



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

O PAPEL DO ENFERMEIRO DO TRABALHO NA SAÚDE OCUPACIONAL

THE ROLE OF THE NURSE FROM LABOR AT OCCUPATIONAL HEALTH

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária.

Por

Sara Marlene Pinho Laranjeira

Porto, 2016



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

O PAPEL DO ENFERMEIRO DO TRABALHO NA SAÚDE OCUPACIONAL

THE ROLE OF THE NURSE FROM LABOR AT OCCUPATIONAL HEALTH

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária.

Por

Sara Marlene Pinho Laranjeira

Orientada por:

Prof. Doutor Paulo Alves

Prof. Armando Almeida

Porto, 2016



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



Resumo:

Nas últimas décadas, ocorreram mudanças na área da saúde ocupacional, resultantes da globalização, associada à recessão económica, conduzindo a novos riscos profissionais. Face aos novos desafios, a promoção da saúde dos trabalhadores carece de rigorosos e complexos métodos de abordagem, de modo a responder as necessidades reais identificadas. Consciente destes fatos, emergiu a necessidade de ampliar novos conhecimentos através do curso de pós-licenciatura em enfermagem com especialização em enfermagem comunitária.

O presente relatório, descreve o percurso desenvolvido na Unidade Curricular Estágio, constituída pelo módulo I, II e III.

No I módulo de estágio, foi proporcionado a possibilidade de realizar um diagnóstico de situação num contexto de Saúde Ocupacional, sendo a sua amostra constituída pela população laboral, da empresa RTE, SA, instituição privada, que desenvolve a sua área de atuação na industria de produção de bicicletas.

Posteriormente, procedeu-se à definição de prioridades, através do método de comparação por pares, definindo-se como prioritários os seguintes diagnósticos de enfermagem: 1ºDor musculoesquelética; 2ºHábitos alimentares comprometidos; 3ºRisco para Depressão e Stress; 4ºNão adesão ao exercício físico;

Atendendo ao período temporal programado para o II módulo de estágio, desenvolveu-se o Projeto de intervenção “Trabalhar com mais Saúde”, com intuito primordial diminuir a prevalência da dor associada a LMERT, através de ações de educação para a saúde, sessões de reeducação postural no posto de trabalho e implementação da Ginástica Laboral.

Registaram-se ganhos em saúde relativamente a diminuição da prevalência de dor musculoesquelética na região do ombro (38,9%; N=8), na adesão a Ginástica Laboral (34,69; N=17), bem como, na diminuição da incidência de dor musculoesquelética (35,71%, N=10);

No III e último módulo de estágio procedeu-se análise critico-reflexiva do processo de aquisição competências, como também, das valências dos cuidados de saúde primários, tendo como principio orientador os objetivos pessoais e as atividades desenvolvidas.

Palavras – chave: Enfermeiro do Trabalho; Saúde Ocupacional; Saúde da comunidade laboral; Enfermagem



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



Abstract

In recent decades, in the area of occupational health have occurred changes as a result of globalization, associated with economic downturn, leading to new occupational risks. Related to new challenges, there is a lack of rigorous and complex approach methods in promoting workers health, in order to meet the real identified needs. Aware of these facts, it emerged the need to expand new knowledge through postgraduate degree in nursing with a specialization in community nursing.

This report describes the route developed in the training practice (internship) which is consisted of three modules: module I, II and III.

In the module I of the training practice was provided the opportunity to conduct a diagnosis of the situation in occupational health context, according its sample of the working population in the RTE, SA; that is a private institution that develops its operating area on bicycle production industry.

Subsequently, it proceeded to the definition of priorities, through the peer comparison method, as priority being defined the following nursing diagnoses: 1º Musculoskeletal pain; 2º compromised eating habits; 3º Risk for Depression and Stress; 4 Non-adherence to physical exercise;

Given the time period scheduled for the internship's module II, was developed the intervention project "*Working Healthier*", with primary aim to reduce the prevalence of pain associated with MSDs, through education initiatives for health, postural re-education sessions in the workplace and implementation of labor Gymnastics.

There were recorded health gains in relation to reducing the prevalence of musculoskeletal pain in the shoulder area (38,9%; N=8), in adherence to Labor Gymnastics (34.69; N = 17), as well as to decrease the incidence of musculoskeletal pain (35.71%, N = 10); In the III and the last module of the internship was proceeded a critical and reflective analysis of the skills acquisition process, as well valences of primary health care, having personal goals, and developed activities as a guiding principle.

Key words: Workplace nurse; Occupational Health; Health of Work Community; Nursing.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



Agradecendo a...

Ao Professor Paulo Alves

... pela orientação, incentivo e disponibilidade.

Ao Professor Armando Almeida

... pelo encorajamento e assertividade na discussão do percurso percorrido.

A todas as pessoas

... que contribuíram para este trabalho com a partilha das suas experiências.

Aos Pais

... pelo amor, paciência e compaixão, que sempre demonstraram ao longo da minha vida em busca do meu bem-estar.

Aos irmãos

... pela proteção, compreensão e bom humor, nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos,

... pela amizade, proteção, disponibilidade e boa energia.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



Índice de Siglas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ELSO	Equipa Local de Saúde Ocupacional
INE	Instituto Nacional de Estatística
NACJR	Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco
OE	Ordem dos Enfermeiros
PASSE	Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PRESSE	Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar
PRSO	Plano Regional de Saúde Ocupacional
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SO	Saúde Ocupacional
UCC	Unidades de Cuidados Continuados
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidades Funcionais
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



Índice de Gráficos

Gráfico 1-- Distribuição da idade segundo a variável Sexo	34
Gráfico 2-Distribuição percentual da amostra segundo o score obtido na EADS: Total	36
Gráfico 3-Distribuição percentual da amostra em relação ao índice de Capacidade para o trabalho	37
Gráfico 4-Distribuição percentual da variável pontualidade.....	38

Índice de Tabelas

Tabela 1-Objetivos, metas, indicadores e estratégias relativamente a prevalência de LMERT na região dos ombros, dos colaboradores que desempenham funções na seção da Logística, da Empresa RTE.....	44
Tabela 2-Objetivos, metas, indicadores e estratégias relativamente a Incidência de LMERT na região dos ombros, dos colaboradores que desempenham funções na seção da Logística, da Empresa RTE.....	46
Tabela 3-Ganhos em saúde face á diminuição da prevalência de dor musculoesquelética na região dos ombros	51
Tabela 4-Ganhos em saúde face ao risco de LMERT	51
Tabela 5 - Ganhos em saúde face ao exercício físico.....	52

Índice de Figuras

Figura 1-Principais etapas do planeamento em saúde.....	23
Figura 2-Prevalência da dor musculoesquelética nos Colaboradores da empresa RTE	37



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



Índice Geral

Índice Geral.....	15
Nota Introdutória	17
Enquadramento Teórico.....	21
Capítulo I.....	27
Diagnóstico de Situação – I Módulo.....	27
Caracterização do tipo de estudo - População alvo	27
Instrumento de Colheita de Dados.....	30
Pré-testagem:.....	33
Tratamento dos dados	34
Capítulo II.....	40
Projeto de Intervenção: Trabalhar com mais Saúde	40
Objetivos do projeto de intervenção:.....	44
Atividades desenvolvidas.....	48
Avaliação do projeto de intervenção “Trabalhar com mais Saúde”	50
Capítulo III	55
Implicações que o III módulo de estágio gerou para a prática profissional	55
Capítulo IV	59
Análise crítico-reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências	59
Conclusão.....	63
Referências Bibliográficas	66
Anexos	69





Nota Introdutória

O presente documento surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), que visa a formação pós-graduada especializada em Enfermagem Comunitária mediante o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas para a assistência de enfermagem avançada a grupos e comunidades. Com a sua elaboração pretende-se retratar todo o percurso efetuado para a aquisição de competências na área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

Integrado no Plano de Estudos do referido Curso de Mestrado, a Unidade Curricular Estágio, é constituída por três módulos de estágio, sendo cada módulo constituído por 10 ECTS, correspondente a 250 horas, das quais 180 horas foram de contacto.

O I e II Módulo decorreram num contexto de saúde ocupacional, nomeadamente na RTE, SA, uma empresa do ramo da metalomecânica ligeira, dedicada a duas atividades distintas: pintura de componentes metálicos para vários tipos de indústrias e montagem de bicicletas. Os estágios decorreram de 27 de Abril a 20 de Junho de 2015 e 14 de Setembro a 7 de Novembro de 2015, respetivamente. A seleção do local de estágio, teve em consideração o projeto profissional da estudante, bem como da pertinência do desenvolvimento do papel do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área da saúde ocupacional, face as necessidades que se tem vindo a registar nesta área, tendo como base metodológica o planeamento em saúde.

O III Módulo de estágio, decorreu no Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto VI – Porto Oriental (ACES), nomeadamente da Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã (UCC), bem como da Unidade de Saúde Pública (USP) e por último da Unidade de Saúde Familiar Arca d`Agua (USF), no período de 9 de Novembro a 23 de Janeiro de 2016.



Assim sendo, com a elaboração do presente trabalho, pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

- Responder às exigências pedagógicas;
- Descrever as atividades realizadas ao longo dos três módulos de estágio;
- Refletir sobre as competências adquiridas/desenvolvidas;
- Servir como objeto de avaliação de estágio e do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária.

Na elaboração do presente relatório será utilizada uma metodologia descritiva e reflexiva com base na pesquisa bibliográfica, análise e interpretação das atividades observadas e dos conhecimentos adquiridos.

De modo a dar resposta aos objetivos acima citados o presente trabalho esta organizado em cinco partes. Iniciando pela disposta introdução, seguindo-se a segunda parte com a descrição das diferentes etapas do Diagnóstico de situação, realizado no I Módulo do estágio (área programática de estudo; descrição do contexto de estágio; objetivos / competências desenvolvidas; determinação da amostra; instrumento de colheita de dados; métodos de estudo; resultados e definição de Prioridades);

O Diagnóstico de saúde funcionará como um instrumento para avaliar a saúde da população alvo, mas de igual modo, como um elemento que permite colocar em prática a política de saúde, eleger prioridades e fundamentar as actividades a implementar.

Assim sendo, no presente trabalho, pretende-se proceder a descrição das necessidades (“a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir”) em saúde identificadas, na comunidade laboral da RTE, S.A.

Posteriormente, na terceira parte, é exposto o projeto de intervenção (com determinação dos objetivos, as estratégias, as atividades, indicadores e avaliação).



Na penúltima e quarta parte, é efetuada a contextualização do III Módulo de estágio de observação. Por último, na quinta parte deste relatório é realizada uma análise crítica reflexiva da aquisição de competências na área da especialização em Enfermagem Comunitária, finalizando com apresentação das notas conclusivas.





Enquadramento Teórico

A Saúde Ocupacional (por vezes denominada como Saúde e Segurança do Trabalho) tem por finalidade:

“A prevenção dos riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde do trabalhador. Através de estratégias de identificação, avaliação e controlo dos riscos existentes no local de trabalho, ou deles emergentes, de ações de vigilância da saúde dos trabalhadores e de promoção da saúde no local de trabalho, a Saúde Ocupacional visa garantir ambientes de trabalho saudáveis que: evitem ou minimizem a exposição profissional a fatores de risco, suscetíveis de comprometer a saúde do trabalhador; assegurem uma elevada qualidade de vida no trabalho; e permitam alcançar elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores” (PNSOC, 2003 : pág. 5).

Nas últimas décadas, a prática do enfermeiro em contexto de Saúde Ocupacional expandiu-se consideravelmente, tendo vindo a alcançar um elevado nível de especificidade.

“A ênfase é dada à promoção da saúde e à prevenção da doença e de acidentes em populações trabalhadoras, assim como à expansão do seu papel no ensino clínico, na gestão e na investigação” (WHO, 2001).

Sendo um domínio vasto, a atuação em Saúde Ocupacional requer interdisciplinaridade entre profissionais especializados e, conseqüentemente, uma matriz de complementaridade de conhecimento e de competências, com a utilização de uma *“abordagem holística e integrada no processo de diagnóstico, avaliação e gestão do risco, adaptada a cada situação e ao trabalhador” (PNSOC, 2003)*, de modo a promover uma intervenção rigorosa e de qualidade que efetivamente salvaguarde a saúde e o bem-estar do trabalhador quanto ao risco profissional identificado e respetivas necessidades de saúde, e permita a este prestar um contributo positivo para a produtividade e para o desenvolvimento sustentável da empresa.

“A prática clínica dos enfermeiros do trabalho baseia-se nos conceitos e princípios da prática de Saúde Pública, focando a prevenção, a capacitação e a manutenção da saúde, bem como o controlo e a eliminação dos riscos para a saúde no local de trabalho” (WHO, 2001). Nos primórdios da



prática da profissão de enfermeiro em contexto de Saúde Ocupacional, os enfermeiros prestavam cuidados de saúde aos trabalhadores e suas famílias, não só no local de trabalho, mas também no domicílio e no hospital. A vertente curativa perdeu alguma importância comparativamente com o desenvolvimento da promoção da saúde e a prevenção da doença, de riscos e de acidentes em contexto laboral.

Embora nas últimas décadas se tenham realizado avanços significativos em saúde e segurança do trabalho, observa-se que *“uma parte substancial da morbilidade geral da população trabalhadora está relacionada com o trabalho”* (WHO, 2006) e que apesar da evolução do trabalho e de uma maior disponibilidade de intervenções eficazes no âmbito da Saúde Ocupacional, muitos trabalhadores continuam *“expostos a níveis inaceitáveis de fatores de risco profissional, sendo vítimas de doenças profissionais e de acidentes de trabalho”* (WHO, 2006), que conduzem à perda da capacidade de trabalho e a um *“enorme custo humano e financeiro”* (International Labour Office, 2011).

No que se refere às doenças no contexto do trabalho, no ano 2010, tendo em conta os dados reportados pelas seguradoras ao Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, ocorreram em Portugal cerca de 591 acidentes de trabalho por dia (PNSOC, 2003).

As evidências demonstram que a saúde e segurança dos trabalhadores são fatores de extrema importância para a sustentabilidade das empresas e das comunidades, assim como para as economias nacionais e regionais.

A complexidade da prática clínica dos enfermeiros do trabalho, estimula à necessidade de análise crítica dos desafios e oportunidades que se oferecem ao desenvolvimento da profissão nesta área específica de intervenção.

O aparecimento de novas tendências do trabalho associadas à globalização (WHO, 2007) e à recessão económica, têm conduzido a novos e emergentes riscos profissionais e à *“mudança do risco para os grupos menos favorecidos”* (WHO, 2007).

De facto, a saúde ocupacional caracteriza se pela mudança do perfil das novas tendências laborais que merecem especial atenção e carecem de métodos



de investigação que permitam planejar estrategicamente programas / projetos direcionados para as necessidades reais, que na maioria dos casos, carecem de *“novos e criativos métodos de vigilância e intervenção”* (WHO, 2006).

No seguimento desta perspetiva, o planeamento em saúde, assume um papel fundamental nas organizações laborais, pois potencia o desenvolvimento sustentável das empresas, através da promoção de saúde no local de trabalho, resultante da identificação e intervenção das necessidades e problemas da comunidade laboral.

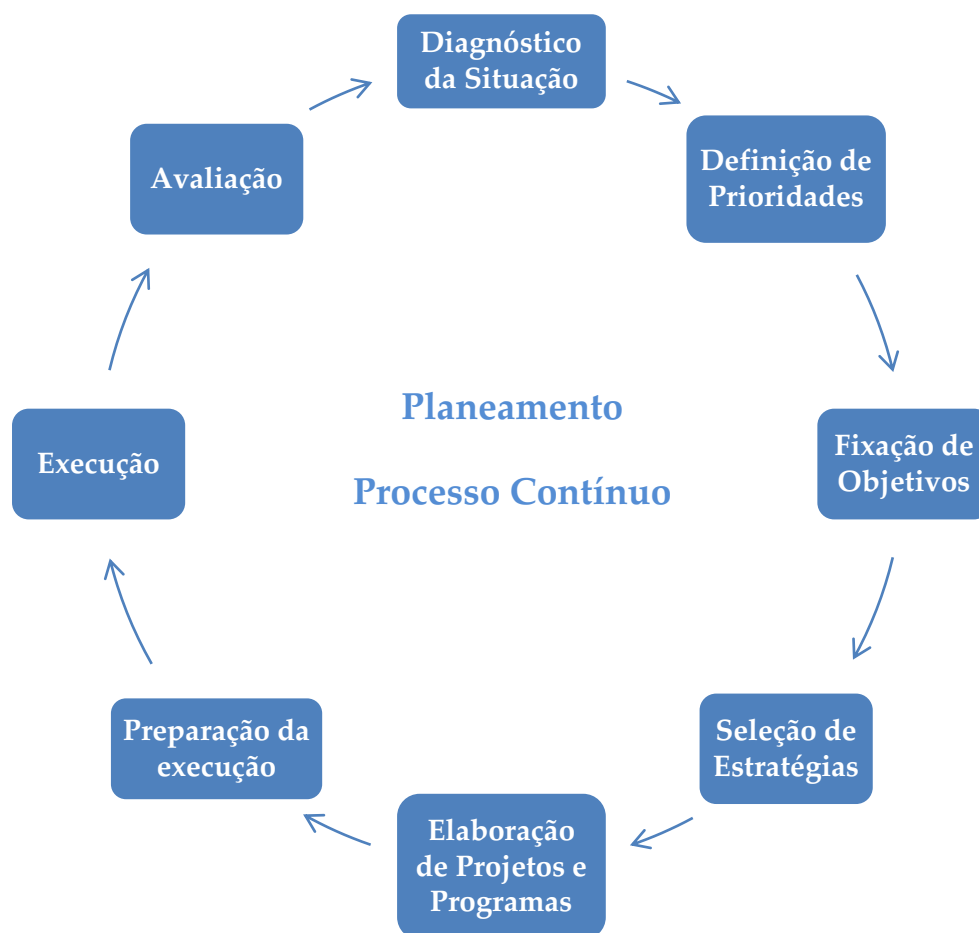
O Planeamento em Saúde, enfatiza a saúde como um conceito positivo, que valoriza os recursos pessoais e sociais, visando aumentar a capacidade das pessoas para agirem sobre os fatores determinantes da saúde individual e coletiva no sentido da adoção de comportamentos promotores de saúde e da criação de ambientes físicos e sociais mais saudáveis.

Imperatori & Giraldes (1993: 23) definem o planeamento como *“uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real”*, e afirmam que tal engloba três premissas: *“a da racionalidade das decisões; (...) a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado; (...) a de referir-se ao futuro”*

De acordo com Tavares (1990: 37), na área da saúde, o planeamento *“procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações, tal como o planeamento na educação procura um estado de conhecimento, através um processo de ensino/aprendizagem, incluindo mudanças no comportamento dos alunos”* (Tavares, 1990: 37).

Assim, o planeamento em saúde pode ser definido como *“a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos”* (Imperatori & Giraldes, 1993: 23).

Figura 1-Principais etapas do planeamento em saúde



(Fonte: Imperatori & Giraldes, 1993: 29).

O diagnóstico de saúde, enquanto primeira etapa do planeamento, visa corresponder às necessidades de saúde da população em estudo e consiste num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes da saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades, permitindo obter um conhecimento efetivo dos mesmos, coadjuvando o processo de priorização das necessidades/problemas identificados, pela aplicação dos critérios epidemiológicos e métodos/técnicas científicas que potenciam a participação ativa das comunidades nas tomadas de decisão que lhes dizem respeito em matéria de saúde.

Este é um processo que se pretende contínuo em todas as suas vertentes, pois a mudança não para e, como tal, "não se poderá nunca considerar uma etapa do processo



de planeamento como inteiramente concluída porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levam a refazê-la” (Imperatori & Giraldes, 1993: 28).

O diagnóstico pretende caracterizar tanto o nível como o estado de saúde de uma população, “(...) obtendo-se, assim, um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar actividades e acompanhar e avaliar os resultados” (Imperatori & Giraldes, 1993: 47).

Para tal, deve ser “suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais”, permitindo a identificação dos principais problemas de saúde, deve também ser “suficientemente aprofundado” de modo a proporcionar a explicação das causas dos problemas identificados, e, para além disso, deve ainda ser “sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido” (Imperatori & Giraldes, 1993: 28).





Capítulo I

No sentido de evitar a mera descrição dos temas e subtemas constituintes de cada capítulo, e, portanto, a simples exposição dos conceitos, optou-se pela contextualização direta em cada um dos separadores.

Diagnóstico de Situação – I Módulo

O Diagnóstico de Situação, *“é o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população.”* (Giraldes & Imperatori, 1993: Pág.43)

A harmonização entre diagnóstico e necessidades demarcará a pertinência do Projeto, esteja este direcionado para a resolução ou minimização de problemas de saúde ou para a otimização ou aumento da eficiência dos serviços prestadores de cuidados.

Caracterização do tipo de estudo - População alvo

O planeamento estratégico em saúde é um método que permite intervir em vários contextos, disponibilizando o acesso a cuidados de saúde eficazes e continuados a toda a comunidade, visando o seu empoderamento e capacitação, enquanto aptidões indispensáveis ao processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, através da racionalização dos recursos escassos, de modo a atingir os objetivos previamente definidos.

Manuela Silva, no prefácio de *“Metodologia do Planeamento da Saúde”* (Imperatori; Giraldes, 1992), afirma que o planeamento, antes de ser um conjunto de técnicas, é uma atitude que presume a mutabilidade da realidade, reconhecendo a possibilidade de agir sobre ela, no sentido de uma transformação orientada por finalidades prefixadas.



A RTE, S.A é uma empresa do ramo da metalomecânica ligeira, dedicando a sua atividade a pintura de componentes metálicos para vários tipos de indústrias e montagem de bicicletas.

Contextualizando o diagnóstico realizado, torna-se imperativo referir que se optou por um estudo descritivo, sendo o seu público alvo o grupo de trabalhadores (N=499) da empresa RTE, S.A, caracterizado por uma distribuição homogénea relativamente ao género e faixa etária, e que aceitaram participar no estudo à data do período de colheita de dados, demonstrando interesse e autorização para participar no processo de colheita de dados.

Devido à exposição continuada a fatores de risco, em particular, posturas extremas, repetibilidade de movimentos, aplicações de força e exposição a vibrações e temperaturas baixas, as Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT), constituem a afetação ocupacional mais frequente entre a população trabalhadora da RTE, S.A.

Considerando a área programática em estudo, e a revisão da literatura, procedeu-se a formulação dos seguintes objetivos:

Objetivos gerais:

- Diagnosticar as necessidades da população em estudo, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Priorizar as necessidades de acordo com as necessidades reais da população em estudo;

Objetivos específicos:

- Caracterizar sócio demograficamente os funcionários que desempenham funções na empresa RTE, S.A;
- Identificar a taxa de absentismo associado a Parentalidade dos funcionários da empresa RTE, S.A;
- Avaliar os estilos de vida dos funcionários da empresa RTE, S.A;
- Identificar a taxa de consumo de álcool ou estupefacientes dos funcionários da empresa RTE, S.A;



- Identificar os hábitos alimentares dos funcionários da empresa RTE, S.A;
- Identificar a taxa de obesidade dos funcionários da empresa RTE, S.A;
- Avaliar perturbações mentais, tais como ansiedade, depressão e stress dos funcionários da empresa RTE, S.A;
- Avaliar a capacidade para o trabalho dos funcionários da empresa RTE, S.A;
- Avaliar alterações no que concerne ao padrão de sono dos funcionários da empresa RTE, S.A;
- Identificar a taxa de atividade física dos funcionários da empresa RTE, S.A;
- Identificar a prevalência de dor, dormência e desconforto músculo-esquelética nos últimos 6 meses dos funcionários da empresa RTE, S.A;
- Identificar as necessidades de saúde dos funcionários da empresa RTE, S.A, que carecem de intervenção prioritária;
- Identificar os recursos disponíveis na comunidade, que possam responder as necessidades identificadas.

De modo a concretizar os objetivos estabelecidos, e identificar os determinantes de saúde da população alvo, tornou-se importante construir um instrumento de colheita de dados, pelo que se procedeu a uma revisão da literatura nas bases de dados CINHALL, MEDLINE, PUB MED e RCAAP com as palavras-chave: Enfermeiro do Trabalho; Saúde Ocupacional; Saúde da comunidade laboral e Enfermagem.

Da análise dos documentos emergiu consensualidade relativamente a necessidade de uma abordagem multidimensional, complexa, continua e rigorosa do individuo enquanto trabalhador, inserido num contexto laboral, que permita descortinar os problemas de saúde e as necessidades reais dos trabalhadores, ou seja, uma avaliação que conjugue dados relativos a variadas dimensões, tendo como base a prevenção dos ricos psicossociais, promoção de



ambientes de trabalho saudáveis e proteção da saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Instrumento de Colheita de Dados

O Instrumento de Colheita de Dados avaliou as seguintes dimensões:

- **Dimensão sociodemográfica:** baseia-se num conjunto de 4 questões que permitem a caracterização sociodemográfica dos participantes;
- **Dimensão para avaliação das características do trabalho/ funções desempenhadas pelos trabalhadores:** baseia-se em 5 questões que permitem avaliar o posto e turno de trabalho, bem como a realização de outras actividades profissionais.
- **Dimensão Parentalidade:** baseia-se num conjunto de perguntas que permitem identificar se os trabalhadores têm filhos, bem como dificuldades sentidas pelas trabalhadoras que tiveram grávidas ou durante a licença de amamentação no desempenho das suas funções no seu posto de trabalho. Por último, avaliar dificuldades sentidas após término da licença de Maternidade/Paternidade e o absentismo associado a Parentalidade neste contexto laboral.
- **Dimensão para avaliação dos estilos de vida:** baseia-se num conjunto de 8 perguntas que permitem avaliar o consumo de tabaco, álcool e de estupefacientes dos trabalhadores.
- **Dimensão para avaliação dos hábitos alimentares:** baseia-se num conjunto de 10 perguntas que permitem avaliar a frequência do consumo de fast food, café, refrigerantes e comida das máquinas automáticas existentes na empresa, assim como a frequência da realização das refeições. No que concerne à avaliação do status nutricional efetuou-se o cálculo do IMC e do perímetro abdominal.



- **Dimensão para avaliação da saúde mental** utilizou-se a Escala de **Ansiiedade, Depressão e Stress (EADS)**, instrumento construído por Lovibond & Lovibond, 1995 e traduzida e adaptado para a população Portuguesa por Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004. A EADS é constituída por três sub escalas, que se caracterizam do seguinte modo: a depressão principalmente pela perda de autoestima e de motivação, e está associada com a perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A **ansiedade** salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O **stress** sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.
- **Dimensão para avaliação da capacidade para o trabalho**, recorreu se ao **Índice de capacidade para o trabalho (ICP)**, traduzida e adaptada por C. F. Silva e seus colaboradores, 2005, tendo como finalidade primordial a identificação precoce das potenciais limitações do trabalhador, visando a tomada de medidas necessárias à preservação da capacidade funcional, da saúde e do bem-estar dos indivíduos. Genericamente, o ICT é constituído por 7 itens, precedidas por uma secção de “dados gerais”, onde foi feita uma pergunta direta e objetiva, de forma a obter os dados pessoais e de situação de trabalho, necessários. Índices entre 7 e 27 correspondem a uma “pobre capacidade para o trabalho”, havendo necessidade de adotar medidas urgentes para restituir a mesma, nomeadamente avaliações adicionais periódicas; entre 28 e 36 pontos, dizem respeito a uma “moderada capacidade para o trabalho”, devendo implementar- medidas para melhorar a referida capacidade para o trabalho; entre 37 e 43 pontos, equivalem a uma “boa capacidade para o trabalho”; e entre 44 e 49 pontos corresponde a uma “excelente capacidade para o trabalho”.



