel. *Ergonomics*, 45, 850-65.

Johnsson, C., K. Kjellberg, A. Kjellberg & M. Lagerstrom (2004). A direct observation instrument for assessment of nurses' patient transfer technique (DINO). *Applied Ergonomics*, 35, 591-601.

Kjellberg, K., C. Johnsson, K. Proper, E. Olsson & M. Hagberg (2000). An observation instrument for assessment of work technique in patient transfer tasks. *Applied Ergonomics*, 31, 139-50.

Koppelaar, E., H. S. Miedema, J. J. Knibbe & Burdorf (2008). Determinants of implementation of primary preventive interventions on patient handling

- in health care: a systematic review. In *in proceedings book of 2nd International Conference HEPS 2008*. Estrasburgo.
- Lu, H., While, A. E., & Louise Barriball, K. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 211e227.
- LU, K.-Y., L.-C. CHANG & H.-L. WU (2007). RELATIONSHIPS BETWEEN PROFESSIONAL COMMITMENT, JOB SATISFACTION, AND WORK STRESS IN PUBLIC HEALTH NURSES IN TAIWAN. *Journal of Professional Nursing*, 23, 110–116
- Martinez, M. C. & M. d. R. D. d. O. Latorre (2006). Health and work ability among office workers. *Revista de Saúde Pública*, 40, 851-858.
- Nygaard, C. H., L. Eskelinen, S. Suvanto, K. Tuomi & J. Ilmarinen (1991). Associations between functional capacity and work ability among elderly municipal employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 17, 122-127.
- Park, M., J. Y. Lee & S.-H. Cho (2012). Newly Graduated Nurses' Job Satisfaction: Comparison with Allied Hospital Professionals, Social Workers, and Elementary School Teachers. In *Asian Nursing Research*, 85-90.
- Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 311–318.
- Retsas, A. & J. Pinikahana (2000). Manual handling activities and injuries among nurses: an Australian hospital study. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 875-883.
- Rotenberg, L., L. F. Portela, B. Banks, R. H. Griep, F. M. Fischer & P. Landsbergis (2008). A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel. *Appl Ergon*, 39, 646-52.
- Schibye, B., A. F. Hansen, C. T. Hye-Knudsen, M. Essendrop, M. Bocher & J. Skotte (2003). Biomechanical analysis of the effect of changing patient-handling technique. *Appl Ergon*, 34, 115-23.
- Serranheira, F. & T. Cotrim (2012). Ergonomic Work Analysis contributions: observational nursing activity analysis in a hospital ward. In *International Symposium on Occupational Safety and Hygiene*, 538-541.
- Serranheira, F., A. Uva & M. Lopes (2008). *Lesões Músculo-Esqueléticas e Trabalho, Alguns métodos de avaliação do risco*. Sociedade Portuguesa Medicina do Trabalho.

- Smith, D. R., Mihashi, M., Adachi, Y., Koga, H., & Ishitake, T. (2006). A detailed analysis of musculoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses. *J Safety Res*, 37(2), 195-200. doi: 10.1016/j.jsr.2006.01.004
- Tuomi, K., L. Eskelinen, J. Toikkanen, E. Jarvinen, J. Ilmarinen & M. Klockars (1991). Work load and individual factors affecting work ability among aging municipal employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 17, 128-134.
- Tuomi, K., P. Huuhtanen, E. Nykyri & J. Ilmarinen (2001). Promotion of work ability the quality of work and retirement. In *Occupational Medicine*, 318-324.
- Tuomi, K., J. Ilmarinen, R. Martikainen, L. Aalto & M. Klockars (1997). Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23, 58-65.
- Tzeng, H. M., S. Ketefian & R. W. Redman (2002). Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 79-84.
- WHO (World Health Organization). (2002). Active Ageing: a policy framework. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1

