CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
CURSO DE FISIOTERAPIA

THÂMMARA LARIANE HENRIQUES TITO

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H.

CAMPINA GRANDE - PB
2015

THÂMMARA LARIANE HENRIQUES TITO

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito obrigatório e parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Vitória Regina Quirino de Araújo

CAMPINA GRANDE - PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

T621i Tito, Thâmmara Lariane Henriques.
Identificação de sintomas musculoesqueléticos e sua relação com o estresse ocupacional entre profissionais da saúde de uma unidade de pronto atendimento 24h. [manuscrito] / Thâmmara Lariane Henriques Tito. - 2015.
58 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.
"Orientação: Proa. Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo, Departamento de Fisioterapia".

1. Profissionais da saúde. 2. Sintomas musculoesqueléticos. 3. Estresse ocupacional. I. Título.

21. ed. CDD 613.62

THÂMMARA LARIANE HENRIQUES TITO

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H.

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em: 01/07/2015.

BANCA EXAMINADORA

Vitória Regina Quirino de Araújo

Prof[a]. Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Prof. Dr. Danilo de Almeida Vasconcelos (Examinador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Cláudia Holanda Moreira

Prof[a]. Ma. Cláudia Holanda Moreira (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, pelo amor incondicional, e ao meu irmão, Ranney, pelo companheirismo e exemplo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e discernimento a mim proporcionados nos momentos em que o solicitei. Pela honra de me permitir aprender a ser Fisioterapeuta.

Aos meus Pais, Fátima Henriques e José Tito, que me amam, apoiam e incentivam sejam quais forem as minhas escolhas, e que esforçam-se e lutam para me proporcionar a melhor educação possível, são a minha fortaleza e palavras são ínfimas para descrever tal importância.

Ao meu irmão, Ranney Harlin, por todo companheirismo, paciência, carinho, confiança e auxílio durante todos os momentos de minha vida, é o meu exemplo.

A minha orientadora Vitória Regina Quirino de Araújo, pelas oportunidades a mim dadas, confiando-me missões e contribuindo de forma imensurável para meu crescimento em conhecimento científico, profissional e pessoal. Obrigada pela paciência com otimismo, doçura e leveza, extremamente especiais.

Ao professor Danilo de Almeida Vasconcelos pelo incentivo ao aprendizado e a experiência, surpreendentes, ofertados da melhor maneira possível, e por ter se tornado uma das minhas maiores referências de profissional, além de espelho e humano.

A professora Claudia Holanda Moreira, por não poupar a disseminação de conhecimentos e visão de oportunidades, me fazendo permanecer no curso a partir de suas palavras de estímulo e honestidade, surpreendentes, no início da graduação.

Aos meus três verdadeiros mestres e exemplos, agradeço pela amizade e por me tornarem uma amante da Fisioterapia.

Aos meus familiares e amigos que entenderam minhas ausências durante períodos da graduação, a Sonaly Lima, por me mostrar amizade e a olhar situações com o coração e mais fé.

A Pleycianna Ribeiro por me apresentar a UPA 24h e ensinar na prática a rotina da urgência e emergência. A Renata Leal pela compreensão e parceria firmadas durante o PET.

A todos os profissionais da UPA 24h Dr. Maia que participaram do estudo, em especial a Giovanny Vasconcelos pela confiança e disponibilidade, imediatas, oferecidas para a realização da pesquisa na unidade.

A todos os funcionários que se mostraram solícitos e facilitadores durante o período da coleta de dados.

RESUMO

TITO, Thâmmara Lariane Henriques. **Identificação de Sintomas Musculoesqueléticos e sua Relação com Estresse Ocupacional entre Profissionais da Saúde da Unidade de Pronto Atendimento 24h.** Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

Abordagens sobre os crescentes índices de sintomas físicos e psíquicos, entre profissionais, destacam-se os trabalhadores da saúde, em especial, atuantes em ambiente hospitalar em urgências e emergências, visando diversas circunstâncias desgastantes, em seu cotidiano laboral. No que se refere à coexistência de Sintomas Musculoesqueléticos(SME) e Estresse Ocupacional(EO) entre profissionais da média complexidade de atenção à saúde em urgência e emergência, a proposta do presente estudo objetivou avaliar a associação entre tais condições entre profissionais de uma Unidade de Pronto Atendimento(UPA) 24h. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, realizada na UPA Dr. Maia 24h, porte III do município de Campina Grande- PB. A amostra, composta por profissionais, técnicos de enfermagem, médicos e enfermeiros, em atividade laboral, foi abordada, de acordo com a conveniência do pesquisador e da unidade, consistindo em 60 indivíduos entrevistados. Os instrumentos utilizados foram: o Questionário Nórdico de Sintomas Musculoesquelético, adaptado, e a Escala de Estresse no Trabalho. Após coleta, os dados foram transcritos, colocados em planilha e submetidos à análise estatística descritiva e inferencial no programa estatístico Statistical Package for the Social Science, software SPSS® 21.0. Respeitou-se os aspectos éticos, da resolução do CNS 466/12. No estudo foi possível identificar que os locais de apresentação dos desconfortos musculoesqueléticos mais evidenciados corresponderam a Punhos e Mãos, comuns aos Técnicos de Enfermagem e Médicos, a Região Lombar, comum para Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, e Região Cervical para as amostras de Enfermeiros e Médicos, sendo o destaque mais evidenciado o dos SME na Região Cervical (50-70%) para a amostra correspondente ao número de Médicos. Contudo, a alta prevalência na Região Cervical não foi avaliada como um fator de destaque para ausência no trabalho. Os principais afastamentos da atividade laboral ocorreram devido acometimentos da Região Lombar, comum a todas as categorias de profissionais, e Ombros dentre Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros. Do total, os Técnicos de Enfermagem apresentaram maior frequência para ausência no trabalho, por distúrbios musculoesqueléticos. O método utilizado para mensurar a vulnerabilidade ao estresse ocupacional classificou a Demanda Psicológica com um escore igual a 15,4±1,81, como moderada a alta entre os profissionais, resultando em sobrecarga da saúde mental e uma atividade laboral ativa. A dimensão Controle, subdividida em Discernimento Intelectual (12,1±1,04) e Autoridade sobre decisões (5,1±1,64) refletiram alto e moderado controle para as duas variáveis, respectivamente, e ao Apoio Social foi encontrado o valor igual a 19,6±2,51, evidenciando alto apoio social entre os profissionais, refletindo um resultado geral de escore positivo (52,2), muito próximo ao ideal para baixa vulnerabilidade ao EO. Há prevalência de SME entre os profissionais abordados, entretanto, estes não coexistem com o EO no ambiente laboral em urgência e emergência do estudo. Detectou-se a presença de SME e ausência de vulnerabilidade considerável ao EO, entre

profissionais da média complexidade investigados, estes apresentaram percentuais quanto à frequência de desconfortos musculoesqueléticos proporcionais aos de pesquisas envolvendo profissionais da saúde que laboram em urgência e emergência na alta complexidade, contudo, as regiões identificadas diferiram.

Palavras- Chave: Profissionais da Saúde, Sintomas Musculoesqueléticos, Estresse Ocupacional.

ABSTRACT

TITO, Thâmmara Lariane Henriques. **Symptoms identification Musculoskeletal and its Relationship with Occupational Stress in Health Professionals Emergency Unit 24h.** Tearm Paper of Physical Therapy Course, State University of Paraíba, Campina Grande, 2015.

Approaches to increasing levels of physical and psychological symptoms, including professionals, it highlights the health workers, in particular active in the hospital in emergency wards, targeting various stressful circumstances in their everyday work. With regard to the coexistence of Musculoskeletal Symptoms (MS) and Occupational Stress (OS) among professionals of medium complexity health care in emergency rooms, the purpose of the present study aimed to evaluate the association between these conditions among professionals of a Unit Emergency Care (UEC) 24 hours. This is a qualitative and quantitative survey, conducted in Dr. Maia UEC 24h, size III in the city of Campina Grande-PB. The sample, composed of professionals, nursing technicians, doctors and nurses in labor activity was addressed, according to the convenience of the researcher and the unit, consisting of 60 individuals interviewed. The instruments used were: the Nordic Questionnaire Musculoskeletal Symptoms, adapted, and Stress Scale at Work. After collection, the data were transcribed, put into spreadsheet and submitted to descriptive and inferential statistical analysis in the Statistical Package for the Social Sciences, SPSS 21.0 software. It complied with the ethical aspects of Resolution HCN 466/12. In the study we observed that the presentation of the local evidenced musculoskeletal discomforts corresponded to cuffs and hands, common to the Nursing and Medical Technicians, the lumbar region, common for Nurses and Nursing Technicians and Cervical Region for samples of nurses and doctors, most evidenced highlight of the MS in Cervical Region (50-70%) for the corresponding sample the number of doctors. However, the high prevalence in the region Cervical was not assessed as an important factor for missed work. The main departures from the labor activity occurred due affections of the lumbar region, common to all categories of professionals, and Shoulders among nurses and nursing technicians. Of the total, the nursing technicians showed higher frequency for missed work for musculoskeletal disorders. The method used to measure vulnerability to occupational stress Psychological Demand ranked with a score of 15.4 ± 1.81 as moderate to high among professionals, resulting in overloading of mental health and an active labor activity. The control size, divided into intellectual discernment (12.1 ± 1.04) and decisions on authority (5.1 ± 1.64) reflected high and moderate control for the two variables, respectively, and Social Support was found the value equal to 19.6 ± 2.51, showing high social support among professionals, reflecting a general result of positive score (52.2), very close to ideal for low vulnerability to OS. There prevalence of MS among professionals addressed, however, they do not coexist with the OS in the work environment in emergency care study. Detected the presence of MS and the absence of considerable vulnerability to OS, between the average complexity investigated professionals, these percentages presented on the frequency of musculoskeletal discomfort in proportion to the research involving health professionals who work in emergency care in highly complex, yet the regions identified differed.

Key-words: Health Professionals, Musculoskeletal Symptoms, Occupational Stress.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos profissionais da UPA 24h Dr. Maia a partir dos dados coletados com o questionário sociodemográfico.	26
Tabela 2 -	Ocorrência de Sintomas Musculoesqueléticos entre profissionais da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.	27
Tabela 3 -	Ocorrência de Sintomas Musculoesqueléticos entre Técnicos de Enfermagem da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.	29
Tabela 4 -	Ocorrência de Sintomas Musculoesqueléticos entre Enfermeiros(as) da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.	30
Tabela 5 -	Ocorrência de Sintomas Musculoesqueléticos entre Médicos(as) da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.	31
Tabela 6 -	Ocorrência de Sintomas Musculoesqueléticos entre profissionais do sexo Feminino da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.	33
Tabela 7 -	Ocorrência de Sintomas Musculoesqueléticos entre profissionais do sexo Masculino da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.	34
Tabela 8 -	Escores da Escala de Estresse no Trabalho, em Dimensões, achados para os profissionais da UPA 24h Dr. Maia.	35
Tabela 9 -	Identificação do Nível de Vulnerabilidade ao Estresse Ocupacional, a partir da Escala de Estresse no Trabalho, por profissão, na UPA 24h Dr. Maia.	37
Tabela 10 -	Análise da variabilidade comparativa de respostas sobre o Suporte Social entre profissionais da UPA 24h que responderam a Questão 12 do questionário sociodemográfico e à dimensão Suporte Social na EET.	40
Tabela 11 -	Coexistência de Sintomas Musculoesqueléticos e Estresse Ocupacional entre profissionais da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.	41
Tabela 12 -	Frequência entre profissionais da UPA 24h, Dr. Maia, para número de ocorrências sobre incidência de SME e respectivos escores na EET.	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	CID de doenças correlacionadas com os CNAE das empresas, para os quais poderá ocorrer enquadramento no NTEP e porcentagem do risco.	18
Quadro 2	Possíveis Relações das CID's, Consideradas no Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário CNAE 8610-1/02, com a CIF.	19
Quadro 3	Escores da Escala de Estresse no Trabalho para suas respectivas dimensões.	24

LISTA DE ABREVIATURAS

CID	Classificação Internacional da Doença
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CNAE	Classificação Nacional das Atividades Econômicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
Dr.	Doutor
EET	Escala de Estresse no Trabalho
EO	Estresse Ocupacional
H	Hora
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
LME	Lesões Musculoesqueléticas
MPAS	Ministério da Previdência Social do Brasil
MS	Ministério da Saúde
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
PB	Paraíba
QNM	Questionário Nórdico de Sintomas Musculoesqueléticos
S/N	Sem Número
S/SME	Sem Sintomas Musculoesqueléticos
SME	Sintoma Musculoesquelético
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TÉC.	Técnico
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**11**
2	**OBJETIVOS**	**13**
2.1	**Objetivos Gerais**	**13**
2.2	**Objetivos Específicos**	**13**
3	**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**	**14**
4	**MÉTODO**	**21**
5	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	**25**
6	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	**45**
	REFERÊNCIAS	**47**
	ANEXOS	**51**
	ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	
	ANEXO II – Parecer Favorável do Comitê de Ética em Pesquisa	
	APÊNDICES	**56**
	APÊNDICE I – Questionário Sociodemográfico	

1 INTRODUÇÃO

O trabalho, essencial à vida de humana, quando realizado inadequadamente pode desencadear processos de fatores prejudiciais à saúde (OLIVEIRA, 2103).