- **Padrão de Sono - Escala de Sonolência de Epworth:** (Johns, 1991; Miletin & Hanly, 2003). A ESE avalia a facilidade de adormecer, no dia-a-dia recente, em oito circunstâncias: sentado a ler, a ver televisão, a falar com alguém, sentado num lugar público ou tranquilamente após o almoço, como passageiro durante uma hora, parado num sinal de trânsito ou deitado para dormir a sesta.
- **Regime terapêutico medicamentoso:** baseia-se num conjunto de perguntas associadas ao regime terapêutico medicamentoso dos trabalhadores.
- **Dimensão para avaliação do nível de atividade física habitual dos trabalhadores,** decidiu-se utilizar a **Escala de Baecke Modificado**, construída por (Baecke, Burema, & Frijters, 1982; Yu et al., 2011) e validada para população Portuguesa por Azevedo em 2011. Caracteriza-se por ser uma escala de autopreenchimento, constituída por 16 itens, que procura avaliar a atividade física habitual em três domínios: atividade física no trabalho, desporto em tempo de lazer e atividade física em tempo de lazer (excluindo o desporto), reportando-se aos últimos 12 meses. Todas as respostas são pontuadas numa escala de cinco pontos, com exceção da questão sobre a prática de desporto. Quanto maior a pontuação de cada item, maior o nível de atividade física.
- **Dimensão para avaliação da sintomatologia de dor músculo-esqueléticas:** recorreu-se a um instrumento que permitiu identificar dor, dormência ou desconforto sentida pelos trabalhadores nos últimos 6 meses nas seguintes regiões: pescoço, ombros, tórax, cotovelos, punhos/mãos, lombar, ancas/coxas, joelhos e tornozelo/pés, bem como caracterizar o nível, localização e sensação de dor através do (Questionário Nórdico para Sintomas Osteomusculares (QNSO)).

Neste sentido, atendendo ao número elevado da amostra constituída pela comunidade laboral da empresa RTE, SA, a opção pela criação de dois



formulário: um preenchido pelo trabalhador (*Anexo 2 - Instrumento de Colheita de Dados Parte I- Mulheres e Anexo 3 - Instrumento de Colheita de Dados Parte I – Homens*) e o segundo formulário (*Anexo 4 - Instrumento de Colheita de Dados Parte II*) aplicado pelo enfermeiro responsável pelo estudo tornou-se fundamental, já que durante o período de recolha de dados surgiu um pico de produção, diminuindo a disponibilidade dos diferentes serviços para dispensar os colaboradores para deslocarem ao Gabinete do Enfermeiro do trabalho, local utilizado para o preenchimento/aplicação do formulário e que permitiu assegurar a privacidade, o que contribuiu para a persecução de um dos objetivos planeados.

Pré-testagem:

Seguidamente à construção do Instrumento de Colheita de dados procedeu-se a execução do pré-teste que foi realizado na empresa RTE, S.A, com uma amostra de 10 pessoas.

De facto, a realização do pré-teste foi essencial para reestruturar a apresentação e organização do instrumento de colheita de dados, permitindo de igual modo, reformular o enunciado de algumas questões e a sua codificação para futura inserção numa base de dados.

De modo a reduzir o tamanho do instrumento de colheita de dados, e conseqüentemente reduzir o tempo necessário para proceder ao seu preenchimento, após reunião com um perito, foram eliminadas algumas questões relacionadas com a transição para a Parentalidade e antecedentes patológicos.

O ICD final encontra-se disponível no anexo I, II e III.

Para proceder à colheita de dados, foi disponibilizado na empresa o gabinete de enfermagem e Médico que permitiu assegurar a privacidade dos dados potenciando-se também um ambiente favorável ao desenvolvimento da relação terapêutica trabalhador-enfermeiro.

O processo de colheita de dados decorreu entre o dia 20 de Maio e 15 de Junho de 2015.

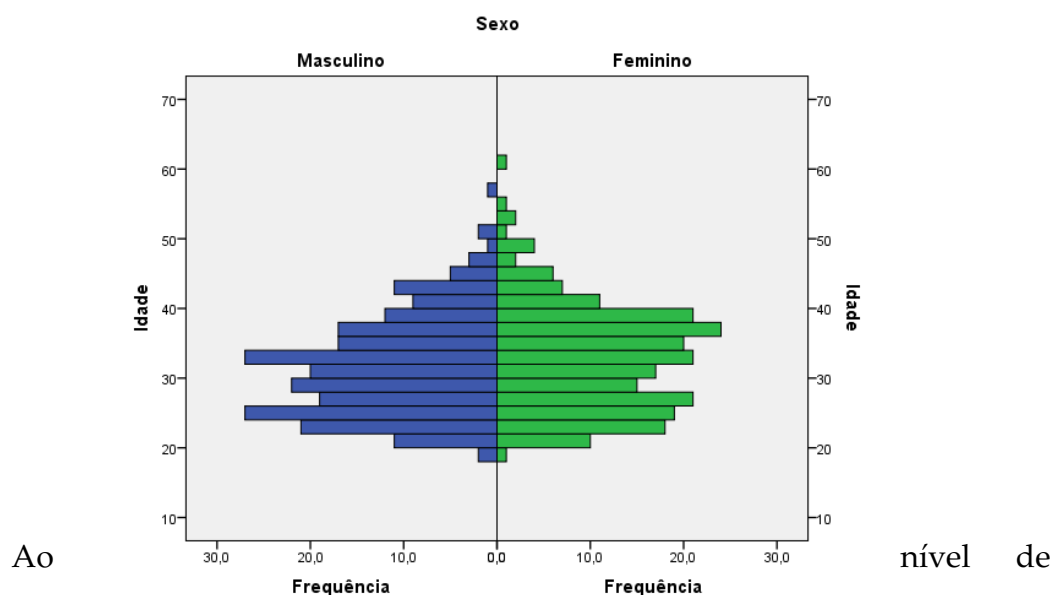
Tratamento dos dados

Neste subcapítulo será apresentado o conjunto de resultados obtidos através da implementação do instrumento de colheita de dados.

Expomos, imediatamente abaixo o perfil da amostra (N=449), não tendo sido possível realizar a 23 colaboradores por encontrarem-se numa situação de baixa prolongada.

A amostra do estudo é constituída por (55,05%) do sexo masculino, e (44,05%) pertencem ao sexo feminino.

Gráfico 1-- Distribuição da idade segundo a variável Sexo



escolaridade, verifica-se que a maioria dos colaboradores (39,09%) apresenta como nível de escolaridade o Ensino Básico (3º ciclo), seguindo-se com (37,86%) o Ensino Secundário, apenas (12,47%) frequentou o 2ºciclo (6ºano). Emerge assim, pela análise efetuada a baixa escolaridade dos participantes do estudo o que continua a assumir-se como uma variável determinante para a saúde da população em causa.

No que concerne ao estado civil, é passível de se verificar que (43,65%) dos funcionários estão casados/união de facto, sendo de igual modo evidente que o segundo estado civil mais frequente é o de solteiro com uma percentagem de (50,80%).



Relativamente ao posto de trabalho, é possível concluir que (43,43%) dos funcionários desempenham funções na secção Bicicletas, seguindo-se a secção da Pintura com (13,14%), Jantes com (6,01%), Rodas com (15,14%). O posto de trabalho geral e administração apresentam cada um uma percentagem menor de trabalhadores inscritos, respetivamente (5,12%) e (0,67%)

Verificou-se que (29,5%) dos funcionários trabalham na empresa a mais de 122 meses (10 anos), e que (45 %) colaboradores trabalham a menos de 62 meses (5 anos). Estes dados resultam não só de uma politica de contratação temporária devido aos picos de produção aos quais a empresa esta sujeita, bem como ao desenvolvimento sustentável que a empresa sofreu nos últimos 5 anos, aumentando o seu volume de negócios e consequentemente o nº de funcionários.

No que concerne ao número de horas extraordinárias, (87,31%) dos funcionários que participaram no estudo realizaram horas extraordinárias, apenas (12,69%) referiu não ter realizado.

Ao analisar a Parentalidade, verifica-se que (53,01%) dos funcionários referem não ter filhos, constatando-se que (46,48%) dos colaboradores tiveram filhos depois de iniciar funções na RTE.

As colaboradoras que tiveram filhos depois de iniciar funções na RTE referiram que sentiram dificuldades no desempenho do seu trabalho durante o período de gravidez, nomeadamente no que respeita as pausas e descanso insuficientes (36,67%) e o número de horas que permanecem em pé (20%).

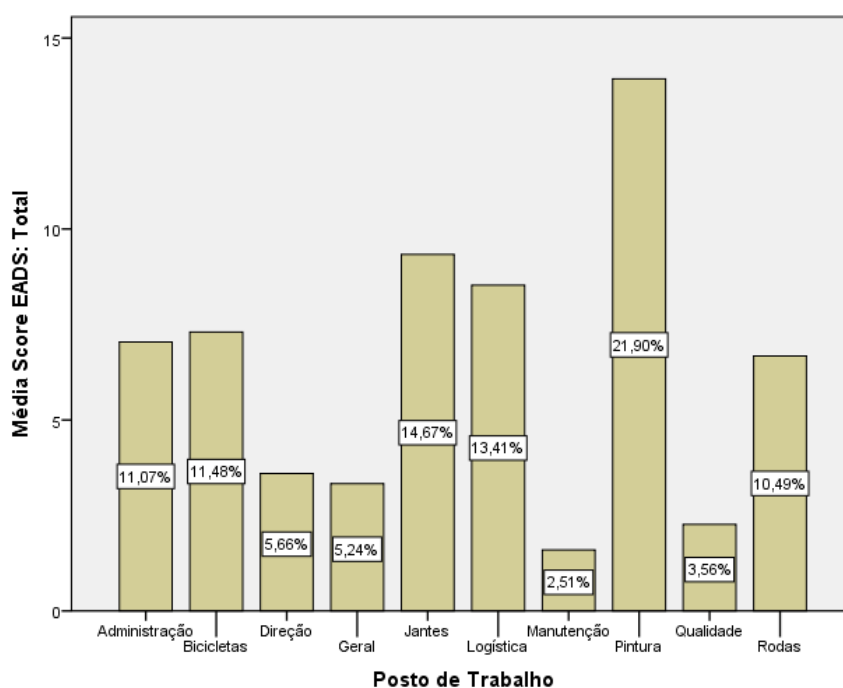
Os estilos de vida, mais precisamente o consumo de tabaco evidencia níveis de consumo mais elevados comparativamente com o consumo de álcool ou de estupefacientes. Ao analisar os resultados, constatamos que (45,76%) dos funcionários entrevistados fumam, sendo que (95,15%) dos que consomem diariamente e fumam entre dez a vinte cigarros (39,32%).

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, verificasse que mais de metade (47,22%) dos trabalhadores não consome bebidas alcoólicas.

No que concerne aos hábitos alimentares, podemos concluir que (47,22%) dos trabalhadores consome pelo menos uma vez por mês Fast-food. Mais de metade (68,15%) dos colaboradores refere um consumo diário de café. Aprofundando a análise sobre o IMC, podemos concluir que mais de metade (60,36%) dos colaboradores estão dentro do peso normal. Todavia, a análise dos dados destaca uma moderada atividade física como a principal causa dos valores supracitados, pelo que uma vez mais a adesão à prática de exercício físico em contexto laboral, assume-se como uma mais-valia.

Analisando os dados obtidos pela aplicação da escala EADS, constata-se a existência de moderados níveis de ansiedade, depressão e stress nos trabalhadores, realçando que a sub escala Stress registou uma percentagem de prevalência mais significativa comparativamente com as restantes sub escalas no posto de trabalho logística.

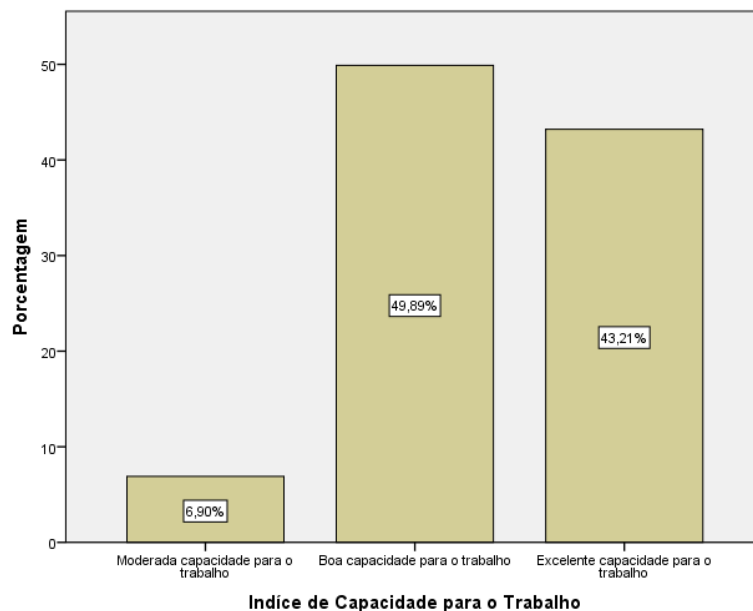
Gráfico 2-Distribuição percentual da amostra segundo o score obtido na EADS: Total



Avaliação da atividade física, questionou se através da escala de Baecke Modificado, subdividida em três áreas: actividades domesticas; desporto e lazer.

Reportando-se aos últimos 12 meses, verificou-se que a maioria dos colaboradores apresentam uma atividade física moderada.

Gráfico 3-Distribuição percentual da amostra em relação ao índice de Capacidade para o trabalho



A sintomatologia de dor músculo-esqueléticas foi avaliada através do Questionário Nórdico, sendo a sua prevalência passível de ser visualizada no (Anexo 8: Resultados obtidos através do Diagnóstico de Situação), através da respetiva caracterização, que contempla a localização, frequência, intensidade e momento de sensação.

Resultante da análise, como se pode verificar na fig. 2, as zonas corporais mais afetadas se manifestam ao nível dos punhos/mãos (49,67%), ombros (42,98%), região lombar (37,64%) e tornozelos e pés (24,72%), observando-se uma maior evidência relativamente ao momento de sensação da dor depois do trabalho, assim como da intensidade aos fins de semana.

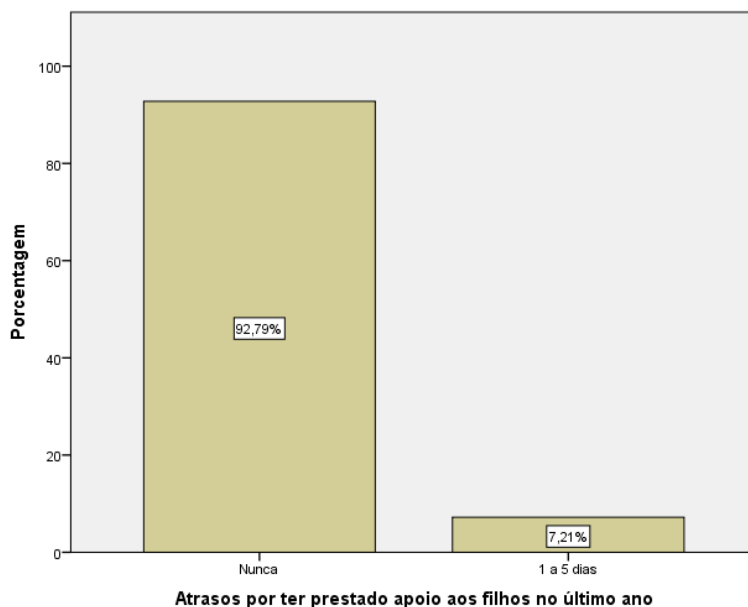
Figura 2-Prevalência da dor musculoesquelética nos Colaboradores da empresa RTE

Pescoço	Ombros	Tórax	Cotovelos	Punhos e Mãos	Lombar	Ancas	Joelhos	Tornozelo e Pés
33,18%	42,98%	3,12%	11,14%	49,67%	37,64%	6,46%	14,92%	24,72%

Relativamente ao número de dias de absentismo por motivo de doença do(s) seu(s) filho(s) durante o último ano, (52,83%) dos colaboradores referem que faltaram trabalho 1 a 20 dias completo

De realçar que (92,79%) dos trabalhadores não chegaram atrasados ao trabalho por ter prestado apoio aos filhos no último ano.

Gráfico 4-Distribuição percentual da variável pontualidade



Estes resultados são fortemente influenciados por uma medida implementada pela empresa, que tem como finalidade primordial diminuir os níveis de absentismo e aumentar a produtividade e eficácia dos seus trabalhadores através da atribuição de um prémio monetário que valoriza a pontualidade e assiduidade do colaborador, no valor de 100 euros por mês.

Análise Inferencial:

No seguimento da análise realizada anteriormente, transcrevemos abaixo, análise inferencial através das características que permitem traçar um perfil geral da amostra:

Os indivíduos que trabalham no turno da tarde/noite são em média mais novos, e desempenham funções na empresa a mais de cinco anos, consumindo com maior frequência fast food, café, refrigerantes e alimentos das máquinas automáticas de venda livre;



O Perfil relativamente a Idade descreve-se por uma menor capacidade para o trabalho, contudo expressa um Índice de massa corporal maior, assim como por uma Intensidade elevada de dor nos punhos e mãos no posto de trabalho da montagem.

A prevalência do nível de dor músculo-esqueléticas na região dos ombros, resultante da execução de atividades de repetitivas, esta diretamente relacionada com o elevado número de horas extraordinárias, observando-se, com significância estatística, que os colaboradores que referiram dor, apresentam maiores níveis de ansiedade, de depressão, de stress, demonstrando uma menor capacidade para o trabalho;

O perfil do colaborador que apresenta maior nível de ansiedade, depressão e stress, caracteriza-se por uma menor capacidade para o trabalho, maior nível de sonolência e de atividade de lazer;

Por último, a antiguidade dos funcionários no exercício de funções na empresa, revela uma menor capacidade para o trabalho, maior nível de absentismo associado a Parentalidade.

Após o Diagnóstico de Situação, onde foram identificadas as necessidades dos trabalhadores da empresa RTE, SA, a definição das prioridades assume-se como o próximo passo no processo de planeamento em saúde, podendo ser entendida como *“um processo de tomada de decisão”* (Tavares, 1990, p. 83).

Perante a pertinência dos problemas levantados e tendo em mente uma utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir, torna-se necessário *“proceder a uma priorização de problemas, no sentido de definir quais os que se devem tentar solucionar primeiro”* (Tavares, 1990).

A metodologia seguida, teve como critérios orientadores os recursos e o espaço temporal disponível para a realização do projeto.

Deste modo, procedeu-se a priorização dos problemas, sendo fundamental, começar este processo pela referenciação dos resultados obtidos a partir do diagnóstico de situação, pelo que, através da análise aprofundada



relativamente aos mesmos, podemos concluir a existência de cinco problemas de saúde, salientando-se: Dor musculoesquelética; Hábitos alimentares comprometidos; Risco para Depressão; Stress; Não adesão ao exercício físico; Sono comprometido;

Porém, determinar prioridades não significa ignorar outros problemas identificados no diagnóstico de situação, significa sim, que perante a indisponibilidade de recursos humanos, físicos e financeiros e de tempo, tornou-se necessário realizar uma tomada de decisão acerca dos problemas de saúde mais relevantes para o contexto no qual se inserem.

Capítulo II

Projeto de Intervenção: Trabalhar com mais Saúde

Considerando a importância do estudo, os ganhos em saúde, a disponibilidade de recursos, as características do contexto alvo de intervenção (pico de produção,) optou-se pela realização de um projeto de intervenção que permitisse diminuir a prevalência da dor musculoesquelética relacionada com o trabalho.

Em Portugal, nos últimos anos vários autores têm-se debruçado sobre as lesões músculo-esqueléticas.

Segundo a Direcção-Geral da saúde (2008), *“as LMERT são um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor”*. Lesões que resultam da ação de fatores de risco profissionais como a repetibilidade, a sobrecarga e/ou postura adotada durante o trabalho

As “LMERT correspondem a estados patológicos do sistema músculo-esquelético, que surgem em consequência do efeito cumulativo do desequilíbrio entre as solicitações mecânicas repetidas do trabalho e as capacidades de adaptação da zona do corpo atingida, ao longo de um período em que o tempo para a recuperação da fadiga foi insuficiente” (Ranney, 2000).



LMERT “*são doenças ocupacionais relacionadas a lesões por traumas cumulativos. Resultam de uma descompensação entre a capacidade de movimento dos músculos e a execução de movimentos rápidos e constantes*” (Oliveira, 2006; Martins e Duarte, 2001).

Na perspetiva de (Araújo, 2003), os fatores que desencadeiam as LMERT estão relacionados com “*a intensidade de exposição, a organização das tarefas e o tempo de exposição a estas situações de risco*”. Para além destes fatores estão inerentes outras situações como o “*excesso de trabalho, ausências de intervalos apropriados, posturas inadequadas, força excessiva nas tarefas estáticas ou dinâmicas, técnicas incorretas de trabalho, invariabilidade de tarefas como os fatores organizacionais e psicossociais, podem favorecer o seu aparecimento*” (Araújo, 2003)

Uma vez que foi demonstrada a eficácia do instrumento de recolha de dados para diagnosticar os problemas e, dado ser difícil dar resposta a todas as necessidades identificadas, optou-se intervir na redução do nível de Dor, associado as LMERT, tendo como critérios orientadores/seleção: o nº da amostra (um posto de trabalho constituído por mais de 30 trabalhadores, espaço temporal disponibilizado/programado para a realização do II Modulo de estágio, turno de trabalho, pico de produção e nível de prevalência da Dor.

Assim, desenvolvemos o projeto “Trabalhar com mais saúde”, que se destinou ao grupo de trabalhadores da secção da Logística, com a finalidade de promover a saúde dos trabalhadores, através da diminuição da prevalência da dor musculoesquelética na região dos ombros.

O Horizonte Temporal previsto para a implementação e avaliação global do projeto foi de dois meses.

O grupo alvo incidiu nos colaboradores que desempenhavam funções no posto de trabalho Logística (N=49), sendo uma população predominantemente do sexo masculino (91,8%), pertencente aos grupos etários 22-49 anos, sendo claramente um grupo com uma média de idade de 33,5 anos.

Ao nível de escolaridade, verifica-se que a maioria dos colaboradores (24,49%) apresenta como nível de escolaridade o Ensino Básico (3º ciclo), 38,8% o Ensino Secundário, apenas 12,2% refere como frequência o 2ºciclo (6ºano).



No que concerne ao estado civil, é passível de se verificar um equilíbrio entre os colaboradores casados/união de fato (46,9%) e solteiros (49,0), observando se apenas (4,1%) com o estado de divorciado/separado.

Relativamente aos estilos de vida, o álcool evidencia níveis de consumo significativos comparativamente com o consumo de tabaco (46,9 %) ou de estupefacientes. Podemos concluir através da análise dos dados que 53,1% dos funcionários entrevistados apresentam hábitos etílicos, sendo que 14,3% consomem diariamente e bebem entre um a dois copos de vinho (32,7%).

Ao analisar os hábitos alimentares, podemos observa-se que 51,0% dos trabalhadores consome pelo menos uma vez por mês Fast-food, 26,5% duas a quatro vezes por mês e 10,2% uma vez por semana. A maioria dos funcionários ingere diariamente café das máquinas automáticas (75,5%).

Destaque para o moderado consumo de refrigerantes (30,6%) e de alimentos das máquinas de venda livre (42,9%), disponíveis na empresa, com uma frequência de uma vez por mês.

Aprofundando a análise sobre o índice de Massa Corporal, podemos observar com alguma preocupação que (32,7%) dos funcionários apresentam pré-obesidade, (14,3%) obesidade em grau I, (4,1%) apresenta baixo peso. Apenas 49,0% dos trabalhadores estão dentro do peso normal. Todavia, a análise dos dados destaca uma moderada atividade física como a principal causa dos valores supracitados, pelo que uma vez mais a adesão à prática de exercício físico em contexto laboral, assume-se como uma mais-valia.

Analisando os dados obtidos pela aplicação da escala EADS, constata-se a existência de moderados níveis de ansiedade, depressão e stress nos trabalhadores, realçando que a sub escala Stress registou uma percentagem de prevalência (65,3%) mais significativa comparativamente com as restantes sub escalas.

No que concerne ao número de horas extraordinárias, verifica-se pela análise dos dados, que a maioria dos funcionários (95,9%) realizaram horas



extraordinárias, apenas 4,1% referiu não ter realizado. Emerge assim, pela análise efetuada que o elevado número de horas extraordinárias realizadas pelos trabalhadores, poderá ser um fator impeditivo para os moderados níveis de exercício físico, bem como do elevado nível de stress, que estão correlacionados pela especificidade das funções/ atividades que desempenham, bem como pelo elevado nível de responsabilidade associado não só, a sobrecarga de trabalho delegada, bem como ao espaço temporal disponibilizado para a sua execução.

A sintomatologia de dor músculo-esqueléticas foi avaliada com recurso ao Questionário Nórdico para Sintomas Músculo-esqueléticos. Através da análise descritiva, verifica-se uma maior incidência da dor, na região do ombro (42,9%), seguindo-se a região lombar com (38,8%) e os punhos/mãos com (36,7%).

Observa-se que a intensidade de dor nos ombros tem maior incidência no nível sete (33,3%), sendo que a frequência das queixas apresenta uma prevalência de (100%), por se evidenciar significativamente no final da semana.

Relativamente ao momento de sensação de dor, verifica-se maioritariamente que ocorre durante o trabalho (95,2%),

Outro aspeto relevante prende-se com análise do Test t student para comparação de medias para amostras independentes, que evidenciam dados antagónicos. Os funcionários que referiram um nível de dor mais elevado, são os que praticam uma atividade desportiva mais intensa, contudo apresentam um IMC superior.

Em suma, passo a citar os resultados mais expressivos estatisticamente:

Os indivíduos que trabalham no turno da tarde/noite são em média mais novos, desempenham funções na empresa a mais de cinco anos e consomem mais fast food, café, refrigerantes e alimentos das máquinas automáticas de venda livre;

A prevalência do nível de dor músculo-esqueléticas na região dos ombros, resultante da execução de atividades de repetitivas, esta diretamente relacionada com o elevado número de horas extraordinárias, observando-se, com



significância estatística, que os colaboradores que referiram dor, apresentam maiores níveis de ansiedade, de depressão, de stress, demonstrando uma menor capacidade para o trabalho;

Objetivos do projeto de intervenção:

De acordo com (Imperatori e Giraldes,1993) a “fixação de objetivos evidencia-se como uma etapa fundamental já que, apenas mediante uma correta quantificação/fixação dos mesmos será possível proceder à avaliação dos resultados obtidos e sensíveis às intervenções implementadas”.

