

**Instituto Politécnico de Viseu**  
**Escola Superior de Saúde de Viseu**



**2º CURSO DE MESTRADO EM EMFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

# **Capacidade Para o Trabalho Dos Enfermeiros**

## **Relacionada Com a Idade**

Sónia Fonseca

**WISEU**

2012



**Instituto Politécnico de Viseu**  
**Escola Superior de Saúde de Viseu**



**2º CURSO DE MESTRADO EM EMFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

# **Capacidade Para o Trabalho dos Enfermeiros Relacionada Com a Idade**

Sónia Fonseca

Tese Mestrado realizada no âmbito do 2º do curso de mestrado em enfermagem de  
reabilitação, apresentada à Escola Superior de Saúde de Viseu sob orientação da  
Professora Doutora Rosa Martins,  
Professora Coordenadora

**VISEU**

2012



## RESUMO

**Introdução:** Na conjuntura actual, existem cada vez mais enfermeiros a permanecer no mercado de trabalho por períodos de tempo mais longos, constituindo esta circunstância um verdadeiro desafio à sua capacidade para o trabalho. Nesta perspectiva torna-se pertinente identificar níveis de capacidade para o trabalho bem como um conjunto de factores que nela interferem.

**Objetivo:** Avaliar a Capacidade para o trabalho dos enfermeiros e verificar em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais têm efeito significativo no seu desempenho.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, possuindo, ainda, uma componente analítica que incide, especificamente, sobre a Capacidade para o trabalho dos enfermeiros. A amostra é do tipo não probabilístico, por conveniência, constituída por 159 enfermeiros do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE (CHTV; EPE). O instrumento de colheita de dados integra o Índice de Capacidade para o Trabalho. Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS versão 19.

**Resultados:** A população estudada é maioritariamente feminina, com uma média de idades de 36,49 anos, casada, com filhos e Licenciados. As variáveis que influenciaram significativamente a capacidade para o trabalho são: idade, género, estado civil, existência de filhos, habilitações académicas, vínculo laboral, tempo de serviço e as exigências do trabalho .

**Conclusão:** Face às evidências apresentadas, infere-se que as variáveis estudadas, designadamente a idade influenciam a capacidade para o trabalho dos enfermeiros, impondo-se considera-las para intervir na prevenção incentivando os trabalhadores a hábitos de vida saudáveis, minimizando os efeitos adversos do trabalho e manter uma vigilância periódica da saúde. Em suma, devem ser implementadas estratégias de intervenção que melhorem a capacidade para o trabalho, promovam a saúde e o bem-estar dos enfermeiros, tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados, assim como devem ser desenvolvidos estudos nesta área com maior rigor metodológico.

## ABSTRACT

**Introduction:** At the current juncture, there are more nurses to remain in the workforce for longer periods of time, and this constitutes a true challenge to their ability to work. In this context it is pertinent to identify work capacity levels as well as a number of factors that impact on it.

**Objective:** To evaluate the work capacity of nurses, and see to what extent sociodemographic and professionals variables have significant effect on performance.

**Methodology:** This is a quantitative, cross-sectional and descriptive study, having also an analytical component that focuses specifically on the working capacity of nurses. The sample is non probabilistic, for convenience, and consists of 159 nurses from the Centre Hospitalier Tondela - Viseu, EPE (CHTV; EPE). The instrument of data collection is part of the Capacity Index for Work. For statistical analysis we used SPSS version 19.

**Results:** The study population was predominantly female, with a mean age of 36-49 years, married, with children and Licensed. The variables that significantly influenced the capacity to work are: age, gender, marital status, number of children, educational attainment, labor bond, length of service and job requirements.

**Conclusion:** Given the evidence presented, it appears that the studied variables, including age, influence the work capacity of nurses. It is important to act on these variables as a matter of prevention, encouraging employees to healthy living, minimizing adverse work effects and maintain a periodic health surveillance. In short, it should be implemented intervention strategies that improve the capacity to work, promote health and well-being of nurses in order to improve the care provided. Also, studies with greater methodological rigor should be conducted in this area.



## INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros em função do sexo .....	43
Quadro 2 – Características sociodemográfica dos enfermeiros em função do sexo .....	44
Quadro 3 – Estatísticas relativas à idade com que os enfermeiros começaram a trabalhar .....	45
Quadro 4 – Características profissional dos enfermeiros em função do sexo .....	47
Quadro 5 – Estatísticas relativas ao tempo de trabalho no serviço actual .....	48
Quadro 6 – Índice de Capacidade para o Trabalho: descrição dos itens, nº de questões e sua pontuação.....	51
Quadro 7 – Classificação da capacidade para o trabalho segundo os seus scores.....	52
Quadro 8 – Consistência interna do ICT (nota global e itens) e comparação de valores de Alfa de Cronbach do estudo de Júnior (2010) e estudo actual (2012).....	53
Quadro 9 – Estatísticas ao ICT em função do sexo.....	53
Quadro 10 – Características da capacidade para o trabalho (por grupos) .....	54
Quadro 11 – Características do Índice da Capacidade para o Trabalho.....	55
Quadro 12 – Teste de Kruskal-Wallis entre a Capacidade para o Trabalho com o Estado Civil, Escolaridade e número de filhos.....	57
Quadro 13 – Análise de regressão linear simples entre a idade, a idade com que começaram a trabalhar e o Tempo de trabalho no serviço actual, com a Capacidade para o Trabalho .....	58
Quadro 14 – Teste de Kruskal-Wallis entre a Capacidade para o Trabalho com o Tempo de serviço, serviço onde trabalha, vínculo profissional, número de horas que realiza por semana e exigências do trabalho .....	59
Quadro 15 – Teste de U de Mann Whitney entre o Regime de Trabalho, a existência de lesão\doença e a Capacidade para o trabalho .....	60
Quadro 16 – Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável Capacidade para o Trabalho .....	63



## INDICE

INDICE DE QUADROS.....	17
LISTA DE SIGLAS .....	20
INTRODUÇÃO .....	12
I PARTE.....	16
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1 – ENFERMAGEM.....	18
1.1 – PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS.....	19
2 – CAPACIDADE PARA O TRABALHO.....	22
2.1. - DETERMINANTES DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO .....	26
2.1.1. - Aspectos sócio-demográficos.....	26
2.1.2. - Estilos de Vida .....	27
2.1.3. - Saúde.....	27
2.1.4. - Trabalho .....	28
II PARTE .....	32
TRABALHO EMPIRICO.....	32
1 – METODOLOGIA .....	34
1.1 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO .....	36
III PARTE .....	42
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	42
1 – RESULTADOS.....	43
1.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA .....	43
1.2 – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL .....	45
1.3 – ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO .....	49
1.4 – SÍNTESE DOS RESULTADOS .....	60
BIBLIOGRAFIA.....	72

## LISTA DE SIGLAS

ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
FIOH	Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
INE	Instituto Nacional de Estatística
Art.	Artigo
OE	Ordem dos Enfermeiros
WHO	World Health Organization
$p$	Significância estatística
$t$	Teste $t$ de <i>Student</i>
$r$	Coefficiente de Correlação de Pearson
$s$	Desvio padrão
$R$	Amplitude amostral
$\bar{x}$	Média



## INTRODUÇÃO

Portugal está a vivenciar um processo de transição demográfica, caracterizado pelo número de pessoas que estão a envelhecer, ocasionando o envelhecimento da população em idade produtiva e também da capacidade para o trabalho.

Este processo que mundialmente se está a enfrentar é consequência da diminuição da natalidade, da mortalidade infantil e das doenças infecciosas, levando a um aumento da esperança de vida, do número de pessoas idosas e da população em idade produtiva.

É portanto importante realizar estudos, da relação da capacidade de trabalho e a idade, de forma a se desenvolverem medidas de promoção de saúde, à população em idade produtiva, tendo em vista a preservação da capacidade para o trabalho.

A capacidade para o trabalho, está directamente relacionada com a capacidade de realizar actividades que envolvam as aptidões físicas, mentais, sociais e funcionais.

A definição conceitual de capacidade para o trabalho representa a questão: o quanto o trabalhador está bom no momento e num futuro próximo e o quanto está apto para fazer seu trabalho em relação às exigências do trabalho, à saúde e aos recursos mentais.

A maior parte dos estudos de capacidade para o trabalho têm sido desenvolvidos na Finlândia, e os resultados apontam que esse processo sofre influências das condições de trabalho e de saúde, do estilo de vida e do envelhecimento biológico, pois, de acordo com esse processo, há diminuição dos movimentos das articulações, perda da força, resistência muscular e elasticidade dos tecidos, aumento das dorso-cervico-lombalgias e diminuição das tomadas de decisões.

O tema proposto para este estudo consiste em investigar a capacidade para o trabalho e analisar a evolução do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) com a idade, de um grupo de enfermeiros. O ICT é muito útil no acompanhamento da evolução dos trabalhadores ao longo do seu envelhecimento. Este método permite evidenciar se os trabalhadores estão a ter

problemas de realização do seu trabalho, permitindo a intervenção precoce de modo a prevenir perdas de produtividade por parte dos trabalhadores idosos.

A capacidade para o trabalho, é considerada como fundamental para a realização pessoal, profissional e conseqüente bem-estar do indivíduo, é definida 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 sua saúde e os recursos psicológicos disponíveis*” (Ilmarinen), representando uma medida de envelhecimento funcional.

A escolha desta problemática prendeu-se também com o facto de se considerar actual e muito relevante, dada a escassez de estudos realizados em Portugal que relacionam o índice de capacidade para o trabalho dos enfermeiros com a idade.

Considerou-se relevante questionar os enfermeiros relativamente à sua capacidade para o trabalho.

Assim, este estudo tem como objectivo principal *analisar a relação da capacidade para o trabalho dos enfermeiros com a idade*. Para além deste, pretende-se ainda atingir os seguintes objectivos específicos:

- Avaliar a Capacidade para o trabalho dos enfermeiros.
- Verificar em que medida as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo na Capacidade para o trabalho dos enfermeiros.
- Analisar a relação existente entre as variáveis profissionais e a Capacidade para o trabalho dos enfermeiros.

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, possuindo, ainda, uma componente analítica que incide, especificamente, sobre a Capacidade para o trabalho dos enfermeiros. A amostra do estudo é não probabilística e acidental (Fortin, Côté & Filion, 2009), constituída por 159 enfermeiros. A colheita de dados foi realizada durante o período de Janeiro e Março de 2012. Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 19 para o Windows.

Este trabalho está estruturado em três partes. A 1ª Parte consiste no enquadramento teórico, no qual são abordados os temas mais pertinentes e actuais relacionados com a problemática em estudo, tais como: enfermagem e a capacidade para o trabalho. A 2ª Parte refere-se à investigação empírica. A 3ª e última Parte consiste na apresentação e análise dos resultados obtidos.

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

Acredita-se que o tema proposto para estudo poderá contribuir para a promoção do bem-estar do trabalhador no seu local de trabalho e para a sensibilização junto dos trabalhadores e gestores hospitalares acerca desta problemática, nomeadamente, a sua influência na saúde e na capacidade para o trabalho, e para a necessidade de uma intervenção, tendo em vista a melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.



**I PARTE**

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1 – ENFERMAGEM

A enfermagem desempenha hoje uma função social de primordial importância na área da saúde, função que ao longo dos anos se foi consolidando e diferenciando, como resultado de uma actividade que tem trazido grandes benefícios ao homem nos momentos mais difíceis da existência da humanidade.

Segundo o REPE, a *Enfermagem* é conceituada como “*a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível*” (nº 1 do art. 4º do REPE)

As grandes divergências de pensamento sobre aquilo que é a essência da prática profissional de enfermagem, são o resultado das circunstâncias que têm acompanhado a sua evolução ao longo da história da humanidade.

Desde a pré-história que são encontrados homens e mulheres envolvidos em práticas de assistir as pessoas, que hoje se intitulam de enfermagem. Nestas práticas, estes indivíduos combinam tanto os aspectos biológicos, como nutricionais, sociais, éticos e espirituais para o suporte de uma optimização da saúde dos membros das suas comunidades.

O exercício da profissão de enfermagem remonta em Portugal, a finais do século XIX sendo que, a partir da segunda metade do século XX, as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, no seu nível de formação académica e profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente. Deste modo, os enfermeiros constituem actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem

O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a

reinserção social. Perante as necessidades em cuidados de enfermagem dos utentes, os enfermeiros estabelecem prioridades, considerando o cuidado como um direito das pessoas. Deste modo, *“os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”* (nº 2 e 3, do art. 8º do REPE). Em síntese, as intervenções de enfermagem são *autónomas e interdependentes*.

Salienta-se ainda que, ser Profissional de Enfermagem implica, além do conhecimento de uma série de técnicas e habilidades, a apreensão das necessidades psicológicas da pessoa saudável ou doente.

Para tal, o enfermeiro deve possuir uma elevada capacidade empática, no sentido de saber colocar-se no lugar do outro, estando, ao mesmo tempo, consciente de que a utilização de estratégias psicológicas, no ambiente hospitalar, resultam não só em benefício para a pessoa doente, mas também para si próprio.

Cuidar é uma acção com finalidade de transformar um estado percebido de desconforto ou dor em um outro estado de mais conforto e menos dor, logo, tem uma perspectiva terapêutica sobre um objecto animado, que tem uma natureza física e social.

No processo de trabalho o cuidado tem como finalidade atender as necessidades relacionadas à manutenção da saúde como condição de sua natureza como ser vivo.

## **1.1 – PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS**

Na instituição hospitalar, o trabalho dos técnicos de saúde desenvolve-se em unidades de cuidados organizadas segundo as várias especialidades médicas.

Neste contexto, os enfermeiros inseridos nessas unidades realizam o seu trabalho em equipas de 15, 20, 30 ou mais elementos, consoante as necessidades e o tipo de cuidados exigidos.

No que se refere ao tipo de horário, os enfermeiros trabalham 35 ou 40 horas semanais distribuídas por turnos de 8 horas, que podem ser praticadas no período da manhã (das 8 às 16 horas), da tarde (das 16 às 24 horas) e da noite (das 24 às 8 horas). Na maioria das vezes o número de horas de trabalho pode ainda prolongar-se por diversos motivos, tais como excesso de actividades a realizar, tempo gasto na passagem de turno (a transmitir informação) atraso por parte dos colegas, ou ainda por situações inesperadas e urgentes relacionadas com os

doentes. Verifica-se, porém, que o acréscimo de horas de trabalho, fora do horário normal de serviço dos enfermeiros, não é objecto de qualquer compensação.

Actualmente, cerca de 56 000 enfermeiros trabalham em Portugal, dos quais cerca de 35 000 trabalham em instituições hospitalares. Destes, estima-se que cerca de 30 000 enfermeiros (85,7%) desempenhem as suas funções no sistema de trabalho por turnos, o que se pode considerar uma percentagem muito significativa (OE, 2009).

A evidência de que este ritmo de trabalho, cujas horas de dormir e de estar acordado são consideravelmente alteradas, é prejudicial à saúde e à produtividade dos trabalhadores, assim como pode pôr em risco a segurança destes e dos que os rodeiam (Cabral & Veiga, 2006).