A interação entre o indivíduo e a atividade laboral, e a consequente relação entre suas ações e condições de trabalho, geram reflexões sobre o quanto tais fatores impactam sobre a saúde. A tarefa na forma ativa pode ocasionar distúrbios físicos e transtornos mentais, estes atualmente pesquisados com maior frequência e citados em coexistência, predispondo também à contradição e ambivalência entre satisfação e prazer, frustração e estresse (ASSIS, CARNEIRO, GABRIEL, 2013; OLIVEIRA, 2103).

Determinados grupos de trabalhadores, por suas características ocupacionais, tornam-se mais propensos ao surgimento de Sintomas Musculoesqueléticos (SME) relacionados ao trabalho (SANCHEZ et al., 2013), predispondo a um elevado nível de absentismo nos serviços de saúde, agravado pela escassez de atenção aos trabalhadores. Atualmente envolvem também a ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos como entre as causas mais comuns da doença a longo prazo, ausência e incapacidade para o trabalho em várias ocupações (ANDERSEN et al., 2012).

Tais distúrbios diferem quanto sua etiopatogenia, clínica, orientação terapêutica, evolução, mas partilham de características como limitações nas atividades de vida diárias e profissionais, dor crônica incapacitante, e provavelmente, na qualidade de vida, devem ser analisadas integralmente, considerando os acometimentos gerais e os seus impactos sobre a funcionalidade e o aspecto psicossocial do indivíduo (MARQUES, 2013).

As Lesões Musculoesqueléticas (LME) têm apresentado importante causa de morbidade em países ocidentais, onde têm sido um foco relevante para investigação (CARUGNO, et al., 2013). Estudos destacam o importante papel das atividades laborais estressantes na geração e progressão de lesões musculoesqueléticas. Ao mesmo tempo, fatores de risco psicossociais - como a satisfação no trabalho, fatores somatizadores, tendência e humor - estão recebendo cada vez mais atenção como determinantes destas lesões, sendo considerados igualmente importantes. O fato é que o estresse ocupacional pode não ser percebido de maneira imediata, no entanto o sistema imunológico é enfraquecido, tornando o organismo susceptível a diversas doenças que podem estar relacionadas ao trabalho, devido à sobrecarga de funções e tarefas (MORTE, DEPS, 2015).

Relações entre trabalho, estresse e seus impactos sobre a saúde do trabalhador têm sido evidenciadas em estudos com abordagens metodológicas diferenciadas. Abordagens sobre os crescentes índices de sintomas físicos e psíquicos, entre profissionais, têm sido objeto desses estudos. Dentre as categorias, destacam-se os trabalhadores da saúde, em especial aqueles atuantes em ambiente hospitalar, visando diversas circunstâncias desgastantes, em seu cotidiano laboral (MAGNAGO, et al., 2010).

Profissionais da área da saúde e, principalmente, aqueles que atuam em urgências e emergências têm maior probabilidade de enfrentar, com maior dificuldade, o processo de adaptação biopsicossocial de maneira harmônica, visto que se expõem continuamente a problemas de origens diversas, assim como são, frequentemente, surpreendidos por esses (BALENO, 2014).

Tendo em vista a lacuna na produção do conhecimento nacional, no que se refere à abordagem da coexistência de sintomas musculoesqueléticos e estresse ocupacional entre profissionais da média complexidade de atenção à saúde em urgência e emergência, a proposta do presente estudo objetivou avaliar a associação entre tais condições em profissionais de uma Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h).

2 OBJETIVOS GERAIS E ESPECIFICOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar a ocorrência de sintomas musculoesqueléticos e analisar a possível coexistência de estresse ocupacional em profissionais de saúde vinculados à Unidade de Pronto Atendimento Dr. Maia – UPA 24H – do município de Campina Grande – PB.

2.2 Objetivos Específicos

- Detectar a presença de sintomas musculoesqueléticos em profissionais da saúde com nível de escolaridade, técnico e superior, que laboram no setor de urgência e emergência;
- Investigar a ocorrência de estresse ocupacional na amostra em estudo;
- Analisar a possível relação dos sintomas musculoesqueléticos, específicos, com o estresse ocupacional;
- Identificar se há discrepância significativa entre os graus de desconfortos musculoesqueléticos e estresse ocupacional em profissionais que laboram em unidades de média complexidade, comparada à literatura que aborda tais ocorrências na alta complexidade dos ambientes hospitalares.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para o Ministério da Saúde (MS) e o (MPAS) Ministério da Previdência Social do Brasil, adota-se o conceito de Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) para a morbidade ocupacional que designa quadros clínicos de desgastes do sistema musculoesquelético adquiridos pelo trabalhador quando submetido a determinadas condições de trabalho associada à carga mental em demasia. Tais quadros se caracterizam pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, tais como dor, parestesia, sensação de peso e fadiga. Ambos são danos decorrentes da utilização excessiva, imposta ao sistema musculoesquelético, e da falta de tempo para recuperação, relevando que tais distúrbios se expressam através da dor (FERNANDES, 2011; MARQUES, 2013).

Os distúrbios musculoesqueléticos incluem condições inflamatórias e degenerativas que acometem estruturas musculares, tendíneas, ligamentares, articulares, nervosas, das periferias, e vasculares de suporte (BARBOSA, ASSUNÇÃO, ARAÚJO, 2013; MARQUES, 2013). A morbidade musculoesquelética associada a esses distúrbios representa no mundo, atualmente, uma questão de saúde pública de destaque, identificando-se como o mais frequentes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho em todos os países, independente do grau de desenvolvimento econômico. Tal questão configura-se, dessa forma, em um elevado custo social-econômico e humano, resultando em dor, expressa a partir de desconfortos articulares, musculares e de estruturas do SME, sequelas ou incapacidade para o trabalho, com consequentes perdas de produtividade, aumento de benefícios concedidos, despesas médicas e até a aposentadoria (MARQUES, 2013).

Devido seu caráter expressivo, a dor, como sintoma musculoesquelético, pode ser considerada como um relevante dado a ser investigado por se tratar de uma das condições não malignas mais comuns no mundo ocidental, apresentando-se frequentemente entre os trabalhadores que realizem ou não, trabalho físico (JENSEN, RUNDMO, 2015).

A dor, a longo prazo, pode conduzir a sensibilização de sinalização alterada ao sistema nervoso central, podendo reduzir o limiar durante a condução nervosa, amplificando a percepção geral de dor. Fatores psicológicos podem ainda influenciar esse processamento de informação perceptível, assim como pode existir correlações entre a dor em diferentes regiões do corpo (ANDERSEN et al., 2012; LINTON et al., 2013).

Para o estudo da incidência de dor como SME, faz-se necessário o conhecimento de fatores prognósticos sobre incidências e procedências da dor musculoesquelética entre trabalhadores de saúde, proporcionando o direcionamento necessário para estratégias preventivas eficazes. Sendo ainda conveniente relevar situações de comportamentos compensatórios, como padrões alterados em excesso que interferem na biomecânica normal do indivíduo, exemplificando um trabalhador apresentar dor em determinada região do corpo, podendo esta levar ou ser o resultado, ao desenvolvimento de dor em outra região do corpo, ou ainda a concausa, devido fatores mentais, metabólicos, psicológicos coexistentes para a conclusão do nexo de causalidade dos SME (ANDERSEN et al., 2012; BRASIL, 2012).

Descrita por Ferrel (1997) como "Ultraje moral da dor não aliviada", a dor crônica deve ser considerada uma doença com patologia distinta, contudo, um mecanismo de defesa fisiológico, existindo a necessidade de abordagens e tratamentos interdisciplinares. Diversos problemas e questões podem afetar o sintoma de dor de um indivíduo, comprometendo seu nível e sua capacidade funcional de forma eficaz, líder de causa de incapacidade, incluindo fatores motivacionais, educacionais, psiquiátricos, comportamentais e sociais, além de predispor eventos somáticos (HIGGINS et al., 2014; FISHBAIN, et al., 2015).

A correlação da dor crônica com insônia, doenças cardíacas, dor em regiões adjacentes e, não incomum, múltiplas comorbidades psiquiátricas, como ansiedade e depressão, é apontada pela neurociência a partir de evidências clínicas que envolvem sintomas dolorosos, estados de humor e o efeito do estresse sobre a desregulação do sistema nervoso central, considerando que fatores biopsicossociais podem alterar a experiência de dor (HIGGINS et al., 2014; PEPPIN et al., 2015).

Infelizmente o tratamento da dor tem sido baseado em educação, administração de opióides e infiltrações, no entanto, a dor crônica trata-se de um fenômeno dinâmico e multidimensional que requer cuidados primários e um arsenal de intervenções, para promover e manter a melhoria do sintoma, o que ainda é visto como deficiência sobre a abordagem e tratamento (PEPPIN et al., 2015).

O aumento da consciência sobre a natureza complexa da dor crônica envolve a proposta de avaliação global dos indivíduos com tal sintoma, assim como o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar da identificação ao tratamento de reabilitação desta, no qual o modelo não-linear - considerando diversos fatores que acometem o indivíduo em uma determinada condição - e multidisciplinar é atualmente estudado como eficaz, sendo preconizada uma abordagem biopsicossocial (PEPPIN et al., 2015).

Dor e emoção sintetizam o sofrimento associado ao estímulo nociceptivo que é refletido em resposta emocional cada vez mais de forma inerente, e a coexistência de SME e fatores emocionais tem colaborado para lidar com o sintoma de maneira adequada, entretanto, o desequilíbrio das emoções podem contribuir para o desenvolvimento, agravos, ou ocorrências nas situações de dor crônica. Estudos vêm demonstrando que a dor é associada com emoções como raiva, medo, e preocupação, as quais podem ocasionar distúrbios psíquicos, como estresse, ansiedade e depressão (BRASIL, 2012; MARQUES, 2013).

Segundo Morte e Deps (2015) o primeiro conceito de estresse surgiu em 1936, proposto por Hans Selye, inicialmente nomeado “Síndrome de Adaptação Geral”, considerado em três estágios consistindo em Fase da Reação de Alarme na qual ocorre liberação de adrenalina, aldosterona, corticoides, cortisol e hidrocortisona no sangue, proporcionando a hipoglicemia e hemoconcentração que acaba por fornecer energia ao organismo; Fase de Resistência em que, a ação do estressor persistindo, é exigido do organismo a adaptação, gerando rarefação do sangue e anabolismo e a glicemia volta ao normal. Outras reações poderão ocorrer se o estresse persistir; e a Fase do Esgotamento, na qual ocorre ação do estressor ao qual o organismo se adaptou permanece por um longo período, e a energia gerada é esgotada. Nesta, cada indivíduo tem a propensão de adoecer, de acordo com a própria constituição ou heranças genéticas.

A quarta fase de “quase exaustão”, elaborada por Lipp e Malagris (2001), ocorre entre as fases de resistência e de esgotamento, quando órgãos que possuem maior vulnerabilidade genética adoecem, enfatizam que a resposta ao estresse é um processo, e não uma reação independente, devido um longo evento bioquímico desencadeado no organismo (MORTE, DEPS, 2015).

Lipp e Malagris (2001) colocam o estresse como uma resposta complexa do organismo, exteriorizada por reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais frente a eventos interpretados desafiantes pelo indivíduo. A necessidade de adaptação e visão de enfrentamento exigem a elaboração de vários comportamentos adaptativos baseados na forma como a pessoa lida com o estresse, as estratégias avaliadas por eles como adequadas, ou não.

Skouen et al. (2012) explica que fatores relacionados ao estresse são importantes preditores ao aparecimento de SME em indivíduos, estes considerados conduzidos pela disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, levando a sensibilidade dos tecidos de forma generalizada. Neurotransmissores ligados ao eixo estão envolvidos na transmissão de estímulos dolorosos, bem como as respostas ao estresse.