A definição das linhas orientadoras que garantiram a construção coerente e rigorosa do presente trabalho, tiveram as considerações metodológicas preconizadas por Imperatori e Giraldes (1993).

Associada à fixação de objetivos, emerge a necessidade de selecionar as metas, bem como, indicadores, estratégias e respetivas atividades, com vista a melhorar o estado de saúde da amostra, mas de igual modo, a assegurar o desenvolvimento e aquisição das competências inerentes à concretização da especialização em enfermagem comunitária.

De modo a facilitar a compreensão do projeto construíram-se tabelas, que contemplaram os aspetos mencionados anteriormente.

1. Dor musculoesquelética

1.1.Objetivo Geral: diminuir a prevalência de LMERT na região dos ombros, dos colaboradores da secção Logística, da empresa RTE, até 31 de outubro de 2015;

Tabela 1-Objetivos, metas, indicadores e estratégias relativamente a prevalência de LMERT na região dos ombros, dos colaboradores que desempenham funções na secção da Logística, da Empresa RTE

Objetivo específico	Metas	Indicadores de Resultado	Indicadores de Processo
----------------------------	--------------	---------------------------------	--------------------------------



Diminuir (de 21) para 16 o número de colaboradores da secção Logística que não demonstram conhecimento sobre fatores intrínsecos potenciadores do risco de LMERT, até 31 de outubro de 2015 (N=21);	5 dos colaboradores da secção Logística que apresentam défice de conhecimento sobre os fatores intrínsecos potenciadores de LMERT, passam a demonstrar conhecimento sobre os mesmos, até 31 de outubro de 2015;	% de colaboradores com défice de conhecimento sobre fatores intrínsecos potenciadores de LMERT e que passaram a demonstrar conhecimento, até 31 de outubro de 2015;	Nº de sessões de educação para a saúde realizadas aos colaboradores; Nº de sessões de educação para a saúde realizados aos encarregados; Nº de sessões de educação para a saúde realizadas aos colaboradores;
Aumentar (de 0) para 10 o número de colaboradores da secção Logística consciencializados acerca dos fatores de risco externos	10 dos colaboradores da secção Logística que não estavam consciencializados sobre fatores externos potenciadores de LMERT, passam a identificar, pelo menos, 3 fatores, até 31 de outubro de 2015;	% de colaboradores que não estavam consciencializados sobre fatores externos potenciadores de LMERT, e que passam a referir, pelo menos, 3 fatores, até 31 de outubro de 2015;	Nº de sessões de Ginástica Laboral para a prevenção de LMERT; Nº de consultas de Enfermagem semanais direcionadas para a prevenção dos fatores de riscos, bem como monitorização / vigilância da Dor Musculoesquelética ;
Aumentar (de 0) para 11 o número de colaboradores da secção Logística com dor na região dos ombros, que aderem a sessões de Ginástica Laboral, até 31 de outubro de 2015 (N=21);	11 dos colaboradores da secção Logística, com dor na região dos ombros aderem ao plano de exercício físico prescrito (GL), até 31 de outubro de 2015 (N=21);	% dos colaboradores com dor no ombro da secção Logística que aderem ao plano de exercício físico prescrito pelo Enfermeiro do Trabalho, até 31 de outubro de 2015 (N=21);	
Negociar com 5 dos colaboradores	5 dos colaboradores da secção Logística que	% dos colaboradores da secção Logística com dor	



da secção Logística com dor na região dos ombros estratégias para minimizar os fatores potenciadores de LMERT, até 31 de outubro de 2015 (N=21);	referiram dor na região dos ombros, adotam estratégias para diminuir o efeito dos fatores potenciadores da mesma, até 31 de outubro de 2015 (N=21);	na região dos ombros, adotam estratégias para diminuir os fatores potenciadores da mesma, até 31 de outubro de 2015 (N=21);	
Aumentar (de 0) para 21 o número colaboradores da secção Logística com dor na região dos ombros com consulta agendada com o médico de família, até 31 de Outubro de 2015 (N=21);	21 dos colaboradores da secção Logística integram a consulta de Enfermagem do trabalho, para monitorização/vigilância da dor, até 31 de outubro de 2015 (N=21);	% dos colaboradores da secção Logística, integram a consulta de Enfermagem do trabalho, para monitorização/vigilância da dor até 31 de outubro de 2015 (N=21);	

2. Dor musculoesquelética

2.1. Objetivo Geral: Diminuir a Incidência de LMERT na região dos ombros, dos colaboradores da secção Logística, da empresa RTE, até 31 de outubro de 2015.

Tabela 2-Objetivos, metas, indicadores e estratégias relativamente a Incidência de LMERT na região dos ombros, dos colaboradores que desempenham funções na secção da Logística, da Empresa RTE

Objetivo específico	Metas	Indicadores de Resultado	Indicadores de Processo
Aumentar (de 0) para 11 o número de colaboradores da secção Logística que não demonstram	11 dos colaboradores da secção Logística que apresentam défice de conhecimento sobre os fatores intrínsecos	% de colaboradores com défice de conhecimento sobre fatores intrínsecos potenciadores de	Nº de sessões de educação para a saúde realizadas



conhecimento sobre fatores intrínsecos potenciadores do risco de LMERT, até 31 de Outubro de 2015 (N=28);	potenciadores de LMERT, passam a demonstrar conhecimento sobre os mesmos, até 31 de Outubro de 2015;	LMERT e que passaram a demonstrar conhecimento, até 31 de outubro de 2015;	aos colaboradores;
Aumentar (de 0) para 7 o número de colaboradores da secção Logística consciencializados acerca dos fatores de risco externos, potenciadores de LMERT, até 31 de outubro de 2015 (N=28);	7 dos colaboradores da secção Logística que não estavam consciencializados sobre fatores externos potenciadores de LMERT, passam a identificar, pelo menos, 3 fatores, até 31 de outubro de 2015;	% de colaboradores que não estavam consciencializados sobre fatores externos potenciadores de LMERT, e que passam a referir, pelo menos, 3 fatores, até 31 de outubro de 2015;	Nº de sessões de educação para a saúde realizados aos encarregados;
Aumentar (de 0) para 14 o número de colaboradores da secção Logística sem queixas algicas, que aderem a sessões de Ginástica Laboral, até 31 de Outubro de 2015 (N=28);	14 dos colaboradores da secção Logística, sem queixas algicas na região dos ombros aderem as sessões de Ginástica Laboral, até 31 de outubro de 2015 (N=28);	% dos colaboradores sem queixas algicas na região dos ombros da secção Logística que aderem ao plano de exercício físico prescrito (GL) pelo Enfermeiro do Trabalho, até 31 de outubro de 2015 (N=28);	Nº de sessões de treino da Ginástica Laboral para a prevenção de LMERT, direcionada para os encarregados;
Aumentar (de 0) para 2 o número de encarregados da secção Logística consciencializados acerca dos fatores de risco potenciadores de LMERT, até 31 de outubro de 2015 (N=2);	2 dos encarregados da secção Logística que apresentam défice de conhecimento sobre os fatores de risco potenciadores de LMERT, passam a demonstrar conhecimento sobre os mesmos, até 31 de outubro de 2015;	% de encarregados com défice de conhecimento sobre fatores de risco potenciadores de LMERT e que passaram a demonstrar conhecimento, até 31 de outubro de 2015;	Nº de consultas de Enfermagem direcionadas à vigilância \ monitorização da dor músculos esquelética, bem
Aumentar (de 0) para 2 o número de encarregados da secção Logística que demonstram	2 dos encarregados da secção Logística que apresentam défice de conhecimento sobre estratégias preventivas	% de encarregados com défice de conhecimento sobre estratégias preventivas de	



conhecimento de estratégias preventivas de LMERT, até 31 de outubro de 2015 (N=2);	de LMERT, passam a demonstrar conhecimento sobre as mesmas, até 31 de outubro de 2015;	LMERT e que passaram a demonstrar conhecimento, até 31 de outubro de 2015;	como prevenção do risco de LMERT;
--	--	--	-----------------------------------

Atividades desenvolvidas

As estratégias e atividades desenvolvidas para implementação deste projeto com vista a alcançar os objetivos traçados, foram:

Atividades: *(Anexo 7 - Diagrama de Intervenção no Posto de trabalho da Logística)*

- Ações de educação para a saúde com o envolvimento dos colaboradores e encarregados;
- Ações de educação para a saúde: Consciencialização ergonómica (Reeducação postural individual no posto de trabalho);
- Consulta de Enfermagem, para monitorização da Dor;
- Ensino/treino no local de trabalho dos exercícios que constituem as sessões de Ginástica Laboral aos colaboradores;
- Ensino/treino dos encarregados no local de trabalho dos exercícios que constituem as sessões de Ginástica Laboral;
- Ensino/treino no local de trabalho dos exercícios que constituem as sessões de Ginástica Laboral aos colaboradores;
- Consultas de Enfermagem para monitorização da Dor; (Massagem terapêutica, Massagem de Relaxamento, Aplicação de Frio/Quente, Gestão do Regime Medicamentoso, Monitorização da Dor, Prescrição de exercício físico personalizado);

Estratégias de Intervenção:

- Promoção do projeto, dando-o a conhecer ao responsável da instituição o plano de intervenção;



- Afixar cartazes “Ginástica Laboral” na seção Logística;
- Disponibilizar aos colaboradores / encarregados da seção Logística o Flyer sobre “Orientações preventivas de LMERT”;
- Solicitar a colaboração da equipa de higiene e segurança no trabalho da instituição para divulgarem as atividades programadas, bem como apoiarem no processo de agendamento;
- Divulgar horário das consultas de enfermagem junto dos colaboradores;

Implementação do Projeto:

Procedeu-se, numa primeira fase a divulgação junto da entidade patronal do projeto de intervenção (*Anexo 7 - Diagrama de Intervenção no Posto de trabalho da Logística*), conseguindo deste modo sensibilizar os colaboradores para a participação nas atividades propostas;

Posteriormente contactou-se os encarregados da secção da Logística, com o objetivo de agendar as sessões de educação para saúde, sobre “Prevenção de LMERT”, bem como as atividades de treino de ginástica laboral, tendo sido calendarizadas 10 sessões, programadas para um período de três semanas, com uma duração média de 2,5 / 3 minutos

Disponibilizou-se um horário flexível, o que permitiu executar as sessões em períodos de atividade laboral com reduzido fluxo de trabalho (início do turno, fim dos períodos destinados para realização de pausas para refeições, como também no final do turno).

Seguidamente foram notificados todos os colaboradores com Diagnóstico de dor musculoesquelética, de modo a informar sobre o horário e missão da consulta de dor, realizada pelo Enfermeiro do Trabalho. Nas consultas de enfermagem, desenvolveu-se o processo de enfermagem, através da elaboração de planos de cuidados individuais, assumindo-se como um complemento da abordagem de intervenção.



Foi ainda aplicado um questionário a cada um dos participantes do projeto, o que permitiu avaliar os ganhos em saúde obtidos.

Os **recursos** utilizados para a implementação do Projeto de intervenção “Trabalhar com mais Saúde”, foram:

- Recursos Materiais: Panfletos; Cartazes de Ginástica Laboral; Cartazes de Orientação Postural; Grelhas de registo de LMERT e monitorização de Dor Musculoesquelética; Material clínico; Portátil; Data-show; Tela;
- Recursos Humanos: O estudante;
- Recursos Físicos: Instalações da empresa RTE, SA.;

Avaliação do projeto de intervenção “Trabalhar com mais Saúde”

1. Diminuição da Prevalência de LMERT:

Ao analisar a tabela 3 - Avaliação dos indicadores de processo e resultado face à prevalência de LMERT, é passível ser observado a complexidade do diagnóstico, salientando que para trabalhar este foco da prática de enfermagem, que depende não só da modificação do comportamento humano, mas também, da implementação de novas medidas organizacionais e estruturais por parte da entidade patronal.

Relativamente as metas, estas caracterizam-se pela prudência, atendendo essencialmente as barreiras identificadas no diagnóstico de situação, mas sobretudo realistas, porque refletem-se num público-alvo expostos a elevados níveis de riscos psicossociais, fadiga, ansiedade, stress associados ao elevado nº de horas extras que realizam semanalmente, assim como, a elevada responsabilidade exigida no desempenho das suas atividades resultantes da sobrecarga de trabalho e da especificidade do posto de trabalho. Para a avaliação dos objetivos específicos elencados foi calculado o seguinte indicador de resultado:



Tabela 3-Ganhos em saúde face á diminuição da prevalência de dor musculoesquelética na região dos ombros

Ganhos em saúde face á diminuição da prevalência de dor musculoesquelética na região dos ombros = (número de colaboradores que desempenham funções na secção da logística, da empresa RTE, SA. com dor musculoesquelética na região dos ombros e que referem ausência de dor, após intervenção de enfermagem, até 31 de outubro de 2015/ número de colaboradores que desempenham funções na secção da logística com dor musculoesquelética na região dos ombros) x 100 = $(8/21) \times 100 = 38,09\%$

Apesar dos números serem inferiores aos projetados, foi possível diminuir não só o nível de dor, como também baixar de 21 para 13 o nº de colaboradores com diagnóstico de Dor musculoesquelética, o que representa um ganho de 38,09%. Consequentemente conclui-se a pertinência de assegurar a continuidade das intervenções implementadas, de modo potenciar a respetiva eficácia, que possibilitará a conquista de um ganho mais significativo a longo prazo de pelo menos de 50% face ao nº de casos diagnosticados.

2. Risco de LMERT

A análise da tabela 4 – Avaliação dos indicadores de processo e resultado face ao risco de LMERT, demonstra que se conseguiu superar as metas inicialmente traçadas. Estes resultados parecem evidenciar que para além das metas serem demasiado complexas, existe alguma consciencialização para o tema por parte do grupo alvo, existindo por isso alguma sensibilidade dos mesmos para realizarem modificações que alterem as rotinas, posturas e as atividades de vida diárias. Para a avaliação dos objetivos específicos elencados foram calculados os seguintes indicadores de resultado:

Tabela 4-Ganhos em saúde face ao risco de LMERT

Ganhos em saúde face ao risco de LMERT = (número de colaboradores que desempenham funções na secção da logística, da empresa RTE, SA. com diagnóstico de Dor Musculoesquelética na região dos ombros e que apresentam mudanças de comportamento positivas, após intervenção de enfermagem, até 31 de outubro de 2015/ número de colaboradores que desempenham funções na secção da logística) x 100 = $(10/28) \times 100 = 35,71\%$

Verifica-se que existiu mudança comportamental efetiva em 10 dos 28 indivíduos o que é considerado como bastante positivo se se considerar todos os fatores envolvidos numa tomada



de decisão centrada na mudança comportamental. Assim, para além de todo o conhecimento que foi transmitido, foi possível constatar a sua utilidade e aceitabilidade por parte das pessoas envolvidas perante a possibilidade de melhorarem o seu autocuidado.

Adesão a Ginástica Laboral

Relativamente ao exercício físico, como comprova o quadro 5 - Avaliação dos indicadores de processo e resultado face à adesão a ginástica laboral, observou-se uma adesão pouco positiva comparativamente com a meta estabelecida inicialmente, o que parece surgir associada a uma baixa consciencialização, muito marcada pelo défice de conhecimento dos fatores de risco e das consequências associadas as LMERT, bem como da importância atribuída a realização de exercício físico como estratégia preventiva. Por outro lado, a faixa etária muito jovem que caracteriza o presente grupo não influenciou positivamente adesão, não potenciando deste modo acesso a realização de atividade física regular.

Assim sendo, foram realizadas 10 sessões de atividades associadas a este diagnóstico de enfermagem (3 sessões semanais, com duração de 3mts, durante 3,5 semanas, no posto de trabalho) contemplando nas primeiras três sessões ensino sobre reeducação postural e orientações sobre estratégias específicas preventivas de LMERT.

Realço ainda, que na 4 sessão foi possível estabelecer uma parceria com os encarregados da secção, de modo a assegurar a monitorização das sessões, permitindo assegurar a continuidade da GL, potenciando a eficácia deste projeto de intervenção, bem como potenciais ganhos de saúde associados ao diagnóstico de enfermagem.

Para a avaliação dos objetivos específicos elencados foi calculado o seguinte indicador de resultado:

Tabela 5 - Ganhos em saúde face ao exercício físico



Ganhos em saúde face ao exercício físico = (número de colaboradores que desempenham funções na secção da logística, da empresa RTE, SA. com diagnóstico de não adesão ao exercício físico e que apresentam mudanças de comportamento positivas, após intervenção de enfermagem, até 31 de outubro de 2015/ número de colaboradores que desempenham funções na secção da logística com diagnóstico de não adesão ao exercício físico) x 100 = $(17/49) \times 100 = 34,69\%$

Neste ponto foi possível observar algumas modificações positivas de comportamento face ao exercício físico em 17 colaboradores o que, considerando a faixa etária e os fatores condicionantes já referidos, é percecionado como pouco positivo, atendendo que não alcança uma meta potencialmente realista para as características do grupo, bem como para as respetivas necessidades reais. Testemunhando, também aqui, a possibilidade de obter ganhos saúde num Futuro próximo numa área tão poucas vezes abordada pelos enfermeiros, mas que carece essencialmente de uma abordagem mais personalizada e continua nos serviços, bem como da envolvência das entidades patronais, através da implementação de medidas organizacionais e estruturais direcionadas para as especificidades dos diferentes postos de trabalho.





Capítulo III

Implicações que o III módulo de estágio gerou para a prática profissional

No módulo III de estágio, percurso de aprendizagem decorreu na UCC de Campanhã, USF Arca d'Água e na USP do ACES Porto Oriental.

Iniciando este percurso com uma visão bastante redutora sobre a organização, funcionamento, estrutura dos cuidados de saúde primários, associado ao desconhecimento das missões que definem os princípios e carteira de serviços preconizado para cada unidade, a experiência vivenciada proporcionou uma aprendizagem autêntica e contribuiu para a construção de um conhecimento com base numa prática reflexiva, ampliando conhecimentos sobre competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Refletindo nos desafios que surgiram durante o período de observação, consideramos a competência do domínio da melhoria contínua da qualidade, com potencial para ser explorado ao nível do desenvolvimento de uma avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura e resultado, dado que de processo já se encontra bem definido nos diferentes eixos de intervenção da UCC de Campanhã.

Essencialmente, não só pela valorização dos contributos dos cuidados executados pela equipa de enfermagem (ganhos em saúde) perante o ACES, como também, pela necessidade de compreender a eficiência dos cuidados no processo de capacitação de grupos alvo de intervenção.

No contexto da USF Arca d'Água, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária revelou-se de igual modo, com capacidade para o desenvolvimento de uma abordagem metodológica relativamente ao planeamento em saúde (através da criação e implementação de programas e intervenção



comunitária), atendendo que, foram observadas atividades de enfermagem direcionadas essencialmente para a saúde familiar, através das consultas de enfermagem em saúde reprodutiva, saúde materna, saúde infantojuvenil, saúde do adulto, em especial o portador de doenças crónicas, nomeadamente metabólicas e de risco cardiovascular, e a saúde do idoso, essencialmente no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença.

Relativamente a USP, verificou-se um conjunto de potencialidades transversais e comuns nestas UF, relativamente a ampliação de programas/ projetos de promoção e prevenção dos fenómenos de saúde diagnosticados na área geodemográfica do ACES Porto Oriental, contudo, o percurso a desenvolver num futuro próximo, está fortemente influenciado por fatores económicos e políticas de saúde, reconhecendo de igual modo, uma necessidade de uma profissionalização dos Enfermeiros especialistas, no sentido de os sensibilizar e consciencializar para o seu papel, enquanto agentes impulsionadores e promotores de mudança de paradigma de ação, ou seja, para o desenvolvimento de novos raciocínios e formas de agir face aos problemas reais das nossas comunidades, promovendo com maior eficiência os recursos disponíveis.

Ao analisar as mudanças que ocorreram no meu saber estar, fazer e ser, menciono abaixo os contributos obtidos com a conclusão deste ciclo de formação para a minha prática profissional.

A ampliação do enquadramento conceptual de enfermagem de saúde comunitária, através da integração de conhecimentos relativamente as diferentes políticas de saúde nos cuidados de saúde primários, permitiu adquirir uma maior consciencialização face a métodos de intervenção e de avaliação;

Desenvolvimento de uma capacidade de compreensão e de resolução de problemas relacionados com questões complexas, através de uma análise crítico-reflexiva promotora de uma tomada de decisão mais assertiva/eficiente;

Saliento de igual modo a consolidação de métodos de investigação na prática baseada na evidência científica.



Aquisição de uma capacidade de mobilização de competências específicas da especialização, que favoreceram o desenvolvimento e um discurso direcionado para a os fenómenos de enfermagem, sustentado pelo estabelecimento de indicadores nas diversas áreas de intervenção.

Por último, e não menos importante ocorreu uma modificação na minha perspetiva sobre o papel de coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade.





Capítulo IV

Análise crítico-reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências

Reconhecendo uma visão bastante redutora sobre o curso de pós-licenciatura em enfermagem comunitária, antes de iniciar este percurso, importa ressaltar que as diversas experiências proporcionadas, bem como a realização da revisão da literatura, foram agentes potenciadores da reflexão crítica, bem como, da aquisição das competências inerentes ao título do especialista em enfermagem comunitária, que segundo a Ordem dos Enfermeiros, caracteriza-se por *“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (OE, 2010).

De acordo com o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, este *“assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde”* traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010).

Segundo as diretrizes publicadas, pressupõem que o enfermeiro especialista saiba estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, que contribua para o processo de capacitação, que integre a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário, a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e que realize e coopere na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica.

Neste seguimento, parece-nos imperativo que os enfermeiros procurem desenvolver uma prática clínica, apoiada pela investigação científica, de modo a ampliar e consolidar o conhecimento disciplinar nesta área que, por sua vez,



contribuirá para uma prática adequada face as necessidades reais expressas pelos contextos, que se refletirá na obtenção de indicadores sensíveis aos cuidados prestados.

No decurso do estágio, ocorreu uma consolidação ao nível da consciencialização acerca da indispensabilidade dos indicadores de enfermagem, enquanto ferramenta de avaliação da eficácia e eficiência das estratégias/intervenções implementadas.

Reconhecendo a complexidade da reforma dos cuidados de saúde primários, parece-nos fundamental que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, apresente conhecimento sobre a organização, estrutura, funcionamento e carteira de serviços disponibilizados pelas diferentes unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, de modo a direcionarem-se para as áreas de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem, que já se encontram definidas na literatura.

Não obstante, consideramos que o reconhecimento do papel do enfermeiro na sociedade e conseqüentemente revalorização da profissão, assenta na necessidade de definir indicadores que pudessem descrever e avaliar as atividades estabelecidas em função do diagnóstico de enfermagem.

Destaca-se ainda a oportunidade de ampliar a eficácia destes indicadores, através do trabalho em equipa, com recurso a rede das unidades funcionais, estabelecendo parcerias que complementem abordagem promotora de mudanças positivas do indivíduo e/ou comunidade. Portanto o processo de articulação entre recursos de cuidados de saúde primários assumem-se como um princípio fundamental.

Ao terminar este percurso de aquisição das competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, torna-se necessário explicar o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional e demonstrar



consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com a comunidade.

Neste sentido, atendendo que as competências comuns e específicas encontram regulamentados (*Anexo 9 - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária*), explanaremos objetivamente as competências pessoais que todo este percurso possibilitou desenvolver, nomeadamente: elaboração do diagnóstico de saúde, sendo esta intervenção apoiada por ações de gestão e consultoria pelo enfermeiro responsável pelo estudo, facilitando uma tomada de decisão especializada, potenciadora da obtenção de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Desenvolveu-se também o planeamento, implementação e avaliação de projetos de intervenção comunitária, de modo a possibilitar o empoderamento do grupo alvo de intervenção;

Prestação de cuidados específicos ao indivíduo, grupo ou comunidade, nos diferentes níveis de prevenção.

Realização de revisão da literatura, de modo aprofundar o conhecimento sobre enfermagem comunitária;

Por último, foi possível contribuir no processo de vigilância epidemiológica, através da participação em projetos implementados pelas diferentes equipas interdisciplinares;

Apesar de apresentar um demagogismo pragmático e de valorizar todas experiências de aprendizagem desde que iniciei o meu percurso académico na área de Enfermagem, considero que vivenciei um momento repleto de construções ao nível pessoal e profissional, pois aprendi a gerir emoções, a manter uma atitude tranquila e concentrada nos objetivos delineados, face aos desafios constantes que emergiram, como também fomentou a consolidação de competências na área da investigação através do desenvolvimento da metodologia do planeamento em saúde e de comunicação, contribuindo para a realização do empoderamento comunitário.





Conclusão

O termo deste relatório surge com o culminar do percurso desenvolvido ao longo dos módulos de estágio I, II e III, onde foi possibilitado a oportunidade de consolidar a metodologia do planeamento através da realização de um diagnóstico de situação, no sentido de identificar as necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem que influenciavam a saúde do público alvo. Subsequentemente, seguiu-se a execução do planeamento, a implementação e respetiva avaliação das intervenções de enfermagem, através do Projeto “Trabalhar com mais Saúde”.

No decorrer do projeto de intervenção, emergiram dificuldades na gestão do tempo, devido ao curto período disponível para respetiva implementação, como também, pela ocorrência de um fluxo significativo de produção, exigindo um esforço organizacional das chefias para dar resposta a sobrecarga de trabalho, resultando na necessidade de realizar horas extraordinárias, dificultando deste modo a calendarização das atividades programadas, nomeadamente (sessões de GL e de reeducação postural).

De modo a colmatar obstáculos, optou-se por centralizar a intervenção no diagnóstico de enfermagem no foco de Dor musculoesquelética, solicitar uma reunião com o responsável pelo SHST, juntamente com as chefias da seção, com o intuito de programar a calendarização das atividades, atendendo as condições reais do contexto laboral e disponibilidade temporal.

A implementação das intervenções surgiu como outra dificuldade, associada, à pouca flexibilidade dos encarregados da seção Logística, consequência do pico de produção, correlacionada com uma motivação diminuída expressa pelos diversos elementos constituintes da equipa de SO, de modo, assegurar a multidisciplinariedade do projeto de intervenção.



A negociação com cada um dos intervenientes da equipa multidisciplinar, assumiu-se como um contributo para a implementação e continuidade do projeto, disponibilizando um conjunto de atividades executadas no local de trabalho, que conseqüentemente reduziu os períodos de pausas;

Ao analisar em retrospectiva a experiência, consideramos que foram concretizados os objetivos definidos no projeto pessoal e profissional, afirmando com bastante satisfação o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Relativamente aos ganhos em saúde, evidenciaram-se sensíveis aos cuidados de enfermagem implementados. Neste contexto, destaca-se igualmente a possibilidade de ampliar os ganhos em saúde num futuro próximo numa área que carece essencialmente de uma abordagem mais personalizada e continua nos serviços, bem como da envolvência das entidades patronais, através da implementação de medidas organizacionais e estruturais direcionadas para as especificidades dos diferentes postos de trabalho, apoiadas por um plano de ação estratégico.

Todavia, este processo pedagógico não só possibilitou o desenvolvimento das competências, como também, assumiu-se com um contributo para a melhoria e consolidação do papel do Enfermeiro no contexto de Saúde Ocupacional.