Lista de Verificação

Lista de Verificação dos Espaços e Equipamentos dos Serviços de Internamento

Piso

1. Aspetos Gerais do Piso

1.1. Número total de quartos	
1.2. Número total de camas	
1.3. Número de camas por quarto múltiplo	
<u>Observações:</u>	

2. Características do Piso

2.1. Entrada	
2.1.1. Largura	
2.1.2. Um / Dois batentes	Um <input type="checkbox"/> Dois <input type="checkbox"/>
2.1.3. Sentido de abertura da porta	
2.2. Corredor principal	
2.2.1. Largura	
2.2.2. Comprimento	
2.3. Equipamento médico	
2.3.1. Eletrocardiógrafo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2.3.2. Acesso a carro de emergência com desfibrilhador, oxigénio respirável e equipamento de ventilação manual	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2.3.3. Aparelho de raios X portátil	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<u>Observações:</u>	

3. Quarto: _____

3.1. Comprimento		
3.2. Largura		
3.3. Entrada		
3.3.1. Largura		
3.3.2. Uma / Duas portas	Uma <input type="checkbox"/>	Duas <input type="checkbox"/>
3.4. Corredor principal		
3.4.1. Largura		
3.4.2. Comprimento		
3.5. Corredor secundário		
3.5.1. Largura		
3.5.2. Comprimento		
3.6. Sistema de chamada	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3.6.1. Luminoso	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3.6.2. Sonoro	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3.7. Arejamento natural	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3.8. Iluminação natural	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3.9. Exposição direta ao sol	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3.10. Cortinas entre camas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3.11. Tomada de corrente elétrica por cama	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3.12. Fonte de luz à cabeceira	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

4. Quarto: _____

4.1. Comprimento		
4.2. Largura		
4.3. Entrada		
4.3.1. Largura		
4.3.2. Uma / Duas portas	Uma <input type="checkbox"/>	Duas <input type="checkbox"/>
4.4. Corredor principal		
4.4.1. Largura		
4.4.2. Comprimento		
4.5. Corredor secundário		
4.5.1. Largura		
4.5.2. Comprimento		

4.6. Sistema de chamada	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4.6.1. Luminoso	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4.6.2. Sonoro	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4.7. Arejamento natural	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4.8. Iluminação natural	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4.9. Exposição direta ao sol	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4.10. Cortinas entre camas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4.11. Tomada de corrente elétrica por cama	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4.12. Fonte de luz à cabeceira	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

5. Quarto: _____

5.1. Comprimento		
5.2. Largura		
5.3. Entrada		
5.3.1. Largura		
5.3.2. Uma / Duas portas	Uma <input type="checkbox"/>	Duas <input type="checkbox"/>
5.4. Corredor principal		
5.4.1. Largura		
5.4.2. Comprimento		
5.5. Corredor secundário		
5.5.1. Largura		
5.5.2. Comprimento		
5.6. Sistema de chamada	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5.6.1. Luminoso	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5.6.2. Sonoro	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5.7. Arejamento natural	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5.8. Iluminação natural	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5.9. Exposição direta ao sol	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5.10. Cortinas entre camas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5.11. Tomada de corrente elétrica por cama	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5.12. Fonte de luz à cabeceira	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

6. Camas

<u>Tipologia da cama</u>	Fixa		Regulável	
6.1. Quantidade				
6.2. Sistema de regulação com 3 secções / manual / elétrico / hidráulico	N.A.			
6.3. Mecanismo de regulação com pedal / manual / manivela	N.A.			
6.4. Sistema de travagem com 2 / 4 rodas	Duas <input type="checkbox"/>	Quatro <input type="checkbox"/>		
6.5. Dimensões das camas				
6.5.1. Largura				
6.5.2. Comprimento				
6.5.3. Altura máxima (com colchão)				
6.5.4. Altura mínima (sem colchão)				
6.5.5. Profundidade				
			Quarto duplo	Quarto +1
6.6. Espaço das camas				
6.6.1. Área da cama				
6.6.2. Espaço entre camas				
6.6.3. Espaço entre cama e parede				
6.6.4. Espaço entre pés da cama e parede				
6.7. Colchão				
6.7.1. Largura				
6.7.2. Comprimento				
6.7.3. Altura				
6.8. Grades laterais				
6.8.1. Altura				
6.8.2. Rebatíveis na horizontal	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6.8.3. Rebatíveis na vertical	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6.9. Suporte de soro	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<u>Observações:</u>				