A coprevalência de acometimentos musculoesqueléticos e distúrbios psíquicos são grandes oportunidades para estudos sobre interrelação entre ambos na ocorrência de dor, visto que a comorbidade psiquiátrica diagnosticável é comumente presente em indivíduos com dor crônica (HIGGINS et al., 2014; FISHBAIN, et al, 2015).

Estudos epidemiológicos mostraram que estresse no trabalho é associado com aumento do risco de lesões musculoesqueléticas ou sintomas (YU, et al., 2012; LEE, et al., 2014).

Estresse ocorre quando um indivíduo está em uma situação que é relevante para o seu bem-estar e que apenas quando seus limites são alcançados ou ultrapassados, tipicamente por fatores externos, o mesmo se torna nocivo. Alta demandas de trabalho e recursos baixos de controle emocional e apoio social, podem resultar em reações de estresse que envolvam a interrupção do sistema cognitivo, emocional e ambiental do indivíduo, ou a um estado elevado de excitação, que leva a tensões. Logo, o predispõem a condições como ansiedade, cansaço, frustração, problemas na saúde física e psíquica, levando ao estresse ocupacional (CARDON, PATEL, 2015).

No que diz respeito ao estresse ocupacional em serviços de urgência e emergência, quatro principais componentes preditores para desgaste mental coexistem e inter-relacionam-se: esgotamento emocional, a exaustão, a despersonalização e redução da realização pessoal. O esgotamento emocional é colocado pela literatura como resultado da filtragem de recursos emocionais, por vezes caracterizado por tensão, ansiedade, fadiga, insônia e sentimento de incapacidade para "doar-se" no trabalho, levando à exaustão. A despersonalização ou neutralização, como um mecanismo de defesa para reduzir a energia emocional necessária para trabalhar com os outros profissionais, leva ao desenvolvimento de atitudes críticas sobre o trabalho, colegas e pacientes. A redução da realização pessoal resulta em baixa auto-estima e auto-eficácia, muitas vezes envolvendo negativamente as habilidades do indivíduo no ambiente de trabalho e suas contribuições reflexas para o atendimento aos pacientes (ELLIOTT, DALEY, 2013)

As ocorrências de afastamento do trabalho devido complicações de saúde, implicam no questionamento sobre o nexo causal da doença, e estudos epidemiológicos contribuem para mensuração dos riscos aos quais o trabalhador está submetido. Atualmente, o enquadramento do anexo II do Decreto 3.048/1999, realizado pelo Decreto 6.042/2007, em vigor desde então, possibilita o acesso ao Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), realizado por

correlação entre a Classificação Nacional das Atividades Econômicas (CNAE) e o Código Internacional de Doenças (CID), como mostra o Quadro 1. A CNAE 8610-1/02, correspondente as Atividades de Atendimento em Pronto-Socorro e Unidades Hospitalares para Atendimento a Urgências, incluindo atividades exercidas em unidades e hospitais preparados para atendimento a urgências e as atividades exercidas em prontos-socorros com assistência 24 horas e com leitos de observação, expõe a partir dos CID's, riscos a predisposição a doenças no ambiente laboral (IBGE, 2004; SESI, 2011).

Quadro 1– CID de doenças correlacionadas com os CNAE das empresas, para os quais poderá ocorrer enquadramento no NTEP e porcentagem do risco.

CNAE 2.2	CID's Relacionadas a este CNAE
8610-1/02	A15-A19 / F30-F39 / F40-F48 / G50-G59 / I80-I89 / K35-K38 / L60-L75 / L80-L99 / M00-M25 / M30-M36 / M40-M54 / M60-M79 / S90-S99

Descrição	
Atividades de Atendimento em Pronto-Socorro e Unidades Hospitalares Para Atendimento a Urgências. Risco correspondente a 2%.	**F40-F48** - Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes. *F43 Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação.
	M00-M25 - Artropatias; ***M05-M25** - Poliatropatias inflamatórias; Artroses; Outros transtornos articulares.
	M40-M54 - Dorsopatias; ***M54** - Dorsalgia.
	M60-M79 - Transtornos dos tecidos moles; ***M70** - Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso excessivo e pressão.

Fonte: Elaborado pela Autora, 2015.

Com a finalidade de compreender e enfatizar os acometimentos funcionais possíveis, após diagnosticados os CIDs, aos quais os profissionais de urgência e emergência estão submetidos, segue no Quadro 2, as funções passíveis de comprometimentos, citadas pela Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, (CIF) (LEITÃO, 2004).

Quadro 2 - Possíveis Relações das CID's, Consideradas no Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário CNAE 8610-1/02, com a CIF.

F40-F48 (*F43)	**Funções mentais globais (b110-b139)**
M00-M25 (*M05-M25)	**Funções das articulações e dos ossos (b710-b729)**
M60-M79 (*M70)	**Funções musculares (b730-b749)**

Fonte: Elaborado pela Autora, 2015.

A atividade ocupacional dos profissionais de saúde é abordada de diversas formas em estudos científicos devido à prática profissional no setor de saúde ser caracterizada por uma exagerada demanda física e mental, o que reflete, de maneira inerente, sobre a qualidade de vida, e na forma de enfrentamento de circunstâncias, considerando que a relação entre a realização profissional e o bem-estar físico estão cada vez mais longe da expectativa positiva (PIEDADE, SANTOS, CONCEIÇÃO, 2012).

As profissões da área da saúde estão classificadas em terceiro lugar como desencadeadoras de estresse decorrentes de processos psicossomáticos, seguido por problemas de saúde mental e distúrbios musculoesqueléticos, sendo a terceira causa mais comum da ausência de trabalho e por afastamento, a longo prazo, entre o relatório de trabalhadores. Os profissionais da saúde convivem com a ansiedade, sentimento de perda e fragilidade dos pacientes, principalmente nos setores de urgência e emergência, estando susceptíveis às tensões psíquicas que podem culminar em estresse ocupacional a partir dos desgastes físico e mental (FARIAS, et al., 2011; URBANETTO, et al., 2011; ELLIOTT, DALEY, 2013).

O estudo das manifestações da sobrecarga ocupacional relacionada à pressão exigida nos setores de urgência e emergência sobre a atuação eficaz dos profissionais da área da saúde permite o planejamento e a proposta de intervenções junto à busca de soluções para o controle das doenças psicossomáticas e alívio dos sintomas refletidos no sistema musculoesquelético, pensando dessa maneira, na relação do sujeito com o trabalho e as consequências desta fora da atividade laboral, devendo conciliar ambas em um âmbito de prazer, de reconhecimento profissional e de satisfação (SANTOS, et al., 2010; FARIAS, et al., 2011).

A Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, objetivou organizar e reestruturar a rede de atenção às urgências correspondentes a

esse nível, quanto à responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da implantação do modelo de Unidade de Pronto Atendimento (SOUZA, 2012).

A Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) é um dos componentes pré-hospitalares fixos, considerado como um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, entre as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e a Rede Hospitalar. Presta serviços 24 horas diárias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos, com o dever de acolher indivíduos, articulando com os demais pontos de atenção à saúde em pronto atendimento, fornecendo apoio às urgências atendidas pela Atenção Básica, mantendo os pacientes em observação, por período de até 24 horas, ou, se necessário, encaminhando-os para o serviço hospitalar que atende a alta complexidade (Portaria 1.600, 07 de julho de 2011).

O Ministério da Saúde propôs como principal objetivo admitido à finalidade das unidades, possibilitar a resolubilidade de quadros agudos ou agudizados de procedência clínica, assim como procedências cirúrgicas e traumas, atuando para estabilizar o paciente e/ou dar início a hipótese diagnóstica do caso, esclarecendo a necessidade do encaminhamento ou não para serviço hospitalar de maior complexidade, e, consequentemente, diminuir a superlotação em hospitais (BRASIL, 2014).

Obedecendo a Portaria n. 1.020, de 13 de maio de 2009, a cidade Campina Grande dispõe de uma UPA 24h porte III, desde o ano de 2012, com serviço de referência em Urgência e Emergência, o que denota grande demanda ao local, que aporta pacientes das cidades adjacentes, priorizando a organização do atendimento e desempenho profissional da equipe (ARAÚJO, et. al, 2011).

4 MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, de natureza descritiva, explicativa e aplicada, pois, objetiva identificar e descrever as características de determinado fenômeno. Sendo o objetivo também, analisar a frequência de ocorrência do tal, sua relação e conexão.

O estudo foi realizado na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Maia (UPA 24H) porte III do município de Campina Grande- PB, localizada na Avenida Manoel Tavares – S/N, Bairro Alto Branco. A amostra condiz ao subconjunto da população que está vinculada como profissional aos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Maia do município de Campina Grande-PB, especializada em urgência e emergência que dispõe de serviços classificados no nível de média complexidade.

Neste estudo, a amostra selecionada por conveniência incluiu indivíduos que aceitaram participar da entrevista, somando 60 profissionais da saúde vinculados à UPA 24h, sendo 20 técnicos de enfermagem, 20 enfermeiros e 20 médicos, priorizando ainda uma distribuição homogênea entre as categorias, visando uma análise precisa quanto ao tamanho da amostra, fragmentada por profissão.

Indivíduos com ensinos, técnico e superior, entre técnicos de enfermagem, médicos e enfermeiros, atuantes na UPA Dr. Maia 24H de Campina Grande - PB, foram selecionados considerando os registros de dados estatísticos da unidade, permitido a partir da assinatura do Termo de Consentimento de Coleta de Dados em Arquivo pela direção da unidade.

Classificou-se como inclusos na pesquisa profissionais da saúde entre técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos - vinculados à UPA Dr. Maia 24h de Campina Grande - PB que se disponibilizassem voluntariamente a responder aos: Questionário Nórdico Musculoesquelético QNM, e o *Job Stress Scale*, adaptado - Escala de Estresse no Trabalho (EET). E excluiu-se por critério, profissionais da saúde que não desenvolviam atividades ocupacionais, delimitadas para amostra desta pesquisa, na unidade ou estivessem na posição de estagiários no local.

Para caracterização da amostra foi adotado o questionário para coleta dos dados sociodemográficos, no qual apresentam-se também duas questões relativas ao estresse ocupacional. (APÊNDICE I). O *Nordic Questionnaire on Musculoskeletal Symptoms* (KUORINKA et al., 1987) - Questionário Nórdico de Sintomas Musculoesquelético adaptado em 2003, por Barros e Alexandre para a Língua Portuguesa, se deteve à coleta sobre o quadro

álgico e sintomas associados às afecções musculoesqueléticas, apresentando confiabilidade variável entre 0,88 a 1, segundo o coeficiente de Kappa. O QNM apresenta a figura do corpo humano dividido em dez regiões anatômicas e é composto por 30 questões, relacionadas aos sintomas dolorosos musculoesqueléticos, anuais e semanais, além da ocorrência de incapacidade funcional, durante os últimos 12 meses. Precedem todas as questões a Escala Visual Analógica da Dor, para que o indivíduo ao quantificar a intensidade do sintoma, seja analisada a veracidade de correspondência para cada item, como os relativos à incapacidade correspondendo à gradação em intensidade. O QNM será inicialmente aplicado com a finalidade de detectar se há desconfortos musculoesqueléticos entre os indivíduos.

O *Job Stress Scale* – adaptado – em português (ALVES et al., 2004) – Escala de Estresse no Trabalho (EET), composta por 17 quesitos objetivos, é divida em 3 dimensões, correspondentes aos níveis de Demanda Psicológica, Controle, este subdividido em Discernimento Intelectual e Autoridade sobre as Decisões, e Suporte Social. As questões de 1 a 5 avaliam a Demanda Psicológica a qual o profissional é submetido, quatro inferem aspectos quantitativos, como tempo e velocidade, para realização do trabalho, e uma pergunta avalia fatores predominantemente qualitativo do processo. As respostas (frequentemente; às vezes; raramente; nunca ou quase nunca) conferem atribuições de escores de 4 a 1, em ordem decrescente, segundo a disposição das respostas na EET, sendo a questão 4 a que recebe escore na ordem inversa, crescente. Para esta dimensão, 4 equivale a alta demanda e 1 a baixa demanda psicológica.