Em suma, a vivência desta experiência, revelou-se enriquecedora, pela partilha de saberes promotores do crescimento pessoal e profissional.





Referências Bibliográficas

1. **ACES Porto Oriental:** *Plano Local de Saúde 2011-2016*. Porto: s.n., 2011.
2. **ARS Norte:** *Plano Regional de Saúde do Norte 2014-2016*. Porto: s.n., 2014.
3. **Ministério da Saúde:** *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Saúde Pública*. Lisboa, 2011.
4. **Diário da República, 2ª Série. Regulamento n.º 128/2011:** *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. N.º 35, 18 de Fevereiro de 2011.
5. **Diário da república.** *Decreto-Lei n.o 101/2006 de 6 de Junho.6 de Junho de 2006*. Vols. 1.ª série - n.º 109.
6. **Diário da República.** *Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. 22 de Fevereiro de 2008*. Vols. 1.ª série - n.º 38.
7. **Diário da República.** *Regulamento n.º 128/2011. 18 de Fevereiro de 2011*. Vols. 2.ª série — N.º 35.
8. **Direção Geral da Saúde.** *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Vol.1- Prioridades*. Lisboa: Ministério da Saúde, (2004).~
9. **Imperatori, emílio; giraldes, mª do rosário.** *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para o Uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais*. 3ª ed. Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 1993;
10. **Ordem dos Enfermeiros.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem -Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2001.
11. **Ordem dos enfermeiros conselho de enfermagem.** 2001. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
12. **Ordem dos enfermeiros.** *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. 2010 [Consultado 4 de Fevereiro de 2015] Disponível na internet



em: <URL:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

13. **Ordem dos enfermeiros.** *Nursing Concepts of Practice.* St Louis : Mosby, 2001.
14. **Ordem dos Enfermeiros.** *Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista.* Lisboa: Conselho de Diretivo, 2010.
15. **Ordem dos Enfermeiros.** *Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.* Lisboa: Conselho de Diretivo, 2010.
16. **Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I.** (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*,36, 235-246.
17. **Ministério do trabalho e da solidariedade social - Autoridade para as Condições do Trabalho.** *Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008-2012.* Lisboa: Autoridade para as Condições do Trabalho, Abril 2008.
18. **Unidade de Saúde Pública do ACES Porto Oriental:** *Diagnóstico de Situação de Saúde – 2014.* Porto: s.n., 2014. ANDRADE. 2006.
19. **WHO (B).** *Declaration on Workers Health - approved at the Seventh Meeting of WHO Collaborating Centers for Occupational Health.* Stresa, Italia: World Health Organization, 8-9 de Junho 2006.
20. **WHO (C).** *Healthy workplaces: a model for action.* Geneva: World Health Organization, 2010. ISBN 978 92 4 159931 3.
21. **WHO (C).** *Healthy workplaces: a model for action.* Geneva: World Health Organization, 2010. ISBN 978 92 4 159931 3.





Anexos



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Anexo 1: Projeto de estágio



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

«Promoção e Protecção da saúde no local de trabalho»

Projeto de Estágio

Aluno: Sara Marlene Pinho Laranjeira

Porto, Abril de 2015



**Projeto de Estágio – Promoção e Protecção da saúde
no local de trabalho**



Índice

Introdução	5
1- Enquadramento do Estágio	6
1.1 - Local e módulos de Estágio	6
1.2 – Competências a desenvolver	7
1.3 – Objetivos do Estágio	9
2- Escolha do tema e da população	14
3- Definição e calendarização das atividades a desenvolver	16
4- Avaliação	18
5- Conclusão	19
Bibliografia	20



Introdução

Optar pelo curso de especialização em enfermagem comunitária assumiu-se como uma deliberação facilitada, pois no decorrer do meu percurso profissional, surgiram algumas dificuldades sentidas no exercício da profissão, mas igualmente, da reflexão acerca da pertinência do mesmo perante o actual contexto, marcado por desafios e oportunidades que se oferecem ao desenvolvimento da profissão nesta área específica de intervenção.

Se anteriormente o foco da intervenção do Enfermeiro do Trabalho era curativo, foi ganhando importância progressiva no desempenho dos enfermeiros a promoção da saúde e a prevenção da doença, de riscos e de acidentes em contexto laboral.

Este projecto de estágio surge da necessidade de planear esta componente da minha formação, de modo a que possa adquirir e desenvolver o máximo de competências na prestação de cuidados ao indivíduo, grupos e comunidades.

O projeto descrito neste documento visa delinear todo o percurso que se pretende desenvolver no âmbito da Unidade Curricular Estágio, Módulo I – Diagnostico de Saúde do curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, a iniciar a 27 de Abril de 2015 e término a 20 de Junho de 2015.

Relativamente ao projecto, constitui um desafio “estimulante no processo de aprendizagem” (Boutinete, 2002), otimizando aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais na área da especialização. Contudo, acredito que deverá ser um documento aberto, passível de ser atualizado de acordo com as necessidades que identificar no decorrer do estágio. Assim, este projeto reflete a minha previsível intervenção na comunidade laboral da empresa RTE, localizada na Freguesia de Arcozelo, Concelho de Vila Nova de Gaia.

Neste documento começo por fazer um enquadramento ao estágio, apresentando as datas em que se realizará o I Modulo e respectiva carga horária.



**Projeto de Estágio – Promoção e Protecção da saúde
no local de trabalho**



Seguidamente, menciono objectivos a que me proponho e as competências a desenvolver, bem como as actividades que penso realizar para os/as atingir nesta Unidade Curricular.

Posteriormente descrevo o contexto e a população alvo, e as actividades que pretendo desenvolver, apresentando a sua calendarização.

Por último explico o processo de avaliação, finalizando o documento com notas conclusivas.

1- Enquadramento do Estágio

Segundo o plano de estudos do curso, o Estágio tem 30 ECTS aos quais correspondem um total de 750h de trabalho, dessas 540h são de contacto, sendo as restantes 210h de trabalho individual, e está dividido em 3 módulos, cada um dos quais com 10 ECTS, correspondendo a 180h de contacto.

1.1 - Local e módulos de Estágio

O Estágio realiza-se na empresa RTE, localizada em Vila Nova de Gaia. Os Módulos I e II são precedentes entre si, decorrendo nas seguintes datas:

- Modulo I – Diagnóstico Saúde - 27.04.2015 a 20.06.2015
- Modulo II – Intervenção comunitária 14.09.2015 a 07.11.2015

A escolha do local de estágio teve em consideração a minha experiência profissional. Mas para além desse factor, esta escolha visa, desenvolver competências na área da especialidade em Enfermagem Comunitária, ampliar conhecimento sobre a enfermagem do trabalho, conhecer de uma forma aprofundada o trabalho desenvolvido numa equipa de saúde ocupacional, contribuindo para um ambiente de trabalho saudável, de modo a que a comunidade laboral possa beneficiar com ganhos em saúde.

1.2 – Competências a desenvolver

Apresentam-se os objectivos gerais e específicos de acordo com o plano de estudos do Curso de Especialização em Enfermagem Comunitária, bem como



**Projeto de Estágio – Promoção e Protecção da saúde
no local de trabalho**



os objectivos pessoais, que pretendo concretizar neste contexto específico, de modo à nortear o meu percurso no processo de aquisição de competências.

Neste sentido, passo a enumerar, imediatamente abaixo:

Competências comuns do enfermeiro especialista

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:
 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

- Competências do domínio da gestão dos cuidados
 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;

- Competências do domínio das aprendizagens profissionais
 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.



**Competências específicas do enfermeiro especialista em
enfermagem comunitária e de saúde pública**

- Estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribuir para a capacitação de grupos e comunidades;
- Integrar a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

1.3 – Objetivos do Estágio

Apresentam-se os objectivos gerais e específicos de acordo com o plano de estudos do Curso de Especialização em Enfermagem Comunitária, bem como os objectivos pessoais, que pretendo concretizar neste contexto específico, de modo à nortear o meu percurso no processo de aquisição de competências.

Neste sentido, passo a enumerar, imediatamente abaixo:

1.3.1 – Objetivos gerais

- Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC);
- Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as conclusões, os conhecimentos, e os raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.



1.3.2 – Objectivos específicos

Proponho-me atingir os seguintes objectivos específicos:

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e formação pós-graduada;
2. Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparo;
6. Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC;
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
11. Reflectir na e sobre a prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEC;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;



**Projeto de Estágio – Promoção e Protecção da saúde
no local de trabalho**



15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEC;
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEC;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EEC;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEC;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EEC;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EEC;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EEC;
28. Promover a formação em serviço na área de EEC;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.



**Projeto de Estágio – Promoção e Protecção da saúde
no local de trabalho**



O Módulo I visa a elaboração de um diagnóstico de situação de saúde e necessidade em cuidados de enfermagem, numa comunidade específica. O Módulo II, em função das necessidades de saúde identificadas, visa o desenvolvimento de um projeto de intervenção e avaliação com o intuito de implementar projetos de intervenção comunitária aos três níveis de prevenção, com predominância na área de Enfermagem do trabalho.

Objetivos pessoais	Atividades planeadas	Objetivos específicos
Desenvolver uma atmosfera de trabalho positiva;	• Conhecer a estrutura/dinâmica de funcionamento da empresa RTE;	4; 8
	• Conhecer as políticas de saúde em uso na empresa RTE;	4; 8
	• Conhecer os recursos da USF;	4; 8
	• Estabelecer uma relação profissional com a equipa de saúde ocupacional da empresa RTE;	17
	• Estabelecer uma relação pedagógica com o tutor/orientador;	17
	• Promover o envolvimento da equipa de saúde ocupacional nas atividades planeadas;	17
	• Elaborar relatórios crítico-reflexivos que auxiliem na avaliação;	4; 8; 9; 11; 13; 21
Ampliar competências comunicacionais	• Gerir eficazmente o tempo;	14
	• Reconhecer a empresa RTE enquanto componente da sociedade;	1; 4; 14; 16
	• Estabelecer relação terapêutica com os colaboradores;	1; 4; 14; 16



**Projeto de Estágio – Promoção e Protecção da saúde
no local de trabalho**



/ de relação interpessoal com os colaboradores/e equipa:	• Comunicar à equipa de saúde ocupacional/equipa académica os projectos/resultados identificados;	2; 6; 8; 9; 17
	• Participar na discussão de problemas identificados pela equipa de saúde ocupacional/académica;	3; 8; 11; 17; 19; 25
	• Apresentar comunicações livres em eventos científicos;	2; 6; 8; 9
Ampliar competências na aplicação do processo de Enfermagem, reconhecendo a comunidade laboral, como unidade de cuidados;	• Avaliar as dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento;	8; 12; 14; 16; 22
	• Aplicar instrumentos para sistematizar a avaliação dos colaboradores;	8; 12; 14; 16
	• Identificar os recursos de coping dos colaboradores;	7; 8; 9; 10; 12
	• Diagnosticar as necessidades de saúde da comunidade laboral da empresa RTE;	8; 9; 10; 12
	• Priorizar as necessidades de acordo com a perceção dos colaboradores;	8; 9; 10; 12
	• Planear/ executar/avaliar acções de educação para a saúde considerando os diagnósticos de enfermagem formulados;	14; 16; 19; 21; 24
	• Planear/executar/avaliar consultas de enfermagem;	14; 16; 19; 21; 24
	• Capacitar os colaboradores para a resolução/minimização das necessidades prioritárias;	14; 16; 19; 21; 24
• Realizar parcerias com os recursos da comunidade laboral	14; 16; 19; 21; 24	



**Projeto de Estágio – Promoção e Protecção da saúde
no local de trabalho**

	da empresa RTE/comunidade;	
	• Encaminhar para os recursos da comunidade;	14; 16; 19; 21; 24
	• Elaborar indicadores de processo/resultado;	5; 7; 14; 15; 19; 21
	• Incorporar os resultados da investigação na prática;	5; 7; 8; 13; 14; 15; 19; 20; 21
Ampliar conhecimentos e habilidades na área da especialização;	• Refletir criticamente na e sobre a prática;	3; 4; 5; 9; 11; 13
	• Atuar segundo a prática baseada na evidência;	5; 7; 8; 13; 14; 15; 19; 20; 21
	• Treinar a implementação do processo de enfermagem tendo como foco o indivíduo em contexto laboral;	8; 10; 12; 22
	• Aprofundar conhecimento de enfermagem do trabalho;	8; 10; 12; 22
	• Efetuar pesquisa bibliográfica de acordo com as dificuldades sentidas;	3; 4; 5; 9; 13; 20
	• Investigar temas pertinentes para a estudante;	21; 22
Ampliar competências de supervisão clínica, enquanto especialista;	• Identificar necessidades formativas;	27
	• Colaborar na formação dos estudantes/enfermeiros;	8; 25; 28



2- Escolha do tema e da população

Nos últimos dois anos tive oportunidade de desenvolver enfermagem do trabalho em três contextos heterogêneos. Com o decorrer da minha actividade profissional contactei com as necessidades de saúde dos trabalhadores, comunidade laboral e entidade patronal, que exigiram um nível de conhecimento que não disponha.

Nesse sentido, a escolha do tema e da população, teve como principal fundamentação a minha preocupação em ampliar os meus conhecimentos nesta área, bem como a complexidade do contexto que exige habilidades e competências específicas do enfermeiro especialista em EC.

A Saúde Ocupacional (por vezes denominada como Saúde e Segurança do Trabalho) tem por *“finalidade a prevenção dos riscos profissionais e a protecção e promoção da saúde do trabalhador. Através de estratégias de identificação, avaliação e controlo dos riscos existentes no local de trabalho, ou deles emergentes, de ações de vigilância da saúde dos trabalhadores e de promoção da saúde no local de trabalho, a Saúde Ocupacional visa garantir ambientes de trabalho saudáveis que: evitem ou minimizem a exposição profissional a fatores de risco, susceptíveis de comprometer a saúde do trabalhador; assegurem uma elevada qualidade de vida no trabalho; e permitam alcançar elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores”* (PNSOC, 2003).

Sendo um domínio vasto, a atuação em Saúde Ocupacional requer interdisciplinaridade entre profissionais especializados e, conseqüentemente, uma matriz de complementaridade de conhecimento e de competências, com a utilização de uma *“abordagem holística e integrada no processo de diagnóstico, avaliação e gestão do risco, adaptada a cada situação e ao trabalhador”* (PNSOC, 2003), de modo a promover uma intervenção rigorosa e de qualidade que efetivamente salvguarde a saúde e o bem-estar do trabalhador quanto ao risco profissional identificado e respectivas necessidades de saúde, e permita a este prestar um contributo positivo para a produtividade e para o desenvolvimento sustentável da empresa.

Nas últimas décadas, a prática da profissão em contexto de Saúde Ocupacional expandiu-se consideravelmente, vindo a alcançar um elevado nível de especificidade. *“A ênfase é dada à promoção da saúde e à prevenção da doença e de*



acidentes em populações trabalhadoras, assim como à expansão do seu papel no ensino clínico, na gestão e na investigação” (WHO, 2001).

O trabalho é um importante componente da vida de todos nas sociedades que constituímos. Com ele despendemos muito do nosso tempo e do nosso esforço de vida adulta. Por isso, a saúde ocupacional tem um lugar tão pertinente para a saúde das populações.

“A prática clínica dos enfermeiros do trabalho baseia-se nos conceitos e princípios da prática de Saúde Pública, focando a prevenção, a capacitação e a manutenção da saúde, bem como o controlo e a eliminação dos riscos para a saúde no local de trabalho” (WHO, 2001). Nos primórdios da prática da profissão de enfermeiro em contexto de Saúde Ocupacional, os enfermeiros prestavam cuidados de saúde aos trabalhadores e suas famílias, não só no local de trabalho, mas também no domicílio e no hospital. A vertente curativa perdeu alguma importância comparativamente com o desenvolvimento da promoção da saúde e a prevenção da doença, de riscos e de acidentes em contexto laboral.

A complexidade da prática clínica dos enfermeiros do trabalho, estimula à necessidade de análise crítica dos desafios e oportunidades que se oferecem ao desenvolvimento da profissão nesta área específica de intervenção.

Embora nas últimas décadas se tenham realizado avanços significativos em saúde e segurança do trabalho, observa-se que *“uma parte substancial da morbilidade geral da população trabalhadora está relacionada com o trabalho”* (WHO, 2006) e que apesar da evolução do trabalho e da maior disponibilidade de intervenções eficazes no âmbito da Saúde Ocupacional, muitos trabalhadores continuam *“expostos a níveis inaceitáveis de fatores de risco profissional, sendo vítimas de doenças profissionais e de acidentes de trabalho”* (WHO, 2006), que conduzem à perda da capacidade de trabalho e a um *“enorme custo humano e financeiro”* (International Labour Office, 2011).

Apesar de se constatar nas últimas décadas um decréscimo da mortalidade laboral mundial e o declínio do número de acidentes graves, *“estima-se que em Portugal ocorram 4 a 5 mortes diárias “ligadas” ao trabalho”* (PNSOC, 2003).

No que se refere às doenças no contexto do trabalho, no ano 2010, tendo em conta os dados reportados pelas seguradoras ao Ministério da



**Projeto de Estágio – Promoção e Protecção da saúde
no local de trabalho**



Solidariedade e da Segurança Social, ocorreram em Portugal cerca de 591 acidentes de trabalho por dia (PNSOC, 2003).

As evidências demonstram que a saúde e segurança dos trabalhadores são fatores de extrema importância para a sustentabilidade das empresas e das comunidades, assim como para as economias nacionais e regionais.

Em suma as novas tendências do trabalho associadas à globalização (WHO, 2007) e à recessão económica, têm conduzido a novos e emergentes riscos profissionais e à *“mudança do risco para os grupos menos favorecidos”* (WHO, 2007), tais como: *“os jovens, as grávidas, os idosos”* (WHO, 2007) e os trabalhadores de emprego precário, de economia informal, de trabalho temporário.

As novas tendências laborais merecem especial atenção e, na maioria dos casos, carecem de *“novos e criativos métodos de vigilância e intervenção”* (WHO, 2006).

3- Definição e calendarização das atividades a desenvolver

De acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde, e atendendo aos objetivos anteriormente apresentados, passo a apresentar as atividades que considero necessárias para a realização do diagnóstico de situação pretendendo desenvolver no I módulo do Estágio, apresentando a sua calendarização /cronograma, no qual descrevo as actividades a realizar, bem como, a sua data de concretização associada ao número de horas previsto.

No entanto, realço novamente, que o presente projecto é um documento em aberto, podendo ser reformulado no decorrer do estágio, pela emergência de novas necessidades.

Módulo I



**Projeto de Estágio – Promoção e Protecção da saúde
no local de trabalho**



Actividades	Calendarização	Nº de Horas
1- Definir a área programática; 2- Especificação de objectivos; 3- Identificação e caracterização da comunidade laboral, contexto e recursos;	10.04.2015 a 24.04.2015	17 horas de contato 6 horas de trabalho individual
4- Selecção das variáveis/ indicadores; 5- Determinação da população/amostra; 6- Selecção das fontes informadoras; 7- Selecção/elaboração instrumentos de pesquisa; 8- Programação/realização da pré-testagem; 9- Previsão e tratamento da análise dos dados; 10- Previsão apresentação dos dados; 11- Revisão dos recursos; 12- Treino do pessoal; 13- Apresentação do projeto à equipa de saúde ocupacional / entidade patronal;	27.04.2015 a 18.05.2015	47 horas de contato 16 horas de trabalho individual 5 horas de orientação tutorial
14- Execução Avaliação continua;	19.05.2015 a 10.06.2015	88 horas de contato 32 horas de trabalho individual
15- Apresentação e discussão dos resultados à equipa de saúde ocupacional / entidade patronal; 16- Elaboração do relatório/portefólio;	11.06.2015 a 20.06.2015	28 horas de contato 16 horas de trabalho individual 10 horas de orientação

**Projeto de Estágio – Promoção e Protecção da saúde
no local de trabalho**



Módulo II

Neste módulo, pretende-se que o estudante desenvolva estratégias de modo a responder às necessidades identificadas aquando do diagnóstico de saúde.

Actividades	Calendarização	Nº de Horas
1. Definição de prioridades;		21 horas de contato
2. Fixação de objectivos;	14.09.2015 a 25.09.2015	8 horas de trabalho individual
4. Elaboração de programas/projetos;	28.09.2015 a 07.10.2015	28 horas de contato
5. Preparação da execução;		8 horas de trabalho
6. Implementação das atividades na comunidade;	08.10.2015 a 30.10.2015	112 horas de contato 46 horas de trabalho individual
7. Avaliação do impacto das atividades;		15 horas de orientação tutorial
8. Apresentação dos resultados à entidade patronal / equipa de saúde ocupacional;	31.10.2015 a 07.11.2015	19 horas de contato 8 horas de trabalho individual



4- Avaliação

Relativamente ao processo de avaliação será realizada em simultâneo com a implementação do Projecto, com o intuito de reavaliar de modo contínuo, permitindo proceder as correcções necessárias, em função das necessidades emergentes do contexto, o que promove um amento da coesão, coerência e assertividade da implementação do projecto e, por outro lado, potencia as oportunidades de aprendizagem (habilidades, conhecimento e competências).

No final da implementação do Projecto, será realizada uma avaliação dos resultados obtidos (cálculo de indicadores de processo e resultado, que no presente momento, dada a incerteza de vários aspectos que ainda não consigo definir, não será possível elaborar nesta primeira fase), tendo em consideração os objectivos e competências definidas para o estágio.

Avaliação final tem como principal finalidade confrontar os objectivos inicialmente definidos e os resultados efectivamente obtidos.

5- Conclusão

A realização do diagnóstico de saúde de uma comunidade impõem-se aquando da necessidade de conhecer/descrever qualitativa e quantitativamente a saúde e doença dos cidadãos que a integram, bem como, os fatores que influenciam a sua saúde. Assim sendo, o presente documento tem como finalidade orientar a realização do diagnóstico de saúde, identificando as necessidades e problemas de saúde dos trabalhadores da empresa RTE, estabelecer prioridades de intervenção, determinar cursos de ação que permitam melhorar a saúde laboral, e ainda, identificar grupos de risco e recursos passíveis de utilização por parte dos colaboradores.

Assim, penso ter atingido os objetivos propostos para a realização deste projecto, desejando conquistar como resultado final ganhos na qualidade dos cuidados de enfermagem do trabalho prestados na empresa RTE.



Bibliografia

- Alli, Benjamim O. Fundamental principles of occupational health and safety. Geneve: International Labour Office, 2008. Vol. 2ª edição. ISBN 978 92 2 120454 1.
- Diário da República. Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, N.º 176 - I Série, e suas alterações, introduzidas pela Lei n.º 42/2012, de 28 de agosto e pela Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro.
- Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa N.º 03/DSPPS/DCVAE: Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009-2012 - Promoção e Protecção da saúde no local de trabalho. s.l.: Direção-Geral da Saúde, Fevereiro de 2010.
- Federation of Occupational Health Nurses in the European Union (FOHNEU) A Core Curriculum for Occupational Health Nursing in Europe. Helsinki. FOHNEU, 1995.
- International Labour Office (a). XIX World Congress on Safety and Health at Work: Istanbul, Turquia. ILO introductory report: global trends and challenges on occupational safety and health. s.l. : International Labour Office - Geneva, 2011. ISBN 978 92 2 125339 6.
- International Labour Organization. The Prevention of Occupational Diseases - World Day for safety and health at work 28 April 2013. s.l. : International Labour Organization, 2013. ISBN 978 92 2 127447 6.
- Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro - estabelece o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - Autoridade para as Condições do Trabalho. Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008-2012. Lisboa : Autoridade para as Condições do Trabalho, Abril 2008.
- Silva Santos, Carlos e Moreira, Sandra. Programa Nacional de Saúde Ocupacional - 2º Ciclo 2013/2017. s.l. : Direção-Geral da Saúde, Setembro 2013.
- World Health Organization (b). Declaration on Workers Health - approved at the Seventh Meeting of WHO Collaborating Centers for Occupational Health. Stresa, Itália : World Health Organization, 8-9 de Junho 2006.
- World Health Organization (c). Healthy workplaces: a model for action. Geneva : World Health Organization, 2010. ISBN 978 92 4 159931 3.
- World Health Organization (c). Healthy workplaces: a model for action. Geneva : World Health Organization, 2010. ISBN 978 92 4 159931 3.



Anexo 2: Instrumento de Colheita de Dados Parte I – Mulheres

Parte I - M

Por favor, responda a cada uma das perguntas que se seguem, assinalando a sua resposta com um X (exemplo ☒).

Nas questões em que não quiser responder, não assinale nenhuma opção e deixe em branco. Todas as respostas são confidenciais.

ID: □□□			
Variáveis Sociodemográficas			
1. Sexo: 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/>	5. Posto de trabalho:		6. Há quanto tempo trabalha no serviço actual? _____
	1. <input type="checkbox"/> Administração 2. <input type="checkbox"/> Bicicletas 3. <input type="checkbox"/> Direcção 4. <input type="checkbox"/> Geral 5. <input type="checkbox"/> Jantes	6. <input type="checkbox"/> Logística 7. <input type="checkbox"/> Manutenção 8. <input type="checkbox"/> Pintura 9. <input type="checkbox"/> Qualidade 10. <input type="checkbox"/> Rodas	
2. Idade _____ anos			
3. Nível de Escolaridade:			
1. <input type="checkbox"/> Não completou o ensino básico 2. <input type="checkbox"/> Ensino Básico (1 ciclo) 3. <input type="checkbox"/> Ensino Básico (2 ciclo) 4. <input type="checkbox"/> Ensino Básico (3 ciclo) 5. <input type="checkbox"/> Ensino Secundário 6. <input type="checkbox"/> Ensino Superior (Licenciatura) 7. <input type="checkbox"/> Ensino Superior (Mestrado) 8. <input type="checkbox"/> Ensino Superior (Doutoramento)			
4. Estado Civil:			
1. <input type="checkbox"/> Casado/ União de Facto 2. <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado 3. <input type="checkbox"/> Solteiro/a 4. <input type="checkbox"/> Viúvo			
	7. Turno de trabalho:		
	1. <input type="checkbox"/> 5h30-14h40 2. <input type="checkbox"/> 6h00-14h30 3. <input type="checkbox"/> 6h00-15h00 4. <input type="checkbox"/> 6h40-15h30 5. <input type="checkbox"/> 7h40-16h40 6. <input type="checkbox"/> 7h45-15h55 7. <input type="checkbox"/> 7h00-15h30 8. <input type="checkbox"/> 7h00-16h00 9. <input type="checkbox"/> 7h30-16h30 10. <input type="checkbox"/> 7h30-16h40 11. <input type="checkbox"/> 7h50-16h30	12. <input type="checkbox"/> 8h00-16h40 13. <input type="checkbox"/> 8h00-16h55 14. <input type="checkbox"/> 8h00-17h00 15. <input type="checkbox"/> 8h30-17h30 16. <input type="checkbox"/> 8h30-17h40 17. <input type="checkbox"/> 8h45-17h25 18. <input type="checkbox"/> 8h50-17h30 19. <input type="checkbox"/> 8h55-17h35 20. <input type="checkbox"/> 9h00-17h40 21. <input type="checkbox"/> 9h00-18h00 22. <input type="checkbox"/> 10h00-18h30	23. <input type="checkbox"/> 11h30-20h00 24. <input type="checkbox"/> 12h00-20h30 25. <input type="checkbox"/> 15h00-22h40 26. <input type="checkbox"/> 15h00-23h30 27. <input type="checkbox"/> 15h35-00h05 28. <input type="checkbox"/> 17h00-01h30 29. <input type="checkbox"/> 17h00-02h00 30. <input type="checkbox"/> 17h30-02h00 31. <input type="checkbox"/> 18h00-02h40 32. <input type="checkbox"/> 22h30-07h00 33. <input type="checkbox"/> 23h00-07h30 34. <input type="checkbox"/> 23h30-08h00
8. Realizou horas extraordinárias no último mês?			