A situação de assistir o doente coloca o profissional de enfermagem numa posição de total doação, o que muitas vezes leva o trabalhador a abdicar de sua própria saúde em benefício de seu doente. O profissional de enfermagem deve ter preparação técnica e intelectual, ter à sua disposição recursos materiais e ter saúde física e mental para desempenhar as suas tarefas. É um trabalho que exige um estado de alerta constante e grande consumo de energia física, mental e emocional por parte do trabalhador. Dentro deste contexto, os profissionais de enfermagem devem visar a concepção de situações de trabalho que não alterem a sua saúde, locais onde possam exercer as suas actividades em um plano individual e colectivo, encontrando possibilidades de valorização de suas capacidades e condições de trabalho adaptados às suas características fisiológicas e psicológicas, garantindo deste modo, a manutenção da sua saúde.

As actividades de enfermagem requerem considerável esforço físico e deslocamentos excessivos. Em relação à demanda de trabalho em todos os turnos há uma grande necessidade de aplicação de força física ao cuidar de pacientes dependentes, adopção de posturas constrangedoras de trabalho, actividade mental intensa ao preencher impressos, preparo e distribuição de medicamentos, carga mental por actividades sob pressão emocional em relação ao tempo de permanência, gravidade e reinternações dos pacientes e carga mental ao executar cuidados pós-morte. Estas características do trabalho de enfermagem reflectem consequências psicológicas e ergonômicas sobre a saúde do trabalhador, afectando a capacidade para o trabalho.

As várias formas de organização do trabalho têm contribuído para o surgimento de sintomas de insatisfação e precarização das condições de trabalho.



## 2 – CAPACIDADE PARA O TRABALHO

O perfil demográfico do país aponta para o crescimento da população idosa, provocando uma diminuição da razão entre a população activa e inactiva. Aliado a isso, o actual quadro político e sócio-económico e as consequentes dificuldades no mercado de trabalho têm obrigado os trabalhadores a permanecerem por mais tempo a laborar e em piores condições, contribuindo para a perda ou redução da capacidade funcional da população.

O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, agravou-se na última década. Os resultados dos Censos 2011 indicam que 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos.

Na última década, verificou-se igualmente o agravamento do índice de dependência total que passou de 48 para 52. Em 2011 este índice é de 52, o que significa que, por cada 100 pessoas em idade ativa existem 52 dependentes. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos, que subiu de 24 em 2001 para 29 em 2011. O índice de dependência de jovens teve, no mesmo período, um comportamento contrário, assinalando uma diminuição de 24 para 23.

Prevê-se que em 2050 cerca de 30% da população Europeia terá mais de 65 anos (WHO). Em Portugal, de acordo com as projecções da Comissão Europeia, a população activa registará um decréscimo de 15,2% até 2050. Segundo refere o INE o declínio da fecundidade implica a diminuição da população jovem, e por sua vez um estreitamento da base da pirâmide etária.

Em Portugal a idade da reforma ocorre aos 65 anos. Ainda de acordo com o INE (2008), o Índice de Envelhecimento (quociente entre a população com idade  $\geq 65$  anos e a população com idade  $< 15$  anos) é acentuado e tem aumentado ao longo dos anos, evidenciando-se o envelhecimento da população em idade activa.

Segundo Ilmarinen, o envelhecimento da força de trabalho fez com que as questões relativas ao envelhecimento funcional se tornassem uma prioridade no campo da saúde e

segurança no trabalho e, neste contexto, a capacidade para o trabalho é um importante indicador na medida em que engloba aspectos relativos à saúde física, bem-estar psicossocial, competência individual, condições e organização do trabalho.

O envelhecimento é um processo complexo e natural que não se encontra totalmente conhecido dando-se tanto a nível físico como cognitivo. As alterações ao nível físico estão essencialmente relacionadas com o sistema cardiovascular e músculo-esquelético, as medidas físicas do corpo e o sistema sensorial. As alterações cognitivas podem dar-se ao nível da percepção e processamento visual, atenção selectiva (capacidade de seleccionar um estímulo entre vários) e a capacidade de formular decisões adequadas. Estas alterações podem reduzir a capacidade do indivíduo de realizar o seu trabalho para o mesmo nível de produtividade (Costa, 2008).

O envelhecimento funcional é entendido como a perda da capacidade para o trabalho e geralmente pode ocorrer precocemente em relação ao envelhecimento cronológico face às exigências do trabalho.

A OMS tem demonstrado preocupação com a questão do envelhecimento relacionado com o trabalho e reconhece que as modificações nos vários sistemas do corpo humano levam a uma diminuição gradativa na eficácia de cada um deles, com diminuição na capacidade funcional dos indivíduos, podendo gerar conflitos entre esta e as exigências do trabalho.

Segundo Ilmarinen, 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.

Na Finlândia, o envelhecimento da população trabalhadora levou o Finnish Institute of Occupational Health (FIOH - Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional) a desenvolver os estudos que representaram o primeiro marco teórico importante neste campo de conhecimento. Estes estudos, realizados a partir dos anos oitenta, permitiram consolidar a base teórica sobre os principais determinantes, e as consequências positivas de uma boa qualidade da capacidade para o trabalho e, ainda recomendar medidas de intervenção válidas para promover e proteger a capacidade para o trabalho

Também foi formulado o conceito de capacidade para o trabalho, enfatizando que ela é uma condição resultante da combinação entre recursos humanos em relação às demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, gerenciamento, cultura organizacional, comunidade e ambiente de trabalho.

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, 2005).

Os estudos do FIOH sobre envelhecimento e capacidade para o trabalho basearam-se no modelo teórico de “*stress-desgaste*” de Colquhoun e Rutenfranz, no qual o desgaste que o trabalhador vivencia depende tanto de stressores decorrentes da carga física e mental do trabalho, do ambiente, das ferramentas do trabalho, das características e recursos do trabalhador, as quais vão condicionar a sua capacidade de lidar com a situação, podendo haver diferentes respostas ao stress, com diferentes manifestações físicas e/ou mentais ao esforço realizado (Colquhoun & Rutenfranz, 1980 *citados* por Martinez, Latorre & Fischer 2010).

O desgaste decorrente das exigências do trabalho pode desencadear respostas fisiológicas (crónicas e agudas), psicológicas e comportamentais com possibilidade de diminuição da capacidade funcional, da capacidade para o trabalho e desenvolvimento de doenças relacionadas com o trabalho. Por outro lado, exigências que se caracterizam como positivas podem promover e proteger a saúde, a capacidade para o trabalho e a capacidade funcional, qualquer que seja a idade do trabalhador.

De acordo com Ilmarinen 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*”. Isto é, diz respeito 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.

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

A capacidade para o trabalho é a base do bem-estar do ser humano e não permanece satisfatória ao longo da vida profissional, sendo afectada por muitos factores. No entanto, as condições de trabalho e de vida, bem como estilos de vida saudáveis mudam este prognóstico. Resultados obtidos por vários autores ao pesquisar 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 actividade física nas horas de lazer e melhores atitudes por parte do supervisor.

Enquanto que 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. Vários estudos demonstram que na maioria dos trabalhadores, se não forem tomadas medidas, ocorre um declínio da capacidade para o trabalho à medida que estes envelhecem (Ilmarinen).

Uma boa capacidade para o trabalho traz benefícios tanto para o trabalhador como para o empregador. Para o empregador promove a produtividade, para o trabalhador defende o seu bem-estar. A inadequabilidade da tarefa, a reforma antecipada e o absentismo podem ser reduzidos e a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo podem ser melhorados se forem tidas em conta as características do indivíduo no seu processo de envelhecimento.

Associado ao processo de envelhecimento biológico do organismo humano é necessário adequar as exigências do trabalho às condições de saúde dos trabalhadores, à medida que esse processo ocorre, com o intuito de conseguir manter uma boa capacidade para o trabalho. Assim, prevenção e modificação são duas palavras-chave para manter o nível de produtividade ao longo da vida.

Segundo Ilmarinen (2001) acções como: formação/preparação dos supervisores para uma correcta 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 principalmente se estas medidas forem aplicadas em conjunto. Segundo este autor, a promoção da capacidade para o trabalho pode levar a uma melhoria de produtividade e qualidade no trabalho, e consequentemente uma melhor qualidade de vida e bem-estar do trabalhador idoso. O resultado da preocupação na melhoria da capacidade para o trabalho tem também consequências na melhoria da qualidade de vida após a reforma, também denominada pelo autor, como “terceira-idade”.

Estudos recentes têm mostrado que promover a capacidade para o trabalho diminui a incapacidade e a reforma precoce (Bellusci & Fischer, 1999).

Todas estas alterações derivadas do envelhecimento populacional implicam uma nova orientação da sociedade para adaptar as alterações associadas ao processo de envelhecimento.

## 2.1. - DETERMINANTES DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO

A capacidade para o trabalho, considerada como resultante de um processo dinâmico entre os recursos do indivíduo em relação ao seu trabalho, é influenciada por diversos factores que interagem entre si, muitas vezes de maneira complexa, tais como: aspectos sócio-demográficos, estilos de vida, estado de saúde, processo de envelhecimento e exigências do trabalho.

### 2.1.1. - Aspectos sócio-demográficos

A *idade* é identificada como um factor determinante da capacidade para o trabalho, a partir dos 45 anos ocorre uma diminuição de algumas capacidades funcionais necessárias à execução de determinadas tarefas, havendo a necessidade de adoptar medidas para melhorar a capacidade para o trabalho.

Além disso 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 (Ilmarinen, 2001). Contudo esta associação pode não ser linear ou pode estar ausente, evidenciando a interferência de outros factores nesta relação (Ilmarinen & Tuomi,).

A capacidade mental pode ser afectada pelo envelhecimento com diminuição do desempenho da memória, da capacidade de percepção e da velocidade de processamento de informações (Ilmarinen). Estas mudanças não são sistemáticas, podendo ser compensadas 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.

O *género* é indicado como factor associado à capacidade para o trabalho. Estudos como na Finlândia, evidenciaram que o género feminino tem maior risco para diminuição da capacidade para o trabalho situação que é 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).

As *condições sócio-económicas* são tidas como importantes na determinação da saúde e da capacidade para o trabalho. Porém os padrões de associação entre condições sócio-económicas e capacidade para o trabalho são complexos, recebendo influência de factores relacionados com o trabalho, condições de vida e hábitos de saúde (Martinez, 2006).

O *nível educacional* e a *competência profissional* também são considerados factores associados à capacidade para o trabalho, esta pode ser promovida pelo aumento da competência, entendida como as habilidades e conhecimentos que o trabalhador dispõe para executar seu trabalho, em especial em actividades que exigem maiores habilidades psicológicas e cognitivas.

### **2.1.2. - Estilos de Vida**

O *tabagismo* é inversamente associado à capacidade para o trabalho e à capacidade física, constituindo um factor de risco para doenças cardiovasculares e pulmonares. Também o *consumo abusivo de álcool* pode exercer efeitos negativos sobre a capacidade para o trabalho, tais como: alterações na saúde física e mental, diminuição da produtividade, aumento do absentismo e aumento do risco para acidentes de trabalho ( Marques & Ribeiro, 2002).

O estudo longitudinal do FIOH evidenciou que a *prática de actividade física e a satisfação com a vida* são preditores de boa capacidade para o trabalho. O papel protector da actividade física é explicado pelo seu efeito na preservação da capacidade músculo-esquelética e cárdio-respiratória, no aumento do consumo energético, no controle do peso corporal e redução da gordura corporal, na manutenção da capacidade aeróbia, da resistência e da força muscular, bem como pelo seu efeito reduzindo as reacções emocionais ao stress e aumentando a auto-estima.

A *obesidade* é tida como factor de risco para perda da capacidade para o trabalho, na medida em que o excesso de peso pode exercer impacto negativo por afectar a capacidade cárdio-respiratória e músculo-esquelética e por favorecer o aumento da morbilidade por doenças crónicas (Ilmarinen, 2006).

De maneira geral, os estudos que contemplan as questões do estilo de vida em relação à capacidade para o trabalho, privilegiam uma concepção de estilo de vida saudável compatível com a da OMS, o qual diz respeito a um comportamento individual de adopção de hábitos que podem reduzir o risco para a saúde, com ênfase em questões como o tabagismo, o consumo de álcool, a prática de actividade física e a obesidade (Martinez, 2006).

### **2.1.3. - Saúde**

A *saúde* é considerada como o factor que exerce maior impacto sobre a capacidade para o trabalho. Nos estudos que abordam relações entre a capacidade para o trabalho e saúde,

esta tem sido avaliada através de indicadores da capacidade funcional, da quantidade e do tipo de doenças físicas e mentais com diagnóstico médico referido, ou ainda, da percepção do estado geral de saúde (Martinez, 2006).

A capacidade funcional é tida como condição essencial para uma boa qualidade de saúde. A capacidade cárdio-respiratória e o funcionamento músculo-esquelético são considerados os componentes da capacidade funcional que maior impacto exerce sobre a capacidade física .

Vários autores investigaram as relações entre a capacidade física e a capacidade para o trabalho no estudo longitudinal do FIOH. A capacidade física foi avaliada através do consumo de oxigénio e da frequência cardíaca como indicadores da capacidade cárdio-respiratória e através de testes de resistência e flexibilidade músculo-esquelética.

A capacidade mental foi avaliada através das funções: visual, verbal, motora, memória e raciocínio. Os resultados mostraram associação da capacidade para o trabalho com a resistência músculo-esquelética e com a velocidade visual e, embora as associações tenham sido significativas, as correlações não foram altas. Os autores consideraram que as medidas objectivas da capacidade física são úteis, mas não suficientes, para suportar decisões pertinentes relativas à capacidade para o trabalho. Também consideraram que a saúde mental é menos correlacionada com a capacidade para o trabalho do que a saúde física (isto porque a avaliação da capacidade para o trabalho reflecte primariamente características físicas) e é tida como mais relevante no trabalho com elevadas exigências mentais (Martinez, 2006).

A presença de sintomas e de doenças e a auto-percepção do estado de saúde também se correlacionam com a capacidade para o trabalho. O estado de saúde (sintomas psicofísicos e capacidade funcional) é apontado como a base para um modelo construtivo de capacidade para o trabalho, responsável pelas mais significativas conexões deste processo (Ilmarinen).

#### **2.1.4. - Trabalho**

Quando as exigências físicas e mentais não estão adequadas aos recursos do trabalhador para lidar com elas, surgem exigências que podem desencadear respostas fisiológicas com repercussões negativas sobre a capacidade para ao trabalho (Ilmarinen).

Nos estudos sobre capacidade para o trabalho, o mesmo tem sido contemplado sob diferentes aspectos, tais como: conteúdo do trabalho (predominância de exigências físicas ou mentais), condições de trabalho, factores psicossociais e/ou organização do trabalho e ainda, satisfação no trabalho (Martinez, 2006).

As *condições de trabalho* dizem respeito às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho, as quais repercutem sobre as condições físicas do trabalhador. Entre as condições que podem configurar cargas físicas inadequadas estão: o trabalho muscular estático, uso de força muscular, levantamento e transporte de peso, esforço intenso repentino, movimentos repetitivos, posturas inadequadas (flexão e torção em simultâneo), risco de acidentes, calor, frio, ruído, sujidade e humidade, equipamentos e ferramentas de trabalho inadequados (Ilmarinen).

Para a *International Labour Organization* (Organização Internacional do Trabalho), *factores psicossociais* são aqueles que “*se referem à interacção 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*”.