A segunda dimensão com 6 questionamentos (6 a 11) avalia o nível de Controle que o indivíduo possui no ambiente de trabalho e sobre suas atividades, subdividida em 4 perguntas (6 a 9) relacionadas ao Discernimento Intelectual, e 2 relativas à Autoridade sobre Decisões (10 e 11). Seguem a mesma pontuação para o escore e opções de respostas que a dimensão Demanda Psicológica, 4 a 1 em ordem decrescente, sendo a questão 9, a que recebe pontuação inversa. A representação do número 4 refere alto discernimento intelectual e alto nível de autoridade, e 1, baixo discernimento intelectual e baixo nível de autoridade sobre decisões.

A dimensão três analisa o apoio em Suporte Social ao indivíduo no ambiente de trabalho, envolvendo relações entre colegas e chefes, composta por 6 afirmativas (12 a 17), sobre as quais o profissional pode concordar totalmente, concordar parcialmente, discordar parcialmente e discordar totalmente, sendo conferidas às respostas, o escore de 4 a 1, representando alto e baixo apoio social, respectivamente.

Ambos os instrumentos foram utilizados para identificação da presença de sintomas musculoesqueléticos e do nível de vulnerabilidade ao estresse ocupacional, sem finalidades para diagnósticos.

Para análise, o somatório dos quesitos das dimensões é realizado totalizando escores que devem ser avaliados em alta, moderada ou baixa Demanda Psicológica no trabalho; alto, moderado ou baixo Controle sobre o Discernimento Intelectual e Autoridade sobre Decisões; e alto, moderado ou baixo Suporte Social da equipe no local de atividade laboral. Para um resultado correspondente ao menor nível de riscos para estresse ocupacional deve-se obter uma baixa demanda psicológica, um alto controle (discernimento intelectual e autoridade sobre decisões), e alto apoio social. E considerando o escore total das dimensões, o somatório dos 17 quesitos deve coincidir com o valor exato de 53, que indica, supostamente baixo para primeira dimensão (escore inversamente proporcional ao benefício) e alto para segunda e terceira dimensões (escore diretamente proporcional ao benefício).

Quanto mais o valor se aproxime do máximo (68) ou do mínimo (17), o risco para vulnerabilidade moderada ao estresse ocupacional passa a existir, supondo-se escore alto para todas as dimensões ou baixo para as mesmas, respectivamente. O somatório igual a 32, ou mais próximo desse valor, indica a alta suscetibilidade ao desenvolvimento de estresse ocupacional, entendendo-se alta demanda, baixo controle e baixo suporte.

A analise é fundamentada quantitativamente de forma a resultar em um valor próximo aos referenciados, podendo, entre dimensões, os valores variarem, e a consideração se faz à compensação entre benefício e risco, entre as questões destas. Os escores e suas variações são apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Escores da Escala de Estresse no Trabalho para suas respectivas dimensões.

Dimensões		**Variação**	**Média**
Demanda Psicológica		5 a 20	12,5
Controle	Discernimento Intelectual	4 a 16	10,0
	Autoridade sobre Decisões	2 a 8	5,0
Suporte Social		6 a 24	15,0
Total		17 a 68	-

Fonte: Elaborado pela Autora.

Os dados coletados e adicionados à planilha, submetidos ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* no *software* SPSS® 21.0 para tabulação e análise estatística descritiva (frequências absolutas e relativas), assim como medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio padrão), de acordo com a natureza da variável (quantitativa ou categórica).

Os aspectos éticos, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde, CNS 466/12, foram seguidos de maneira idônea. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I), sendo informados sobre o total anonimato e preservação dos dados pessoais. A coleta de dados ocorreu mediante autorização da Diretoria da Unidade de Pronto Atendimento 24h Dr. Maia, e parecer favorável (ANEXO II) do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, sob o n°45919215.4.0000.5187.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme os objetivos da aplicação do questionário sociodemográfico, foi traçado o perfil da amostra com a finalidade de caracterizá-la categoricamente. Como mostra a Tabela 1, a amostra composta por 60 indivíduos, foi subdividida em 78% dos profissionais do sexo feminino, e apresentou média de idade correspondente a 34,4 anos (±7.96), sendo identificadas variações de idades entre 24 e 55 anos. Considerando o estado civil atual dos profissionais durante a coleta de dados, 50% dos entrevistados encontravam-se casados, 40% solteiros, 10% entre uniões estáveis e divorciados. Relativo ao nível educacional, observou-se que 33,33% dos profissionais possuem o nível técnico, 35% o nível superior, 30% especialização, e apenas um possuía o título de mestre.

Dentre os participantes, subdivididos por área de permanência em atuação na UPA 24h, 33% dos profissionais atuam na área de atendimento, e inevitavelmente, estes dão suporte às áreas verde, amarela e vermelha, 22% na área amarela, na qual atendem pacientes que necessitam de internação por até 24h até alta ou transferência para hospital, ou seja, pacientes que necessitam de atendimento urgente, e 20% na área vermelha, onde os profissionais admitem pacientes instáveis, em situação de emergência, a fim de estabilizá-los, quando possível o êxito, e transferi-los para unidade hospitalar específica. Já a área verde corresponde aos indivíduos que são medicados sem a necessidade de internação.

O tempo médio de profissão da amostra abordada está em maioria (45%) entre 0 e 5 anos, e mostra-se inferior ao da maioria dos estudos com indivíduos das áreas da saúde, todavia, o levantamento deste dado não foi considerada relevante pelo fato da UPA ser um projeto recente e a abordagem do estudo estar vinculada diretamente a profissionais de locais semelhantes, 42% informou vínculo à UPA 24h há 3 anos.

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais da UPA 24h Dr. Maia a partir dos dados coletados com o questionário sociodemográfico.

Características		N	%
Sexo	Feminino	47	78
	Masculino	13	22
Idade	24 - 30	21	35
	30 - 36	16	27
	36 - 42	12	20
	42 - 48	8	13
	48 - 54	1	2
	54 - 60	2	3
Estado Civil Atual	Solteiro(a)	24	40
	Casado(a)	30	50
	União Estável	3	5
	Divorciado(a)	3	5
Nível Educacional	Nível Técnico	20	33,33
	Nível Superior	21	35
	Especialização	18	30
	Mestrado	1	1,67
Área de Atuação	Triagem	8	13
	Atendimento	20	33
	Verde	7	12
	Amarela	13	22
	Vermelha	12	20
Tempo de Profissão	0 -5 anos	27	45
	5 -10 anos	14	23
	10 -15 anos	11	18
	15 - 20 anos	2	3
	20 - 25 anos	4	7
	25 - 30 anos	1	2
	30 -35 anos	1	2
Tempo de Trabalho na UPA	Menos de 1 ano	5	8
	1 ano	7	12
	2 anos	23	38
	3 anos	25	42
Tem Outro Emprego	Sim	41	68
	Não	19	32

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A tabela 2 dispõe dos dados referentes aos profissionais da UPA 24h que apresentaram desconfortos musculoesqueléticos, e os respectivos locais de incidência dos sintomas, destacando-os, em percentual, em três ocasiões – durante os últimos 7 dias; últimos 12 meses; e últimos 12 meses com ocorrência de incapacidade casual para o trabalho - sendo a terceira análise cronológica, considerando a condição de afastamento da atividade laboral devido a relação com o sintoma na determinada região.

Assistidos os resultados, destacam-se em porcentagens, como incidência de sintomas musculoesqueléticos mais frequentes nos últimos 7 dias, através dos relatos do total de profissionais questionados, o registro de 43% em Região Cervical; 32% em Região Lombar; 30% em Tornozelos e Pés; 23% em Punhos/Mãos; e 22% para região dos Ombros. Já para a incidência de desconfortos relativa aos últimos 12 meses, as regiões de maior prevalência quanto à ocorrência dos sintomas, foram percebidas as mesmas, entretanto, com valores de destaque diferentes, correspondendo a 57% em Região Cervical; 48% em Punhos e Mãos; 45% em Região Lombar; 40% em Ombros; e 35% em Tornozelos e Pés.

Os dados para os últimos 12 meses com eventualidade de afastamento por incapacidade casual para o trabalho, apresentou destaque para Região Lombar, representando 12% de profissionais em ausência remota durante o período questionado, assim como 8% tanto para Ombros, como para Tornozelos e Pés.

Tabela 2 – Ocorrência de Sintomas Musculoesqueléticos entre profissionais da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.

Regiões Corporais	Últimos 7 dias	Últimos 12 meses	Últimos 12 meses (afastamento)
	(%)	(%)	(%)
Região Cervical	43	57	3
Região Torácica	10	17	3
Região Lombar	32	45	12
Ombros	22	40	8
Cotovelos	3	8	3
Antebraços	7	13	3
Punhos/Mãos	23	48	3
Quadris/Coxas	7	10	3
Joelhos	17	22	5
Tornozelos/Pés	30	35	8

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Em um estudo transversal, Kim et al. (2013), examinou a associação entre conflito trabalho-família e dor musculoesquelética entre 1.119 trabalhadores do cuidado ao paciente hospitalizado, em 105 unidades hospitalares, obtendo como resultado uma maior prevalência de SME nas regiões cervical, ombros e braços (envolvendo todas as articulações de membros superiores), considerando uma correlação alta para nexo de causalidade referido à atividade

ocupacional, um relato significante e coincidente aos achados deste estudo. Entretanto, afecções que acometeram a região lombar apesar de relevantes, não foram avaliadas como prevalentes na atividade laboral, sendo um dado discordante aos encontrados desta pesquisa quando conferido que desconfortos musculoesqueléticos na Região Lombar resumiram-se a uma porcentagem expressiva (32-45%), como maior ocorrência referente ao afastamento do trabalho (12%).

Peppin et al. (2015) afirma que a ocorrência de dor lombar crônica pode estar relacionada a outras doenças e condições, podendo ser ponderado o que é colocado na literatura sobre correlações negativas fortes entre lombalgia, dor recorrente e comorbidades, como identificação de possível fator de risco.

A subdivisão da amostra por categorias profissionais permitiu a identificação das principais regiões acometidas por desconfortos musculoesqueléticos, que podem ser atribuídas à atividade laboral exclusiva dos indivíduos, e ainda reconhecer eventos comuns às classes investigadas.

Os Técnicos de Enfermagem apresentaram maiores incidências dos sintomas nos últimos 7 dias, 12 meses e afastamento nos últimos 12 meses, nas regiões que seguem na Tabela 3. Têm valores representativos de 45% para Tornozelos e Pés, 40% Região Cervical, assim como para Região Lombar, 30% em Punhos e Mãos, e 20% em Ombros, sendo as regiões citadas com as maiores porcentagens refletidas também nas ocorrências dos sintomas nos últimos 12 meses antecedentes à pesquisa, porém, a região de Punhos e Mãos foi a de maior destaque, com 60% dos relatos de desconforto, a Região Lombar, a segunda mais citada com 55%, e as regiões Cervical, Ombros e Tornozelos e Pés dividiram a terceira colocação com 50%.

A prevalência descendente analisada em porcentagem quanto a identificações de SME para técnicos de enfermagem, considerando os últimos 12 meses, constatou acometimentos das regiões de Punhos e Mãos, a Região Lombar e Tornozelos e Pés, classificadas como mais significativas pelo fato da primeira ter apresentado um valor relativamente alto e possivelmente recorrente na maioria dos 30% dos relatos dos últimos 7 dias para mesma localidade. O mesmo raciocínio equivale às duas outras regiões, entretanto, a diferença percentual ocorre em uma discrepância menor, igual a 5%, dentre os relatos dos mesmos períodos, mostrando uma probabilidade ainda maior para dor reincidente nas regiões, Lombar

e Tornozelos e Pés, e dessa forma podendo existir perspectiva para desenvolvimento de dor crônica (ANDERSEN, et al., 2012).

Tabela 3– Ocorrência de Sintomas Musculoesqueléticos entre Técnicos de Enfermagem da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.

Regiões Corporais	Últimos 7 dias		Últimos 12 meses		Últimos 12 meses (afastamento)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Região Cervical	8	40	10	50	2	10
Região Torácica	2	10	5	25	1	5
Região Lombar	8	40	11	55	5	25
Ombros	4	20	10	50	3	15
Cotovelos	2	10	3	15	2	10
Antebraços	3	15	4	20	2	10
Punhos/Mãos	6	30	12	60	2	10
Quadris/Coxas	3	15	3	15	2	10
Joelhos	2	10	5	25	3	15
Tornozelos/Pés	9	45	10	50	2	10

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Os profissionais Enfermeiros, mostraram através de do QNM, maiores incidências (Tabela 4) para sintomas acometendo as regiões Cervical (40%), Lombar (35%), Ombros (25%) e Tornozelos e Pés (25%), nos últimos 7 dias, e citaram Região Cervical, Região Lombar, Ombros e Punhos e Mãos, contabilizando 50%, 45%, 45% e 40%, respectivamente, para ocorrências de sintomas musculoesqueléticos nos últimos 12 meses. Evidenciando valores relativamente menores de ocorrências de desconfortos, se comparado aos Técnicos de Enfermagem.