1. Sim
2. Não

3. Se sim, quantas?

1. 1h
2. 2h
3. 3h
4. >4h

9. Além deste emprego, tem mais algum trabalho ou outra actividade?

1. Sim 2. Não

3. Se sim, identifique a carga horária do trabalho que realiza por semana?

1. >8h
2. 8h-16h
3. 16h-20h
4. >20h



Parentalidade

10. Tem Filhos?

1. Sim 2. Não (Se Não, Passe para a pergunta 17)

Absentismo durante o último ano (Pontualidade & Assiduidade)

11. Teve algum filho depois de iniciar funções na RTE?

1. Sim 2. Não (Se Não, passe para a pergunta 15)

3. Se sim, quantos teve?

1. 1

2. 2

3. 3

4. Outro.

Quantos?

12. Enquanto esteve Grávida teve dificuldade no desempenho das suas funções no seu posto de trabalho?

1. Sim 2. Não (Se Não, passe para a pergunta 13)

3. Se sim, identifique qual?

1. Movimentos repetitivos que requerem aplicação de força

2. Vibrações e temperaturas extremas

3. Trabalho com ritmo externo imposto – por exemplo, linhas de montagem

4. Pausas e descanso insuficientes

5. Nº de horas que permanecem em pé

6. Outra.

Qual? _____

13. Após término da Licença de Maternidade sentiu dificuldades no regresso ao trabalho?

1. Sim 2. Não (Se Não, passe para a pergunta 14)

3. Se sim, identifique qual?

1. Flexibilidade do horário de amamentação

2. Fadiga (cansaço)

3. O acesso a creches com horário alargado, fora dos horários escolares e durante as férias

4. Outra. Qual? _____

14. Durante a licença de amamentação sentiu dificuldades?

1. Não



- 2. Flexibilidade de horário laboral
- 3. Pausas para retirar o leite materno
- 4. Condições para armazenar o leite materno
- 5. Outra. Qual? _____

15. Quantos dias completos faltou ao trabalho por motivo de doença do (s) seu (s) filho (s) durante o último ano?

- 1. Nenhum dia
- 2. 1-5 dias
- 3. 5-10 dias
- 4. 10-20 dias
- 5. <20 dias

16. Quantas vezes chegou atrasado (a) ao trabalho por ter prestado apoio aos seus filhos no último ano?

- 1. Nenhuma vez
- 2. 1-5 vezes
- 3. 5-10 vezes
- 4. 10-20 vezes
- 5. 20-30 vezes



Estilos de Vida	
Tabaco	
17. Fuma actualmente? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não (Se Não, passe para a pergunta 21)	18. Com que frequência fuma? 1. <input type="checkbox"/> 1 vez por mês ou menos 2. <input type="checkbox"/> 2-4 vezes por mês 3. <input type="checkbox"/> 2-3 vezes por semana 4. <input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
19. Nos dias em que fuma, qual a quantidade de cigarros que fuma, em média? 1. <input type="checkbox"/> 1-2 2. <input type="checkbox"/> 3-5 3. <input type="checkbox"/> 6-9 4. <input type="checkbox"/> 10-20 5. <input type="checkbox"/> Mais de 20	
Álcool	
20. Relativamente ao consumo de álcool, bebe bebidas alcoólicas? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não (Se Não, passe para a pergunta 24)	21. Com que frequência bebe bebidas alcoólicas? 1. <input type="checkbox"/> 1 vez por mês ou menos 2. <input type="checkbox"/> 2-4 vezes por mês 3. <input type="checkbox"/> 2-3 vezes por semana 4. <input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
22. Nos dias em que bebe, quantas bebidas alcoólicas bebe, em média? 1. <input type="checkbox"/> 1-2 2. <input type="checkbox"/> 3-5 3. <input type="checkbox"/> 6-9 4. <input type="checkbox"/> 10-20 5. <input type="checkbox"/> Mais de 20	
Drogas	
23. Actualmente consome Drogas? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não (Se Não, passe para a pergunta 24)	24. Se sim, identifique qual? 1. <input type="checkbox"/> Cocaína 2. <input type="checkbox"/> Heroína 3. <input type="checkbox"/> Haxixe 4. <input type="checkbox"/> Cannabis 5. <input type="checkbox"/> Ecstasy



	<p>6. <input type="checkbox"/> LSD (Ácido lisérgico)</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Outra: _____</p>
--	--



Hábitos alimentares							
Relativamente aos seus hábitos alimentares, com que frequência consome:							
		Mês		Semana			Diariamente
25. Fast Food	1. <input type="checkbox"/> Nunca	2. <input type="checkbox"/> < ou igual a 1	3. <input type="checkbox"/> 2 a 4	4. <input type="checkbox"/> 1	5. <input type="checkbox"/> 2 a 3	6. <input type="checkbox"/> < 4 a 6	7. <input type="checkbox"/> < 4 a 6
26. Café das Máquinas automáticas	1. <input type="checkbox"/> Nunca	2. <input type="checkbox"/> < ou igual a 1	3. <input type="checkbox"/> 2 a 4	4. <input type="checkbox"/> 1	5. <input type="checkbox"/> 2 a 3	6. <input type="checkbox"/> < 4 a 6	7. <input type="checkbox"/> < 4 a 6
27. Refrigerantes das Máquinas automáticas	1. <input type="checkbox"/> Nunca	2. <input type="checkbox"/> < ou igual a 1	3. <input type="checkbox"/> 2 a 4	4. <input type="checkbox"/> 1	5. <input type="checkbox"/> 2 a 3	6. <input type="checkbox"/> < 4 a 6	7. <input type="checkbox"/> < 4 a 6
28. Comida das Máquinas automáticas	1. <input type="checkbox"/> Nunca	2. <input type="checkbox"/> < ou igual a 1	3. <input type="checkbox"/> 2 a 4	4. <input type="checkbox"/> 1	5. <input type="checkbox"/> 2 a 3	6. <input type="checkbox"/> < 4 a 6	7. <input type="checkbox"/> < 4 a 6
Com que frequência realiza as seguintes refeições:							
		Ocasionalmente	Frequentemente	Diariamente			
29. Pequeno-almoço	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 – 7 Vezes	<input type="checkbox"/> 8 – 21 Vezes	<input type="checkbox"/> > 21 Vezes /Mês			
30. Lanche da Manhã	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 – 7 Vezes	<input type="checkbox"/> 8 – 21 Vezes	<input type="checkbox"/> > 21 Vezes /Mês			
31. Almoço	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 – 7 Vezes	<input type="checkbox"/> 8 – 21 Vezes	<input type="checkbox"/> > 21 Vezes /Mês			
32. Lanche da Tarde	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 – 7 Vezes	<input type="checkbox"/> 8 – 21 Vezes	<input type="checkbox"/> > 21 Vezes /Mês			
33. Jantar	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 – 7 Vezes	<input type="checkbox"/> 8 – 21 Vezes	<input type="checkbox"/> > 21 Vezes /Mês			
34. Ceia	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 – 7 Vezes	<input type="checkbox"/> 8 – 21 Vezes	<input type="checkbox"/> > 21 Vezes /Mês			



Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)
(Instrumento construído por Lovibond & Lovibond, 1995 e traduzida e adaptada para a população Portuguesa por Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**.

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

		0	1	2	3
1	Tive dificuldades em me acalmar				
2	Senti a minha boca seca				
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo				
4	Senti dificuldades em respirar				
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas				
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações				
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)				
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa				
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula				
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro				
11	Dei por mim a ficar agitado				
12	Senti dificuldade em me relaxar				
13	Senti-me desanimado e melancólico				
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer				



15	Senti-me quase a entrar em pânico				
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada				
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa				
18	Senti que por vezes estava sensível				
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico				
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso				
21	Senti que a vida não tinha sentido				



Índice de capacidade para o trabalho
(Versão Portuguesa do Work Ability Index, traduzida e adaptada por C. F. Silva e seus
colaboradores, 2005)

Pretendemos agora avaliar em que medida se sente capaz para o trabalho.
As respostas são dadas colocando **um círculo (O)** à volta do número da alternativa que melhor
corresponde à sua opinião ou através duma resposta escrita num espaço para isso reservado.

1.Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor:

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

(0 significa a sua total incapacidade para o trabalho)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Incapacidade
total

Capacidade
máxima

2.Capacidade de trabalho em relação às exigências da actividade:

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

- Muito boa.....5
- Bastante boa.....4
- Razoável.....3
- Bastante má.....2
- Muito má.....1

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

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

3.Doenças actuais:

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

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

Sim



Lesão resultante de acidente	Opinião própria (2)	Diagnóstico médico (1)
01 Coluna/costas	2	1
02 Membro superior/mão	2	1
03 Membro inferior/pé	2	1
04 Outras partes do corpo... zona e tipo de lesão	2	1
05 Perturbação na parte superior das costas/pescoço, com dor frequente	2	1
06 Perturbação na parte inferior das costas/coluna lombar, com dor frequente	2	1
07 Ciática, dor das costas para a perna	2	1
08 Perturbação dos membros superiores ou inferiores (mãos/pés), com dor frequente	2	1
09 Reumatismo, dor nas articulações	2	1
10 Outra perturbação musculo esquelética	2	1
11 Hipertensão (tensão arterial alta)	2	1
12 Doença coronária, fadiga, dor no peito (angina de peito)	2	1
13 Trombose coronária, enfarte do miocárdio	2	1
14 Insuficiência cardíaca	2	1
15 Outra doença cardiovascular.	2	1
16 Infecções repetidas nas vias Respiratórias (amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	2	1
17 Bronquite crónica	2	1
18 Sinusite/rinite crónica	2	1
19 Asma	2	1
20 Enfisema pulmonar	2	1
21 Tuberculose pulmonar	2	1



22 Outra doença respiratória Qual? _____	2	1
23 Problema de saúde mental grave (por exemplo, depressão grave).	2	1
24 Perturbação mental ligeira (por ex: depressão ligeira, nervosismo, ansiedade, problemas de sono).	2	1
25 Doença ou lesão auditiva	2	1
26 Doença ou lesão dos olhos (não considere a miopia, astigmatismo,)	2	1
27 Doença do sistema nervoso (por exemplo, AVC ou trombose, nevralgia, enxaquecas, epilepsia)	2	1
28 Outra doença do sistema nervoso ou dos órgãos dos sentidos; Qual? _____	2	1
29 Litíase (pedra) ou doença da vesícula	2	1
30 Doença do fígado ou pâncreas	2	1

31 Úlcera gástrica ou duodenal	2	1
32 Desconforto / irritação gástrica ou duodenal	2	1
33 Irritação do cólon ou colite	2	1
34 Outra doença digestiva	2	1
35 Infecção urinária	2	1
36 Doença renal	2	1
37 Doença do aparelho reprodutor (por ex: infecção da próstata nos homens e dos ovários ou útero nas mulheres);	2	1



38 Outra doença uro-genital; Qual? _____	2	1
39 Alergia / eczema	2	1
40 Outro tipo de irritação da pele; Qual? _____	2	1
41 Outro tipo de doença da pele; Qual? _____ –	2	1
42 Tumor benigno	2	1
43 Tumor maligno (cancro) Em que zona do corpo? _____	2	1
44 Obesidade	2	1
45 Diabetes	2	1
46 Bócio ou outra doença da tiróide	2	1
47 Outra doença hormonal ou metabólica: Qual? _____ –	2	1
48 Anemia	2	1
49 Outra doença no sangue	2	1
50 Deficiência congénita Qual? _____ –	2	1
51 Outro problema ou doença: Qual? _____ –	2	1



4. Estimativas do incómodo causado no trabalho pelas doença:

As suas doenças ou lesões interferem negativamente no seu trabalho actual?

Marque com um círculo a (s) alternativa (s) correcta (s).

Não interferem não tenho nenhuma doença	6
Consigo fazer o meu trabalho, mas ele desencadeia sintomas	5
Às vezes vejo-me obrigado a brincar o ritmo de trabalho ou alterar o modo de trabalhar	4
Frequentemente vejo-me obrigado a brincar o ritmo de trabalho de trabalho ou alterar o modo trabalhar	3
Só em tempo parcial	2
Acho-me incapacitado para trabalhar	1

5. Faltas no trabalho devido a doença:

Quantos **dias inteiros** faltou no seu trabalho devido ao seu estado de saúde (doença, cuidados de saúde ou exames) durante o último ano (=12 meses)?

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

6. Prognóstico de capacidade no trabalho para daqui a dois anos.

Pensa que, tendo em conta a sua saúde, poderá trabalhar no seu actual emprego **daqui a dois dias anos?**

Duvido	1
Não tenho a certeza	4
Quase de certeza	7



7.A robustez (Força ou energia) psíquica:

7.1. Nos últimos tempos tem conseguido gozar o seu dia-a-dia?

Sempre	4
Frequentemente	3
De vez em quando	2
Raramente	1
Nunca	0

7.2. Nos últimos tempos tem se sentido activo e animado?

Sempre	4
Frequentemente	3
De vez em quando	2
Raramente	1
Nunca	0

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

Constantemente	4
Frequentemente	3
De vez em quando	2
Raramente	1
Nunca	0



Anexo 3: Instrumento de Colheita de Dados Parte I – Homens

Parte I – H

Por favor, responda a cada uma das perguntas que se seguem, assinalando a sua resposta com um X (exemplo).

Nas questões em que não quiser responder, não assinale nenhuma opção e deixe em branco. Todas as respostas são confidenciais.

ID: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Variáveis Sociodemográficas			
2. Sexo: 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/>	5. Posto de trabalho: 11. <input type="checkbox"/> Administração 12. <input type="checkbox"/> Bicicletas 13. <input type="checkbox"/> Direcção 14. <input type="checkbox"/> Geral 15. <input type="checkbox"/> Jantes 16. <input type="checkbox"/> Logística 17. <input type="checkbox"/> Manutenção 18. <input type="checkbox"/> Pintura 19. <input type="checkbox"/> Qualidade 20. <input type="checkbox"/> Rodas		6. Há quanto tempo trabalha no serviço actual? _____ _____ _____
	2. Idade _____ anos	7. Turno de trabalho: 35. <input type="checkbox"/> 5h30-14h40 46. <input type="checkbox"/> 8h00-16h40 57. <input type="checkbox"/> 11h30-20h00 36. <input type="checkbox"/> 6h00-14h30 47. <input type="checkbox"/> 8h00-16h55 58. <input type="checkbox"/> 12h00-20h30 37. <input type="checkbox"/> 6h00-15h00 48. <input type="checkbox"/> 8h00-17h00 59. <input type="checkbox"/> 15h00-22h40 38. <input type="checkbox"/> 6h40-15h30 49. <input type="checkbox"/> 8h30-17h30 60. <input type="checkbox"/> 15h00-23h30 39. <input type="checkbox"/> 7h40-16h40 50. <input type="checkbox"/> 8h30-17h40 61. <input type="checkbox"/> 15h35-00h05 40. <input type="checkbox"/> 7h45-15h55 51. <input type="checkbox"/> 8h45-17h25 62. <input type="checkbox"/> 17h00-01h30 41. <input type="checkbox"/> 7h00-15h30 52. <input type="checkbox"/> 8h50-17h30 63. <input type="checkbox"/> 17h00-02h00 42. <input type="checkbox"/> 7h00-16h00 53. <input type="checkbox"/> 8h55-17h35 64. <input type="checkbox"/> 17h30-02h00 43. <input type="checkbox"/> 7h30-16h30 54. <input type="checkbox"/> 9h00-17h40 65. <input type="checkbox"/> 18h00-02h40 44. <input type="checkbox"/> 7h30-16h40 55. <input type="checkbox"/> 9h00-18h00 66. <input type="checkbox"/> 22h30-07h00 45. <input type="checkbox"/> 7h50-16h30 56. <input type="checkbox"/> 10h00-18h30 67. <input type="checkbox"/> 23h00-07h30 68. <input type="checkbox"/> 23h30-08h00	
3. Nível de Escolaridade: 9. <input type="checkbox"/> Não completou o ensino básico 10. <input type="checkbox"/> Ensino Básico (1 ciclo) 11. <input type="checkbox"/> Ensino Básico (2 ciclo) 12. <input type="checkbox"/> Ensino Básico (3 ciclo) 13. <input type="checkbox"/> Ensino Secundário 14. <input type="checkbox"/> Ensino Superior (Licenciatura) 15. <input type="checkbox"/> Ensino Superior (Mestrado) 16. <input type="checkbox"/> Ensino Superior (Doutoramento)			
4. Estado Civil: 5. <input type="checkbox"/> Casado/ União de Facto 6. <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado 7. <input type="checkbox"/> Solteiro/a 8. <input type="checkbox"/> Viúvo			
9. Realizou horas extraordinárias no último mês?			
3. <input type="checkbox"/> Sim 4. <input type="checkbox"/> Não	3. Se sim, quantas? 5. <input type="checkbox"/> 1h 6. <input type="checkbox"/> 2h 7. <input type="checkbox"/> 3h 8. <input type="checkbox"/> >4h		



9. Além deste emprego, tem mais algum trabalho ou outra actividade?

1. Sim 2. Não

3. Se sim, identifique a carga horária do trabalho que realiza por semana?

1. >8h

2. 8h-16h

3. 16h-20h

4. >20h



Parentalidade

10. Tem Filhos?

1. Sim 2. Não (Se Não, Passe para a pergunta 15)

Absentismo durante o último ano (Pontualidade & Assiduidade)

11. Teve algum filho depois de iniciar funções na RTE?

1. Sim 2. Não (Se Não, passe para a pergunta 13)

3. Se sim, quantos teve?

1. 1
2. 2
3. 3
4. Outro.

Quantos? _____

12. Após término da Licença de Paternidade sentiu dificuldades no regresso ao trabalho?

1. Sim 2. Não (Se Não, passe para a pergunta 13)

3. Se sim, identifique qual?

1. Flexibilidade do horário de amamentação
2. Fadiga (cansaço)
3. O acesso a creches com horário alargado, fora dos horários escolares e durante as férias
4. Outra. Qual? _____

13. Quantos dias completos faltou ao trabalho por motivo de doença do (s) seu (s) filho (s) durante o último ano?

1. Nenhum dia
2. 1-5 dias
3. 5-10 dias

14. Quantas vezes chegou atrasado (a) ao trabalho por ter prestado apoio aos seus filhos no último ano?

1. Nenhuma vez
2. 1-5 vezes
3. 5-10 vezes
4. 10-20 vezes



4. <input type="checkbox"/> 10-20 dias	5. <input type="checkbox"/> 20-30 vezes
5. <input type="checkbox"/> <20 dias	
Estilos de Vida	
Tabaco	
15. Fuma actualmente? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não (Se Não, passe para a pergunta 18)	16. Com que frequência fuma? 1. <input type="checkbox"/> 1 vez por mês ou menos 2. <input type="checkbox"/> 2-4 vezes por mês 3. <input type="checkbox"/> 2-3 vezes por semana 4. <input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
17. Nos dias em que fuma, qual a quantidade de cigarros que fuma, em média? 1. <input type="checkbox"/> 1-2 2. <input type="checkbox"/> 3-5 3. <input type="checkbox"/> 6-9 4. <input type="checkbox"/> 10-20 5. <input type="checkbox"/> Mais de 20	
Álcool	
18. Relativamente ao consumo de álcool, bebe bebidas alcoólicas? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não (Se Não, passe para a pergunta 21)	19. Com que frequência bebe bebidas alcoólicas ? 1. <input type="checkbox"/> 1 vez por mês ou menos 2. <input type="checkbox"/> 2-4 vezes por mês 3. <input type="checkbox"/> 2-3 vezes por semana 4. <input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana



20. Nos dias em que bebe, quantas bebidas alcoólicas bebe, em média?

1. 1-2 2. 3-5 3. 6-9 4. 10-20 5. Mais de 20

Drogas

21. Actualmente consome Drogas?

1. Sim
2. Não (Se Não, passe para a pergunta 23)

22. Se sim, identifique qual?

1. Cocaína
2. Heroína
3. Haxixe
4. Cannabis
5. Ecstasy
6. LSD (Ácido lisérgico)
7. Outra: _____

Hábitos alimentares

Relativamente aos seus hábitos alimentares, com que frequência consome:

		Mês		Semana			Diariamente
23. Fast Food	1. <input type="checkbox"/> Nunca	2. <input type="checkbox"/> < ou igual a 1	3. <input type="checkbox"/> 2 a 4	4. <input type="checkbox"/> 1	5. <input type="checkbox"/> 2 a 3	6. <input type="checkbox"/> < 4 a 6	7. <input type="checkbox"/> < 4 a 6
	24. Café das Máquinas automáticas	1. <input type="checkbox"/> Nunca	2. <input type="checkbox"/> < ou igual a 1	3. <input type="checkbox"/> 2 a 4	4. <input type="checkbox"/> 1	5. <input type="checkbox"/> 2 a 3	6. <input type="checkbox"/> < 4 a 6
25. Refrigerantes das Máquinas automáticas	1. <input type="checkbox"/> Nunca	2. <input type="checkbox"/> < ou igual a 1	3. <input type="checkbox"/> 2 a 4	4. <input type="checkbox"/> 1	5. <input type="checkbox"/> 2 a 3	6. <input type="checkbox"/> < 4 a 6	7. <input type="checkbox"/> < 4 a 6



26. Comida das Máquinas automáticas	1. <input type="checkbox"/> Nunca	2. <input type="checkbox"/> < ou igual a 1	3. <input type="checkbox"/> 2 a 4	4. <input type="checkbox"/> 1	5. <input type="checkbox"/> 2 a 3	6. <input type="checkbox"/> < 4 a 6	7. <input type="checkbox"/> < 4 a 6
Com que frequência realiza as seguintes refeições:							
		Ocasionalmente	Frequentement e	Diariamente			
27. Pequeno-almoço	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 – 7 Vezes	<input type="checkbox"/> 8 – 21 Vezes	<input type="checkbox"/> > 21 Vezes /Mês			
28. Lanche da Manhã	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 – 7 Vezes	<input type="checkbox"/> 8 – 21 Vezes	<input type="checkbox"/> > 21 Vezes /Mês			
29. Almoço	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 – 7 Vezes	<input type="checkbox"/> 8 – 21 Vezes	<input type="checkbox"/> > 21 Vezes /Mês			
30. Lanche da Tarde	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 – 7 Vezes	<input type="checkbox"/> 8 – 21 Vezes	<input type="checkbox"/> > 21 Vezes /Mês			
31. Jantar	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 – 7 Vezes	<input type="checkbox"/> 8 – 21 Vezes	<input type="checkbox"/> > 21 Vezes /Mês			
32. Ceia	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 – 7 Vezes	<input type="checkbox"/> 8 – 21 Vezes	<input type="checkbox"/> > 21 Vezes /Mês			



Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)
(Instrumento construído por Lovibond & Lovibond, 1995 e traduzida e adaptada para a população Portuguesa por Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si ***durante a semana passada.***

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

		0	1	2	3
1	Tive dificuldades em me acalmar				
2	Senti a minha boca seca				
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo				
4	Senti dificuldades em respirar				
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas				
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações				
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)				
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa				
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula				
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro				
11	Dei por mim a ficar agitado				
12	Senti dificuldade em me relaxar				
13	Senti-me desanimado e melancólico				
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer				



15	Senti-me quase a entrar em pânico				
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada				
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa				
18	Senti que por vezes estava sensível				
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico				
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso				
21	Senti que a vida não tinha sentido				



Índice de capacidade para o trabalho (Versão Portuguesa do Work Ability Index, traduzida e adaptada por C. F. Silva e seus colaboradores, 2005)

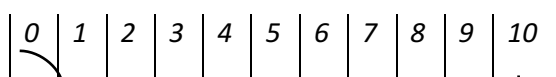
Pretendemos agora avaliar em que medida se sente capaz para o trabalho.

As respostas são dadas colocando **um círculo (O)** à volta do número da alternativa que melhor corresponde à sua opinião ou através duma resposta escrita num espaço para isso reservado.

1.Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor:

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

(0 significa a sua total incapacidade para o trabalho)



Incapacidade
total

Capacidade
máxima

2.Capacidade de trabalho em relação às exigências da actividade:

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

- Muito boa.....5
- Bastante boa.....4
- Razoável.....3
- Bastante má.....2
- Muito má.....1

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

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

3.Doenças actuais:

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



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

Lesão resultante de acidente	Sim	
	Opinião própria (2)	Diagnóstico médico (1)
01 Coluna/costas	2	1
02 Membro superior/mão	2	1
03 Membro inferior/pé	2	1
04 Outras partes do corpo... zona e tipo de lesão	2	1
05 Perturbação na parte superior das costas/pescoço, com dor frequente	2	1
06 Perturbação na parte inferior das costas/coluna lombar, com dor frequente	2	1
07 Ciática, dor das costas para a perna	2	1
08 Perturbação dos membros superiores ou inferiores (mãos/pés), com dor frequente	2	1
09 Reumatismo, dor nas articulações	2	1
10 Outra perturbação musculo esquelética	2	1
11 Hipertensão (tensão arterial alta)	2	1
12 Doença coronária, fadiga, dor no peito (angina de peito)	2	1
13 Trombose coronária, enfarte do miocárdio	2	1
14 Insuficiência cardíaca	2	1
15 Outra doença cardiovascular.	2	1
16 Infecções repetidas nas vias Respiratórias (amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	2	1
17 Bronquite crónica	2	1
18 Sinusite/rinite crónica	2	1
19 Asma	2	1



20 Enfisema pulmonar	2	1
21 Tuberculose pulmonar	2	1
22 Outra doença respiratória Qual? _____	2	1
23 Problema de saúde mental grave (por exemplo, depressão grave).	2	1
24 Perturbação mental ligeira (por ex: depressão ligeira, nervosismo, ansiedade, problemas de sono).	2	1
25 Doença ou lesão auditiva	2	1
26 Doença ou lesão dos olhos (não considere a miopia, astigmatismo,)	2	1
27 Doença do sistema nervoso (por exemplo, AVC ou trombose, nevralgia, enxaquecas, epilepsia)	2	1
28 Outra doença do sistema nervoso ou dos órgãos dos sentidos; Qual? _____	2	1
29 Litíase (pedra) ou doença da vesícula	2	1
30 Doença do fígado ou pâncreas	2	1
31 Úlcera gástrica ou duodenal	2	1
32 Desconforto / irritação gástrica ou duodenal	2	1
33 Irritação do cólon ou colite	2	1
34 Outra doença digestiva	2	1
35 Infecção urinária	2	1
36 Doença renal	2	1
37 Doença do aparelho reprodutor (por ex: infecção da próstata nos homens e dos ovários ou útero nas mulheres);	2	1



38 Outra doença uro-genital; Qual? _____	2	1
39 Alergia / eczema	2	1
40 Outro tipo de irritação da pele; Qual? _____	2	1
41 Outro tipo de doença da pele; Qual? _____ –	2	1
42 Tumor benigno	2	1
43 Tumor maligno (cancro) Em que zona do corpo? _____	2	1
44 Obesidade	2	1
45 Diabetes	2	1
46 Bócio ou outra doença da tiróide	2	1
47 Outra doença hormonal ou metabólica: Qual? _____ –	2	1
48 Anemia	2	1
49 Outra doença no sangue	2	1
50 Deficiência congénita Qual? _____ –	2	1



4. Estimativas do incómodo causado no trabalho pelas doença:

As suas doenças ou lesões interferem negativamente no seu trabalho actual?