O conceito de factores psicossociais inclui uma ampla variedade de condições e um grande número de factores, sendo que a acção da interacção desses elementos constitui o que tem sido designado de “*processo de stress*” e cujos resultados exercem impactos sobre a condição de saúde e o desempenho no trabalho (Ilmarinen 2005; Martinez, 2006).

Entre os diversos factores psicossociais do ambiente de trabalho que podem configurar cargas mentais inadequadas para o trabalhador estão: o conflito de papéis, o conflito com chefias, o tipo de atitude da chefia, a pressão de tempo, 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, a jornada e turnos de trabalho, a monotonia e conteúdo do trabalho (Martinez, 2006)

Condições insatisfatórias do ponto de vista da ergonomia, como posturas inadequadas, transporte manual de objectos, uso de força e movimentos ou deambulação frequente, foram as principais características determinantes de diminuição da capacidade para o trabalho entre as mulheres que prestam serviços de saúde ao domicílio, executando um trabalho caracterizado por elevadas exigências físicas. Condições adequadas do ponto de vista da ergonomia, como a possibilidade de controlo sobre o trabalho e o suporte e as atitudes satisfatórias da liderança, estão associadas à boa condição da capacidade para o trabalho em todas as faixas etárias. O foco das acções de promoção da capacidade para o trabalho deve ser direccionado prioritariamente para melhorias nas condições, no ambiente e na comunidade de trabalho (Martinez, 2006).

De acordo com Bellusci (2003), as *características da organização do trabalho* que representaram factores de risco para a capacidade para o trabalho foram a impossibilidade de exercer influência sobre: o ritmo de trabalho, o uso do tempo no trabalho, o planeamento de pausas e o planeamento de férias. Também a impossibilidade de interacção com os colegas durante o desenvolvimento das tarefas e fora do ambiente de trabalho representaram risco para a capacidade para o trabalho.

Além das condições físicas e da organização do trabalho, também a *satisfação no trabalho* pode estar associada à capacidade para o trabalho. A satisfação no trabalho é um estado emocional agradável resultante da avaliação que o indivíduo faz do seu trabalho e decorre da percepção da pessoa sobre como o trabalho a satisfaz ou permite a satisfação dos seus valores importantes em relação a este trabalho (Martinez, 2006).

A experiência e a satisfação com a vida e o histórico de trabalho condicionam papéis, expectativas e valores associados a cada etapa da carreira dos trabalhadores, definindo diferenças entre as pessoas quanto à atitude em relação ao trabalho e à satisfação no trabalho, podendo gerar efeitos sobre a capacidade para o trabalho (Tuomi,).

Martinez (2006), ao estudar a associação entre satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde entre trabalhadores da área administrativa no Município de São Paulo, encontrou associações positivas estatisticamente significativas entre todas as dimensões da saúde analisadas e o ICT de 224 trabalhadores. Deste modo, verificou que a satisfação no trabalho esteve associada à capacidade para o trabalho e esta associação foi independente de características sócio-demográficas e funcionais.

Considerando a necessidade de conhecer o papel dos diferentes factores, no sentido de manter e promover a capacidade para o trabalho Ilmarinen acompanhou uma amostra representativa de trabalhadores finlandeses no período de 2000 a 2001. Os resultados mostraram que as condições psicofísicas de saúde e o desgaste mental decorrente de factores do ambiente de trabalho foram os factores que explicaram melhor o índice de capacidade para o trabalho obtido. O papel das características e recursos individuais, tais como a competência, valores, atitudes, padrões familiares e de sociabilidade foram menos significativos e a sua importância diminuiu com a idade.

O processo de envelhecimento normal tem características próprias e esperadas em qualquer pessoa, porém estas características podem modificar-se devido à actividade laboral. Ao exercer sua actividade laboral ao longo da vida, o organismo do trabalhador sofre alterações decorrentes do trabalho e da forma de como ele o exerce. Quando o trabalho é realizado em más condições ambientais ou de forma incorrecta ele pode acelerar ou agravar o

envelhecimento, tornando-o patológico e com sérias repercussões sobre a capacidade para o trabalho e qualidade de vida destes trabalhadores.

**II PARTE**

**TRABALHO EMPIRICO**



## 1 – METODOLOGIA

Na fase metodológica, delineou-se o problema a investigar, em função do qual se traçaram os objectivos. Para os atingir, efetivou-se uma revisão bibliográfica, a qual permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de seleccionar o que nos pareceu mais pertinente e actual.

No entender de Fortin (2009) a fase metodológica é definida como um conjunto de métodos e técnicas que guiam a investigação científica.

A capacidade para o trabalho, está directamente relacionada com a capacidade de realizar actividades que envolvam as aptidões físicas, mentais, sociais e funcionais. A definição conceitual de capacidade para o trabalho representa a questão: o quanto o trabalhador está bom no momento e num futuro próximo e o quanto está apto para fazer seu trabalho em relação às exigências do trabalho, à saúde e aos recursos mentais.

Assim, no sentido de avaliar a capacidade de trabalho dos enfermeiros bem como as variáveis que a influência foram formuladas as seguintes Questões de Investigação:

- Será que a idade dos enfermeiros influencia a sua capacidade para o trabalho?
- O tempo de serviço dos enfermeiros afecta a sua capacidade para o trabalho?
- Que serviços afectam mais os enfermeiros na sua capacidade de trabalho?
- Quais os maiores problemas de saúde que afectam os enfermeiros?

Na procura de respostas para as questões supracitadas foram formulados os seguintes objectivos:

- Avaliar a Capacidade para o trabalho dos enfermeiros.
- Verificar em que medida as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo na Capacidade para o trabalho dos enfermeiros.
- Analisar a relação existente entre as variáveis profissionais e a Capacidade para o trabalho dos enfermeiros.

O estudo realizado é de natureza quantitativa, transversal e descritivo. Possui, ainda, uma componente analítica que incide, especificamente, sobre a Capacidade para o trabalho dos enfermeiros.

### **AMOSTRA**

A técnica de amostragem para seleccionar os enfermeiros foi não probabilística<sup>1</sup>. A amostra ficou constituída por 159 enfermeiros, que trabalham no Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE (CHTV; EPE). A colheita de dados ocorreu nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2012.

Os critérios de inclusão foram: Idade superior ou igual a 25 anos e Enfermeiros activo laboralmente. Como critérios de exclusão, consideramos apenas os enfermeiros que estão desempregados.

### **HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO**

Uma investigação exige a construção de enunciados formais que estabeleçam uma relação possível entre duas ou mais variáveis, a população e o tipo de investigação, isto é, implica a construção de hipóteses (Fortin, 2009).

Assim, tendo em conta que uma hipótese é uma tentativa de previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis em estudo, neste trabalho, partindo-se do conhecimento teórico e prático, elaboram-se as seguintes hipóteses:

***Hipótese 1*** – *A Capacidade para o trabalho dos enfermeiros é influenciada pelas variáveis sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado Civil, Habilitações Literárias/Académicas, numero de filhos);*

***Hipótese 2*** – *As variáveis profissionais influenciam Capacidade para o trabalho dos enfermeiros;*

***Hipótese 3*** – *A idade, o tempo de trabalho no serviço actual predizem a Capacidade para o trabalho dos enfermeiros;*

---

<sup>1</sup>Neste tipo de amostragem, a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo. Apesar de a amostragem probabilística ser preferida à não probabilística, em muitas investigações não é possível, prático ou mesmo desejável obter este tipo de amostras, pelo que o investigador tem que optar por métodos não aleatórios de amostragem, (Maroco, 2007)

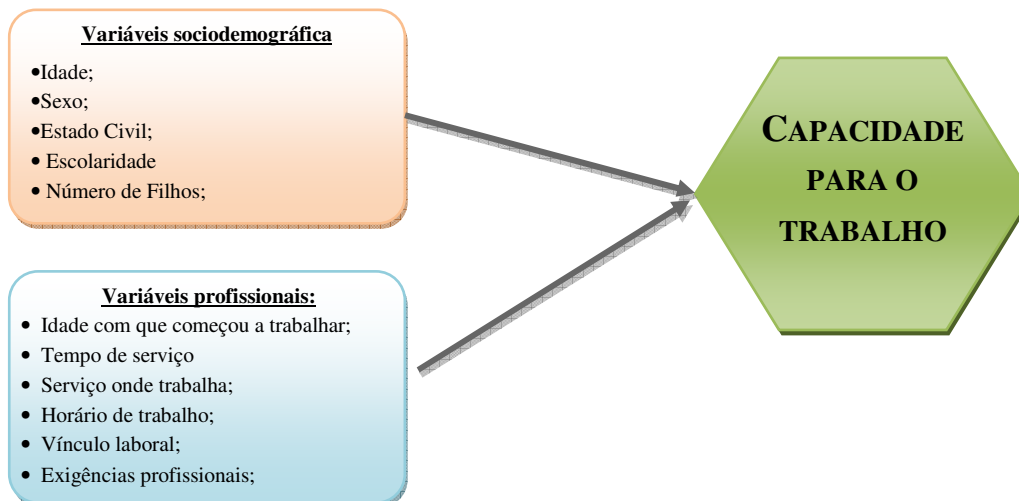
## DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta as hipóteses formuladas foi elaborado o desenho de investigação, que constituiu um guia orientador para a realização e desenvolvimento deste estudo.

Assim consideramos como variável dependente a capacidade para o trabalho (ICT), e como variáveis independentes temos dois grupos de variáveis:

- Variáveis de caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, Habilitações Literárias/Académicas)
- Variáveis de caracterização profissional (Tempo de serviço, serviço onde trabalha, horário de trabalho, vínculo laboral,)

**Figura 1 – Representação gráfica da articulação das variáveis**



### **1.1 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO**

Após a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado a sua codificação e tabulação de modo a preparar o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinou-se frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como

amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre  $-2$  e  $2$ , a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a  $-2$ , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a  $+2$ , a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gajairo, 2003).

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do coeficiente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre  $-2$  e  $2$  a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a  $-2$ , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a  $+2$ , a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminov, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Para a análise bivariada aplicou-se o *teste da percentagem residual* que irá fornecer as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de Qui Quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub - amostras não permitia o uso do referido teste.

Como referem Pestana & Gajairo (2005) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis, ou os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis. Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- $\geq 1.96$  diferença estatística significativa;
- $< 1.96$  diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana & Gajairo, (2005), do seguinte modo:

<b>Coefficiente de variação</b>	<b>Classificação do Grau de dispersão</b>
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

No que respeita à **estatística inferencial**, fez-se uso da estatística paramétrica, e para estudo de proporções de estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Maroco, 2007). Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Maroco, 2007).

Este autor acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (Maroco, 2007), o que aliás, vai de encontro ao referido por Pestana e Gageiro, (2005) quando afirma que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

Já a estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja, só se recorreu a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.6 (Pestana & Gageiro, 2005). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar  $H_0$  é muito menor.

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

**O Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;

**A Análise de variância a um factor (ANOVA)** ou o **Teste KruskalWallis**, é usado na comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são ou não iguais entre si, (Pestana & Gageiro, 2005);

**Regressão** é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas -  $X_s$ ) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Quando se utilizou apenas uma variável dependente e uma independente, efectuou-se uma **regressão linear simples**. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efectuamos a **regressão múltipla**. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizou-se os valores de r que, por convenção, Pestana & Gageiro (2005,) sugerem que:

$r < 0.2$  – *associação muito baixa*

$0.2 \leq r \leq 0.39$  – *associação baixa*

$0.4 \leq r \leq 0.69$  – *associação moderada*

$0.7 \leq r \leq 0.89$  – *associação alta*

$0.9 \leq r \leq 1$  – *associação muito alta*

O **coeficiente decorrelação de Pearson**, é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido

inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos numa variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação ( $R^2$ ) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto  $R$  como  $R^2$  não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afecta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras;

**Teste de Qui Quadrado ( $\chi^2$ )**, é utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo - 1.96 e 1.96, para  $p=0.05$  (Pestana & Gageiro, 2005).

Na análise estatística utilizou-se os seguintes valores de significância:

*$p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa*

*$p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa*

*$p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa*

*$p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa*

Postas estas considerações metodológicas, inicia-se no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizou-se o programa Statistical Package Social Science 19 para o Windows e Word Microsoft.



### **III PARTE**

## **APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS**

## 1 – RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respectivo tratamento estatístico. Em primeiro lugar, será abordada a caracterização da amostra, posteriormente realizada a análise inferencial.

### 1.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (83.0%). Os enfermeiros apresentam idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos, com uma média de 36.49 anos ( $Dp=9.901$ ), com uma dispersão moderada em torno da média ( $CV=27.13$ ), e uma curva assimétrica negativa e mesocurtica. Na relação entre a idade e o sexo, verificamos que os homens apresenta uma média de idades superior comparativamente às mulheres ( $OM=97.33Vs\ OM=76.45$ ), sendo as diferenças significativas ( $U=1314.0$ ;  $Z=-2,157$ ;  $p=0.031$ ), (cf. Quadro 1).

**Quadro 1 – Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros em função do sexo**

	n	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
<b>Masculino</b>	27	25	54	40,22	10,511	0,116	- 1,757	26,13	97,33	<b>U=1314,0; Z=-2,157; p=0,031*</b>
<b>Feminino</b>	132	26	59	35,73	9,636	5,919	0,205	26,96	76,45	
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>25</b>	<b>59</b>	<b>36,49</b>	<b>9,901</b>	<b>5,203</b>	- <b>1,305</b>	<b>27,13</b>		

No que respeita ao **estado civil**, a maioria dos enfermeiros são “*casados*” ou vivem em “*união de facto*” (71.7%), 17.0% são “*solteiros*” e 11.3% estão “*divorciados*” ou “*viúvos*”. Existe um maior número de homens “casados ou a viver em união de facto” face às mulheres (88.9% vs68.2%), e um maior número de mulheres *divorciadas ou viúvas* (13.6%). Por sua vez não existem homens com este estado civil, revelando os valores residuais diferenças

significativas nestes grupos ( $res > 1.9$ ), contudo o teste Qui-Quadrado revelou que as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas ( $\chi^2 = 5,682$ ,  $p = 0.058$ ), (cf. Quadro 2).

Em termos de **Escolaridade**, a maioria dos enfermeiros é licenciado (75.4%), 20,8% têm Especialidade ou Pós-Graduação e apenas 3.8% têm o grau de bacharel. Apenas as mulheres estão representadas no grau de bacharel (4.5%), sendo os restantes valores semelhantes entre homens e mulheres face aos valores da amostra global ( $\chi^2 = 1.284$ ;  $p = 0.526$ ), (cf. Quadro 2).

Quanto ao **número de filhos**, observa-se que 41,5% dos enfermeiros inquiridos não tem filhos, dos 58.5% enfermeiros que têm filhos, 39.6% tem apenas um e 18.6% tem dois filhos. Existe um maior número de enfermeiros do sexo masculino que não tem ainda filhos face às enfermeiras (55.6% vs 38.6%) e por sua vez as mulheres constituem o grupo mais representado com um filho com 40.9%. As diferenças entre o sexo dos enfermeiros face ao número de filhos, são estatisticamente não significativas ( $\chi^2 = 2.908$ ;  $p = 0.234$ ), (cf. Quadro 2).