Entre os relatos dos enfermeiros, os desconfortos mostraram-se mais presentes em Região Cervical, Ombros, Região Lombar e Punhos e Mãos, corroborando com estudo de Kim et al. (2013), dentro dos períodos questionados, excetuando-se afastamentos. Observa-se uma diferença de apenas 5% para dor em Tornozelos e Pés entre últimos 7 dias e 12 meses, o que também caracteriza a viabilidade maior de propensão ao desenvolvimento da dor crônica, devido o a recorrência provável. Notou-se ainda a Região Lombar e Ombros como locais de desconfortos responsáveis por afastamento do trabalho, e com o mesmo valor percentual (10%). Detectando-se ainda que enfermeiros apresentaram menor frequência de sintomas

musculoesqueléticos em relação aos técnicos de enfermagem, além de ocorrências mais evidenciada na Região Cervical e em Ombros, quando comparadas as duas categorias.

Tabela 4 – Ocorrência de Sintomas Musculoesqueléticos entre Enfermeiros(as) da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.

Regiões Corporais	Últimos 7 dias		Últimos 12 meses		Últimos 12 meses (afastamento)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Região Cervical	8	40	10	50	0	0
Região Torácica	3	15	2	10	0	0
Região Lombar	7	35	9	45	2	10
Ombros	5	25	9	45	2	10
Cotovelos	0	0	0	0	0	0
Antebraços	0	0	2	10	0	0
Punhos/Mãos	2	10	8	40	0	0
Quadris/Coxas	1	5	1	5	0	0
Joelhos	4	20	3	15	0	0
Tornozelos/Pés	5	25	6	30	1	5

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Relacionando os achados sobre sintomas musculoesqueléticos entre enfermeiros com a literatura, na qual estes profissionais são repetidamente estudados quanto ao tema, há controvérsias quanto aos locais aos quais referem dor, mostrando que enfermeiros que laboram em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) afirmam ser mais acometidos na região de coluna lombar e principalmente membros inferiores (SEZGIN, ESIN, 2015), podendo ser o fato atribuído a amostra da pesquisa ser vinculada a uma unidade de média complexidade e a maior parte da literatura disponível ser voltada a investigação de incidências e prevalências de distúrbios musculoesqueléticos em profissionais da saúde inseridos na alta complexidade (ANDRADE, COSTA, 2014).

Segundo o relatado pelos Médicos, observou-se destaque, principalmente, para ocorrência de sintomas musculoesqueléticos na Região Cervical, nos últimos 7 dias (50%), e mais frequente nos últimos 12 meses (70%). Dados expressivos para outras regiões constatados enfatizaram Punhos e Mãos, registrando 30% e 45% para últimos 7 dias e últimos 12 dias, respectivamente, apresentando-se ainda a Região Lombar com 35% nos últimos 12 meses, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 – Ocorrência de Sintomas Musculoesqueléticos entre Médicos da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.

Regiões Corporais	Últimos 7 dias		Últimos 12 meses		Últimos 12 meses (afastamento)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Região Cervical	10	50	14	70	0	0
Região Torácica	1	5	3	15	0	0
Região Lombar	4	20	7	35	2	10
Ombros	4	20	5	25	0	0
Cotovelos	0	0	2	10	0	0
Antebraços	1	5	2	20	0	0
Punhos/Mãos	6	30	9	45	0	0
Quadris/Coxas	0	0	2	10	0	0
Joelhos	4	20	5	25	0	0
Tornozelos/Pés	4	20	5	25	1	5

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Profissionais médicos relataram em maioria a frequência, com alta possibilidade de recorrência dos distúrbios musculoesqueléticos, considerando os últimos 7 dias e os últimos 12 meses, respectivamente, com a maior incidência observada entre as categorias de profissionais, um resultado consideravelmente simbólico, visto que, foi a profissão que expôs maior homogeneidade quanto aos sexos, e homens em prevalência (n=11) como exceção entre as categorias. Estudos voltados à identificação de sintomas musculoesqueléticos entre essas profissionais especificamente não foram observados na literatura, sendo o achado da alta prevalência de desconfortos na Região Cervical, compatível com outros estudos envolvendo cirurgiões dentistas (DUARTE, SERRANHEIRA, 2015).

Em suma, considerando as divisões cronológicas que o QNM propõe e os valores analisados, os Técnicos de Enfermagem apresentaram mais e em maior proporção, incidências de sintomas musculoesqueléticos em relação comparativa às outras classes de profissionais envolvidas no estudo.

Pesquisas sobre distúrbios osteomusculares, tanto voltadas à categoria dos médicos como correlacionando amostras de forma específica e equiparada entre profissões são escassas na literatura, limitando possibilidades de comparações pormenorizadas. Sendo possível, neste estudo, identificar ainda que os locais de apresentação dos desconfortos

musculoesqueléticos mais evidenciados corresponderam a Punhos e Mãos, comuns aos Técnicos de Enfermagem e Médicos, a Região Lombar, comum para Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, e Região Cervical para as amostras de Enfermeiros e Médicos, sendo o destaque mais evidenciado o dos sintomas musculoesqueléticos na Região Cervical (50-70%) para a amostra correspondente ao número de Médicos.

Contudo, a alta prevalência de sintomas musculoesqueléticos na Região Cervical não foi, neste estudo, avaliada como um fator de destaque para o afastamento do trabalho.

As principais ocasiões ausência na atividade laboral ocorreram devido acometimentos musculoesqueléticos das regiões Lombar, comum a todas as categorias de profissionais, e Ombros dentre Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros. Do total, os Técnicos de Enfermagem apresentaram maior frequência para ausência no trabalho, por distúrbios musculoesqueléticos.

Visto que, há prevalência do sexo feminino nos serviços de saúde, a comparação de sintomas musculoesqueléticos foi realizada entre os profissionais da UPA 24h, também para a identificação de possível distinção de tais distúrbios quanto à frequência entre os sexos.

Como segue nos dados da Tabela 6, as mulheres apresentaram maior frequência de sintomas na Região Cervical (41%), Região Lombar (36%), e Tornozelos (32%), para últimos 7 dias e os valores para as mesmas localidades iguais a 53%, 49% e 40%, respectivamente, quanto aos últimos 12 meses. Valores significantes foram mostrados também para as regiões de Punhos/Mãos (51%) e Ombros (47%), no mesmo período. A maior frequência para afastamento da atividade profissional se fez por incidência de desconfortos na Região Lombar (15%).

Tabela 6 – Ocorrência de Sintomas Musculoesqueléticos entre profissionais do sexo Feminino da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.

Regiões Corporais	Últimos 7 dias		Últimos 12 meses		Últimos 12 meses (afastamento)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Região Cervical	21	45	25	53	2	4
Região Torácica	5	11	8	17	1	2
Região Lombar	17	36	23	49	7	15
Ombros	11	23	22	47	5	11
Cotovelos	2	4	4	9	2	4
Antebraços	3	6	7	15	2	4
Punhos/Mãos	10	21	24	51	2	4
Quadris/Coxas	4	9	6	13	2	4
Joelhos	7	15	10	21	3	6
Tornozelos/Pés	15	32	19	40	4	9

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A eventualidade de sintomas musculoesqueléticos no sexo masculino resultou, demonstrados na tabela 7, em valores percentuais de 38% de ocorrências de desconforto na Região Cervical, 31% em Punhos/Mãos, para os últimos 7 dias, e para os últimos 12 meses, as regiões coincidindo com as acometidas no gênero feminino, resultaram numa contabilização de 69% para desconfortos musculoesqueléticos na Região Cervical, 38% em Punhos/Mãos, e 31% acometendo a região Lombar. Os afastamentos relatados incluíram sintomas de desconfortos, nas regiões, Torácica e Tornozelos e Pés.

Considerando as regiões citadas em comum entre os sexos, a de maior valor percentual foi a Região Cervical para ambos, entretanto, o sexo masculino sobressaiu-se com 69% de ocorrências entre a amostra (n=13). O sexo feminino apresentou maiores valores para Punhos/Mãos e Região Lombar, e ausentou-se durante eventos de desconforto musculoesquelético em maioria, em relação ao sexo oposto.

Corroborando com a literatura, os resultados mostraram que profissionais do sexo feminino apresentaram mais relatos de desconfortos musculoesqueléticos que o masculino, entre estudos com profissionais da saúde (BARBOSA et al., 2013; KIM, et al., 2013; LEE, et al.; 2014; BERNARDES et al. 2014).

Tabela 7 – Ocorrência de Sintomas Musculoesqueléticos entre profissionais do sexo Masculino da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.

Regiões Corporais	Últimos 7 dias		Últimos 12 meses		Últimos 12 meses (afastamento)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Região Cervical	5	38	9	69	0	0
Região Torácica	1	8	2	15	1	8
Região Lombar	2	15	4	31	0	0
Ombros	2	15	2	15	0	0
Cotovelos	0	0	1	8	0	0
Antebraços	1	8	1	8	0	0
Punhos/Mãos	4	31	5	38	0	0
Quadris/Coxas	0	0	0	0	0	0
Joelhos	3	23	3	23	0	0
Tornozelos/Pés	2	15	2	15	1	8

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A análise da presença de estresse ocupacional a partir da aplicação *da Job Scale Stress* adaptada – Escala de Estresse no Trabalho é explanada quantitativamente na Tabela 8, comprovando a incidência de fatores psicológicos relacionados ao trabalho presentes na UPA 24h, que submetem os profissionais aos riscos à predisposição ao estresse.

O método utilizado classifica a Demanda Psicológica que apresentou um escore igual a 15,4 ±1,81, como moderada a alta para os profissionais da amostra, considerando a variação possível para a dimensão, resultando em sobrecarga da saúde mental e uma atividade laboral ativa, quando associada ao resultado de discernimento intelectual. A dimensão Controle, subdividida em Discernimento Intelectual (12,1 ±1,04) e Autoridade sobre decisões (5,1 ±1,64) refletem alto e moderado controle para as duas variáveis, respectivamente, e ao Apoio Social foi encontrado o valor igual a 19,6 ±2,51, evidenciando um alto apoio social entre os profissionais, refletindo um resultado positivo.

Tabela 8 – Escores da Escala de Estresse no Trabalho, em Dimensões, achados para os profissionais da UPA 24h Dr. Maia.

Dimensões da EET	Variação do Escore	Escore	Desvio-Padrão (±)
Demanda Psicológica	5 a 20	15,4	1,81
Controle			
Discernimento Intelectual	4 a 16	12,1	1,04
Autoridade dobre Decisões	2 a 8	5,1	1,64
Suporte Social	6 a 24	19,6	2,51
Total	**17 a 18**	**52,2**	**5,28**

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A pesquisa sobre a incidência de estresse ocupacional entre profissionais vinculados à UPA 24h, utilizada como modelo da média complexidade preconizado no país, os indivíduos do estudo apresentaram, segundo os dados coletados, uma alta Demanda Psicológica, corroborando com o estudo de Borine et al. (2012), realizado com uma amostra de 13 profissionais da saúde da alta complexidade, que apresentaram um escore de 14,5, sendo este ainda menor, que o escore apresentado pelos profissionais da UPA 24h Dr. Maia, contudo, permitem a classificação em uma demanda alta em ambos os casos, tendo o maior escore do presente estudo, possível associação com outros fatores, como o aporte que a unidade do município de Campina Grande-PB faz às cidades adjacentes.

O contexto da Demanda Psicológica pode estar associado às pressões que o indivíduo possivelmente recebe no ambiente de trabalho, por relações entre tempo e realização do trabalho, e conflitos entre demandas contraditórias, o desgaste pode acarretar prejuízos à saúde mental, o que ocorre quando o trabalhador se percebe intimado à obtenção dos resultados que, por vezes, estão fora de seu alcance. Associado ao baixo Controle pode gerar perda de habilidade e desinteresse pela atividade, pelo fato uma necessidade exacerbada de produção sem a autoridade para tomar decisões ou usar habilidades intelectuais (BORINE et al., 2012).