7. Cadeiras e Cadeiras de Rodas

<u>Diferenciação Cadeirão / Cadeira de Rodas</u>	Cadeirão _____	Cadeira de Rodas _____
7.1. Quantidade		
7.2. Rodas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	N.A.
7.2.1. Tipo de rodas	Simples <input type="checkbox"/> Duplas <input type="checkbox"/>	N.A.
7.3. Pegas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
7.4. Apoio de cabeça	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
7.5. Apoio de braços	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
7.5.1. Apoio de braços	Amovíveis <input type="checkbox"/> Fixos <input type="checkbox"/>	Amovíveis <input type="checkbox"/> Fixos <input type="checkbox"/>
7.5.1.1. Tipo de braços amovíveis para trás / baixam / saem		
7.6. Apoio de pés	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
5.6.1. Apoio de pés amovível / fixo	Amovível <input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/>	Amovível <input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/>
7.7. Sistema de travagem	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
5.7.1. Sistema de duas / quatro rodas	Duas <input type="checkbox"/> Quatro <input type="checkbox"/>	Duas <input type="checkbox"/> Quatro <input type="checkbox"/>
7.8. Dobrável	N.A.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
7.9. Dimensões		
7.9.1. Largura		
7.9.2. Assento		
7.9.3.1. Altura		
7.9.3.2. Largura		
7.9.3. Encosto		
7.9.3.1. Altura		
7.9.3.2. Largura		
7.9.3.3. Largura máxima entre rodas		
7.9.3.4. Espessura		
7.9.3.5. Inclinação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
7.9.3.6. Apoio lombar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<u>Observações:</u>		

8. Cadeiras e Cadeiras de Rodas

<u>Diferenciação Cadeirão / Cadeira de Rodas</u>	Cadeirão _____	Cadeira de Rodas _____
8.1. Quantidade		
8.2. Rodas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	N.A.
8.2.1. Tipo de rodas	Simples <input type="checkbox"/> Duplas <input type="checkbox"/>	N.A.
8.3. Pegas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
8.4. Apoio de cabeça	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
8.5. Apoio de braços	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
8.5.1. Apoio de braços	Amovíveis <input type="checkbox"/> Fixos <input type="checkbox"/>	Amovíveis <input type="checkbox"/> Fixos <input type="checkbox"/>
8.5.1.1. Tipo de braços amovíveis para trás / baixam / saem		
8.6. Apoio de pés	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
8.6.1. Apoio de pés amovível / fixo	Amovível <input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/>	Amovível <input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/>
8.7. Sistema de travagem	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
8.7.1. Sistema de duas / quatro rodas	Duas <input type="checkbox"/> Quatro <input type="checkbox"/>	Duas <input type="checkbox"/> Quatro <input type="checkbox"/>
8.8. Dobrável	N.A.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
8.9. Dimensões		
8.9.1. Largura		
8.9.2. Assento		
8.9.3.1. Altura		
8.9.3.2. Largura		
8.9.3. Encosto		
8.9.3.1. Altura		
8.9.3.2. Largura		
8.9.3.3. Largura máxima entre rodas		
8.9.3.4. Espessura		
8.9.3.5. Inclinação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
8.9.3.6. Apoio lombar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<u>Observações:</u>		

9. Instalações Sanitárias para pacientes

<u>Diferenciação das instalações sanitárias por género</u>	
9.1. Número total de instalações sanitárias	
9.1.1. Número de instalações sanitárias para pessoas com limitações	
9.1.2. Número de instalações sanitárias para pessoas sem limitações	
9.2. Número de instalações sanitárias centralizadas	
9.3. Número de instalações sanitárias individuais	
9.4. Área	
9.5. Entrada	
9.5.1. Largura	
9.5.2. Número de portas	
9.5.3. Sentido de abertura das portas	
9.6. Espaço livre para rotação de cadeiras de rodas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
9.7. Lavatórios	
9.7.1. Quantidade	
9.7.2. Altura	
9.7.3. Espaço livre	
9.7.4. Elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
9.7.5. Espelho	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
6.7.5.1. Altura do bordo superior	
6.7.5.2. Altura do bordo inferior	
6.7.5.3. Inclinação	
9.8. Sanitas para acesso em cadeiras de rodas	
9.8.1. Quantidade	
9.8.2. Tampo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
9.8.2.1. Altura com tampo	
9.8.2.2. Altura sem tampo	
9.8.3. Barras de apoio	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
9.8.3.1. Altura à esquerda	
9.8.3.2. Altura à direita	