**Quadro 2 – Características sociodemográfica dos enfermeiros em função do sexo**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	N	%	N	%
	27	17,0	132	83,0	159	100,0
<b>ESTADO CIVIL (N=159)</b>						
<b>Solteiro</b>	3	11,1	24	18,2	27	17,0
<b>Res</b>		-0,9		0,9		
<b>Casado/União de facto</b>	24	88,9	90	68,2	114	71,7
<b>Res</b>		2,2		-2,2		
<b>Divorciado/Viúvo</b>	-	-	18	13,6	18	11,3
<b>Res</b>		-2,0		2,0		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2 = 5,682</math>; <math>p = 0,058</math></b>						
<b>ESCOLARIDADE (N=159)</b>						
<b>Bacharelato</b>	-	-	6	4,5	6	3,8
<b>Res</b>		-1,1		1,1		
<b>Licenciatura</b>	21	77,8	99	75,0	120	75,4
<b>Res</b>		0,3		-0,3		
<b>Especialidade/Pós Graduação</b>	6	22,2	27	20,5	33	20,8
<b>Res</b>		0,2		-0,2		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2 = 1,284</math>; <math>p = 0,526</math></b>						
<b>NÚMERO DE FILHOS (N=159)</b>						

<b>Não</b>	15	55,6	51	38,6	<b>66</b>	<b>41,5</b>
<b>Res</b>		1,6		-1,6		
<b>Um filho</b>	9	33,3	54	40,9	<b>63</b>	<b>39,6</b>
<b>Res</b>		-0,7		0,7		
<b>Dois Filhos</b>	3	11,1	27	20,5	<b>30</b>	<b>18,9</b>
<b>Res</b>		-1,1		1,1		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=2,908</math>; <math>p=0,234</math></b>						

### Perfil sociodemográfico dos enfermeiros

O perfil sociodemográfico médio revela enfermeiros do sexo feminino (83%), com cerca de 37 anos, casado\união de facto (71.7%), licenciados (75.4%) e sem filhos (41.5%).

### 1.2 – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

A **idade com que os enfermeiros começaram a trabalhar** variou entre um mínimo de 21anos e um máximo de 30 anos, com uma idade média de 23.68 (Dp=2,509). Os valores médios entre homens e mulheres são muito idênticos, não se observando diferenças significativas (U=1588.5; Z=-0.910; p=0.363), ou seja a idade de inicio de funções é independente do sexo dos enfermeiros, (cf. Quadro 3).

**Quadro 3 – Estatísticas relativas à idade com que os enfermeiros começaram a trabalhar**

	n	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
<b>Masculino</b>	27	21	29	23,67	2,882	2,129	-0,761	12,17	72,83	U=1588,5; Z=-0,910; p=0,363
<b>Feminino</b>	132	21	30	23,68	2,437	6,350	2,145	10,29	81,47	
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>23,68</b>	<b>2,509</b>	<b>6,453</b>	<b>1,289</b>	<b>10,59</b>		

No estudo da caracterização profissional dos enfermeiros avaliamos ainda, **o tempo de serviço**, 52.8% dos enfermeiros exerce função *entre os 6 e os 10 anos*, 26.4% trabalha há *mais de 16 anos* e 9.4% iniciou funções há *menos de 5 anos*. Os enfermeiros do sexo masculino estão mais representados na classe que trabalha há *mais de 16 anos* (44.5% vs22.7%), por sua vez as enfermeiras estão mais representadas na classe que trabalha *entre os 6 e os 10 anos* (59.1% vs22.2%). Revelando o teste de Qui-Quadrado que as diferenças entre o sexo dos enfermeiros face ao tempo de serviço são estatisticamente bastante significativas, ( $\chi^2=15.409$ ;  $p=0.001$ ), (cf. Quadro 4).

A maioria dos enfermeiros **trabalha no serviço** de Medicina (60.4%), 24.5% na Psiquiatria e 15.1% noutro serviço clínico. Os valores no sexo masculino e no feminino são idênticos aos da amostra total, sendo as diferenças não significativas ( $\chi^2=0.625$ ;  $p=0.731$ ), (cf. Quadro 4).

O **regime de trabalho** da maioria dos enfermeiros é horário por turnos (*roulement*)(79.2%), os restantes enfermeiros 20.8% fazem um horário fixo. Nos homens o horário por turnos esta mais representado face às mulheres (88.9% vs77.3%), no entanto quer os valores residuais, quer o teste Qui-Quadrado revelam que as diferenças são estatisticamente não significativas ( $\chi^2=1.839$ ;  $p=0.175$ ), (cf. Quadro 4).

Face ao **vínculo profissional com a instituição**, 51.0% dos enfermeiros tem um contrato a termo indeterminado, 37.7% esta efectivo na instituição onde trabalha e 11.3% tem contrato a termo certo. Nos homens o vinculo efectivo mais representado (44.4%) seguido do contrato a termo indeterminado (33.4%), por sua vez nas mulheres é o contrato a termo indeterminado o mais representado por 54.5%. Apesar deos valores residuais serem superiores a 1.9 no *contrato a termo indeterminado* ( $rs=2.0$ )e no *contrato a termo certo* ( $res=2.0$ ), o teste Qui-Quadrado revela diferenças não significativas entre os sexos ( $\chi^2=5.782$ ,  $p=0.056$ ), (cf. Quadro 4).

Relativamente ao **número de horas que trabalha por semana**, 64.2% dos enfermeiros trabalha 40 horas por semana, 32.0% faz 35 horas semanais e 3.8% 30 horas. O teste de Qui-Quadrado revela não existirem diferenças, ( $\chi^2= 3.152$ ;  $p=0.207$ ), ou seja o sexo dos enfermeiros é independente do número de horas que trabalha por semana (cf. Quadro 4).

Quanto às **exigências do trabalho que os enfermeiros realizam**, para 88.7% dos enfermeiros as exigências são físicas e mentais, por sua vez para 9.4% o trabalho que realizam tem elevada exigência mentais e 1.9% refere exigências físicas.Os valores residuais nas *exigências são físicas e mentais*( $res=2.0$ ) evidenciam diferenças significativas entre homens e mulheres (100.0% vs 86.4%), no entanto, o teste de Qui-Quadrado as diferenças entre as exigências do trabalho e o sexo, não são significativas ( $\chi^2=4.152$ ;  $p=0.125$ ), (cf. Quadro 4).

Identificámos o predomínio de enfermeiros sem **lesões ou doenças quando começou a trabalhar** (96.2%). Aplicado o teste Qui-Quadrado, verificamos que, as diferenças entre homens e mulheres não são significativas ( $\chi^2=1,275$ ,  $p=0.259$ ), (cf. Quadro 4)

**Quadro 4 – Características profissional dos enfermeiros em função do sexo**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
<b>TEMPO DE SERVIÇO (N=159)</b>						
<b>Menos de 5 anos</b>	6	22,2	9	6,8	<b>15</b>	<b>9,4</b>
<b>Res</b>		2,5		-2,2		
<b>Entre 6 a 10 anos</b>	6	22,2	78	59,1	<b>84</b>	<b>52,8</b>
<b>Res</b>		-3,5		3,5		
<b>Entre 11 a 15 anos</b>	3	11,1	15	11,4	<b>18</b>	<b>11,2</b>
<b>Res</b>		0,0		0,0		
<b>Mais 16 anos</b>	12	44,5	30	22,7	<b>42</b>	<b>26,4</b>
<b>Res</b>		2,3		-2,3		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=15,409</math>; <math>p=0,001^{**}</math></b>						
<b>SERVIÇO ONDE TRABALHA (N=159)</b>						
<b>Medicina</b>	18	66,7	78	59,1	<b>96</b>	<b>60,4</b>
<b>Res</b>		0,7		-0,7		
<b>Psiquiatria</b>	6	22,2	33	25,0	<b>39</b>	<b>24,5</b>
<b>Res</b>		-0,3		0,3		
<b>Outro serviço</b>	3	11,1	21	15,9	<b>24</b>	<b>15,1</b>
<b>Res</b>		-0,6		0,6		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=0,625</math>; <math>p=0,731</math></b>						
<b>REGIME DE TRABALHO (N=159)</b>						
<b>Horário fixo</b>	3	11,1	30	22,7	<b>33</b>	<b>20,8</b>
<b>Res</b>		-1,4		1,4		
<b>Horário por turnos</b>	24	88,9	102	77,3	<b>126</b>	<b>79,2</b>
<b>Res</b>		1,4		-1,4		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=1,839</math>; <math>p=0,175</math></b>						
<b>VINCULO PROFISSIONAL (N=159)</b>						
<b>Efectivo</b>	12	44,4	48	36,4	<b>60</b>	<b>37,7</b>
<b>Res</b>		0,8		-0,8		
<b>Contrato a termo certo</b>	6	22,2	12	9,1	<b>18</b>	<b>11,3</b>
<b>Res</b>		2,0		-2,0		
<b>Contrato a termo indeterminado</b>	9	33,4	72	54,5	<b>81</b>	<b>51,0</b>
<b>Res</b>		-2,0		2,0		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=5,782</math>; <math>p=0,056</math></b>						

<b>NÚMERO DE HORAS QUE TRABALHA POR SEMANA (N=159)</b>						
<b>30 horas</b>	-	-	6	4,5	<b>6</b>	<b>3,8</b>
<b>Res</b>		-1,1		1,1		
<b>35 horas</b>	12	44,4	39	29,5	<b>51</b>	<b>32,0</b>
<b>Res</b>		1,5		-1,5		
<b>40 horas</b>	15	55,6	87	65,9	<b>102</b>	<b>64,2</b>
<b>Res</b>		-1,0		1,0		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=3,153</math>; <math>p=0,207</math></b>						
<b>EXIGENCIAS DO TRABALHO (N=159)</b>						
<b>Mentais</b>	-	-	15	11,4	<b>15</b>	<b>9,4</b>
<b>Res</b>		-1,8		1,8		
<b>Físicas</b>	-	-	3	2,3	<b>3</b>	<b>1,9</b>
<b>Res</b>		-0,8		0,8		
<b>Ambas, Mentais e físicas</b>	27	100,0	114	86,4	<b>141</b>	<b>88,7</b>
<b>Res</b>		2,0		-2,0		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=4,152</math>; <math>p=0,125</math></b>						
<b>QUANDO INICIOU A PROFISSÃO TINHA ALGUMA DOENÇA OU LESÃO (N=159)</b>						
<b>Não</b>	27	100,0	126	95,5	<b>153</b>	<b>96,2</b>
<b>Res</b>		1,1		-1,1		
<b>Sim</b>	-	-	6	4,5	<b>6</b>	<b>3,8</b>
<b>Res</b>		-1,1		1,1		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=1,275</math>; <math>p=0,259</math></b>						

A amostra de enfermeiros que está a **trabalhar no serviço actual** há cerca de 6 anos (Dp=5.344), com os valores a oscilarem entre 3 meses e os 25 anos. A curva de distribuição revela ser assimétrica positiva e leptocurtica, e com uma dispersão elevada em torno da média (CV=85.09%). Na relação como sexo, verificamos que os homens estão há mais tempo a trabalhar no mesmo serviço face às mulheres (OM=91.50vsOM=77.65), (U=147.5; Z=-1.425; p=0.154), (cf. Quadro 5).

**Quadro 5 – Estatísticas relativas ao tempo de trabalho no serviço actual**

	n	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
<b>Masculino</b>	27	0,5	13	6,82	4,344	0,136	1,469	63,70	91,50	U=1471,5; Z=-1,425; p=0,154
<b>Feminino</b>	132	0,3	25	6,17	5,534	8,757	9,241	89,69	77,65	
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>0,3</b>	<b>25</b>	<b>6,28</b>	<b>5,344</b>	<b>8,708</b>	<b>9,148</b>	<b>85,09</b>		

## **Perfil profissional dos enfermeiros**

O perfil profissional revelou enfermeiros que começaram a exercer funções aos 24 anos, tem um tempo de serviço entre os 6 e os 10 anos (52.8%), trabalha há cerca de 6 anos no serviço actual, no serviço de medicina (60.4%), em regime de turno (79.2%), realizando 40 horas por semana (64.2%), possuindo um vínculo de contrato a termo indeterminado (51.0%), referindo que o trabalho que exerce tem exigências físicas e mentais (88.7%) e que não tem lesões ou doenças quando começou a trabalhar (96.2%).

### **1.3 – ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO**

Dentre os instrumentos existentes para mensurar a capacidade para trabalho destaca-se o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Este foi desenvolvido por um grupo multidisciplinar (psicólogos, médicos, bioestatísticos, epidemiologistas e pesquisadores da área de Saúde Ocupacional) do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (*Finnish Institute of Occupational Health -FIOH*), inquérito seccional como etapa inicial de um estudo de seguimento de 11 anos iniciado em 1981.

Nesse ano, 6257 trabalhadores foram entrevistados, com o objectivo de avaliar se o critério de aposentadoria por idade, vinculada ao tipo de trabalho continuava sendo adequado e, também, para verificar como factores do trabalho, saúde, capacidade para o trabalho e esforço físico percebido, influenciariam no envelhecimento do trabalhador (Ilmarinen&Tuomi, 2004).

Conceitualmente, o ICT é um constructo complexo que reflecte a interacção entre o volume de actividades físicas e mentais, a avaliação subjectiva do estado de saúde e a capacidade funcional dos trabalhadores em condições sociais e organizacionais específicas (Tuomiet al., 1998, Ilmarinen, 1999). Foi desenvolvido para mensurar o “quão bem está, ou estará, um (a) trabalhador (a) neste momento ou num futuro próximo, e quão bem ele ou ela pode executar seu trabalho, em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais” (Tuomiet al., 2005). No entanto, mensurar um conceito multidimensional que envolva diferentes aspectos subjectivos como os referidos não é tarefa fácil, tão pouco é consensual entre diferentes profissionais, tais como trabalhadores na área da saúde, institutos de pensão e reabilitação de trabalhadores, empregadores, pesquisadores e legisladores (Gouldet al., 2008; p. 14). Além disto, segundo Tuomiet al (2005), o conceito que o próprio

trabalhador tem de sua capacidade para o trabalho é tão importante quanto à avaliação dos especialistas.

O ICT tem o objectivo de fornecer informações que possibilitem acções de apoio ao trabalhador através de medidas de acompanhamento. Pode ser utilizado desde o momento que o mesmo ingressa na força de trabalho, auxiliando desse modo, a avaliação da manutenção da capacidade para o trabalho a longo do tempo (Tuomiet al., 2005). Segundo Tuomiet *al* (2005), três níveis de recomendações são propostos a partir do escore da capacidade para o trabalho, óptima, boa, moderada e baixa (cf. Quadro 7).

- 1) Se a capacidade para o trabalho é excelente, deve-se explicitar ao trabalhador quais factores do ambiente do trabalho e ao estilo de vida que estariam relacionados à manutenção ou à deterioração da saúde. Além disto, o encorajamento às práticas que estimulem a saúde do trabalhador são recomendadas.
- 2) Se a capacidade de trabalho é moderada, recomenda-se incentivar as iniciativas do trabalhador para a promoção sua capacidade (por exemplo, dieta adequada, exercício físico, sono e repouso, actividades sociais, outros passatempos e estudos). Neste nível, o trabalhador pode necessitar de reabilitação médica.
- 3) Se a capacidade de trabalho é baixa, deve ser estabelecida a reabilitação da saúde. Deve-se avaliar se a capacidade pode ser restaurada corrigindo-se os riscos encontrados no ambiente de trabalho e remodelando sua organização de modo a torná-lo mais eficiente.