A primeira dimensão com escore alto pode levar o profissional ao sofrimento psicológico, porém, se associado ao Discernimento Intelectual alto, existe a interpretação de que a atividade laboral é ativa, mas que o indivíduo consegue ter o controle das possíveis

situações no local de trabalho (CARDON, PATEL, 2015). A amostra observada por Borine et al. (2012) apresentou baixo escore para as dimensões Controle e Suporte Social, avaliando um alto risco de exposição ao estresse ocupacional da alta complexidade (ADRIAENSSENS, et al., 2011). Em contrapartida, a atual pesquisa constatou na unidade representativa da média complexidade, escores altos para Discernimento Intelectual e Suporte Social, e moderado para Autoridade sobre Decisões, o que contribuiu de fato para um escore total próximo ao valor ideal (53) ao risco mínimo para o desenvolvimento de estresse ocupacional.

Considerando as características distintas das profissões da amostra, ainda que as mesmas se encontrem vinculadas a uma unidade de urgência e emergência de média complexidade, estudou-se e foi quantificado em percentual o nível de submissão ao risco para estresse ocupacional segundo as dimensões da EET, apresentado na Tabela 9.

A alta demanda psicológica no ambiente de trabalho mostrou-se mais significativa para os médicos, dentre os quais 75% atingiu um escore significativamente alto na dimensão, sendo os enfermeiros e técnicos de enfermagem submetidos a uma demanda psicológica menor para classificação para nível moderado, entretanto, os valores dos escores aproximaram-se aos dos médicos.

O alto controle para discernimento intelectual foi constatado em 10% para a categoria técnica em enfermagem, enquanto moderado para 100% dos médicos, 95% para enfermagem e 90% entre os técnicos de enfermagem, sendo as diferenças entre os escores da EET, ínfimas para as classificações. A maioria dos profissionais apresentou escore correspondente à exposição moderada aos fatores predisponentes ao estresse, na subdivisão da dimensão Controle, quanto a Autoridade sobre Decisões, tendo 70% da amostra de técnicos de enfermagem se enquadrado nesta. Os 35% dos enfermeiros foi o destaque entre as categorias profissionais para a baixa autoridade sobre decisões, e dividindo mesmo valor, correspondente a 25%, os profissionais enfermeiros e médicos mostraram alta autoridade sobre decisões.

As médias de escores totais para controle entre as categorias profissionais, resultaram em 17,25 ±2,50 entre os técnicos de enfermagem, 16,95 ±2,53, dentre enfermeiros, e 18,3 ±1,87, médicos. Resultando em um maior controle durante a rotina de trabalho por parte da classe profissional de médicos, devido maior escore e menor desvio padrão observados de maneira exata, comparado às outras classes. Entretanto, sendo a variância em números, discreta, pode-se concluir que entre um moderado-alto e alto controle durante atividade

laboral, junto a uma alta demanda, identifica uma jornada de trabalho ativa, tornando-a menos agressiva, fisiologicamente, que em casos de baixo controle.

Um alto suporte social foi identificado para classe dos técnicos de enfermagem, na qual um percentual de 60% apresentou alto escore para essa dimensão, a amostra correspondente aos profissionais enfermeiros mostrou-se tecnicamente dividida entre moderado e alto suporte social, e os médicos, mais precisos quanto a uma identificação de apoio moderado, quantificaram 80%, mostrando expressa concordância entre a classe a partir do escorre observado. Apenas a Autonomia para Decisões apresentou baixo escore.

Tabela 9 – Identificação do Nível de Vulnerabilidade ao Estresse Ocupacional, a partir da Escala de Estresse no Trabalho, por profissão, na UPA 24h Dr. Maia.

Dimensões – EET	Classificação	Téc. Enfermagem		Enfermeiros(as)		Médicos(as)	
		N	%	N	%	N	%
Demanda Psicológica	Baixo	0	0	0	0	0	0
	Moderado	12	60	13	65	5	25
	Alto	8	40	7	35	15	75
Discernimento Intelectual	Baixo	0	0	0	0	0	0
	Moderado	18	90	19	95	20	100
	Alto	2	10	1	5	0	0
Autonomia sobre Decisões	Baixo	4	20	7	35	4	20
	Moderado	14	70	8	40	11	55
	Alto	2	10	5	25	5	25
Suporte Social	Baixo	0	0	0	0	0	0
	Moderado	8	40	11	55	16	80
	Alto	12	60	9	45	4	20

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Sabendo-se que não coincide com a realidade, os serviços de urgência e emergência apresentarem uma baixa demanda, devido a rotina destes (ADRIAENSSENS, et al, 2011; ANDRADE, COSTA, 2014), um resultado com escore alto para Demanda Psicológica, associado ao elevado Controle e muito Suporte Social, os danos à saúde psicológica do indivíduo são reduzidos, quanto aos riscos, presumivelmente, por compensação entre as dimensões.

Apesar das previsões sombrias como paradigmas para o estresse e seus reflexos sobre a saúde física, o mesmo pode proporcionar um impacto positivo sobre o desempenho pessoal

e profissional, como exemplo, a alta excitação de estresse proporcionar a progressão positiva em aumento da eficiência da informação processamento e conclusão de atividades, inclusive as laborais. O estresse estimulado pelo trabalho ou qualquer atividade, libera adrenalina e pode levar o indivíduo a níveis de desempenho melhores em suas tarefas. Conduz ainda, melhor rendimento no trabalho, entre profissionais com maior comprometimento organizacional. Além disso, a exposição repetida ao estresse oportuna indivíduos mais resistentes e racionais a impactos emocionais, por aumento da tolerância ao estresse, comportamental e fisiologicamente (CARDON, PATEL, 2015).

O estresse pode forçar profissionais a produzirem mais, ou melhor e leva a um desempenho de pico sob condições difíceis, despertando motivação e realização podendo acarretar atos eficientes dentro do seu tempo sob carga de trabalho maior.

A questão 12 (Q12) disponibilizada no questionário sociodemográfico foi elaborada a partir das questões 1, 9, 12 e 13 da EET, com a finalidade de analisar o posicionamento do indivíduo em suporte social. A mesma propõe uma situação hipotética, na qual o profissional é questionado se o fato dele estar inserido em um ambiente que exige alta demanda psicológica e o predispõe a um baixo controle, ou seja, estando vulnerável de maneira negativa, o influencia quanto ao tipo de relação ele mantém com o meio e outros profissionais no trabalho.

As alternativas para resposta objetiva consistiram em “sim” e “não”, e apenas a média do somatório referente às questões 12 e 13, conferiram a resposta comparativa à compatibilidade com o somatório da dimensão Suporte Social, analisando se há contradição ao que é proposto por esses profissionais na EET, no qual eles têm domínio à resposta de maneira individual, e na Q12 sendo introduzidos ao contexto em hipótese.

As questões 1 e 9 somam o escore total de 5, de maneira inerente, para ambas as respostas objetivas, por terem sido utilizadas para gerar a hipótese, logo, não foram consideradas para os cálculos referentes à esta análise, além de não estarem incluídas na dimensão Suporte Social.

Na Tabela 10 o resultado encontra-se explanado, mostrando que 38 profissionais (63,3%) entrevistados afirmaram que o fato em hipótese interfere negativamente na forma como eles lidam com o ambiente e colegas, apresentando uma média para afirmativas 12 e 13 da EET de 5,53 ± 1,04, mensurando uma contribuição moderada do Suporte Social para

vulnerabilidade ao estresse ocupacional, enquanto a média para a dimensão na EET, com o valor 19,16 ± 2,15, enquadra esses profissionais em um nível moderado-baixo para vulneráveis a fatores estressantes, devido o alto escore encontrado, relatando um moderado-alto apoio social.

Conclui-se dessa maneira, que existe uma visão mais minuciosa para esses profissionais, sobre como as condições que o local de trabalho os expõe influência sobre o apoio que ele emite e se dispõe a receber no ambiente social, quando frente a uma situação de rotina de fato. Para escore das questões 12 e 13 da EET, há moderada vulnerabilidade a fatores estressantes, enquanto o escore da média para dimensão Suporte Social da EET indica estarem sujeitos a moderado-baixo risco ao estresse ocupacional. Logo, os resultados convergem.

Os 22 (36,7%) indivíduos que negaram o fato em hipótese interferir no modo como reagem no ambiente de trabalho e com os colegas nele presentes, evidenciaram uma média para a Q12 de 5,73 ± 1,96, resultando em uma classificação para uma vulnerabilidade ao estresse ocupacional moderada, e um alto escore (20,04 ±2,96) para o Suporte Social da EET, mostrando baixa suscetibilidade a fatores estressantes no trabalho.

Considera-se que estes, apresentaram um moderado suporte social para o escore das questões 12 e 13, assim como vulnerabilidade ao estresse ocupacional, mesmo que em quantificação ínfima em relação aos profissionais que afirmaram em resposta a Q12, em uma pontuação maior, mostrando assim, um suporte superior de apoio social na visão desses profissionais. Contudo, os mesmos contradizem-se em relação ao resultado da EET sobre a dimensão, na qual se observou um alto apoio social, em expressividade, significativamente mais alto que o escore geral dos indivíduos (19,6 ± 2,51 – Tabela 10), consequentemente uma baixa suscetibilidade ao estresse ocupacional.

Quando frente ao fato da hipótese (Q12), os indivíduos que afirmaram receber e contribuir, consequentemente, para um alto apoio social, negando que fatores organizacionais do trabalho interferissem na maneira de relação social, foram em maioria contraditórios ao que foi respondido nas questões 12 e 13, na qual o escore para vulnerabilidade moderada é encontrado, e não a baixa. Entretanto, corroboram quanto em maior suporte que os que afirmaram a interferência, chegando a superar, o escore geral da dimensão Suporte Social na EET.

Tabela 10 – Análise da variabilidade comparativa de respostas sobre o Suporte Social entre profissionais da UPA 24h que responderam a Questão 12 do questionário sociodemográfico e à dimensão Suporte Social na EET.

Resposta	Frequência	Média Q12	Desvio-padrão (±)	Média para Suporte Social	Desvio-padrão (±)
NÃO	38	5,73	1,96	20,04	2,96
SIM	22	5,53	1,04	19,16	2,15

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

De acordo com os objetivos do trabalho, a análise referente à identificação da coexistência de Sintomas Musculoesqueléticos e Estresse Ocupacional entre a população profissional da UPA 24h Dr. Maia, Campina Grande-PB, é relatada na Tabela 11 a possibilidade a partir da frequência de ocorrências de SME e não ocorrências de SME (S/SME), considerando a dinâmica do QNM, seguidas pelas respectivas médias dos escores da EET, dos profissionais que apresentaram desconfortos musculoesqueléticos ou não nas determinadas regiões.

Os achados comparativos entre a parte da amostra que apresentou dor em determinada região e a que não, permitiu o entendimento de que profissionais que relatam desconfortos na Região Cervical (n=34), local mais relatado durante o estudo, mostram um escore total de 52,5 para o EET, valor próximo ao ideal, contra a predisposição ao EO, enquanto os profissionais que não relataram dor em tal região (n=26), atingiram um escore médio na EET igual a 39,9, mostrando assim moderada predisposição a fatores influentes ao estresse ocupacional, que os indivíduos que afirmaram sentir desconforto no local.

Os profissionais que relataram desconfortos musculoesqueléticos na região dos Ombros (n=24) obtiveram uma média de escore total da EET igual a 51,4, apresentando também um valor próximo ao ideal, enquanto os indivíduos que não relataram sintomas musculoesqueléticos no local obtiveram somatório da EET igual a 60,9, evidenciado um moderado risco ao desenvolvimento de EO.

Aos demais locais aos quais foram referidos pelos profissionais desconfortos musculoesqueléticos, comparados aos respectivos escores totais do EET, negam uma coexistência de dor e sintomas musculoesqueléticos e estresse ocupacional entre os

profissionais da UPA 24, visto que os escores totais da EET dos indivíduos que relataram desconfortos físicos variaram entre 50,2 e 52,8, percebendo-os como muito próximos do escore ideal para pouco risco, envolvendo as dimensões de Demanda Psicológica, Controle e Suporte Social, predisponentes ao EO.

Tabela 11 – Coexistência de Sintomas Musculoesqueléticos e Estresse Ocupacional entre profissionais da UPA 24H Dr. Maia, Campina Grande-PB.