9.8.3.3. Comprimento à esquerda	
9.8.3.4. Comprimento à direita	
9.8.3.5. Distância entre barras	
9.8.3.6. Distância do tampo às barras	
9.8.4. Espaço livre	
9.10. Outros	
9.10.1. Altura do desinfetante	
9.10.2. Altura do secador das mãos	
9.10.3. Altura do suporte para papel das mãos	
9.11. Sistema de chamada	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
9.11.1. Luminoso	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
9.11.2. Sonoro	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
9.11.3. Tipo de sistema: Botão para Carregar / Botão para puxar / Cabo de puxar	
9.11.4. Altura do dispositivo	
<u>Observações:</u>	

10. Instalações de Banho

<u>Diferenciação da tipologia de instalação de banho</u>	Banheira		Duche	
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.1. Número total de instalações de banho				
10.2. Número de instalações de banho comuns				
10.3. Número de instalações de banho individuais				
10.4. Número de instalações com / sem banheira fixa				
10.4.1. Altura				
10.5. Número de instalações com / sem poliban				
10.5.1. Altura				
10.6. Espaço livre para rotação de cadeiras de rodas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.7. Zona livre com recuo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.7.1. Dimensão do recuo				
10.7. Entrada				
10.7.1. Largura				

10.7.2. Número de portas				
10.7.3. Sentido de abertura das portas				
10.8. Cadeira de duche rebatível	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.8.1. Quantidade				
10.8.2. Rodas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.8.3. Altura do assento				
10.8.4. Largura do assento				
10.8.4.1. Dimensão do recuo do assento				
10.8.5. Altura das pegas				
10.8.6. Apoio para braços				
10.9. Barras de apoio	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.9.1. Bilaterais				
10.9.1.1. Altura mínima				
10.9.1.2. Altura máxima				
10.9.1.3. Comprimento				
10.9.1.4. Forma				
10.9.2. Na parede oposta à cadeira				
10.9.2.1. Altura mínima				
10.9.2.2. Altura máxima				
10.9.2.3. Comprimento				
10.9.2.4. Forma				
10.10. Ajudas técnicas				
10.10.1. Cadeira de banho	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.10.1.1. Altura do assento				
10.10.1.2. Existência de rodas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.10.1.2.1. Tipo de rodas				
10.10.1.3. Manutenção	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.10.1.4. Ajustável	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.10.2. Maca para banho	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.10.2.1. Altura do assento				
10.10.2.2. Existência de rodas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.10.2.2.1. Tipo de rodas				
10.10.2.3. Manutenção	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.10.2.4. Ajustável	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.10.3. Duche / Banheira com ajuda técnica				
10.10.4. Elevador para banheira	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

10.10.4.1. Mecanismo de Regulação manual / elétrico / hidráulico				
10.10.4.2. Tipo de fundas				
10.10.4.3. Base do elevador fixa / com abertura				
10.10.4.4. Tamanho das fundas S/M/L/XL/XXL				
10.10.4.5. Peso máximo do elevador				
7.10.4.6. Manutenção	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.11. Sistema de chamada	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.11.1. Luminoso	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.11.2. Sonoro	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10.12. Outros				
<u>Observações:</u>				

11. Equipamentos de ajuda técnica

11.1. Elevadores	
11.1.1. Mecanismo de Regulação manual / elétrico / hidráulico	
11.1.2. Tipo de fundas	
11.1.3. Base do elevador fixa / com abertura	
11.1.4. Tamanho das fundas S / M / L / XL / XXL	
11.1.5. Peso máximo do elevador	
11.2. Outros equipamentos	
11.2.1. Tábuas de transferência	
11.2.2. Discos de transferência	
11.2.3. Cintos	
11.2.4. Slidding Sheets / Easy slides	
11.2.5. Outro	
<u>Observações:</u>	