O ICT é um instrumento construído com base em 10 itens que são compostos por diversas questões, as quais consideram doenças, exigências físicas e mentais de trabalho. Esses itens constituem sete dimensões, cada uma avaliada por uma ou mais questões. O cálculo do escore global leva em conta a soma dos pontos recebidos para cada um dos seus itens (Quadro 6).

**Quadro 6 – Índice de Capacidade para o Trabalho: descrição dos itens, nº de questões e sua pontuação**

Item	N.º questão	Pontuação
1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor	1	0-10 pontos. Correspondente à resposta assinalada.
2 - Capacidade de trabalho em relação às exigências da actividade (físicas e/ou intelectuais)	2	2-10 pontos. N.º pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho. No caso dos enfermeiros o trabalho tem exigências tanto físicas como mentais pelo foi definido que as pontuações das opções assinaladas mantêm-se inalteradas.
3 - Número de doenças actuais diagnosticadas por um médico	51 doenças	1-7 pontos. Contabiliza-se somente as doenças diagnosticadas pelo médico: Pelo menos 5 doenças = 1 ponto 4 Doenças = 2 pontos 3 Doenças = 3 pontos 2 Doenças = 4 pontos 1 Doença = 5 pontos Nenhuma doença = 7 pontos
4 - Estimativa do grau de incapacidade para o trabalho devido a doença (s)	1	1-6 pontos. Correspondente à resposta assinalada e escolhida a opção com valor mais baixo.
5 - Absentismo no último ano devido a doença	1	1-5 pontos. Correspondente à resposta assinalada.
6 – Prognóstico pessoal da capacidade para o trabalho para daqui a dois anos	1	1, 4 ou 7 pontos. Correspondente à resposta assinalada
7 - Recursos psicológicos	3	1-4 pontos. Soma-se os pontos e o resultado contabiliza-se da seguinte forma: Soma 0-3 = 1 ponto Soma 4-6 = 2 pontos Soma 7-9 = 3 pontos Soma 10-12 = 4 pontos

O resultado desse cálculo atinge um escore que vai de 7 a 49 pontos e esse número retrata o conceito que um trabalhador tem da sua capacidade para o trabalho. Através desse score o trabalhador poderá ser classificado em umas das quatro categorias do ICT.

**Quadro 7 – Classificação da capacidade para o trabalho segundo os seus scores**

PONTOS	CAPACIDADE PARA O TRABALHO	OBJECTIVOS DAS MEDIDAS
7-27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho
28-36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37-43	Boa	Apoiar a capacidade para o trabalho
44-49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho

**Fonte:** Tuomiet al. (2005)

Um estudo de Fischer e colaboradores(2007), citado por Júnior (2010), a 996 trabalhadores de enfermagem, onde avaliou as características sociodemográficos, estilo de vida, moradia e condições de trabalho, sintomas físicos e mentais, (stresse físico, postura corporal, stresse mental, dor corporal, fadiga e problemas com o sono).O ICT foi dicotomizado em inadequado (Pobre e Moderado) e adequado (Bom e Excelente), apresentando uma Alfa de Cronbach<sup>2</sup> para a totalidade dos itens de 0.90, correspondente a uma muito boa consistência interna.

Por sua vez no estudo levado a cabo por Júnior (2010) onde foram estudados 1436 enfermeiros, aos valores de alfa de Cronbach global foi de 0.80 (cf. Quadro 8). Na presente investigação verificamos que os valores de alfa de Cronbach variaram entre 0.719 no *Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos*, e 0.778 na *Esperança para o futuro*. Apresentado a o ICT global uma consistência interna razoável ( $\alpha=0.774$ ), sendo os nossos valores quer nos dez itens quer na nota global ligeiramente inferiores aos de Júnior (2010), (cf. Quadro 8).

<sup>2</sup>Os valores de referência do alfa de Cronbach, indicam que valores inferiores a 0,6 são inadmissíveis, entre 0,6 e 0,7 são fracos, 0,7 e 0,8 são razoáveis, entre 0,8 e 0,9 são classificados como bons e superiores a 0,9 são muito bons (Pestana & Gageiro, 2005)

**Quadro 8 – Consistência interna do ICT (nota global e itens) e comparação de valores de Alfa de Cronbach do estudo de Júnior (2010) e estudo actual (2012)**

Itens	Alfa de Cronbach do estudo de Júnior (2010)	Alfa de Cronbach do estudo de actual (2012)
1. Capacidade para o trabalho comparada com a melhor de toda vida.	0,80	0,766
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do trabalho.	0,79	0,748
3. Capacidade para o trabalho em relação às exigências mentais do trabalho.	0,80	0,761
4. Números de doenças atuam diagnosticadas pelo médico	0,81	0,762
5. Estimativa do grau de incapacidade para o trabalho devido a doenças	0,79	0,761
6. Faltas ao trabalho por doenças no último ano (12 meses).	0,81	0,745
7. Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos.	0,80	0,719
8. Apreciação das actividades diárias.	0,79	0,755
9. Sentir-se activo e alerta	0,79	0,757
10. Esperança para o futuro.	0,80	0,778
<b>ICT (NOTA GLOBAL)</b>	<b>0,80</b>	<b>0,774</b>

O estudo do ICT dos enfermeiros revelou que têm um valor médio de capacidade para o trabalho de 38.51 (Dp=5.851), com uma dispersão moderada em torno da média (CV=15.19%). Os homens têm maior capacidade para o trabalho face as mulheres, apresentando ordenações medias superior (OM=83.33vsOM=79.32), contudo as diferenças encontradas não são significativas (U=1692.0; Z=-0.415; p=0.678), (cf. Quadro 9).

**Quadro 9 – Estatísticas ao ICT em função do sexo**

	n	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
<b>Masculino</b>	27	29	49	39,33	5,602	- 0,872	0,040	14,24	83,33	U=1692,0 Z=-0,415 p=0,678
<b>Feminino</b>	132	21	49	38,34	5,907	- 5,554	3,818	15,41	79,32	
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>21</b>	<b>49</b>	<b>38,51</b>	<b>5,851</b>	- <b>5,516</b>	<b>3,745</b>	<b>15,19</b>		

O estudo da capacidade do trabalhador por classes, permite inferir que a maioria dos enfermeiros tem uma boa capacidade para o trabalho (64.2%), em 20.8% a condição é moderada, em 9.3% ótima e 5.7% tem uma péssima capacidade. Os valores obtidos por homens e mulheres são semelhantes aos da amostra global, não se diferenciando ( $\chi^2=2.004$ ,  $p=0.572$ ), (cf. Quadro 10).

**Quadro 10 – Características da capacidade para o trabalho (por grupos)**

Sexo		Masculino		Feminino		Total	
<b>CAPACIDADE PARA O TRABALHO (N=159)</b>							
<b>Baixa</b>		-	-	9	6,8	<b>9</b>	<b>5,7</b>
	<b>Res</b>		-,14		1,4		
<b>Moderada</b>		6	22,2	27	20,5	<b>33</b>	<b>20,8</b>
	<b>Res</b>		0,2		-0,2		
<b>Boa</b>		18	66,7	84	63,6	<b>102</b>	<b>64,2</b>
	<b>Res</b>		0,3		-0,3		
<b>Ótima</b>		3	11,1	12	9,1	<b>15</b>	<b>9,3</b>
	<b>Res</b>		0,3		-0,3		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=2,004</math>; <math>p=0,572</math></b>							

Iniciando o estudo das **Características do Índice da Capacidade para o Trabalho**, inferimos que 52.8% dos enfermeiros avalia a sua capacidade física para realizar o trabalho em boa, 20.8% consideram-na muito boa e para 26.4% a capacidade é moderada.. Não se observaram diferenças significativas entre os sexos ( $\chi^2=0.296$ ;  $p=0.862$ ), (cf. Quadro 11).

Relativamente à capacidade do trabalho face exigências Mentais, 77.4% consideram que têm boa capacidade, e 15.1% muito boa. Os enfermeiros manifestam uma estão mais representados na capacidade muito boa face às enfermeiras (33.3% vs 11.4%), revelando o teste Qui-Quadrado e o valor residual (res=2.9) que as diferenças são significativas ( $\chi^2=10.103$ ;  $p=0.006$ ), ou seja os homens têm melhor capacidade para lidar com as exigências mentais face às mulheres, (cf. Quadro 11).

Quanto ao grau de incapacidade para o trabalho devido a doença, a maioria dos enfermeiros (58.5%) refere que *é capaz de realizar o meu trabalho, mas com alguns sintomas*, 22.6% referem que *não têm qualquer limitação ou doença* e 18.9% tem que *abrandar ritmo de trabalho algumas vezes*. As diferenças entre ambos os sexos não são significativas ( $\chi^2=2.933$ ;  $p=0.231$ ), (cf. Quadro 11).

A maioria dos enfermeiros não necessitou de faltar ao trabalho por motivos de doença (81.1%). Apenas as mulheres tiraram entre 100 a 365 dias por motivos de doença (6.8%), contudo as diferenças encontradas entre os sexos dos enfermeiros não é significativa ( $\chi^2=3.406$ ;  $p=0.492$ ), (cf. Quadro 11).

Face a *capacidade para a realização do mesmo trabalho daqui a dois anos*, a maioria dos enfermeiros considera que quase de certeza que vai ter capacidade (67.9%), 28.3% sentem que talvez consigam realizar o mesmo trabalho e para 3.8% dos enfermeiros será impossível a realização do mesmo trabalho, ( $\chi^2=1.526$ ,  $p=0.466$ ), (cf. Quadro 11).

Globalmente os enfermeiros possuem um bom suporte psicológico (62.3%), em 22.6% os recursos psicológicos são muito bons e apenas em 15.1% são razoáveis. Os valores obtidos por homens e mulheres são semelhantes aos da amostra global ( $\chi^2=1.332$ ,  $p=0.514$ ), (cf. Quadro 11).

**Quadro 11 – Características do Índice da Capacidade para o Trabalho**

Sexo	Masculino	Feminino	Total			
<b>CAPACIDADE DO TRABALHO FACE EXIGÊNCIAS FÍSICAS (N=159)</b>						
<b>Moderada</b>	6	22,2	36	27,3	<b>42</b>	<b>26,4</b>
<b>Res</b>		-0,5		0,5		
<b>Boa</b>	15	55,6	69	52,3	<b>84</b>	<b>52,8</b>
<b>Res</b>		0,3		-0,3		
<b>Muito Boa</b>	6	22,2	27	20,4	<b>33</b>	<b>20,8</b>
<b>Res</b>		0,2		-0,2		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=0.296</math>; <math>p=0.862</math></b>						
<b>CAPACIDADE DO TRABALHO FACE EXIGÊNCIAS MENTAIS (N=159)</b>						
<b>Moderada</b>	-	-	12	9,1	<b>12</b>	<b>7,5</b>
<b>Res</b>		-1,6		1,6		
<b>Boa</b>	18	66,7	105	79,5	<b>123</b>	<b>77,4</b>
<b>Res</b>		-1,5		1,5		
<b>Muito Boa</b>	9	33,3	15	11,4	<b>24</b>	<b>15,1</b>
<b>Res</b>		2,9		-2,9		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=10,103</math>; <math>p=0,006^{**}</math></b>						
<b>GRAU DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO DEVIDO A DOENÇA (S)(N=159)</b>						
<b>Algumas vezes tenho que abrandar o ritmo</b>	6	22,2	24	18,2	<b>30</b>	<b>18,9</b>
<b>Res</b>		0,5		-0,5		
<b>Sou capaz de realizar o meu trabalho, mas com alguns</b>	12	44,5	81	61,4	<b>93</b>	<b>58,5</b>

<b>sintomas</b>						
<b>Res</b>		-1,6		1,6		
<b>Não tenho limitações\ não tenho nenhuma doença</b>	9	33,3	27	20,5	<b>36</b>	<b>22,6</b>
<b>Res</b>		1,5		-1,5		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=2,933</math>; p=0,231</b>						
<b>ABSENTISMO NO ÚLTIMO ANO DEVIDO A DOENÇA (N=159)</b>						
<b>100 – 365 dias</b>	-	-	9	6,8	<b>9</b>	<b>5,7</b>
<b>Res</b>		-1,4		1,4		
<b>25 – 99 dias</b>	-	-	3	2,3	<b>3</b>	<b>1,9</b>
<b>Res</b>		-0,8		0,8		
<b>10 – 24 dias</b>	-	-	3	2,3	<b>3</b>	<b>1,9</b>
<b>Res</b>		-0,8		0,8		
<b>No máximo 9 dias</b>	3	11,1	12	9,1	<b>15</b>	<b>9,4</b>
<b>Res</b>		0,3		-0,3		
<b>Nenhum dia</b>	24	88,9	105	79,6	<b>129</b>	<b>81,1</b>
<b>Res</b>		1,1		-1,1		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=3,406</math>; p=0,492</b>						
<b>PROGNÓSTICO PESSOAL DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO PARA DAQUI A DOIS ANOS (N=159)</b>						
<b>Improvável</b>	-	-	6	4,5	<b>6</b>	<b>3,8</b>
<b>Res</b>		-1,1		1,1		
<b>Talvez</b>	9	33,3	36	27,3	<b>45</b>	<b>28,3</b>
<b>Res</b>		0,6		-0,6		
<b>Quase de certeza</b>	18	66,7	90	68,2	<b>108</b>	<b>67,9</b>
<b>Res</b>		-0,2		0,2		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=1,526</math>; p=0,466</b>						
<b>RECURSOS PSICOLÓGICOS (N=159)</b>						
<b>Razoável</b>	6	22,2	18	13,6	<b>24</b>	<b>15,1</b>
<b>Res</b>		1,1		-1,1		
<b>Bom</b>	15	55,6	84	63,6	<b>99</b>	<b>62,3</b>
<b>Res</b>		-0,8		0,8		
<b>Muito Bom</b>	6	22,2	30	22,8	<b>36</b>	<b>22,6</b>
<b>Res</b>		-0,1		0,1		
<b>Teste Qui-Quadrado: <math>\chi^2=1,332</math>; p=0,514</b>						

O estudo do **Índice da Capacidade para o Trabalho** com as **variáveis sociodemográficas**, revelou que os enfermeiros “*casados/união de facto*” apresentaram maior capacidade para o trabalho (nota global) (Peso médio=103.17) e os “*divorciados/viúvos*” são

quem menor capacidade têm (Peso médio=70.75). O teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $H=8.503$ ;  $p=0.014$ ), (cf. Quadro 12).

Na análise em função da **Escolaridade**, são os enfermeiros com o grau de *especialistas ou pós-graduados* que se apresentam com maior capacidade para o trabalho, em sentido contrário estão os enfermeiros licenciados ( $PM=92.82$  vs  $PM=76.18$ ). As diferenças encontradas não são significativas, ( $H=3.517$ ;  $p=0.172$ ), ou seja, o ICT é independente da escolaridade dos enfermeiros, (cf. Quadro 12).

Relativamente ao **número de filhos**, verificamos que os enfermeiros que não têm filhos têm uma capacidade para o trabalho superior aos enfermeiros que tem um ou dois filhos. Inferindo-se através do teste Kruskal-Wallis que as diferenças estatísticas encontradas são significativas ( $H=13.216$ ,  $p=0.001$ ), ou seja, a existência de filho pelos enfermeiros leva a uma diminuição da capacidade para o trabalho, (cf. Quadro 12).