Regiões Corporais	SME	Escore EET	S/SME (n)	Escore ETT
	(n)	Média	(n)	Média
Região Cervical	34	52,5	26	39,9
Região Torácica	10	50,2	50	52,6
Região Lombar	27	52,7	33	52,3
Ombros	24	51,4	36	60,9
Cotovelos	5	52,3	55	52,4
Antebraços	8	52,4	52	52,4
Punhos/Mãos	29	52,8	31	52,1
Quadris/Coxas	6	50,3	54	52,6
Joelhos	13	51,7	47	52,6
Tornozelos/Pés	21	51,0	39	53,2

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Bodin, et al. (2012), afirmam em seu estudo, que a dor no ombro esteve presente em indivíduos que obtiveram entre os principais riscos ocupacionais, a alta percepção de esforço físico, e abdução do ombro em movimentos repetitivos, além de baixo apoio social, alta demanda psicológica e baixa qualificação profissional e intelectual, o que contradiz-se neste estudo, no qual os indivíduos que apresentaram moderada vulnerabilidade ao EO, afirmaram não sentir desconfortos na região dos ombros e os profissionais que relataram SME no mesmo local, apresentaram um escore da EET próximo ao ideal para baixa vulnerabilidade ao estresse. Contudo ele relevou a idade elevada dos trabalhadores, como influente sobre SME, o que é descartado neste estudo, por se tratar de uma população jovem.

Aceitou-se que indivíduos que apresentaram desconfortos musculoesqueléticos em mais de um local apresentam igualmente pouco risco ao desenvolvimento do estresse ocupacional, devido os valores dos escores do EET, como mensurados na Tabela 12 que enfatiza ainda que os profissionais que não apresentaram nenhuma queixa sobre desconforto

musculoesquelético alcançaram um escore geral igual a 53,0, coincidindo com uma ausência simultânea de sintomas musculoesqueléticos e de risco para estresse ocupacional.

Tabela 12 – Frequência entre profissionais da UPA 24h, Dr. Maia, para número de ocorrências sobre incidência de SME e respectivos escores na EET.

Incidência de SME	N	Média - Escore EET	Desvio-padrão (±)
Não apresentou SME	8	53,0	1,94
Apresentou SME em apenas uma região	7	53,9	1,94
Apresentou SME em 2 a 3 regiões	24	52,2	1,14
Apresentou SME em mais de 3 regiões	21	51,9	1,85
Total	60	-	-

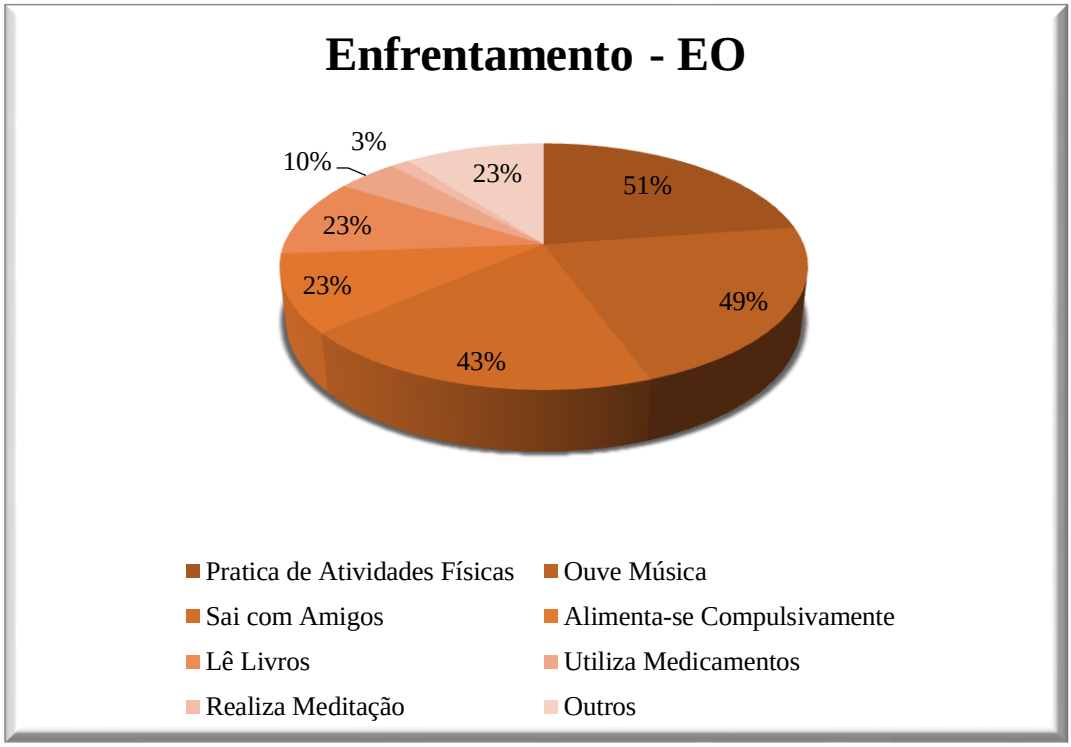
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A coexistência de dor em mais de uma região relatada por 75% da amostra, evidencia uma necessidade de atenção ao que coloca Peppin (2015), quando aborda que, intuitivamente, mais difícil é avaliar e tratar um indivíduo quanto maior o número de queixas relatadas pelo mesmo. Logo, se há queixa de lombalgia, dor na região cervical, e o indivíduo apresenta síndrome da dor miofascial generalizada, apenas um tipo de tratamento não indica evidência de eficácia total, por exemplo. Considerando ainda, que os profissionais da amostra apresentaram baixa vulnerabilidade à relação ao estresse ocupacional, o fator psicossocial em posição negativa não foi relevante para ocorrências múltiplas de SME.

Identificar correlatos de dor crônica tem valor intuitivo para informações importantes na avaliação de condições que podem contribuir para a incapacidade funcional e comprometer a saúde a e qualidade de vida. Assim, critérios rigorosos para definir e distinguir dor e dor crônica devem fazer parte de estudos de forma constante, para de prospectivamente definir e identificar uma amostra de dor aguda e segui-los longitudinalmente para determinar os preditores de transição para dor crônica (SKOUEN, et al. 2012; HIGGINS, et al., 2014).

O Gráfico 1 apresenta as respostas da questão 13 do questionário sociodemográfico, que solicita que o profissional escolha dentre as alternativas, a quais ele recorre quanto ao alívio do que ele entende por estresse ocupacional, sendo disponibilizada a escolha por mais de uma opção, caso necessário. As alternativas mais enfatizadas como opções de

enfrentamento (*coping)* incluíram 51% para praticar atividades físicas, 49% para ouvir música, e 43% para sair com amigos, como resultados mais significativos.



O *coping* e o apoio social são considerados preditores para redução de SME (PEPPIN et al., 2015). Dentre os profissionais estudados, a forma de enfrentamento do EO mais prevalente relatada foi a prática de atividade física, a qual Silva (2011) coloca que há associação a uma redução da reatividade cardiovascular em relação ao estresse mental, logo, estímulos estressantes ocupacionais expressam-se com um impacto negativo menor sobre a saúde de indivíduos fisicamente ativos.

Carlos (2013) coloca que indivíduos que praticam pilates ou hidroginástica, apresentam uma maior qualidade de vida e equilíbrio entre corpo e mente, principalmente entre grupos incluídos na pratica de pilates solo, corroborando com esse estudo, já que se enquadram como atividades físicas.

O estudo de Cunha e Oliveira (2014), afirma que com musicoterapia a partir da quarta sessão, há uma redução significativa da atividade mental exacerbada, o que promove o equilíbrio desta, não apresentando tal fenômeno para Fase de Exaustão, o que na pesquisa, foi atribuído a possíveis fatores externos não controláveis.

Tais teorias podem ser consideradas neste estudo, visto que, dentre as principais estratégias de *coping*, prevaleceram entre atividades físicas e ouvir música.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proporcionou a identificação de Sintomas Musculoesqueléticos como presentes, entre profissionais da UPA Dr. Maia, predominantes em Região Cervical, Punhos e mãos, e Região Lombar, apresentando-se como recorrentes, sendo a última a de destaque como responsável pelo afastamento casual da atividade laboral.

O Estresse Ocupacional foi detectado entre os profissionais para uma muito baixa vulnerabilidade ao estresse, e baixa possibilidade para risco de nexo causal no ambiente de trabalho, visto que, apesar dos escores dos profissionais abordados apresentarem-se altos para a Demanda Psicológica o que indica sofrimento psíquico, se mostraram altos também para Discernimento Intelectual e Suporte Social, e moderados para a Autoridade sobre decisões, promovendo assim uma situação de compensação, compatível com escore total muito próximo ao ideal, conferindo assim, a conclusão de uma rotina ativa de trabalho entre a equipe da unidade.

Contudo, o fato dos profissionais que não apresentaram SME, conseguirem atingir uma média correspondente ao valor ideal para baixíssima vulnerabilidade ao estresse ocupacional, mostrou-se um achado significante. Sugerindo estudos com amostras maiores para uma análise mais minuciosa sobre o fenômeno.

Há prevalência de desconfortos musculoesqueléticos entre os profissionais abordados, entretanto, estes não coexistem com o EO, de forma expressiva, no ambiente de trabalho em urgência e emergência da unidade do estudo. Atribuindo-se, dessa forma, a causalidade de SME a outros fatores que não os abordados na pesquisa.

Os resultados gerais mostraram que a prevalência de SME, pode ocorrer em qualquer região do corpo, e estar associada aos fatores organizacionais do ambiente de trabalho e não com fatores pessoais, visto que, os profissionais da média complexidade investigados, nesse estudo, apresentaram percentuais quanto à frequência de desconfortos musculoesqueléticos, proporcionais aos de pesquisas envolvendo profissionais da saúde que laboram em urgência e emergência na alta complexidade, contudo, as regiões citadas diferiram.

Uma alta probabilidade de SME recorrente nos 12 últimos meses e últimos 7 dias entre profissionais, pode estar ligada à dor crônica, o que envolve uma necessidade interessante de avaliação interdisciplinar.

O nível de estresse ocupacional divergiu consideravelmente nos achados da média complexidade desta pesquisa comparado aos registros dos estudos com profissionais da alta complexidade que apresentam maior risco de acometimentos pelos sintomas do estresse no trabalho.

Considerando as implicações das Políticas de Saúde, e a visão da Fisioterapia do Trabalho, sugere-se investigação baseada na análise ergonômica do trabalho na UPA 24h Dr. Maia, com a finalidade de determinação dos riscos ergonômicos, visto que a alta demanda de trabalho foi comprovada através do EET, e dessa maneira gerar propostas de solução para minimizar as ocorrências de desconfortos musculoesqueléticos, priorizando prevenções e melhorias ao bem-estar físico e mental do profissional da saúde da urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

ADRIAENSSENS, J. et al., Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. **Journal of Advanced Nurses**. v.67, n.6, p.1317–1328, 2011.

ALVES, M. G. M. et al., Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. Revista de Saúde Pública. v. 38, n.2, p.164-171, 2004.

ANDERSEN, L.L. et al., Spreading of chronic pain between body regions: Prospective cohort study among health care workers. **European Journal of Pain.** v.16, p.1437–1443, 2012.

ARAUJO, M. T., et al., Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. **Texto contexto – enferm**, v.20, n.spe, p. 156-163, 2011.

ASSIS, M. R., CARNEIRO, R. S., GABRIEL, M. A. O., Avaliação do Estresse em Trabalhadores de um Centro Universitário da Cidade do Rio de Janeiro. **Conexões PSI.** v.1, n.1, p.22-34, 2013.

BALENO, M. A., ***Stress* e o Enfermeiro: Que implicações o stress tem na prestação de cuidados no Serviço de Urgência.** Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. Mindelo. 87p. 2014.

BARBOSA, R. E. C. et al. Musculoskeletal Pain Among Healthcare Workers: An Exploratory Study on Gender Differences. **American Journal Of Industrial Medicine.** v.56, p.1201–1212, 2013.

BARBOSA, R. E. C., ASSUNÇÃO, A. A., ARAÚJO T. M., Musculoskeletal Pain Among Healthcare Workers: An Exploratory Study on Gender Differences. **American Journal of Industrial Medicine**. v.56, p.1201–1212, 2013.

BARROS, E. N. C.; ALEXANDRE, N. M. C., Cross-cultural adaptation of the nordic musculoskeletal questionnaire. **International Nursing Review**, London, v. 50, n. 2, p. 101-108, jun. 2003.

BERNARDES, S. F. et al., Is it a (fe)male pain? Portuguese nurses' and laypeople's gendered representations of common pains. **European Journal Pain.** v.1, p. 530–539, 2014.