Marque com um círculo a (s) alternativa (s) correcta (s).

Não interferem não tenho nenhuma doença	6
Consigo fazer o meu trabalho, mas ele desencadeia sintomas	5
Às vezes vejo-me obrigado a brincar o ritmo de trabalho ou alterar o modo de trabalhar	4
Frequentemente vejo-me obrigado a brincar o ritmo de trabalho de trabalho ou alterar o modo trabalhar	3
Só em tempo parcial	2
Acho-me incapacitado para trabalhar	1

5. Faltas no trabalho devido a doença:

Quantos **dias inteiros** faltou no seu trabalho devido ao seu estado de saúde (doença, cuidados de saúde ou exames) durante o último ano (=12 meses)?

Nenhum dia	5
No máximo 9 dias	4
10-24 dias	3
25-99 dias	2
100-366 as	1

6. Prognóstico de capacidade no trabalho para daqui a dois anos.

Pensa que, tendo em conta a sua saúde, poderá trabalhar no seu actual emprego **daqui a dois dias anos**?

Duvido	1
Não tenho a certeza	4
Quase de certeza	7



7.A robustez (Força ou energia) psíquica:

7.1. Nos últimos tempos tem conseguido gozar o seu dia-a-dia?

Sempre	4
Frequentemente	3
De vez em quando	2
Raramente	1
Nunca	0

7.2. Nos últimos tempos tem se sentido activo e animado?

Sempre	4
Frequentemente	3
De vez em quando	2
Raramente	1
Nunca	0

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

Constantemente	4
Frequentemente	3
De vez em quando	2
Raramente	1
Nunca	0



ID: _____		Data: ____/____/____		
Dados antropométricos				
Altura: _____ m		Perímetro Abdominal: _____ Cm		IMC: _____ Kg/m ²
Peso: _____ Kg				
Regime Terapêutico Medicamentoso				
Usa algum medicamento de forma contínua?				
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
Categoria do Fármaco?	Via/ Dosagem	Horário	Quem prescreveu?	Observações
Escala de Sonolência de Epworth				
(m.w.johns 1990 - 97)				
Legenda:				
<ul style="list-style-type: none">▪ 0 Nenhuma probabilidade de dormir;▪ 1 Baixa probabilidade de dormir;▪ 2 Moderada probabilidade de dormir;▪ 3 Alta probabilidade de dormir				
Situação				Probabilidade de dormir (0 a 3)
Sentado(a) a ler				



A ver televisão	
Sentado(a), inactivo(a), em local público (ex. cinema, assembleia...)	
Como passageiro(a) num transporte ao fim de uma hora sem parar	
Deitado(a) para descansar à tarde quando as Circunstâncias permitem	
Sentado(a) a conversar com alguém	
Sentado(a) calmamente depois de um almoço sem álcool	
No carro, parado no trânsito por alguns minutos	



Escala de Baecke Modificado (Instrumento construído por Baecke, Burema, & Frijters, 1982; Yu et al., 2011 e validado para população Portuguesa por Azevedo, 2011)	
Actividades domésticas (Quais as suas tarefas domésticas? Como as considera?)	
1. Realiza tarefas domésticas ligeiras (fazer a cama, lavar a louça, etc.?) 0. Nunca (menos de uma vez por mês); 1. Por vezes (apenas quando não tem ajuda); 2. Frequentemente (algumas vezes com ajuda); 3. Sempre (sozinho ou com ajuda)	<input type="checkbox"/>
2. Realiza tarefas domésticas pesadas (lavar o chão e/ ou janelas, lavar o carro, etc.)? 0. Nunca (menos de uma vez por mês); 1. Por vezes (apenas quando não tem ajuda); 2. Frequentemente (algumas vezes com ajuda); 3. Sempre (sozinho ou com ajuda)	<input type="checkbox"/>
3. Para quantas pessoas faz a manutenção da casa (incluindo você mesmo? "0" se respondeu "Nunca" nas questões 1 e 2)	<input type="checkbox"/>
4. Quantos compartimentos de casa costuma limpar, incluindo cozinha, quarto, garagem, sótão, casa de banho, etc? ("0" se respondeu "Nunca" nas questões 1 e 2)	<input type="checkbox"/>
5. Se limpa alguns, por quantos pisos eles se dividem? ("0" se respondeu "Nunca" nas questões 1 e 2)	<input type="checkbox"/>
6. Cozinha ou ajuda alguém neste tipo de tarefa? 0. Nunca; 1. Por vezes (1 ou 2 vezes por semana); 2. Frequentemente (3 a 5 vezes por semana); 3. Sempre (mais de 5 vezes por semana);	<input type="checkbox"/>
7. Quantos lanço de escadas sobe habitualmente por dia? (um lanço inclui 10 escadas) 0. Nunca subo escadas; 1. 1 a 5; 2. 6 a 10; 3. Mais de 10;	<input type="checkbox"/>



8. Que tipo de transporte utiliza para se deslocar na sua cidade?

- 0. Nunca saio;
- 1. Carro;
- 2. Transporte público;
- 3. Bicicleta;
- 4. A pé;



9. Com que frequência costuma sair de casa ou ir às compras? 0. Nunca ou menos de uma vez; 1. 1 vez por semana; 2. 2 a 4 vezes por semana; 3. Todos os dias;	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

10. Quando sai para ir às compras que tipo de transporte utiliza? 0. Nunca vou às compras; 1. Carro; 2. Transporte público; 3. Bicicleta; 4. A pé;	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Actividades desportivas:
Prática desporto?

	Nome do desporto	Intensidade	Horas/semana	Período do ano
Desporto 1				
Desporto 2				
Desporto3				

Actividades dos Tempos Livres:
Realiza outro tipo de actividade física?

	Nome	Intensidade	Horas/Semana	Período do ano
Actividade 1				
Actividade 2				
Actividade 3				

Questionário Nórdico para Sintomas Músculo-esqueléticos

Legenda:
*Sensação de dor é mais evidente:

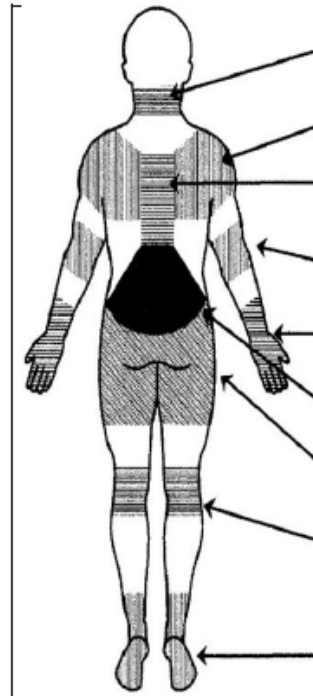
- (1) Todos os dias
- (2) A meio da semana



- (3) No final da semana
- (A) Antes do trabalho

- (B) Durante o trabalho
- (C) Depois do trabalho
- (D) Sempre

- D – direito
- E – esquerdo
- A – ambos



Problemas nos últimos 6 meses (dor, dormência; desconforto), nas seguintes regiões:	Nos últimos 6 meses foi impedido de trabalhar (baixa ou acidente) devido a algum problema de:	Indique o nível de dor que lhe parece mais adequado nos últimos 7 dias	Sensação de Dor*			
			1	2	3	A B C D
Pescoço Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Pescoço Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Sem dor Dor Insuportável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
Ombros Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Ombros Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Sem dor Dor Insuportável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
Reg. Torax Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Reg. Torax Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Sem dor Dor Insuportável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
Cotovelos Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Cotovelos Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Sem dor Dor Insuportável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
Punhos/mãos Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Punhos/mãos Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Sem dor Dor Insuportável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
Reg. Lombar Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Reg. Lombar Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Sem dor Dor Insuportável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
Ancas/Coxas Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Ancas/Coxas Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Sem dor Dor Insuportável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
Joelhos Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Joelhos Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Sem dor Dor Insuportável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
Tornoz./Pés Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Tornoz./Pés Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Sem dor Dor Insuportável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				



Anexo 5: Sessão “Prevenção de LMERT”: Apresentada aos Encarregados da Secção Logística

CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

rte

LMERT

Lesões músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho

Lesões músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho (LMERT)

O que são as LMERT?

- ❖ São lesões que resultam da acção de factores de risco profissionais como a repetitividade, a sobrecarga e/ou a postura adoptada durante o trabalho.
- ❖ As LMERT geralmente localizam-se no membro superior e na coluna vertebral, mas podem ter outras localizações, como os joelhos ou os tornozelos, dependendo da área do corpo afectada, da actividade de risco desenvolvida pelo trabalhador.



Causas da LMERT

Ergonómica	Organizacional	Individual
<ul style="list-style-type: none">• Movimentos repetitivos;• Choque mecânico;• Vibrações e temperaturas extremas;• Posições desadequadas decorrentes das ferramentas de trabalho;	<ul style="list-style-type: none">• Horas e ritmo de trabalho excessivo;• Pausas e descanso insuficientes;• Trabalho com ritmo externo imposto – por exemplo linhas de montagem;	<ul style="list-style-type: none">• Tabagismo;• Ingestão de bebidas alcoólicas;• Obesidade;• Sedentarismo;

Sinais e Sintomas

- Dor;
- Edema;
- Crepitações;
- Alterações de sensibilidade;
- Rubor e calor localizado;
- Sensação de dormência ou de "formigueiros" na área afetada ou em área próxima;
- Fadiga ou desconforto localizado;
- Sensação de perda ou mesmo perda de força;



Vantagens da Ginástica Laboral



Vantagens da Ginástica Laboral



Como Prevenir ???



Promova o seu bem estar :

- Regule o seu horários de sono;
- Realize uma Alimentação Saudável ;
- Realize exercício Físico com regularidade;
- Promova uma vida afetiva satisfatória;

O que podemos ser no Futuro ...





Anexo 6: Flyer “Estratégias Preventivas de LMERT”

Promova o seu bem estar :

- Regule o seu horários de sono;
- Realize uma Alimentação Saudável;
- Realize exercício Físico com regularidade;
- Realize atividades que lhe deem prazer, sozinho e com Amigos e Família;
- Promova uma vida afetiva satisfatória;



Para qualquer esclarecimento contacte
o seu Enfermeiro do Trabalho

Enfermeira Sara Laranjeira



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

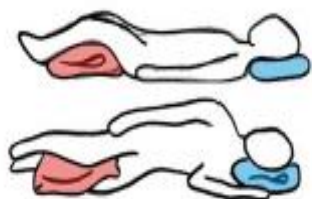


Dicas para prevenir lesões
Músculo – esqueléticas



1. Posição de dormida

Procure dormir de lado ou de barriga para cima, evitando dormir de barriga para baixo. Desta forma respeita as curvaturas da sua coluna.



Coloque um travesseiro entre as pernas, isso ajuda a manter o alinhamento da coluna.

2. Travesseiros

Adeque o seu travesseiro à sua posição de dormida.

Se dormir de lado utilize um travesseiro mais alto, que permita que este se adapte ao contorno dos seus ombros.

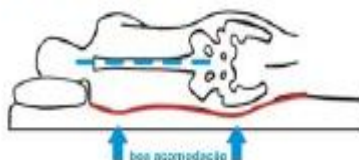
Se dormir de barriga para cima use um travesseiro mais baixo.



3. Colchões

Os colchões *semi-rígidos* (de espuma) são os mais adequados para a sua coluna, pois permitem uma boa acomodação da curvatura da coluna. Os colchões *rígidos* (tipo ortopédico) induzem uma coluna torcida, já os colchões *moles* implicam uma coluna torcida por não oferecerem suporte para as partes mais pesadas do seu corpo.

Colchão semi-rígido



Colchão rígido



Colchão mole



4. Levantar da cama

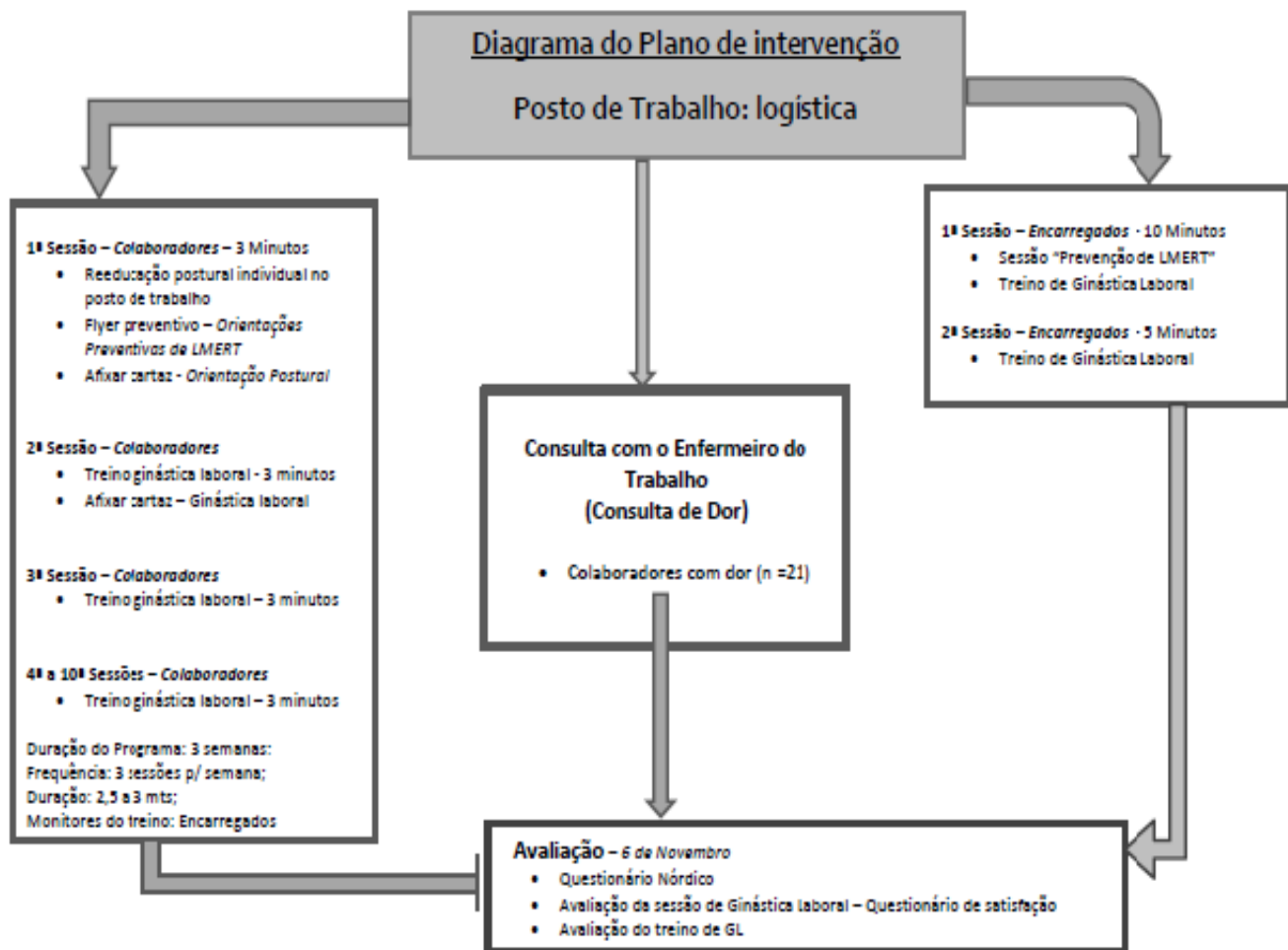
Ao levantar, não esforce as suas costas com movimentos bruscos.

Aponte o ombro para o lado oposto enquanto você senta na cama.



Seguindo estas dicas irá melhorar a qualidade do seu sono, bem como evitar início ou agravamento de lesões músculo-esqueléticas no seu corpo.

Anexo 7: Diagrama de Intervenção no Posto de trabalho da Logística





Anexo 8: Resultados obtidos através do Diagnóstico de Situação

Análise dos Resultados obtidos no Diagnóstico de Situação

Índice de Gráfico

Gráfico 1-Distribuição percentual do género na amostra	133
Gráfico 2 - Distribuição da idade segundo a variável Sexo	133
Gráfico 3-Distribuição percentual da amostra por estado civil	134
Gráfico 4-Distribuição percentual da amostra relativamente ao nível de escolaridade	134
Gráfico 5-Distribuição percentual dos Funcionários pelo posto de trabalho	134
Gráfico 6-Distribuição do tempo de trabalho dos colaboradores na empresa por sexo.....	135
Gráfico 7- Distribuição percentual dos funcionários pelo turno de trabalho	136
Gráfico 8-Distribuição percentual do número de horas extraordinárias realizadas no último mês	136
Gráfico 9-Distribuição percentual de actividades profissional secundária.....	137
Gráfico 10-Distribuição percentual da carga horária realizada no segundo trabalho.....	137
Gráfico 11-Distribuição percentual da variável Filhos	138
Gráfico 12-Distribuição percentual da variável Filhos, depois do funcionário ter iniciado funções na RTE	138
Gráfico 13-Distribuição percentual do número de filhos depois de iniciar funções na RTE.....	139
Gráfico 14-Distribuição percentual das dificuldades sentidas pelas colaboradoras Grávidas no desempenho das suas funções no seu posto de trabalho	139
Gráfico 15-Distribuição percentual da variável dificuldades sentidas após término da Licença de Maternidade/Paternidade	139
Gráfico 16-Distribuição percentual da variável dificuldades sentidas durante a licença de amamentação	140
Gráfico 17-Distribuição percentual do variável absentismo por motivo de doença do(s) filho(s).....	141
Gráfico 18-Distribuição percentual da variável pontualidade	141
Gráfico 19-Distribuição percentual do consumo de tabaco	142
Gráfico 20-Distribuição percentual da frequência do consumo de tabaco	142
Gráfico 21-Distribuição percentual do nº de cigarros.....	143
Gráfico 22-Distribuição percentual do consumo de álcool.....	143
Gráfico 23-Distribuição percentual da frequência do consumo de álcool.....	144
Gráfico 24-Distribuição percentual do nº de bebidas.....	144
Gráfico 25-Distribuição percentual do consumo de estupefacientes.....	145
Gráfico 26-Distribuição percentual do tipo de estupefacientes.....	145
Gráfico 27-Distribuição percentual do consumo de Fast-Food	146
Gráfico 28-Distribuição percentual do consumo de café.....	146
Gráfico 29-Distribuição percentual do consumo de refrigerantes	147



Gráfico 30-Distribuição percentual do consumo de alimentos	147
Gráfico 31-Distribuição percentual da variável Hábitos: Pequeno-almoço	147
Gráfico 32-Distribuição percentual da variável Hábitos: Lanche da manhã	148
Gráfico 33-Distribuição percentual da variável Hábitos: Almoço	149
Gráfico 34-Distribuição percentual da variável Hábitos: Lanche	149
Gráfico 35-Distribuição percentual da variável Hábitos: Jantar	150
Gráfico 36-Distribuição percentual da variável Hábitos: Ceia	150
Gráfico 37-Distribuição percentual da variável IMC	151
Gráfico 38-Distribuição percentual do perímetro abdominal.....	151
Gráfico 39-Distribuição percentual da amostra segundo o score obtido na EADS: Ansiedade	152
Gráfico 40-Distribuição percentual da amostra segundo o score obtido na EADS: Depressão	152
Gráfico 41-Distribuição percentual da amostra segundo o score obtido na EADS: Stress	152
Gráfico 42-Distribuição percentual da amostra segundo o score total obtido na EADS	153
Gráfico 43-Distribuição percentual da amostra em relação ao índice de Capacidade para o trabalho	154
Gráfico 44-Distribuição percentual da amostra em relação a Sonolência diurna	154
Gráfico 45-Distribuição percentual da amostra em relação ao Regime Medicamentoso	155
Gráfico 46-Distribuição percentual da amostra em relação ao Consumo de medicamentos ..	155
Gráfico 47-Distribuição percentual da amostra em relação actividades doméstica	156
Gráfico 48-Distribuição percentual da amostra em relação actividade desportiva	156
Gráfico 49-Distribuição percentual da amostra em relação actividades de lazer	157
Gráfico 50-Distribuição percentual da amostra segundo o score obtido na escala Baecke.....	157
Gráfico 51-Distribuição percentual da amostra em relação a problemas na região do pescoço	158
Gráfico 52-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região do pescoço	158
Gráfico 53-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento da sensação de dor na região do pescoço	159
Gráfico 54-Distribuição percentual da amostra em relação a problemas na região dos ombros	159
Gráfico 55-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região dos ombros	160
Gráfico 56-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região dos ombros.....	160
Gráfico 57-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento da sensação de dor na região dos ombros.....	161
Gráfico 58-Distribuição percentual da amostra em relação a problemas na região do tórax..	161
Gráfico 59-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região do tórax	162
Gráfico 60-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região do tórax	162
Gráfico 61-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento da sensação de dor na região do tórax	163
Gráfico 62-Distribuição percentual da amostra em relação a localização do problema sentido nos cotovelos	163



Gráfico 63-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região dos cotovelos	164
Gráfico 64-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região dos cotovelos	164
Gráfico 65-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento da sensação de dor na região dos cotovelos	165
Gráfico 66-Distribuição percentual da amostra em relação a localização do problema sentido nos punhos e mãos	165
Gráfico 67-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região dos punhos e mãos	166
Gráfico 68-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região dos punhos e mãos	166
Gráfico 69-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento da sensação de dor na região dos punhos e mãos	167
Gráfico 70-Distribuição percentual da amostra em relação a problemas na região lombar....	167
Gráfico 71-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região lombar	168
Gráfico 72-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento de sensação de dor na região lombar	168
Gráfico 73-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região lombar	169
Gráfico 74-Distribuição percentual da amostra em relação a localização do problema sentido nas ancas e coxas.....	169
Gráfico 75-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região das ancas e coxas.....	170
Gráfico 76-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento de sensação de dor na região das ancas e coxas	170
Gráfico 77-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região das ancas e coxas	171
Gráfico 78-Distribuição percentual da amostra em relação a localização do problema sentido nos joelhos.....	171
Gráfico 79-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região dos Joelhos	172
Gráfico 80-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento de sensação de dor na região dos Joelhos.....	172
Gráfico 81-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região dos Joelhos.....	173
Gráfico 83-Distribuição percentual da amostra em relação a localização do problema sentido nos tornozelos e pés	173
Gráfico 84-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região dos tornozelos e pés	174
Gráfico 87-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento da sensação de dor na região dos tornozelos e pés	174

Gráfico 88-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região dos tornozelos e pés 175

Gráfico 5-Distribuição percentual do género na amostra

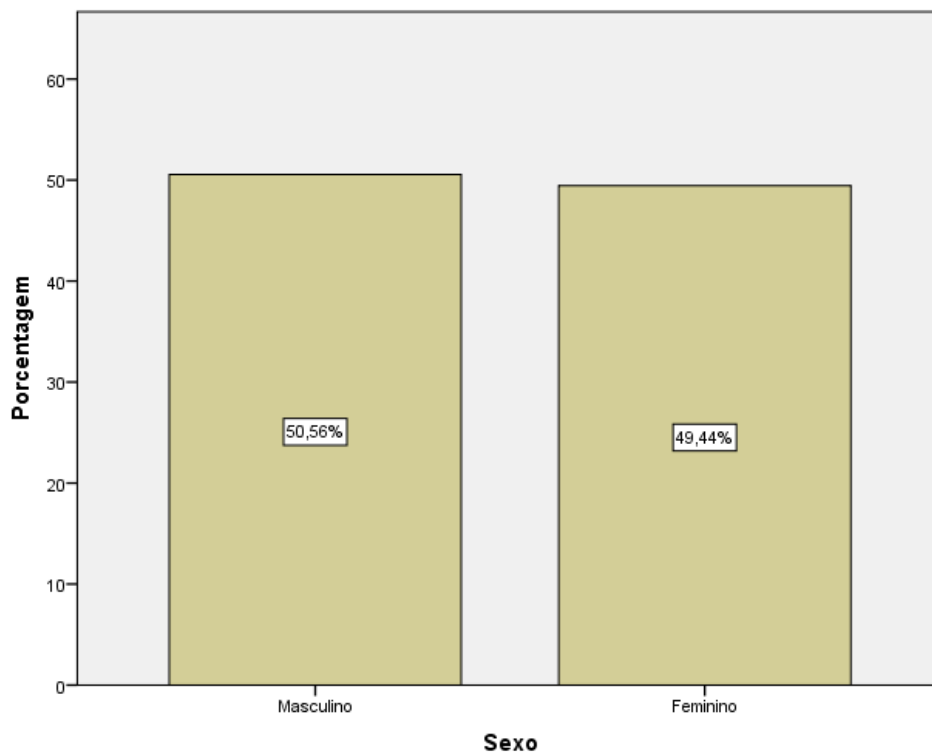


Gráfico 6 - Distribuição da idade segundo a variável Sexo

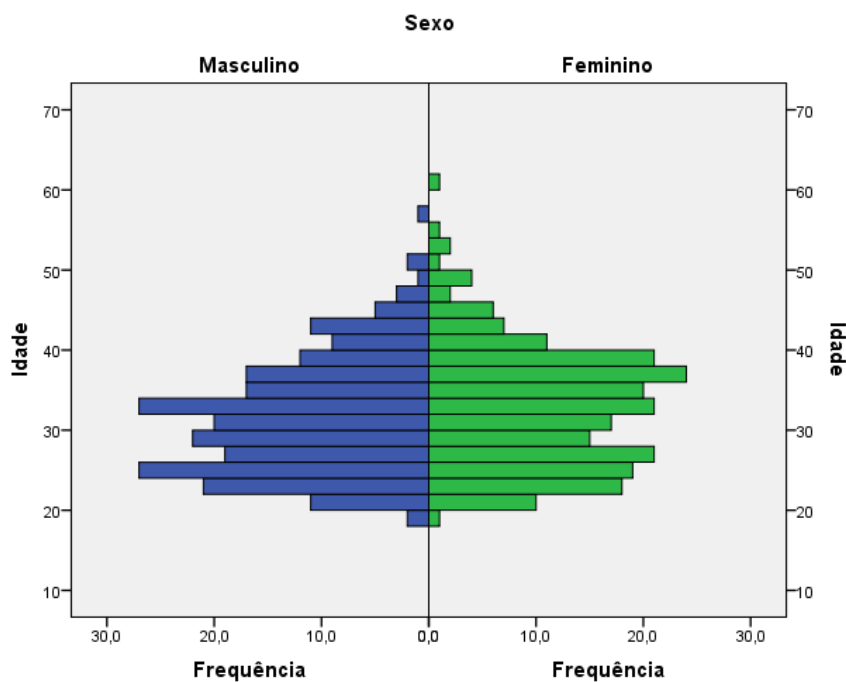


Gráfico 7-Distribuição percentual da amostra por estado civil

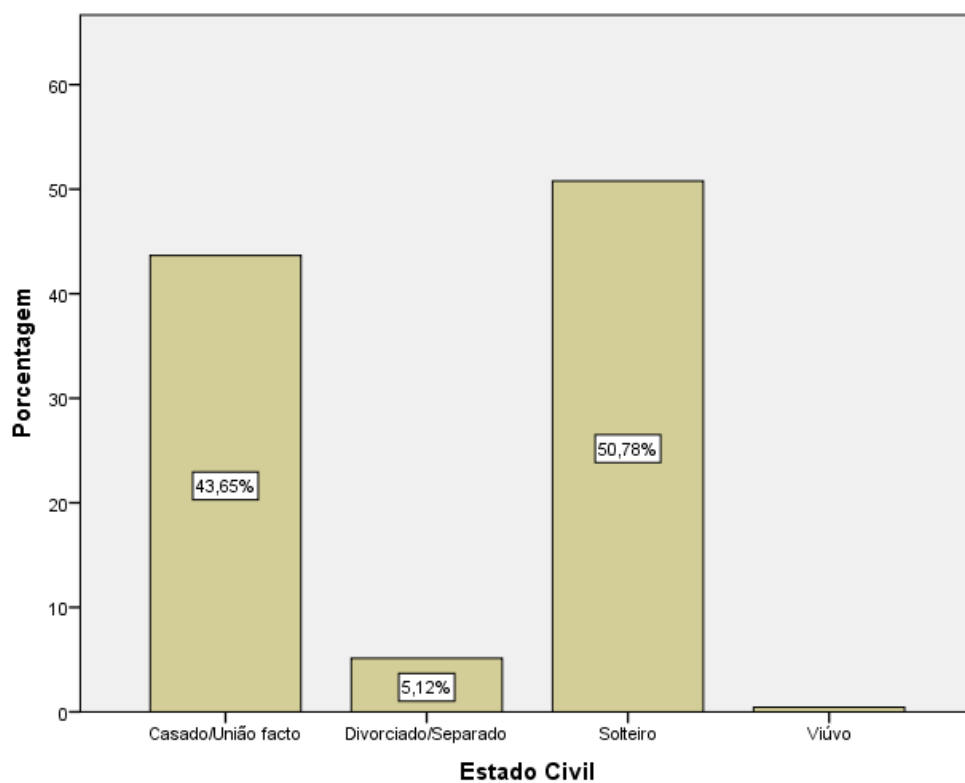


Gráfico 8-Distribuição percentual da amostra relativamente ao nível de escolaridade