**Quadro 12 – Teste de Kruskal-Wallis entre a Capacidade para o Trabalho com o Estado Civil, Escolaridade e número de filhos**

ESTADO CIVIL (N=159)	Casado/união de facto (n=27)	Solteiro (n=114)	Divorciado/viúvo (n=18)	Teste de Kruskal- Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
<b>CAPACIDADE PARA O TRABALHO</b>	103,17	75,97	70,75	<b>8,503</b>	<b>0,014*</b>
ESCOLARIDADE (N=159)	Bacharelato (n=6)	Licenciatura (n=120)	Especialidade\Pós Graduação (n=33)	Teste de Kruskal- Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
<b>CAPACIDADE PARA O TRABALHO</b>	86,00	76,18	92,82	3,517	0,172
NÚMERO DE FILHOS (N=159)	Sem filhos (n=66)	Um filho (n=63)	Dois filhos (n=30)	Teste de Kruskal- Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
<b>CAPACIDADE PARA O TRABALHO</b>	89,14	83,21	53,15	<b>13,216</b>	<b>0,001**</b>

A **idade**, a **idade com que os enfermeiros começaram a trabalhar** e o **tempo de trabalho no serviço actual**, associou-se de forma inversa com a Capacidade para o Trabalho pelo Enfermeiros, ou seja, os enfermeiros mais novos ( $r=-0.618$ ;  $p=0.000$ ), que começaram a

trabalhar mais cedo ( $r=-0.191$ ;  $p=0.016$ ) e com menos anos de trabalho no actual serviço ( $r=-0.262$ ;  $p=0.001$ ) apresentam uma melhor capacidade para o trabalho. A *idade*, *idade com que os enfermeiros começaram a trabalhar* e o *tempo de trabalho no serviço actual* explicam respectivamente 38.2%, 3.6% e 6.9% da variância da Capacidade para o Trabalho dos enfermeiros, (cf. Quadro 13).

**Quadro 13 – Análise de regressão linear simples entre a idade, a idade com que começaram a trabalhar e o Tempo de trabalho no serviço actual, com a Capacidade para o Trabalho**

	r	r <sup>2</sup> (%)	P	t	p
<b>Idade</b>	- 0,618	38,2	0,000***	- 9,862	0,000***
<b>Idade com que começaram a trabalhar</b>	- 0,191	3,6	0,016*	- 2,432	0,016*
<b>Tempo de trabalho no serviço actual</b>	- 0,262	6,9	0,001**	- 3,397	0,001**

Ao indagarmos da relação do ICT com as variáveis de natureza profissional, verificamos que os enfermeiros que trabalham há mais de 16 anos são quem pior capacidade para o trabalho apresenta (PM=49.68), por sua vez os enfermeiros com menos anos de serviço têm uma maior capacidade (Menos de 5 anos: PM=99.20). O teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças encontradas são altamente significativas ( $H=26.445$ ;  $p=0.000$ ), ou seja, o tempo de serviço influencia a capacidade que os enfermeiros apresentam para o trabalho, (cf. Quadro 14).

O **Serviço onde trabalha o enfermeiro** é independente da capacidade para o trabalho ( $H=0.973$ ;  $p=0.615$ ), contudo observamos que é na psiquiatria que os enfermeiros têm um menor ICT, (cf. Quadro 14).

Depreendemos que os enfermeiros com contrato a termo indeterminado são os que têm uma melhor capacidade para o trabalho (nota global) (PM=99.11), e os enfermeiros com contrato efetivo (do Quadro) foram os que apresentaram menor capacidade para a realização do trabalho no dia-a-dia (PM=50.45). O teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças são estatisticamente significativas ( $H=40.326$ ,  $p=0.000$ ), ou seja, o **vinculo profissional** exerce influencia na capacidade para o trabalho por parte dos enfermeiros, (cf. Quadro 14).

Observamos que os enfermeiros que **fazem 40 horas por semana**, apresentam em média maior capacidade para o trabalho, e os que fazem 30 horas são quem menor capacidade tem (PM=90.28 vs PM=22.25), ( $H=19.239$ ;  $p=0.000$ ), (cf. Quadro 14).

O estudo da relação do ICT com as **exigências do trabalho**, mostra que os enfermeiros que referem que no seu trabalho lidam com situações de exigência física e mental são quem menor capacidade para o trabalho ostenta (PM=73.07), quando apenas lidam com exigências mentais a capacidade para o trabalho aumenta (PM=138.50), sendo, estas diferenças significativas (H=29.185; p=0.000), (cf. Quadro 14).

**Quadro 14 – Teste de Kruskal-Wallis entre a Capacidade para o Trabalho com o Tempo de serviço, serviço onde trabalha, vínculo profissional, número de horas que realiza por semana e exigências do trabalho**

TEMPO DE SERVIÇO (N=159)	Menos de 5 anos (n=15)	Entre 6 a 10 anos (n=84)	Entre 11 a 15 anos (n=18)	Mais 16 anos (n=42)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
<b>CAPACIDADE PARA O TRABALHO</b>	99,20	91,68	80,25	49,68	<b>26,445</b>	<b>0,000***</b>
SERVIÇO ONDE TRABALHA (N=159)	Medicina (n=96)	Psiquiatria (n=39)	Outro serviço (n=24)	Teste de Kruskal-Wallis		
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P	
<b>CAPACIDADE PARA O TRABALHO</b>	81,50	73,88	83,94	0,973	0,615	
VÍNCULO PROFISSIONAL (N=159)	Efectivo (n=60)	Contrato a termo certo (n=18)	Contrato a termo indeterminado (n=81)	Teste de Kruskal-Wallis		
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P	
<b>CAPACIDADE PARA O TRABALHO</b>	50,45	92,50	99,11	<b>40,326</b>	<b>0,000***</b>	
NÚMERO DE HORAS QUE TRABALHA POR SEMANA (N=159)	30 horas (n=6)	35 horas (n=51)	40 horas (n=102)	Teste de Kruskal-Wallis		
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P	
<b>CAPACIDADE PARA O TRABALHO</b>	22,25	66,24	90,28	<b>19,239</b>	<b>0,000***</b>	
EXIGÊNCIAS DO TRABALHO (N=159)	Mentais (n=15)	Físicas (n=3)	Ambas, Mentais e físicas (n=141)	Teste de Kruskal-Wallis		
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P	
<b>CAPACIDADE PARA O TRABALHO</b>	138,50	113,00	73,07	<b>29,185</b>	<b>0,000***</b>	

São os enfermeiros que fazem horário fixo quem tem menor capacidade para o trabalho, contudo as diferenças encontradas não são significativas ( $U=1665,0$ ;  $Z=-1,766$ ;  $p=0,077$ ), (cf. Quadro 15).

Ao averiguarmos da relação entre a Capacidade para o trabalho e a existência de alguma lesão ou doença que os enfermeiros possuíam quando começaram a trabalhar, inferimos que as variáveis são independentes entre si ( $U=346,50$ ;  $Z=-1,021$ ;  $p=0,307$ ), (cf. Quadro 15).

**Quadro 15 – Teste de U de Mann Whitney entre o Regime de Trabalho, a existência de lesão\doença e a Capacidade para o trabalho**

REGIME DE TRABALHO (N=159)	Horário fixo (n=33)	Horário por turnos (n=126)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
CAPACIDADE PARA O TRABALHO	67,45	83,29	1665,0	-1,766	0,077
QUANDO INICIOU A PROFISSÃO TINHA ALGUMA DOENÇA OU LESÃO (N=159)	Não (n=153)	Sim (n=6)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
CAPACIDADE PARA O TRABALHO	79,26	98,75	346,5	-1,021	0,307

#### 1.4 – SÍNTESE DOS RESULTADOS

Após a análise descritiva dos dados obtidos, procedemos ao teste das hipóteses por nós formuladas.

***Hipótese 1 – A Capacidade para o trabalho dos enfermeiros é influenciada pelas variáveis sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado Civil, Habilitações Literárias/Académicas, numero de filhos);***

Os homens têm maior capacidade para o trabalho face as mulheres, ( $OM=83,33$  vs  $OM=79,32$ ), contudo as diferenças encontradas não são significativas ( $U=1692,0$ ;  $Z=-0,415$ ;  $p=0,678$ ), (cf. Quadro 9).

À maior **Idade** corresponde menor capacidade para o trabalho pelos enfermeiros ( $r=-0.618$ ;  $p=0.000$ ), sendo a idade responsável por 38.2% da variância da capacidade para o trabalho dos enfermeiros, (cf. Quadro 13).

Os enfermeiros “*casados/união de facto*” apresentaram maior capacidade para o trabalho (nota global), as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, ( $H=8.503$ ;  $p=0.014$ ), (cf. Quadro 12).

Quanto à **Escolaridade**, são os enfermeiros com o grau de *especialistas ou pós-graduados* que se apresentam com maior capacidade para o trabalho ( $H=3.517$ ;  $p=0.172$ ), (cf. Quadro 12).

A existência de filhos pelos enfermeiros leva a uma diminuição da capacidade para o trabalho, sendo as diferenças altamente significativas ( $H=13.216$ ,  $p=0.001$ ), (cf. Quadro 12).

**Desta forma, infere-se que o Índice da Capacidade pra o Trabalho dos enfermeiros sofre influência das variáveis sociodemográficas: Idade, Estado Civil e Número de Filhos.**

**Hipótese 2 – As variáveis profissionais influenciam Capacidade para o trabalho dos enfermeiros;**

A **idade com que os enfermeiros começaram a trabalhar** e o **tempo de trabalho no serviço actual** explicam 3.6% e 6.9% da variância da Capacidade para o Trabalho dos enfermeiros, ou seja os enfermeiros que começaram a tralhar mais cedo e com menos tempo de serviço são quem melhor capacidade para o trabalho apresenta (cf. Quadro 13).

O **tempo de serviço** influencia a capacidade para o trabalho ( $H=26.445$ ;  $p=0.000$ ), ou seja, os enfermeiros que trabalham há mais de 16 anos são quem pior capacidade para o trabalho apresenta, (cf. Quadro 14).

Os enfermeiros com contrato a termo indeterminado são os que têm uma melhor capacidade para o trabalho (nota global), as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $H=40.326$ ,  $p=0.000$ ), ou seja, o **vinculo profissional** exerce influencia na capacidade para o trabalho por parte dos enfermeiros, (cf. Quadro 14).

Os enfermeiros que **fazem 40 horas por semana**, apresentam em média maior capacidade para o trabalho, e os que fazem 30 horas são quem menor capacidade tem ( $H=19.239$ ;  $p=0.000$ ), (cf. Quadro 14).

Quando as exigências do trabalho são de ordem física e mentais a capacidade para o trabalho diminui, ( $H=29.185$ ;  $p=0.000$ ), (cf. Quadro 14).

As variáveis **Serviço onde trabalha o enfermeiro, Regime de trabalho e existência de alguma lesão ou doença que os enfermeiros possuíam quando começaram a trabalhar**, são independentes da capacidade para o trabalho ( $p>0.05$ ), (cf. Quadro 14 e 15).

**Desta forma, infere-se que o Índice de Capacidade para o Trabalho é influenciado pela idade com que os enfermeiros começaram a trabalhar, tempo de trabalho no serviço actual, tempo de serviço, vínculo profissional, número de horas que faz por semana e pelas exigências do trabalho.**

***Hipótese 3 – A idade, o tempo de trabalho no serviço actual, a idade com que começou a trabalhar predizem a Capacidade para o trabalho dos enfermeiros;***

Foi feita uma regressão linear múltipla para testar o valor preditivo das variáveis independentes citadas em título em relação à variável dependente **Índice de Capacidade para o Trabalho dos enfermeiros**, (cf. Quadro 16) investigando-se desta forma se os mesmos se constituem como factores preditores. Para tal procedeu-se a um teste de regressão linear múltipla, uma vez que é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, particularmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente.

O método de estimação usada foi o de *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos, quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras.

O erro padrão da estimativa foi de 4.384 neste modelo de regressão e o valor da “*varianceinflation factor*” (VIF)<sup>3</sup> permite concluir que as variáveis presentes no modelo não são colineares, uma vez que o valor de VIF é de 1.000, valor inferior a 5.0 conforme preconizado por Maroco (2007).

Os valores relatados no Quadro 16, permitem considerar que dos 3 factores que entraram no modelo de predição, todos eles (*idade, o tempo de trabalho no serviço actual, a idade com que começou a trabalhar*) predizem a capacidade para o trabalho dos enfermeiros, explicando 43.9% da sua variância. A variável *Idade* é a que apresentava maior coeficiente de correlação, sendo a primeira a entrar no modelo de regressão, que configurou cinco passos e

<sup>3</sup>Utilizamos o valor de *varianceinflation factor* para diagnosticar a multicolinearidade das variáveis, sendo que valores de VIF superiores a 5 ou mesmo a 10 indicam que as variáveis em estudo são colineares (Maroco, 2007).

apresentou um coeficiente de correlação de -0,523, que corresponde a 37.9% da variância explicada do ICT dos enfermeiros, seguido do *tempo de trabalho no serviço actual* que explica 4.1%, e da *idade com que começou a trabalhar* que explica 1.5%

A análise comparativa dos coeficientes de beta sugere-nos que as variáveis *Idade* variam na razão inversa, ou seja, os enfermeiros mais velhos têm menor capacidade para o trabalho, por sua vez nas variáveis *tempo de trabalho no serviço actual*, e a *idade com que começou a trabalhar*, quando estas aumentam, aumenta também a capacidade para o trabalho, (cf. Quadro 16).

**Quadro 16– Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a variável Capacidade para o Trabalho**

VARIÁVEL DEPENDENTE = <i>Capacidade para o Trabalho</i>						
R Múltiplo = 0,670						
R <sup>2</sup> = 0,449						
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,439						
Erro padrão da estimativa = 4,384						
F= 6,017						
p= 0.015						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de R <sup>2</sup>	T	p	Colinearidade VIF
Constante	45,938	3,628	---	12,663	0,000	----
Idade	-0,523	-0,886	0,379	- 10,290	0,000	<b>2,084</b>
Tempo de trabalho no serviço actual	0,268	0,245	0,041	2,958	0,004	<b>1,933</b>
Idade com que os enfermeiros começaram a trabalhar	0,422	0,181	0,019	2,453	0,015	<b>1,529</b>
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	Gl	Média dos Quadrados	F	P	
Regressão	2429,938	3	809,979	<b>42,133</b>	<b>0,000***</b>	
Residual	2979,798	155	19,225			
<b>Total</b>	<b>5409,736</b>	<b>158</b>				

## 2 – DISCUSSÃO

Apresentados e analisados os resultados obtidos, procede-se agora a uma reflexão crítica dos mesmos, confrontando-os entre si e com o quadro teórico de referência, salientando alguns dos estudos publicados no âmbito da capacidade para o trabalho. Este capítulo visa ainda apresentar e justificar as dificuldades e limitações metodológicas encontradas, referir os esforços de controlo dos erros e desvios no sentido de maximizar a validade dos resultados.

Atendendo aos objectivos e hipóteses inicialmente propostos precede-se à discussão dos resultados de acordo com a sequência da sua apresentação

### 2.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente à “*idade*”, verificou-se que os 159 enfermeiros da nossa amostra tinham idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos, com uma média de 36,49 anos.