BODIN, J. et al., Comparison of Risk Factors for Shoulder Pain and Rotator Cuff Syndrome in the Working Population. **American Journal of Industrial Medicine**. v.55, p.605–615, 2012.

BORINE, B. et al., Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia**. v.15, n.1, 2012.

BRASIL. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Ministério da Saúde,** Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em

Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 68 p. 2012.

CARDON, M. S., PATEL, P. C., Is Stress Worth it? Stress-Related Health and Wealth Trade-Offs for Entrepreneurs. **Applied Psychology: an International Review**. v.64,n.2, p.379–420, 2015.

CARLOS, M. B. B. **Estudo comparativo entre a percepção da qualidade de vida e o nível de estresse em indivíduos praticantes de pilates solo, hidroginástica e sedentários.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Fisioterapia do UNIFOR-MG, para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia. Minas Gerais, 2013.

CARUGNO, M. et al., Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in Brazilian and Italian nurses. **Caderno de Saúde Pública**, v.28, n.9, p. 1632-1642. 2013.

CUNHA, L. V. M., OLIVEIRA, A. M. B., Musicoterapia organizacional: a música como instrumento de diminuição do stress no trabalho. **Caderno Profissional de Administração – UNIMEP**, v.4, n.2, 2014

DUARTE, F., SERRANHEIRA, F., Prevalência de sintomas associados a lesões musculoesqueléticas na atividade profissional dos higienistas orais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** v.3, p.1-8, 2015.

ELLIOTT, K. A., DALEY, D. Stress, coping, and psychological well-being among forensic health care professional. **Legal and Criminological Psychology.** v.18, p.187–204, 2013.

FARIAS, S. M. C. et al., Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v.45, n.3, p. 722-729, 2011.

FERNANDES, R.C.P., Precarização do trabalho e os distúrbios musculoesqueléticos. **Caderno do Centro de Recursos Humanos.** v.24, n.1, p.155-70, 2011.

FERRELL, B. R.,The Role of Ethics Committees in Responding to The Moral Outrage of Unrelieved Pain. **Bioethics Forum.** v.13, n.3, p. 11-16, 1997.

FISHBAIN, D. A. et al., Prevalence Comparisons of Somatic and Psychiatric Symptoms Between Community Nonpatients Without Pain, Acute Pain Patients, and Chronic Pain Patients. **Pain Medicine.** v.16, p. 37–50, 2015.

GONSALES, S. **O gerenciamento de projetos e a tirania da urgência.Uma apologia ao gerenciamento do tempo**. Anais do II SINGEP e I S2IS. São Paulo – SP – Brasil, 2013.

HIGGINS, D. M. et al., Persistent Pain and Comorbidity Among Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom/Operation New Dawn Veterans. **Pain Medicine**. v.15, p.782–790, 2014.

IBGE, 2004. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comissão Nacional de Classificação. **Classificação Nacional de Atividades Econômicas.** Disponível em: http://www.cnae.ibge.gov.br/subclasse.asp?TabelaBusca=CNAE_200@CNAE%202.1&codsubclasse=8610-1/02&codclasse=86101&codgrupo=861&CodDivisao=86&CodSecao=Q

acessado em 06/06/2015.

JENSEN, M. T., RUNDMO, T., Personality and Social Psychology Associations between work family conflict, emotional exhaustion, musculoskeletal pain, and gastrointestinal problems in a sample of business travelers. **Scandinavian Journal of Psychology**. v.56, p.105–113, 2015.

KIM, S. S. et al., Association Between Work–Family Conflict and Musculoskeletal Pain Among Hospital Patient Care Workers. **American Journal Of Industrial Medicine**. v.56, p.488–495, 2013.

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

LEE, S. J. et al., Job Stress and Work-Related Musculoskeletal Symptoms Among Intensive Care Unit Nurses: A Comparison Between Job Demand-Control and Effort-Reward Imbalance Models. American **Journal of Industrial Medicine**. v.57, p.214–221, 2014.

LEITÃO, A**. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Organização Mundial de Saúde, Lisboa, 2004.

LINTON, S. J., A Transdiagnostic Approach to Pain and Emotion. **Journal of Applied Biobehavioral Research**, v.18, n.2, p. 82–103, 2013.

LIPP, M. N., MALAGRIS, L. N., Manejo do estresse. In: RANGÉ, Bernard. **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva:** Pesquisa, prática, Aplicações e Problemas . Campinas: Livro Pleno, Cap. 24, p. 279-292, 2001.

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

MARQUES, A. S., **Distúrbios Musculoesqueléticos em Trabalhadores da Pesca.** Monografia (Conclusão de Curso) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 29p., 2013.

MORTE, S. V. R. B., DEPS, V. L., Prevenção e tratamento do estresse e da síndrome de burnout em professores da rede pública de ensino. **Revista Científica Interdisciplinar**. v. 2, n.5, p.62-75, 2015.

OLIVEIRA, O. C., **Estresse Ocupacional (Burnout) em Profissionais da Saúde: Revisão de Literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. Minas Gerais. 24p., 2013.

PEPPIN, J. F. et al., The Complexity Model: A Novel Approach to Improve Chronic Pain Care. **Pain Medicine.** v.16, p.653–666, 2015.

PIEDADE, M. I. G., SANTOS, Q. S. I., CONCEIÇÃO, C. S. **Estresse Ocupacional do Enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva.** Caderno Saúde e Desenvolvimento. v.1, n.1, p.27-43, 2012.

SANCHEZ, H. M. et al., Incidência de dor musculoesquelética em docentes do ensino superior. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v.11, n.2, p.66-75, 2013.

SANTOS, E. R. et al. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva.**v.15, n.6, p. 2741-2752, 2010.

SESI. Departamento Nacional. Manual NTEP e FAP: **Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) e suas implicações na composição do Fator Acidentário de Prevenção (FAP)/SESI/DN.** Brasília. 295 p., 2011.

SEZGIN, D. ESIN, M. N. Predisposing factors for musculoskeletal symptoms in intensive care unit nurses. **International Nursing Review**. v.62, p.92–101, 2015.

SILVA, A. A atividade física como instrumento de combate ao estresse e melhoria da qualidade de vida do policial militar de MT. **RHM**. v.1, n.6, 2011.

SKOUEN, J. S. et al., Genetic variation in the beta-2 adrenergic receptor is associated with chronic musculoskeletal complaints in adolescentes. **European Journal of Pain**. v. 16, p.1232–1242, 2012.

SOUZA, A. R. **A Contra-reforma do Setor Saúde: Uma Análise da UPA São Pedro em Juiz de Fora.** Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora/ MG. 164p., 2012.

URBANETTO, J. S. et al. Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a Job Stress Scale. **Revista latino-americana de enfermagem**. v.19, n.5, p. 1122-1131, 2011.

WANG, L. et al., Job satisfaction, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: a cross-sectional questionnaire survey. **Journal of Advanced Nursing.** v.68, n.3, p.539–549, 2012.

YU, S. et al., Musculoskeletal symptoms and associated risk factors in a large sample of Chinese workers in Henan province of China. **American Journal of Industrial Medicine**. v.55, p.281–293, 2012.

ANEXOS

ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INTRODUÇÃO

Caro(a) Senhor(a)

Eu, Vitória Regina Quirino de Araújo, Fisioterapeuta, portadora do RG: 757.923 – SSP-PB e CPF: 309.111.254-34, estabelecido(a) na Universidade Estadual da Paraíba, à rua Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário – Bodocongó - Campina Grande-PB, CEP 58429-500, Fone/Fax: 83 3315.3300, vou desenvolver, em conjunto com uma equipe, uma pesquisa intitulada IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H.

Os objetivos deste estudo são identificar a ocorrência de sintomas dolorosos e lesões musculoesqueléticas, e analisar possível coexistência de estresse em profissionais de saúde vinculados à Unidade de Pronto Atendimento Dr. Maia – UPA 24H - da cidade de Campina Grande – PB; detectar a presença de lesões musculoesqueléticas e dor nos profissionais de saúde com nível de escolaridade, técnico e superior, que laboram no setor de urgência e emergência; investigar a ocorrência de estresse ocupacional na amostra em estudo; analisar a possível relação dos sinais e sintomas, específicos, com o estresse ocupacional; e identificar se há discrepância significativa entre graus de sinais e sintomas em profissionais que laborem em unidades de média complexidade, comparada à literatura que aborda tais ocorrências na alta complexidade dos ambientes hospitalares.

Estamos convidando o (a) Sr. (a) a participar desta pesquisa voluntária que constará de intervenções não invasivas referentes à coleta de dados a partir da aplicação do Questionário Nórdico Musculoesquelético, o *Job Stress Scale* adaptado, na quais responderá às questões sem a necessidade de informar dados pessoais, visando o estudo do nível de proteção da saúde e prevenção de complicações decorrentes de sobrecargas do setor profissional, voltadas para os profissionais de saúde submetidos, presumivelmente, a altos níveis de estresse ocupacional.

Sua participação trará benefício direto, e proporcionará um melhor conhecimento a respeito da presença de sintomas dolorosos musculoesqueléticos, e sua possível interrelação com o estresse ocupacional.

Não existe outra forma de obter dados e resultados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso

Informo que o (a) Sr. (a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. No caso de alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com um dos membros do grupo responsável pela equipe, cujos nomes estão dispostos ao final deste termo.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes.

O(A) Sr. (a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão ser veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

Abaixo, está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficiente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H. Discuti com a Fisioterapeuta Vitória Regina Quirino de Araújo ou com Thâmmara Lariane Henriques Tito (acadêmica de Fisioterapia) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo

voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Data _____/_____/_____

Assinatura do entrevistado

Fone: ( )

_____

Assinatura do(a) pesquisador(a)

ANEXO II – Parecer Favorável Emitido pelo CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIB/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUIS.
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (09)

Número do parecer emitido pelo PLATBRA : 45919215.4.0000.5187

Pesquisador Responsável: Vitoria Regina Quirino de Araujo

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado "IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 H". O Estudo é para fins de Pesquisa, vinculada ao curso de fisioterapia da UEPB.

Objetivo da Pesquisa: Identificar a ocorrência de sintomas dolorosos e lesões musculoesqueléticas e analisar possível coexistência de estresse em profissionais vinculados ao local de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: A pesquisa não apresenta riscos durante o estudo, devido o mesmo não utilizar de métodos invasivos experimentais. Essa pesquisa visa contribuir com a identificação, análise e coexistência prováveis da sintomatologia dolorosa e comprometimentos musculoesqueléticas e de estresse ocupacional, entre profissionais que laboram em unidades de pronto atendimento em urgência e emergência de média complexidade, atualizando a literatura científica para tais ocorrências neste nível, comprovados pela literatura.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A presente proposta de estudo é de suma importância quanto ao papel e atribuições dos profissionais de saúde em orientar profissionais quanto aos riscos traumáticos provenientes do trabalho que ocupam. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição a população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Toda a documentação necessária está anexada sendo APROVADO.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

1. **Identificação (iniciais): _____**

2. **Profissão:**

   ( )Técnico(a) de Enfermagem ( )Enfermeiro(a) ( )Médico(a)

3. **Sexo:**

   ( )Feminino ( )Masculino

4. **Idade: _____**

5. **Estado Civil Atual:**

   ( )Solteiro(a) ( )Casado(a)

   ( )União Estável ( )Divorciado(a)

   ( )Viúvo(a)

6. **Nível Educacional**

   ( )Nível Técnico ( )Nível Superior

   ( )Especialização ( )Mestrado

   ( )Doutorado ( )Outro: _____

7. **Atua em qual área da UPA 24H:**

   ( )Triagem ( )Atendimento ( )Verde ( )Amarela ( )Vermelha

8. **Tempo de Profissão: _____**

9. **Tempo de trabalho na UPA: _____**

10. **Tipo de vínculo?**

    ( )Contrato Temporário ( )Efetivo

11. Tem outro emprego?

( )Sim ( )Não

Se sim, qual a função desempenhada? _____

12. No trabalho, você tem que tomar iniciativas de maneira rápida, ou realizar tarefas repetidamente, e julga-os como fatores influentes, de forma NEGATIVA, sobre o ambiente e modo de se relacionar com colegas?

( )Sim ( )Não

13. Qual forma de enfrentamento (*coping*) você adota como responsável pelo alívio do estresse ocupacional?

( )Pratica atividade física/ esporte
( )Sai com amigos
( )Ouve música
( )Realiza meditação
( )Lê livros
( )Alimenta-se compulsivamente
( )Utiliza medicamentos
( )Outro. Qual? _____