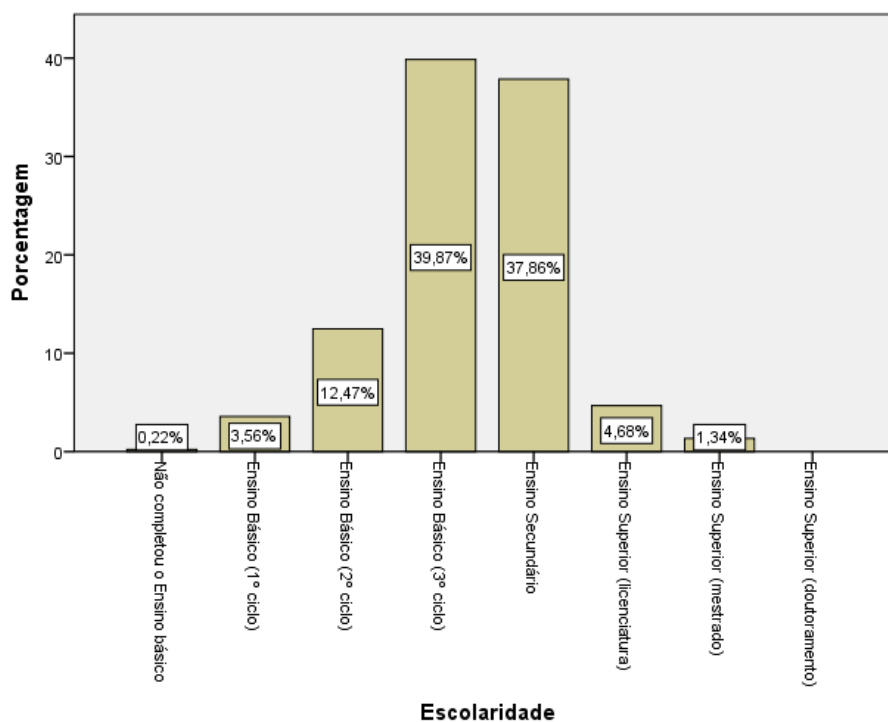


Gráfico 9-Distribuição percentual dos Funcionários pelo posto de trabalho

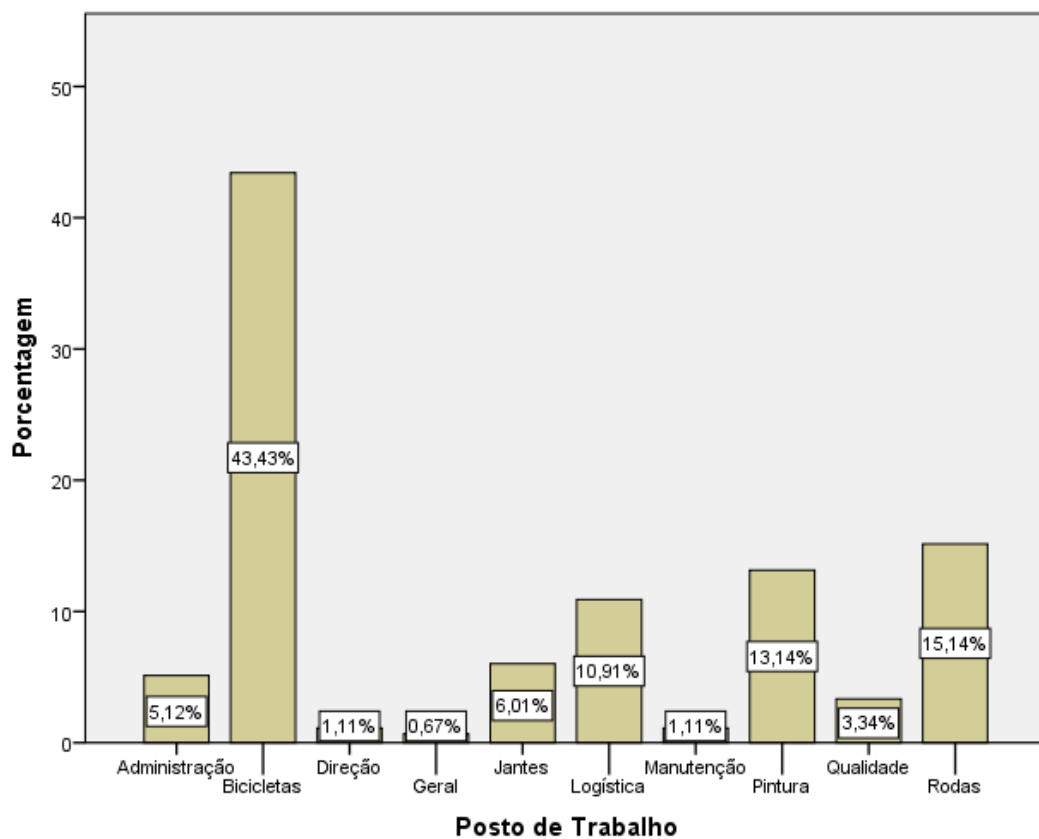


Gráfico 10-Distribuição do tempo de trabalho dos colaboradores na empresa por sexo

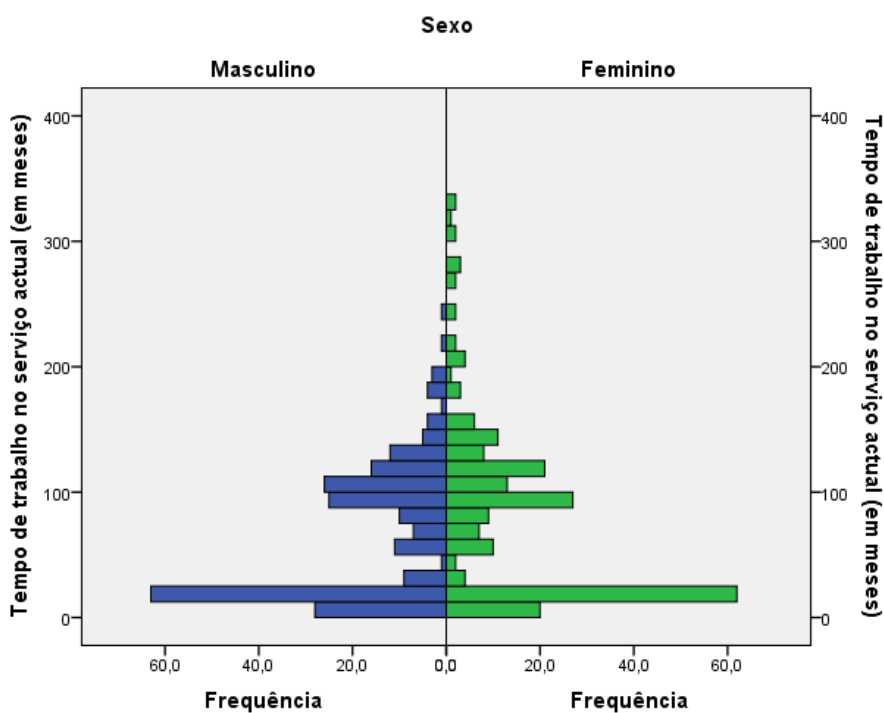


Gráfico 11- Distribuição percentual dos funcionários pelo turno de trabalho

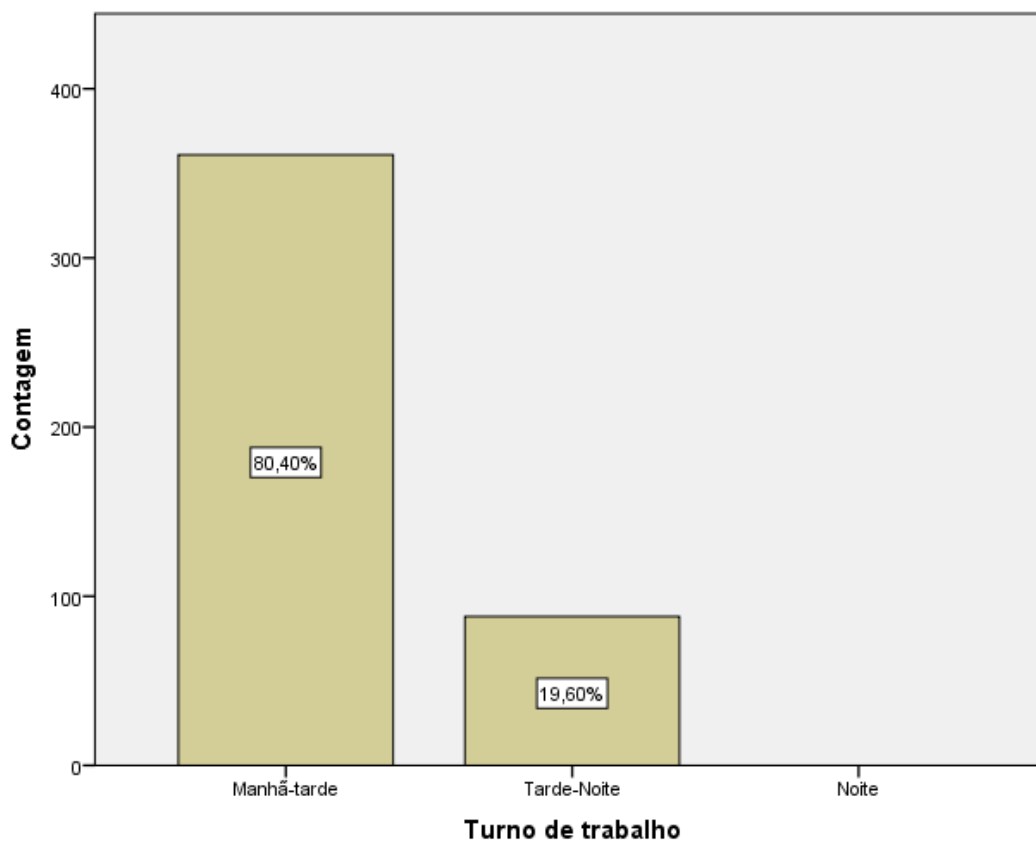


Gráfico 12-Distribuição percentual do número de horas extraordinárias realizadas no último mês

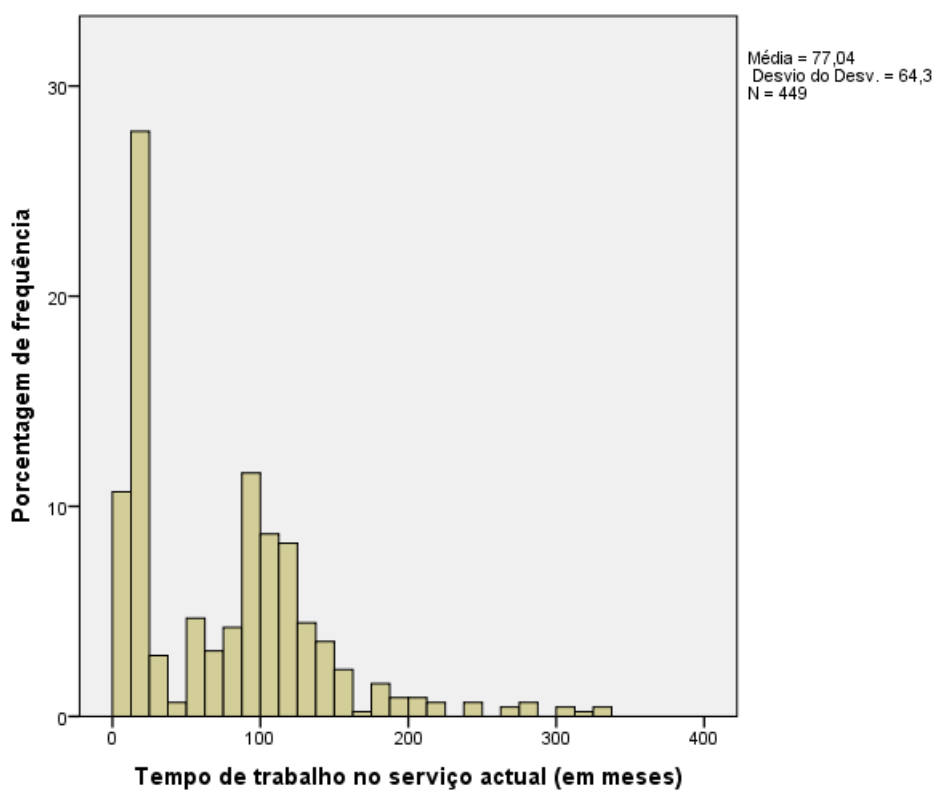


Gráfico 13-Distribuição percentual de atividades profissional secundária

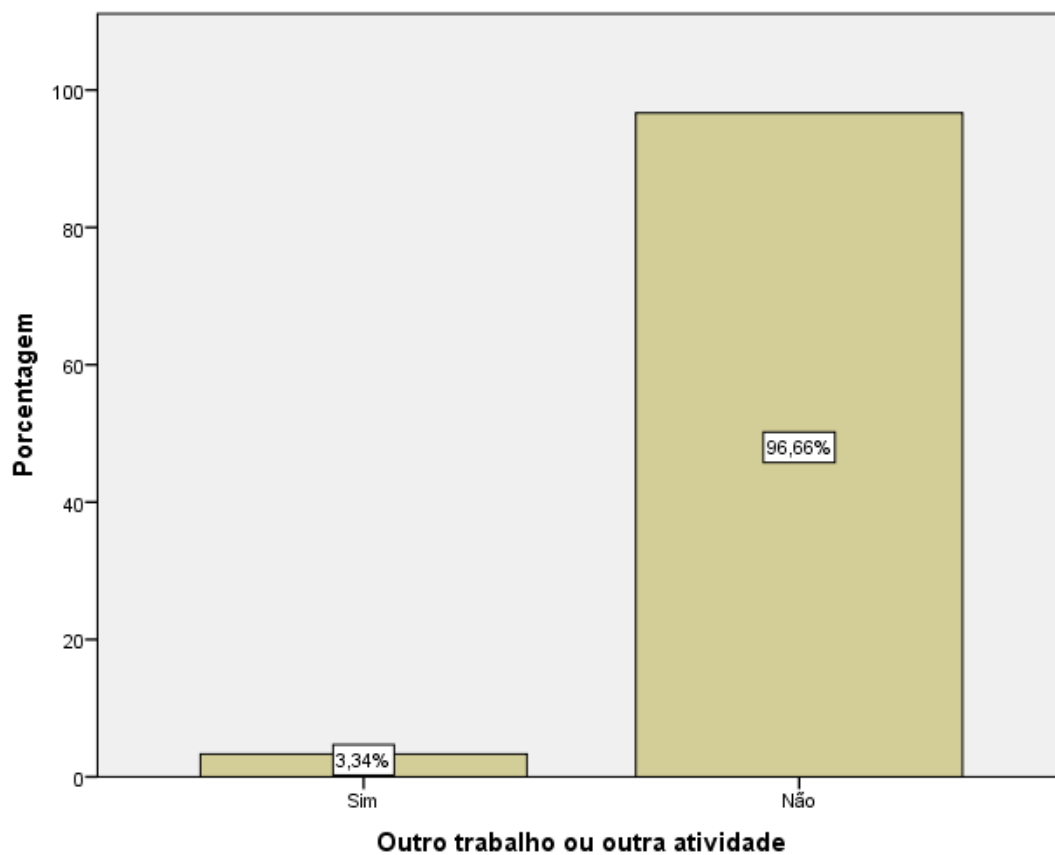


Gráfico 14-Distribuição percentual da carga horária realizada no segundo trabalho

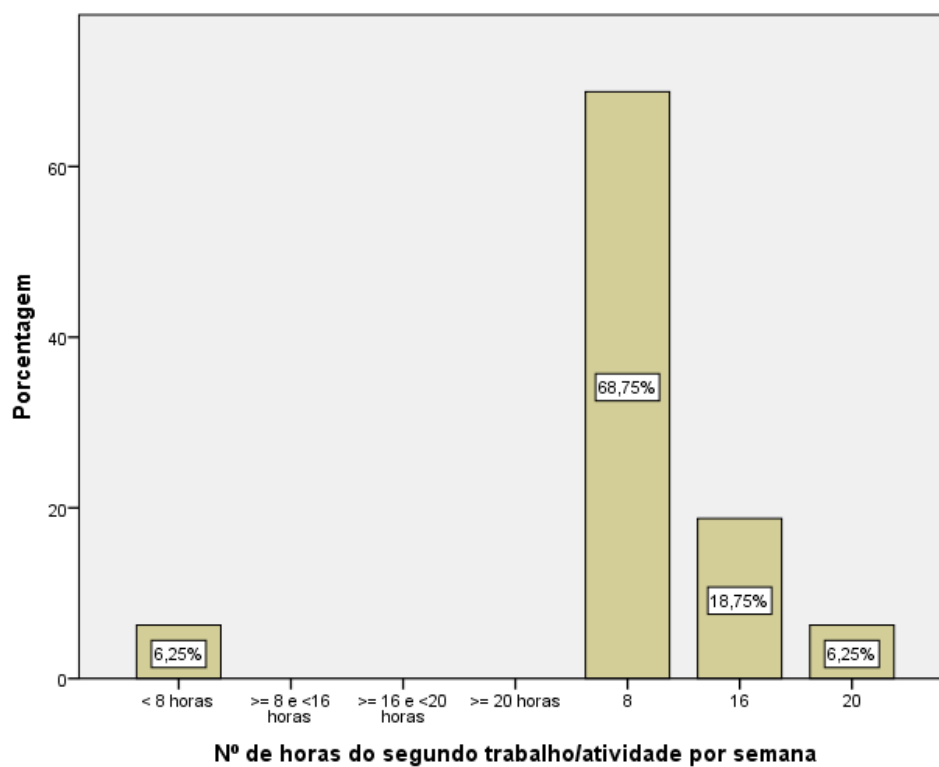


Gráfico 15-Distribuição percentual da variável Filhos

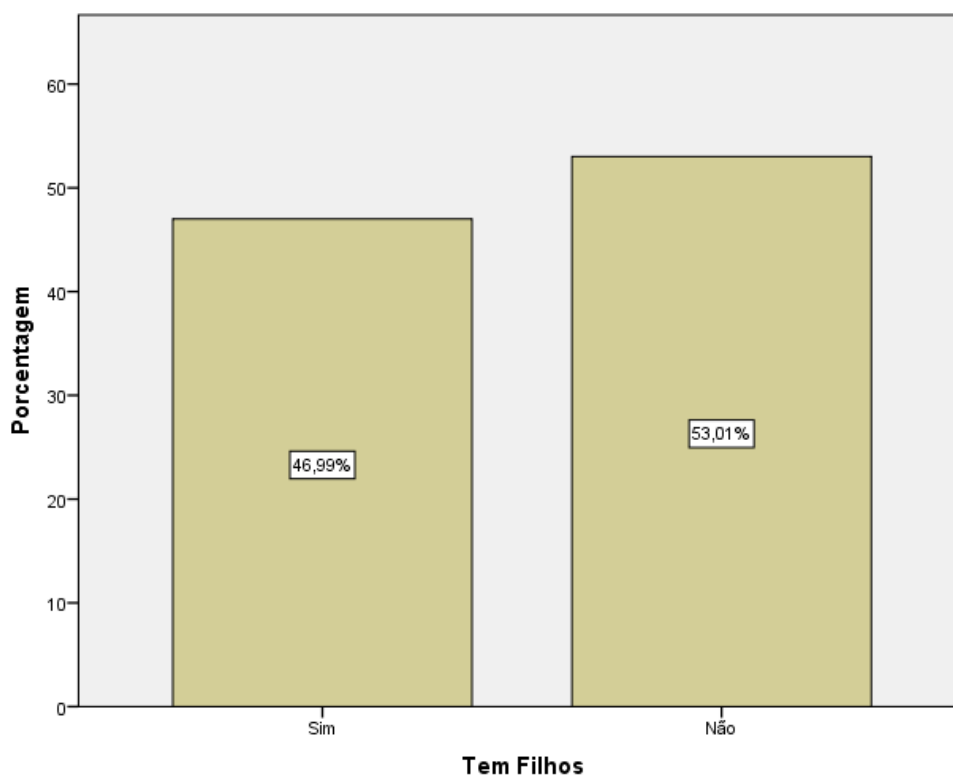


Gráfico 16-Distribuição percentual da variável Filhos, depois do funcionário ter iniciado funções na RTE

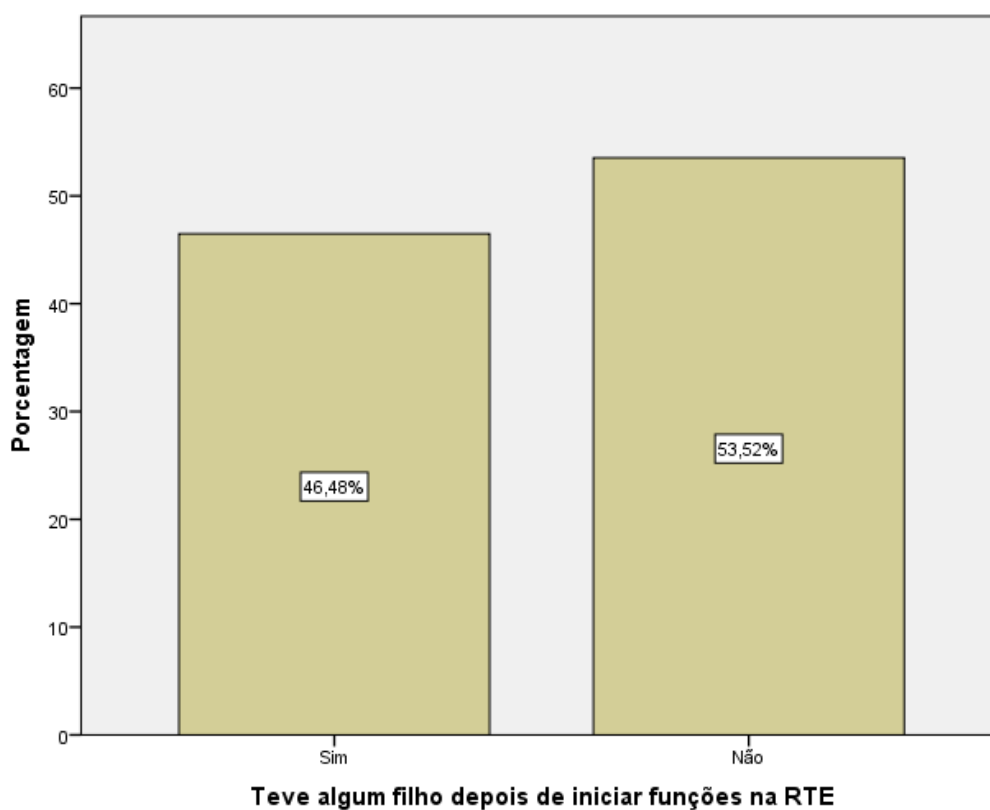


Gráfico 17-Distribuição percentual do número de filhos depois de iniciar funções na RTE

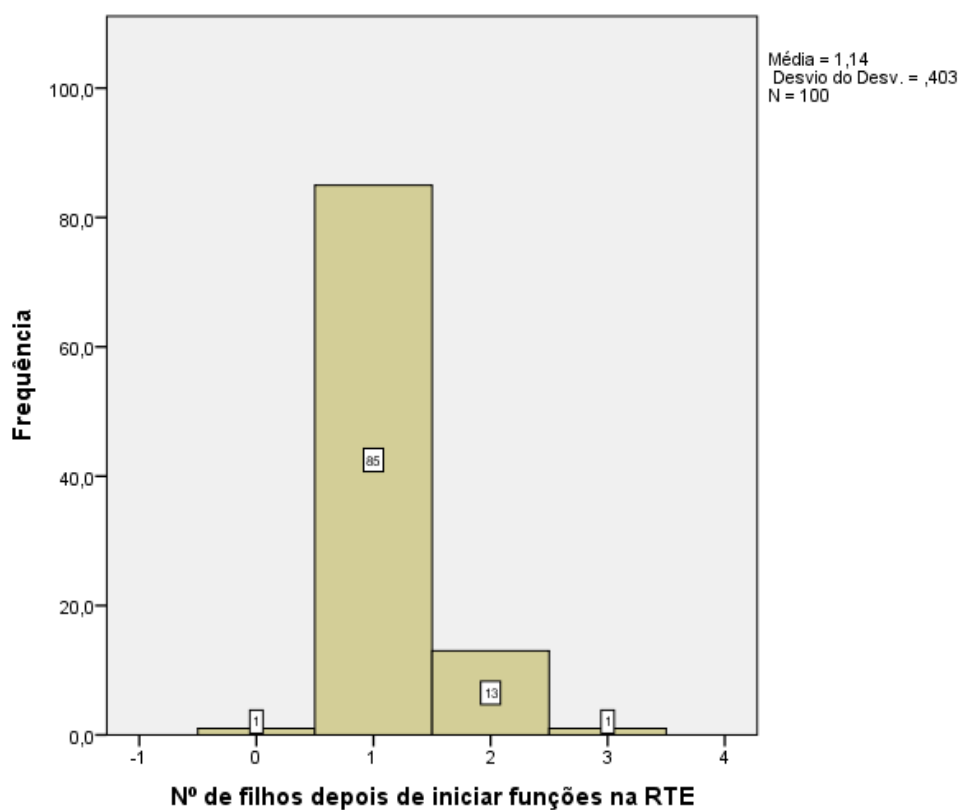


Gráfico 18-Distribuição percentual das dificuldades sentidas pelas colaboradoras Grávidas no desempenho das suas funções no seu posto de trabalho