Relativamente ao “*género*”, a nossa amostra era maioritariamente feminina (83.0%). Tal facto pode ser explicado porque em enfermagem o número de mulheres continua a ser superior ao dos homens, ainda que esta situação possa estar a modificar (a percentagem do género masculino tem vindo a aumentar ligeiramente ao longo dos anos) mantém-se uma profissão essencialmente feminina, relacionada com o cuidar do outro. Estes resultados estão de acordo com os encontrados na literatura, que regista o predomínio do género feminino entre os profissionais da área de enfermagem (OE, 2009).

De acordo com os resultados, o *género* encontra-se relacionado apenas com a *capacidade para o trabalho* tendo em conta as exigências físicas e mentais, uma vez que o *género masculino* apresenta melhor capacidade de trabalho (33, 3%) do que o *género feminino* (11,4%). Estes resultados vão ao encontro de alguns estudos efectuados que apontam para um maior índice de capacidade para o trabalho no género masculino (Suvanto, 1991; Jackson & Mulder, 1992; Perkio-Makela, 2000 citados por Castelo-Branco, 2006). Também no estudo de Costa (2005) as mulheres apresentaram média significativamente mais baixa do

que os homens no ICT em todas as faixas etárias. Há contudo investigações, efectuadas em diversos países que contrariam estes resultados.

Quanto ao “*estado civil*” os resultados mostraram a prevalência de enfermeiros casados/união de facto com 71.7%, a seguir os solteiros com 17%, divorciados ou viúvos com 11,3%. Neste caso concreto são os Enfermeiros casados aqueles que apresentam maior capacidade para o trabalho.

Considerando as “*habilitações académicas*”, da nossa amostra verificamos que é composta por 75,4% de enfermeiros com Licenciatura e 20,8% com Especialidade. Os resultados obtidos indicam que as habilitações académicas se relacionam apenas com a capacidade para o trabalho e neste contexto, os enfermeiros especialistas apresentaram melhor capacidade para o trabalho actual e melhores recursos psicológicos relativamente aos enfermeiros com Licenciatura. Estes resultados confirmam os estudos de Castelo-Branco (2006) realizados com professores, em que estes revelam não só um maior ICT como também menos doenças e lesões por diagnóstico médico, menor incómodo causado por estas no seu trabalho e ainda melhor prognóstico quanto ao futuro na profissão, em comparação com os seus colegas com Licenciatura. Também Golubic (2009) demonstraram por via de estudos realizados, que um maior nível de escolaridade tem efeitos positivos sobre a preservação de uma boa capacidade para o trabalho. Pelo que, estes autores sugerem que os gestores hospitalares devem desenvolver estratégias para enfrentar e melhorar a qualidade das condições de trabalho dos enfermeiros. Proporcionar formação e perspectivas de carreira que podem contribuir para a diminuição dos níveis de stress ocupacional dos enfermeiros, mantendo assim a sua capacidade de trabalho. Acredita-se também que este resultado, e sempre atendendo aos itens específicos que avaliam as dimensões em que se verificaram as diferenças, pode ser explicado pelo facto de os enfermeiros com especialidade exercerem as funções de especialistas e se sentirem realizados com esse facto, ao passo que os outros enfermeiros podem, à luz do actual panorama económico, social e profissional apresentar perspectivas de realização pessoal menos optimistas, para não falar negativas.

No que concerne à “*existência de filhos*”, na nossa amostra predominam os enfermeiros com filhos (58.5%), facto que indiciou uma ligeira diminuição da capacidade para o trabalho. Enfermeiros com filhos, em comparação com as suas colegas sem filhos, tendem a ter uma duração do sono diurno menor, a deitarem-se mais tarde após o término do trabalho e a sofrer interrupções mais frequentes do seu sono, devido às responsabilidades familiares (Silva, 2007).

Em síntese, a hipótese 1 foi confirmada, ou seja inferimos que as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo no índice da capacidade para o trabalho dos enfermeiros, indo de encontro aos estudos consultados.

Relativamente ao “*tempo de exercício profissional*”, os enfermeiros com mais experiência profissional (mais de 16 anos) apresentem pior capacidade para o trabalho do que os enfermeiros menos experientes ( $\leq 10$  anos).

Nesta linha de raciocínio, seria de esperar que a idade de início da actividade deveria manter semelhantes resultados, o que não se verificou. Não encontramos outros estudos que nos permitam comparar este resultado.

Quanto ao “*vínculo laboral*” os enfermeiros com “*Contrato a Termo por Tempo Indeterminado*”, têm uma melhor capacidade para o trabalho, relativamente aos enfermeiros com “*Contrato Efectivo*”. Embora a literatura faça referência a uma actual insegurança e instabilidade na carreira que afecta uma grande percentagem de enfermeiros, podendo gerar preocupações relacionadas com a mudança de serviço, de funções, estagnação das promoções e/ progressões ou até mesmo o despedimento. No global da nossa amostra a maioria dos enfermeiros encontra-se em “*Contrato a Termo por Tempo Indeterminado*”.

Segundo Fischer (2006) a profissão de enfermagem está associada a condições de trabalho stressantes, contribuindo para um ICT inadequado. Isto é, além de más condições de vida e trabalho precário as medidas de intervenção, quer no local de trabalho quer a nível individual, são necessárias para evitar uma diminuição da capacidade para o trabalho, mesmo numa população activa bastante jovem.

De acordo com Tuomi (1999), referidos por Silva (2000), os indivíduos com “*pobre*” capacidade para o trabalho necessitam de medidas urgentes para *restaurar (reinstare)* a mesma, bem como *avaliações adicionais periódicas*. Para os trabalhadores com “*moderada*” capacidade para o trabalho, deverão ser implementadas medidas para a *aumentar* ou *melhorar (improve)*. Aos trabalhadores que possuem uma “*boa*” capacidade para o trabalho devem ser fornecidas instruções acerca de como a podem *manter (support)* e *impedir que esta diminua*. Os que possuem “*excelente*” capacidade para o trabalho devem *prevenir* eventuais prejuízos nessa capacidade (*maintain*), recebendo informação sobre os factores relacionados com o trabalho e estilo de vida que podem manter ou pôr em risco as suas capacidades.

Assim, de acordo com os resultados obtidos no nosso estudo é fundamental implementar medidas para melhorar a capacidade para o trabalho dos enfermeiros estudados.

No estudo de Maia (2002) com 455 enfermeiros, 368 mulheres e 87 homens, verificou-se que a maioria da amostra apresentava boa capacidade para o trabalho, não

existindo diferenças significativas entre homens e mulheres, ou seja obteve resultados percentualmente diferentes e melhores. Contudo, num estudo de Pereira (2002) em que avaliaram a capacidade para o trabalho de 232 docentes, dos quais 60 mulheres e 172 homens, com idades compreendidas entre 22 e 64 anos (média de 38,06), verificaram que 3,1% da amostra apresentou um ICT baixo; 32% um ICT moderado; 47,6% um ICT bom e 17,3% um ICT excelente; e que o género masculino apresentou os valores de ICT mais elevados.

Também Camerino (2008) consideraram que uma capacidade para o trabalho satisfatória é sustentada e promovida pela boa saúde física e mental e por condições favoráveis de trabalho.

É a inter-relação entre as condições de vida e de trabalho e as características individuais, que irá determinar a tolerância ao trabalho, sendo distinta para cada trabalhador. O grau de tolerância e a forma como o trabalhador se adaptará ao trabalho por turnos determinará em grande parte a sua capacidade para o trabalho (Fischer, 1997).

Os resultados obtidos permitem confirmar as hipóteses 2 e 3 na totalidade.

## CONCLUSÃO

Finalizando este estudo parece oportuno refletir e avaliar o trabalho desenvolvido, assim como elaborar uma síntese dos resultados obtidos e sugestões para futuras investigações.

Neste trabalho avaliou-se a capacidade para o trabalho dos enfermeiros. A abordagem destes aspectos no âmbito dos serviços de saúde caracteriza a pertinência deste estudo, permitindo ainda reflectir sobre a influência da capacidade para o trabalho dos enfermeiros, e na eventual necessidade de implementar ou redefinir estratégias que favoreçam a melhoria das condições de trabalho, com repercussão no aumento da produtividade e da qualidade dos cuidados prestados, pelo que se fará chegar o relatório deste estudo às entidades gestoras da instituição.

Atendendo ao instrumento de colheita de dados utilizado, julga-se ter sido adequado face aos objectivos propostos, às hipóteses de investigação formuladas e às características da amostra.

Em relação à metodologia utilizada, considerou-se que foi a mais correcta, pelo nível de conhecimentos no domínio do problema em estudo, assim como para confrontar os resultados obtidos com outras pesquisas desenvolvidas na área.

No que concerne à apresentação, análise e discussão dos resultados, estes foram realizados de forma a construir uma ligação congruente com o problema em estudo, mediante as hipóteses de investigação e os conhecimentos existentes acerca da problemática, apoiados pelo suporte teórico e legislativo, assim como por alguns estudos relacionados com este, no sentido de uma melhor interpretação e compreensão do mesmo.

Com base nos resultados obtidos e tendo como referência os objectivos e as hipóteses de investigação formuladas para este estudo pode-se verificar que, na globalidade, os enfermeiros sentem perturbações na capacidade para o trabalho, pelo que se destacam as principais conclusões.

Relativamente à primeira hipótese foi confirmada.

Assim, evidenciam-se as seguintes conclusões:

- Quanto maior a *idade* menor a *capacidade para o trabalho* tendo em conta as exigências físicas e mentais da actividade;
- Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre:
  - o “*género*” e a capacidade de trabalho, sendo que os homens apresentaram melhor capacidade para o trabalho;
  - o “*estado civil*”, uma vez que os enfermeiros casados apresentaram maior capacidade para o trabalho;
  - as “*habilitações académicas*”, e a *capacidade de trabalho*; entre os enfermeiros especialistas e os enfermeiros com bacharelato/licenciatura, pelo que os primeiros apresentaram melhor capacidade de trabalho;
  - a “*existência de filhos*”, dado que os enfermeiros com filhos são os que apresentam menor capacidade para o trabalho;

A segunda hipótese também foi confirmada, na medida em que as variáveis profissionais/laborais analisadas se relacionaram com a *Capacidade para o Trabalho* dos enfermeiros, destacando-se as seguintes conclusões:

- Quanto maior o *tempo total de trabalho* pior a capacidade para o trabalho;
- Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre:
  - o “*tempo de exercício profissional*”, uma vez que os enfermeiros com mais de 16 anos de experiência profissional apresentam pior capacidade para o trabalho;
  - as “*exigências do trabalho*” são sobretudo de ordem física e mental e diminuem a capacidade para o trabalho;
  - o “*vinculo laboral*”, na medida em que os enfermeiros com contrato por tempo indeterminado são os que têm melhor capacidade para o trabalho.

Relativamente à terceira hipótese, os resultados da regressão linear múltipla demonstram capacidade altamente preditiva das variáveis independentes (*idade*, *tempo de trabalho no actual serviço* e *idade de início profissional*) em relação à variável dependente. Assim somos induzidos a afirmar que quanto maior a *idade* menor a *capacidade para o trabalho* dos enfermeiros

A investigação nesta área tem ainda como objetivo consequente prevenir ou minorar os efeitos adversos do trabalho e melhorar o rendimento profissional, tendo em vista a melhoria do bem-estar físico dos trabalhadores e dos serviços prestados pela instituição hospitalar. Deste modo, torna-se urgente a adopção de instrumentos de medida validados e aplicáveis nos processos para a selecção dos “mais adaptáveis” ao trabalho, mas devidamente adequados às características particulares dos vários grupos profissionais.

A melhor forma de impedir a inadaptação dos trabalhadores é conhecer e prevenir as consequências do trabalho na capacidade para o trabalho. Além disso, entender como os enfermeiros percebem a sua capacidade para o trabalho pode fornecer um contributo importante para o planeamento de um programa de promoção da saúde e para que as condições de trabalho sejam continuamente melhoradas.

Eventualmente, com outros instrumentos de avaliação, com uma amostra aleatória e noutros contextos profissionais os resultados poderiam ser diferentes em termos de significância estatística. Ainda assim, o instrumento utilizado poderá ser muito útil nos estudos de adaptação ao trabalho e, eventualmente, tornarem-se numa boa medida em termos de prevenção primária no âmbito da Saúde Ocupacional.

Pelo exposto, sugere-se que os futuros estudos tenham em consideração as limitações do presente trabalho, pelo que se propõe maior rigor metodológico, uma amostra de maior dimensão e aleatória, uso de instrumentos validados para a população portuguesa, avaliar e/ou efectuar um maior esforço para controlar algumas variáveis individuais que podem influenciar a saúde e a capacidade para o trabalho dos enfermeiros

Outras propostas passam por desenvolver estudos:

- que comparem a saúde e a capacidade para o trabalho em enfermeiros que desenvolvam a sua actividade em instituições hospitalares com os que desde sempre desempenharam funções em cuidados de saúde primários;
- com desenho longitudinal para avaliar variações, factores que interferem e põem em causa a saúde dos enfermeiros, consequências na capacidade para o trabalho, bem como para avaliar o resultado das medidas de intervenção;

Desenvolver e implementar estratégias de intervenção no âmbito da prevenção e promoção da saúde e bem-estar dos enfermeiros (ex: ensinios sobre a higiene do sono).

Os resultados deste estudo constituem um contributo para a uma reflexão cuidada sobre a natureza do trabalho dos enfermeiros e as condições contextuais, ambientais e ergonómicas em que o mesmo se desenvolve. A prevalência de enfermeiros com “*moderada*”

Capacidade para o Trabalho obriga a que se adoptem medidas que visam melhorar ou manter a sua capacidade laboral. Em nosso entender estas medidas deveriam ser implementadas com a supervisão dos serviços de saúde ocupacional em articulação com as instituições hospitalares, e devidamente complementadas com sessões de informação sobre os factores de risco. Concomitantemente, a sensibilização para adopção de estilos de vida saudáveis, assim como o desenvolvimento de diferentes práticas de actividade física e de lazer, incluídas no horário semanal dos enfermeiros, seria o ideal.

Considera-se ter atingido os objectivos que foram propostos para a realização deste estudo, e espera-se ter dado um bom contributo para a sensibilização dos trabalhadores e sobretudo dos gestores hospitalares, chefes e serviços de saúde ocupacional, acerca da capacidade para o trabalho dos enfermeiros, da necessidade de acompanhamento do processo de envelhecimento do trabalhador e da importância da intervenção no sentido de prevenir ou diminuir a incapacidade provocada pelos efeitos do trabalho, quer através de estratégias individuais adoptadas quer através do envolvimento das instituições na implementação de medidas, com vista à melhoria das condições de trabalho e de saúde dos enfermeiros, que promovam a capacidade para o trabalho e consequentemente melhorem a qualidade de vida dos trabalhadores e os cuidados prestados aos doentes.

## BIBLIOGRAFIA

- BELLUSCI, S.M. – Envelhecimento funcional e capacidade para o trabalho em servidores forenses. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP 2003.
- BELLUSCI, S.M.; FISCHER, F.M. – Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. Revista Saúde Pública. 1999. ISSN 602-609.
- CALENTI, J.C.M. Discapacidad intelectual y envejecimiento. Universidade da Coruna. Santiago de Compostela. 2006. ISBN: 84-9749-185-8.
- CASTELO-BRANCO, M.C. – Corpo auto-eficácia e capacidade laboral: na senda do bem-estar docente. Dissertação de Doutorado. Aveiro: Universidade de Aveiro 2006.
- COSTA, Ana Filipa Pereira – Contributo para o estudo da relação entre o índice de capacidade para o trabalho, o envelhecimento e a ergonomia. FCT UNL. 2008. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade nova de Lisboa.
- COSTA, E.S., MORITA, I. MARTINEZ, M.A.R. – Nursing staff perceptions of the effects of shift work on health and social life at the São Paulo State University hospital. São Paulo. Cad. Saúde Pública. 2000. ISSN: 553-555.
- DECRETO-LEI nº 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da ordem dos Enfermeiros (EOE).
- DECRETO-LEI nº 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).
- DUTBIE, Jr. E.H., KATZ, P.R. Geriatria Prática. Revinter. Rio de Janeiro. 2002. ISBN 85-7309-657-8
- FISHER F.M.; BORGES – Capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem, Rio de Janeiro. Revista Brasileira. Medicina do trabalho

- FORTIN, M. . – O Processo de Investigação: da concepção à realização. Lusociência. Loures. 1999. ISBN: 972-8383-10-X
- FORTIN, M.F. – Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Lusodidacta. Loures. 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5
- GOLUBIC, R.; MILOSEVIC, M. - Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. J Adv Nurs. 2009 ISSN 2056-2066.
- GONÇALVES, C., CARRILHO, M. J. Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa. 2007. Revista de estudos demográficos nº 40
- ILMARINEN J., - Work Environ Helth.Filândia. Finish Institute of Occupation Health, Department of Physiology. ISSN 1470-7926.
- ILMARINEN, Juhani; TUOMI, Kaija; KLOCKARS Matti – Changes in work ability of active employees over an 11 years period. Scand J Work Environ Health. Finland. 1997. ISSN 0355-3140.
- INE, (2002). Instituto Nacional de Estatística. O Envelhecimento em Portugal. Lisboa.
- JUNIOR, Sérgio Henrique Almeida da Silva – Avaliação de Qualidades Psicométricas do Índice de Capacidade para o trabalho. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação de Mestrado. 2010.
- JUNIOR, Sérgio Henrique Almeida; ROTENBERG, Lúcia – Validade e Confiabilidade do ICT em trabalhadores de enfermagem. Cad. de Saúde Publica. Rio de Janeiro. 2011. ISSN 1077-1087.
- MAIA, P. - Avaliação da capacidade laboral de enfermeiros em contexto hospitalar. Dissertação de Mestrado em Engenharia Humana. Guimarães: Departamento de Produção e Sistemas da Escola de Engenharia da Universidade do Minho.2002.
- MAROCO, João – Análise estatística com aplicações informáticas. Edições Silabo.2007. Lisboa. ISBN 9789726184522.
- MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE Maria do Rosário Dias de Oliveira; FISHER Frida Marina – Capacidade para o trabalho. Ciência Saude Colectiva. 2010. Volume 15. ISSN 1413-8123.

- MARTINEZ, Maria Carmo; LATORRE, Maria do Rosário Dias Oliveira – Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. Revista de saúde publica. São Paulo. 2006. ISSN 01246-904.
- MONTEIRO, Maria Silva; COSTA, Neusa Maria; MILANI, Daniela and Fujimura Fernanda – Work Capacity Evaluation Among Nursing Aides. Revista Escola Enfermagem. USP 2011, Volume 45, nº5 ISSN 0080-6234.
- OE – Ordem dos Enfermeiros (2009). Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/OE\\_Dados\\_Estatisticos\\_-\\_2000-2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/OE_Dados_Estatisticos_-_2000-2008.pdf).
- PESTANA, Maria & GAGEIRO, João – Descobrimo a regressão com a complementaridade do SPSS, Lisboa 2005, Edições Silabo. ISBN 9726183944.
- RAFFONE, A. M.; HENINGTON, E. A. – Avaliação da Capacidade Funcional dos Trabalhadores de Enfermagem. Revista de Saúde Publica. Volume 39, nº4, 2005. ISSN 1518-8787.
- TUOMI Kaija; ILMARINEM Jituni; JAHKOLA Antti – Índice da Capacidade para o trabalho. São Paulo. Edufscan, 2005. ISBN 10:857600466.
- WALSH IAP; CORR S.; FRANCO R.N. – Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crónicas. São Paulo. Revista de Saúde Publica. Vol.38 nº2. Abril 2004. ISSN 00348910.
- WILSON, J.F., MILTON, L.G. Geriatria e Gerontologia - O Que Todos Devem Saber. Roca. São Paulo. 2008. ISBN 978-85-7241-756-3.



**ANEXO I**  
**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**





Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu

### **Exma (o). Colega (o)**

O meu nome é Sónia Fonseca, sou enfermeira a desempenhar funções no serviço de Medicina do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. e encontro-me a realizar um trabalho de investigação sob a orientação da Professora Dra. Rosa Martins, no qual pretendo analisar a capacidade para o trabalho dos enfermeiros, relacionada com a idade.

Para tal, gostaria de pedir a sua preciosa colaboração para o preenchimento deste questionário, no qual serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos da sua vida.

Este questionário encontra-se dividido em três partes: Dados Individuais, Dados Socioprofissionais e Índice de Capacidade para o Trabalho.

Para que este estudo obtenha a fidelidade desejada agradeço, desde já, que responda a todas as questões com a maior sinceridade e exactidão possível. O preenchimento deste questionário é voluntário e anónimo.

Asseguro que todas as informações fornecidas são confidenciais e serão utilizadas somente para este estudo. A divulgação das informações será anónima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Os resultados finais serão colocados à disposição dos interessados.

Ficaria muito agradecida se respondesse ao questionário no local da entrega e com o máximo de brevidade.

Em caso de dúvidas agradeço o contacto para o telemóvel 963801845.

*Obrigada pela gentil colaboração.*

*Sónia Fonseca*

## **1ª Parte – Sócio-demográficos**

1 – Género

Masculino

Feminino

2 – Idade \_\_\_\_\_

3 – Estado Civil

Solteiro (a)

Casado (a)

Divorciado (a)

Viúvo (a)

União de facto

4 – Tem filhos?

Não

Sim

Se sim quantos? .....

5 – Habilitações Académicas:

- Bacharelato
- Licenciatura
- Especialidade
- Pós-graduação
- Doutoramento

## 2ª Parte – Dados Sócio-profissionais

6 - Com que idade começou a trabalhar?

..... anos

7 - Há quanto tempo exerce a profissão?

- $\leq$  5 Anos
- [6 -10] Anos
- [11 -15] Anos
- [16 -20] Anos
- [21 -25] Anos
- [26 -30] Anos
- $\geq$  31 Anos

8 - Qual o serviço onde exerce funções?

.....

9 - Há quanto tempo trabalha no actual serviço?

.....anos, .....meses.

10 - Qual é o seu regime de trabalho?

- Horário diurno fixo
- Turnos (M= 8-16 horas, T= 16-24 horas, N= 0-8)
- Outro, qual? .....

11 - Qual é o seu vínculo à instituição onde trabalha?

- Efectivo
- Contratado a Termo Certo
- Contratado por Tempo Indeterminado

12 - De acordo com o seu contrato quantas horas trabalha semanalmente?

..... horas por semana.

13 - As principais exigências do seu trabalho são?

- Mentais
- Físicas
- Ambas, mentais e físicas.

14 - Quando iniciou a sua profissão apresentava alguma doença ou lesão?

- Não
- Sim

Qual(ais)? .....

### 3ª Parte - INDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

(Versão Portuguesa do Work Ability Index, traduzida e adaptada por C. F. Silva e seus colaboradores, 2005)

Por favor, no preenchimento deste questionário dê a sua opinião sobre a sua capacidade de trabalho e os factores que a afectam.

Para responder faça um círculo em redor do número da alternativa de resposta que melhor reflecte a sua opinião, ou escreva a resposta no espaço fornecido.

#### 1. CAPACIDADE DE TRABALHO ACTUAL COMPARADA COM O SEU MELHOR

Assuma que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor de 10 pontos. Que pontuação dá à sua capacidade para o trabalho actual?

*(0 significa a sua total incapacidade para o trabalho)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Incapacidade total    Capacidade máxima

#### 2. CAPACIDADE DE TRABALHO EM RELAÇÃO ÀS EXIGÊNCIAS DA ACTIVIDADE

Como avalia a sua actual capacidade para o trabalho relativamente às exigências **físicas**?

Muito boa..... 5  
Boa..... 4  
Moderada..... 3  
Fraca..... 2  
Muito fraca..... 1

Como avalia a sua actual capacidade para o trabalho relativamente às exigências **mentais**?

Muito boa..... 5  
Boa..... 4  
Moderada..... 3  
Fraca..... 2  
Muito fraca..... 1

#### 3. DOENÇAS ACTUAIS

Na lista seguinte, assinale as suas doenças ou lesões. Indique também se foram **diagnosticadas ou tratadas** por um médico.

*Para cada doença, em caso afirmativo pode assinalar 2 ou 1, ou na ausência de doença, não assinale nenhuma alternativa.*

	<b>Sim</b>	
	Opinião própria (2)	Diagnóstico médico (1)
<b>Lesão resultante de acidente</b>		
01 Coluna/costas.....	2	1
02 Membro superior/mão.....	2	1
03 Membro inferior/pé.....	2	1
04 Outras partes do corpo.....		
Zona e tipo de lesão?.....	2	1
 <b>Lesão Músculo - Esquelética</b>		
05 Perturbação na parte superior das costas/pescoço, com dor frequente.....	2	1
06 Perturbação na parte inferior das costas/coluna lombar, com dor frequente.....	2	1
07 Ciática, dor das costas para a perna	2	1

08 Perturbação dos membros superiores ou inferiores (mãos/pés), com dor frequente.....	2	1
09 Reumatismo, dor nas articulações...	2	1
10 Outra perturbação musculoesquelética.....	2	1
Qual? _____		

### **Doença no Aparelho Circulatório**

11 Hipertensão (tensão arterial alta)....	2	1
12 Doença coronária, fadiga, dor no peito (angina de peito).....	2	1
13 Trombose coronária, enfarte do miocárdio .....	2	1
14 Insuficiência cardíaca.....	2	1
15 Outra doença cardiovascular.	2	1
Qual? _____		

### **Doença Respiratória**

16 Infecções repetidas nas vias respiratórias (amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda).....	2	1
--	---	---

17 Bronquite crónica.....	2	1
18 Sinusite/rinite crónica.....	2	1
19 Asma.....	2	1
20 Enfisema pulmonar.....	2	1
21 Tuberculose pulmonar.....	2	1
22 Outra doença respiratória.....		
Qual?	2	1

---

### **Perturbação Mental**

23 Problema de saúde mental grave (por exemplo, depressão grave).....	2	1
24 Perturbação mental ligeira (por ex: depressão ligeira, nervosismo, ansiedade, problemas de sono).....	2	1

### **Doença Neurológica e Sensorial**

25 Doença ou lesão auditiva.....	2	1
26 Doença ou lesão dos olhos (não considere a miopia, astigmatismo,...)	2	1
27 Doença do sistema nervoso (por exemplo, AVC ou trombose, nevralgia, enxaquecas, epilepsia).....	2	1

28 Outra doença do sistema nervoso ou dos órgãos dos sentidos.....

Qual? 2 1

---

### **Doença Digestiva**

29 Litíase (pedra) ou doença da vesícula..... 2 1

30 Doença do fígado ou pâncreas..... 2 1

31 Úlcera gástrica ou duodenal..... 2 1

32 Desconforto / irritação gástrica ou duodenal..... 2 1

33 Irritação do cólon ou colite..... 2 1

34 Outra doença digestiva.....  
Qual? 2 1

---

### **Doença Uro-Genital**

35 Infecção urinária..... 2 1

36 Doença renal..... 2 1

37 Doença do aparelho reprodutor (por ex: infecção da próstata nos 2 1

homens e dos ovários ou útero nas  
mulheres).

38 Outra doença uro-genital .....

Qual?	2	1
-------	---	---

---

### **Doença Dermatológica**

39 Alergia / eczema.....	2	1
--------------------------	---	---

40 Outro tipo de irritação da pele...

Qual?	2	1
-------	---	---

---

41 Outro tipo de doença da pele.....

Qual?	2	1
-------	---	---

---

### **Tumor**

42 Tumor benigno.....	2	1
-----------------------	---	---

43 Tumor maligno (cancro)	2	1
---------------------------	---	---

Em que zona do corpo?

---



---

### **Doença Endócrina e Metabólica**

44 Obesidade.....	2	1
45 Diabetes.....	2	1
46 Bócio ou outra doença da tiróide.....	2	1
47 Outra doença hormonal ou metabólica: Qual?	2	1

---

### **Doença no Sangue**

48 Anemia.....	2	1
49 Outra doença no sangue.....	2	1

Qual? \_\_\_\_\_

### **Deficiência congénita**

50 Deficiência congénita.....	2	1
-------------------------------	---	---

Qual? \_\_\_\_\_

---

—

### **Outro Problema ou Doença**

51 Outro problema ou doença: Qual?	2	1
---------------------------------------	---	---

---

#### 4. ESTIMATIVA DO GRAU DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO DEVIDO A DOENÇA (S)

Considera a sua doença ou lesão uma limitação para o seu trabalho actual?

*(Assinale uma ou mais alternativas)*

Não tenho limitações/não tenho nenhuma doença... .....	6
Sou capaz de realizar o meu trabalho, mas provoca-me alguns sintomas.....	5
<i>Algumas vezes</i> tenho que abrandar o ritmo do meu trabalho ou alterar o modo de trabalhar.....	4
<i>Frequentemente</i> tenho que abrandar o ritmo do meu trabalho ou alterar o modo de trabalhar.....	3
Devido à minha doença, sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial.....	2
Na minha opinião, estou completamente incapaz para trabalhar.....	1

#### 5. ABSENTISMO DURANTE O ÚLTIMO ANO

Quantos dias completos faltou ao trabalho devido a problemas de saúde (doença ou exames) durante o último ano (12 meses)?

Nenhum dia.....	5
No máximo 9 dias.....	4
10 - 24 dias.....	3
25 - 99 dias.....	2
100 - 365 dias.....	1

## 6. PROGNÓSTICO DA CAPACIDADE DE TRABALHO PARA DAQUI A DOIS ANOS

Considerando o seu presente estado de saúde, será capaz de realizar a sua actividade de trabalho actual daqui a dois anos?

Improvável .....	1
Talvez .....	4
Quase de certeza .....	7

## 7. RECURSOS PSICOLÓGICOS

Nos últimos tempos, tem conseguido apreciar as suas actividades habituais do dia-a-dia?

Sempre.....	4
Frequentemente.....	3
Algumas vezes.....	2
Raramente.....	1
Nunca.....	0

Nos últimos tempos tem-se sentido activo (a)?

Sempre.....	4
Frequentemente.....	3
Algumas vezes.....	2
Raramente.....	1
Nunca.....	0

Nos últimos tempos tem-se sentido optimista em relação ao futuro?

Sempre.....	4
Frequentemente .....	3
Algumas vezes.....	2
Raramente.....	1
Nunca.....	0

***OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!***