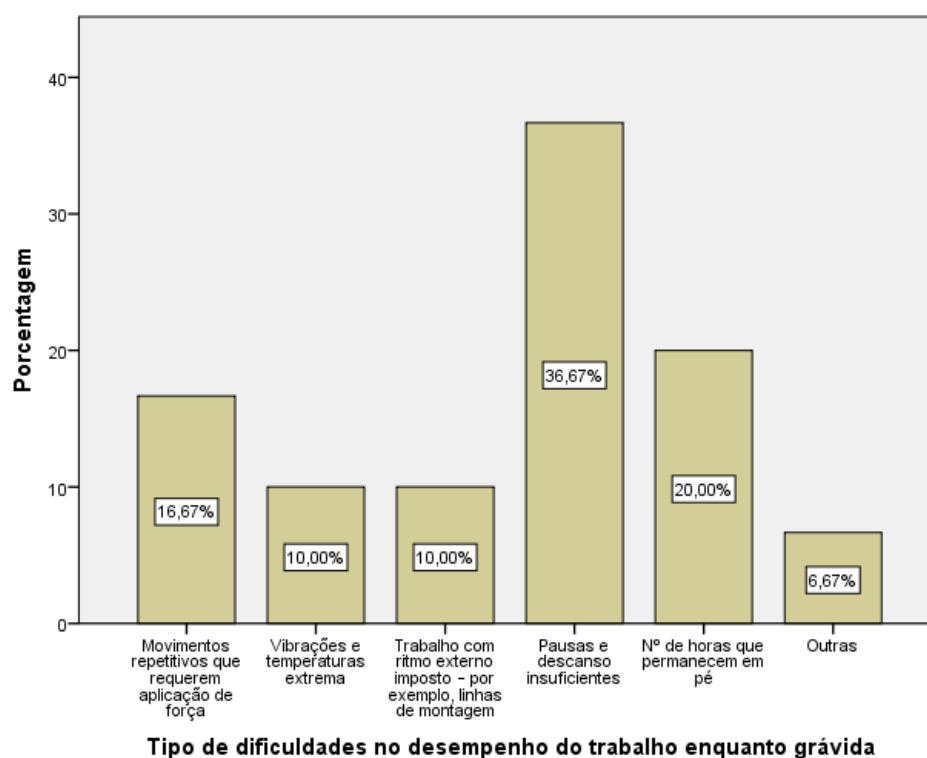


Gráfico 19-Distribuição percentual da variável dificuldades sentidas após término da Licença de Maternidade/Paternidade

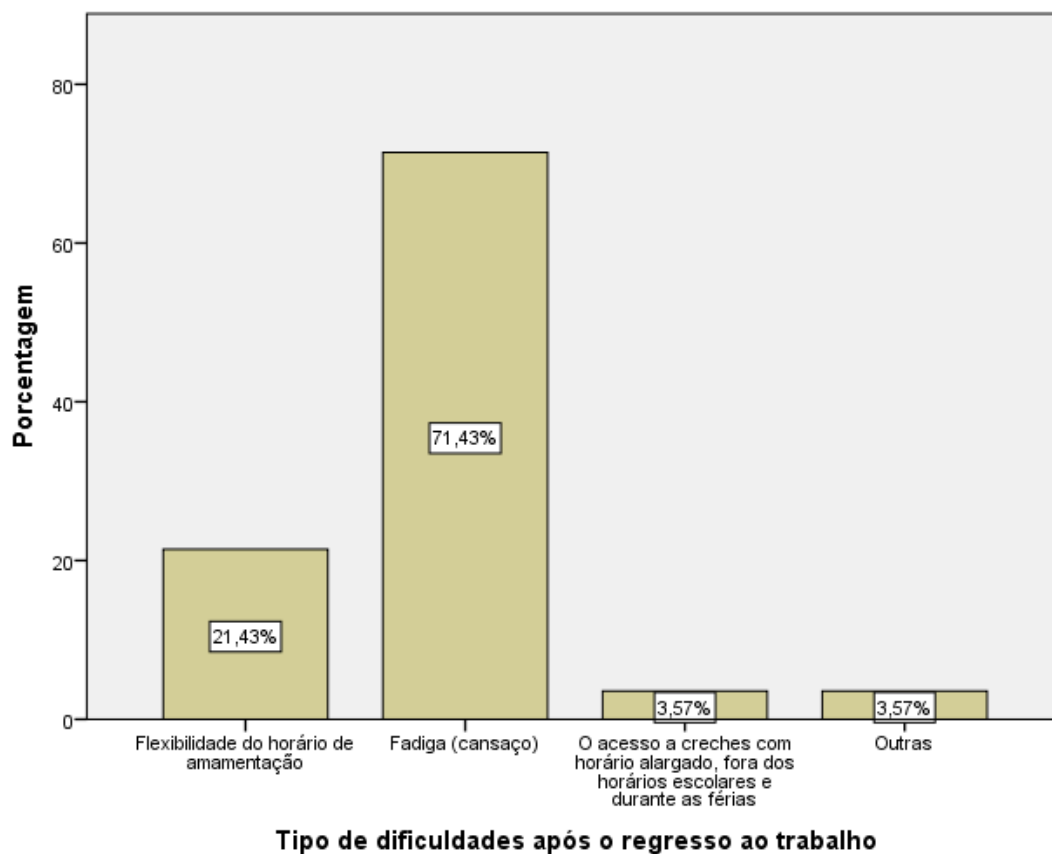


Gráfico 20-Distribuição percentual da variável dificuldades sentidas durante a licença de amamentação

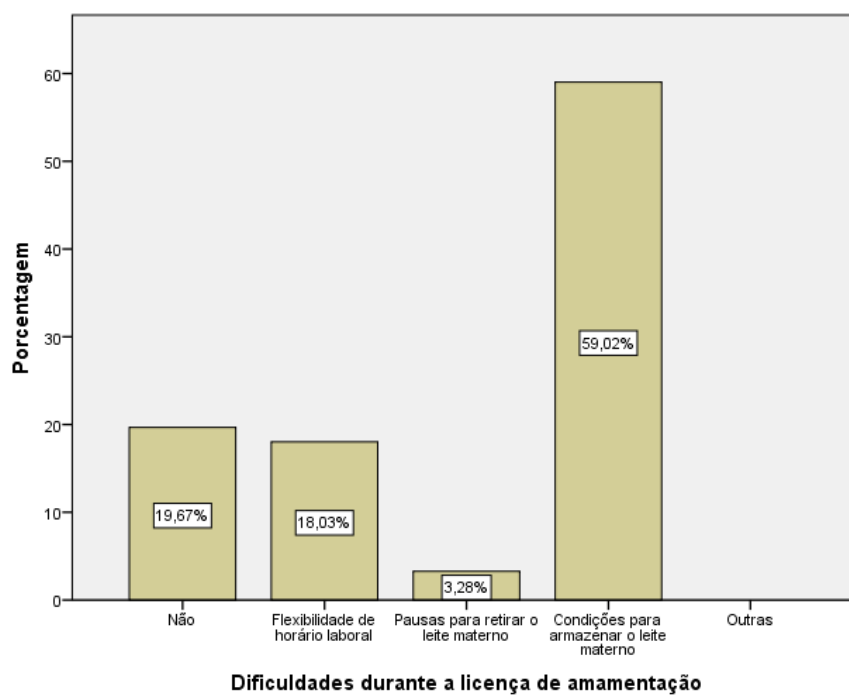


Gráfico 21-Distribuição percentual do variável absentismo por motivo de doença do(s) filho(s)

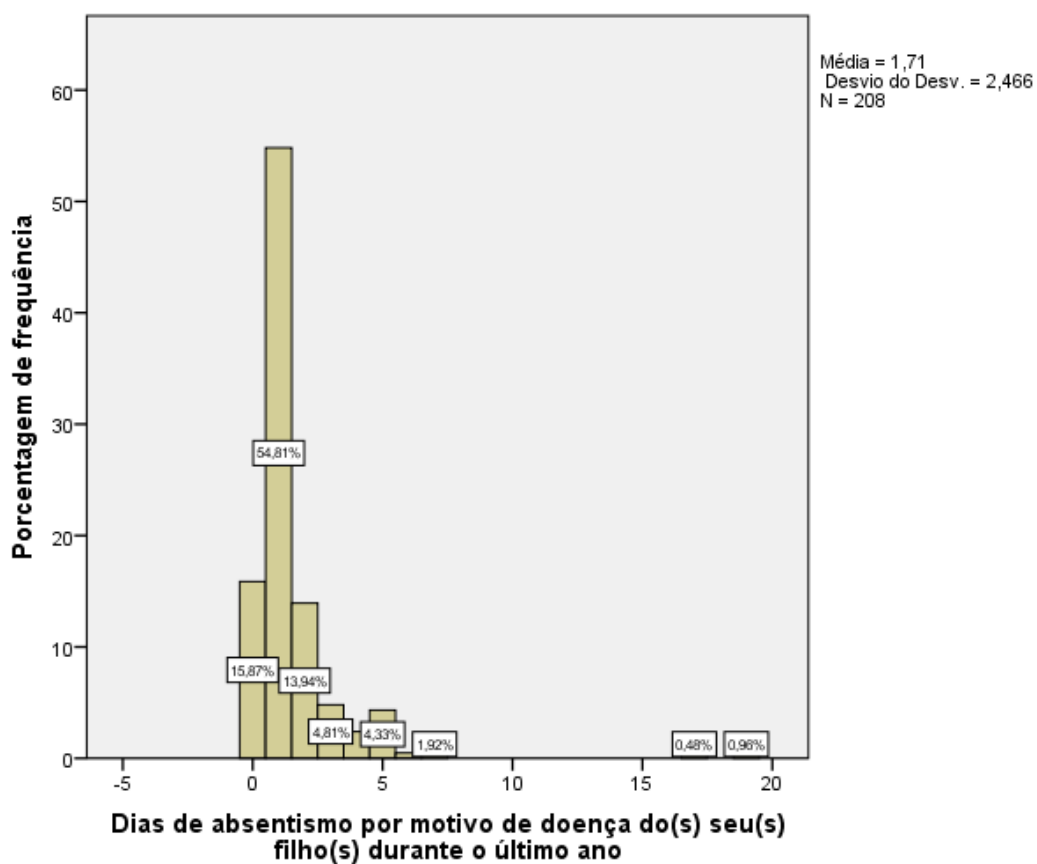


Gráfico 22-Distribuição percentual da variável pontualidade

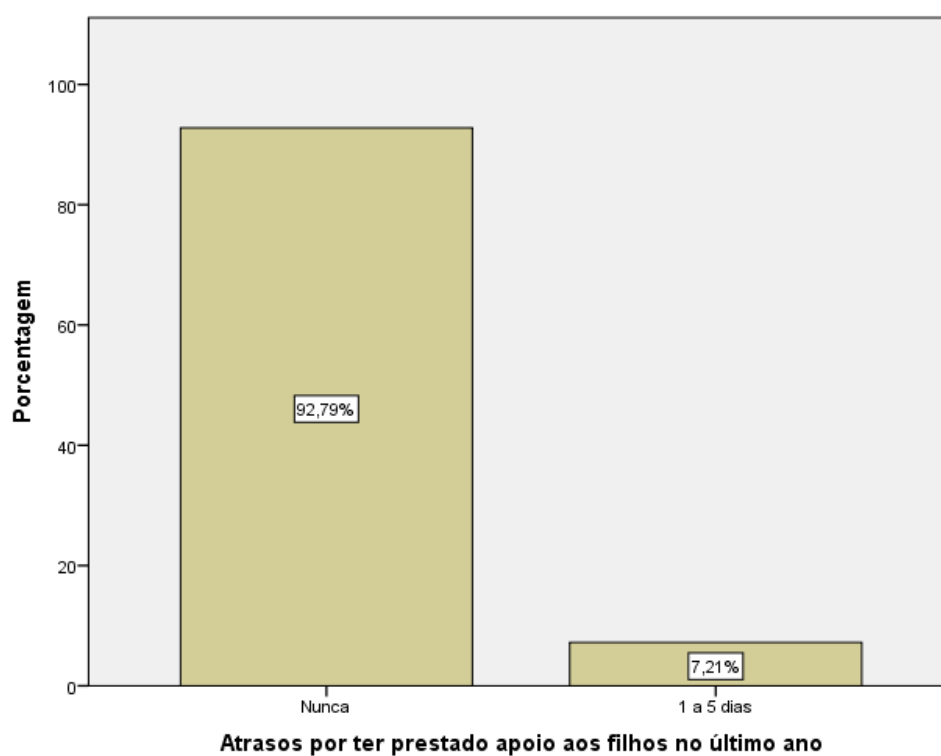


Gráfico 23-Distribuição percentual do consumo de tabaco

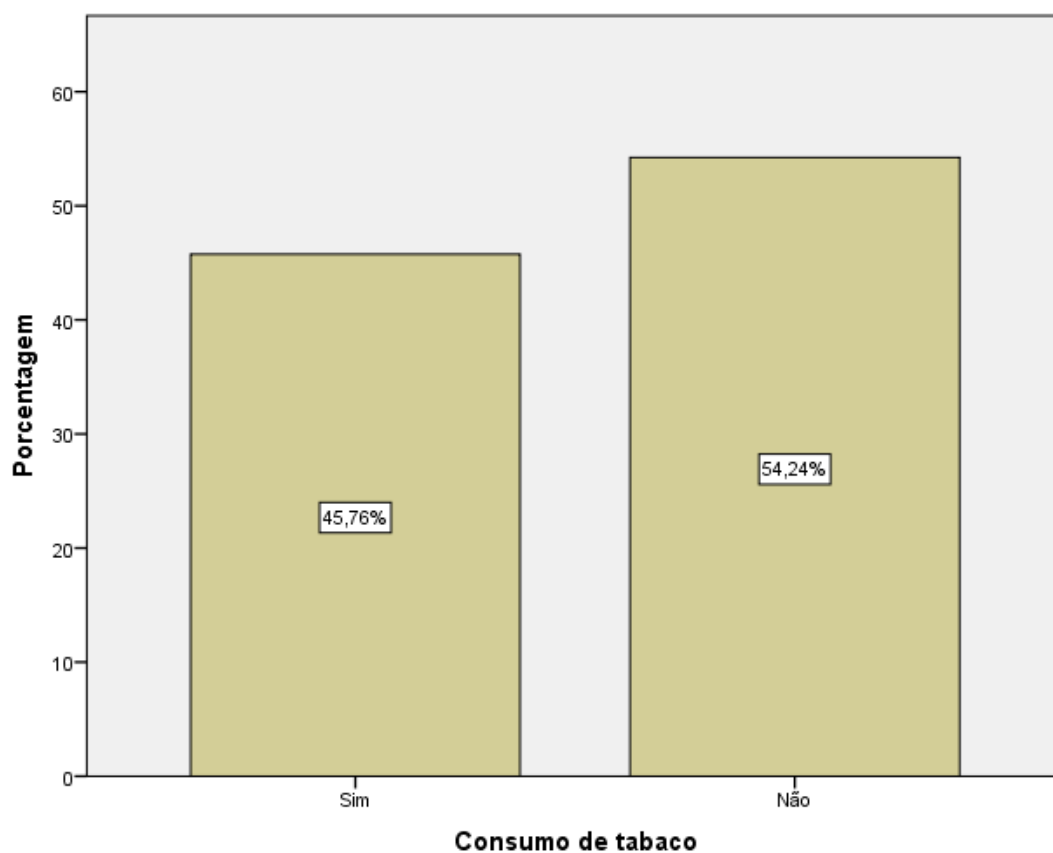


Gráfico 24-Distribuição percentual da frequência do consumo de tabaco

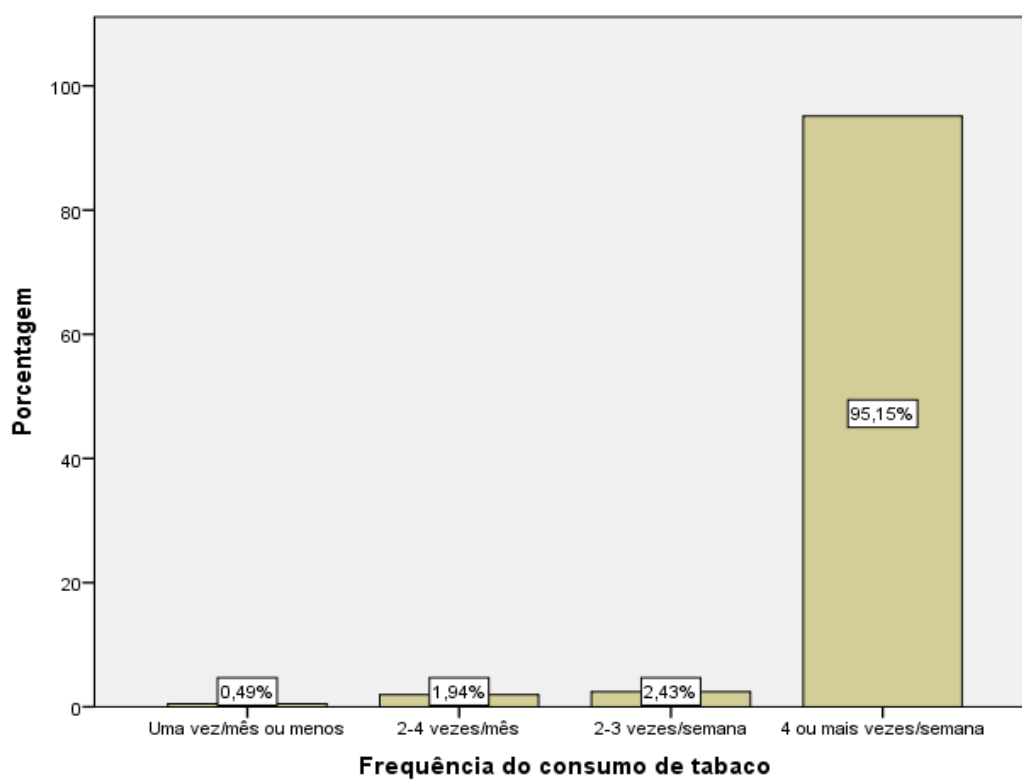


Gráfico 25-Distribuição percentual do nº de cigarros

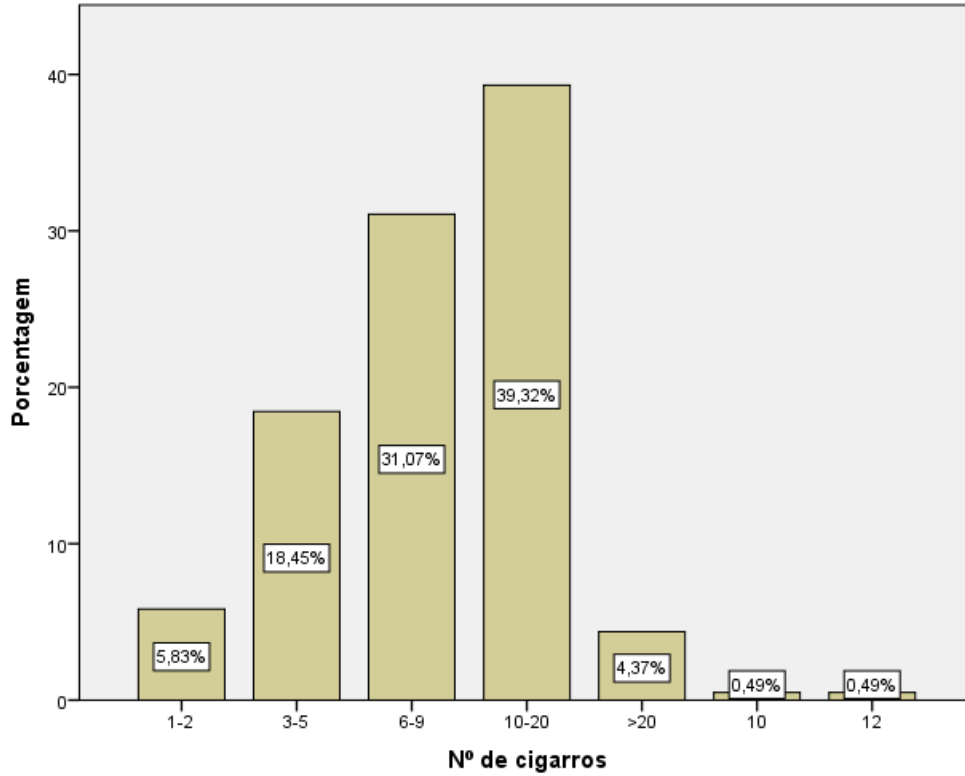


Gráfico 26-Distribuição percentual do consumo de álcool

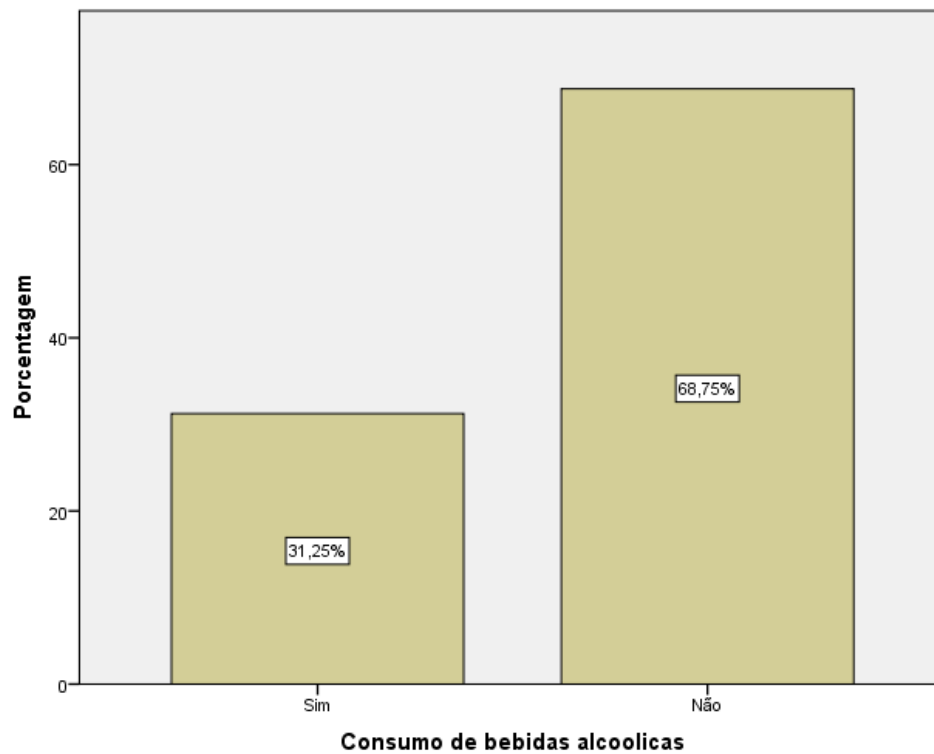


Gráfico 27-Distribuição percentual da frequência do consumo de álcool

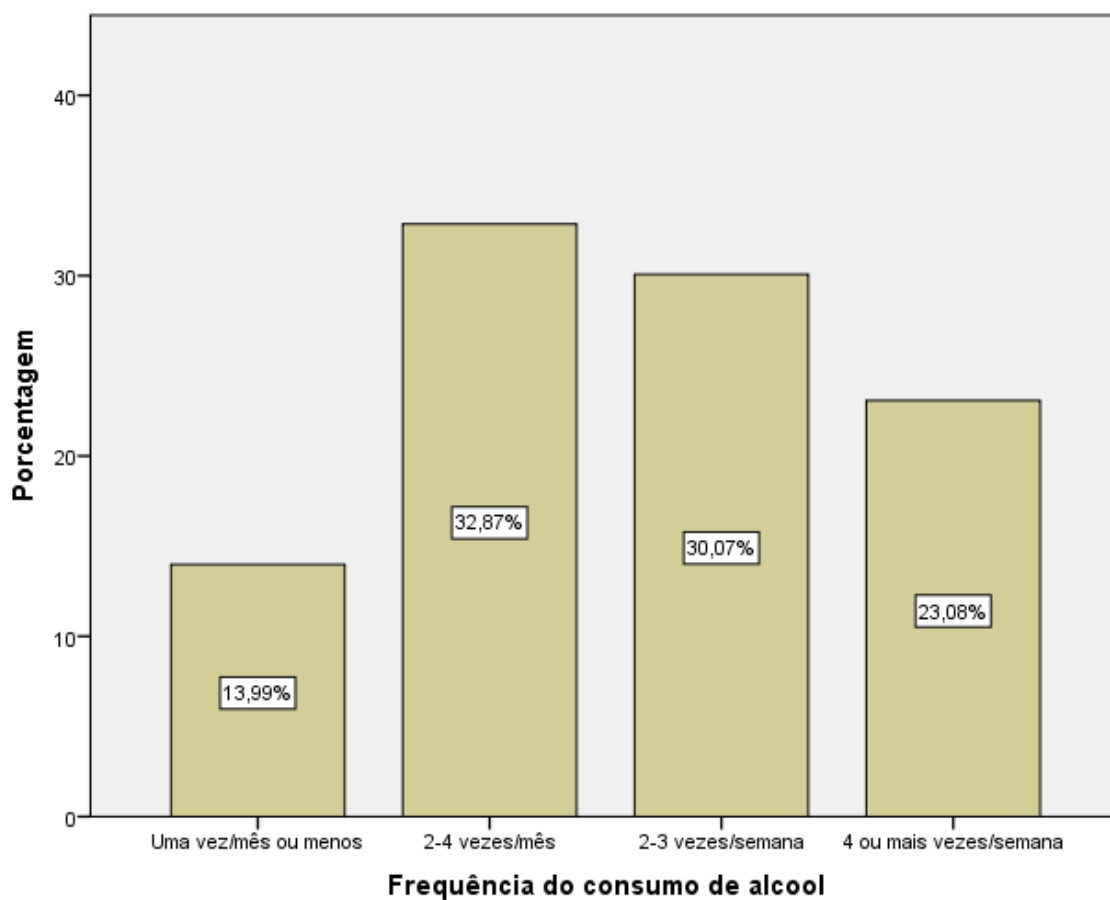


Gráfico 28-Distribuição percentual do nº de bebidas

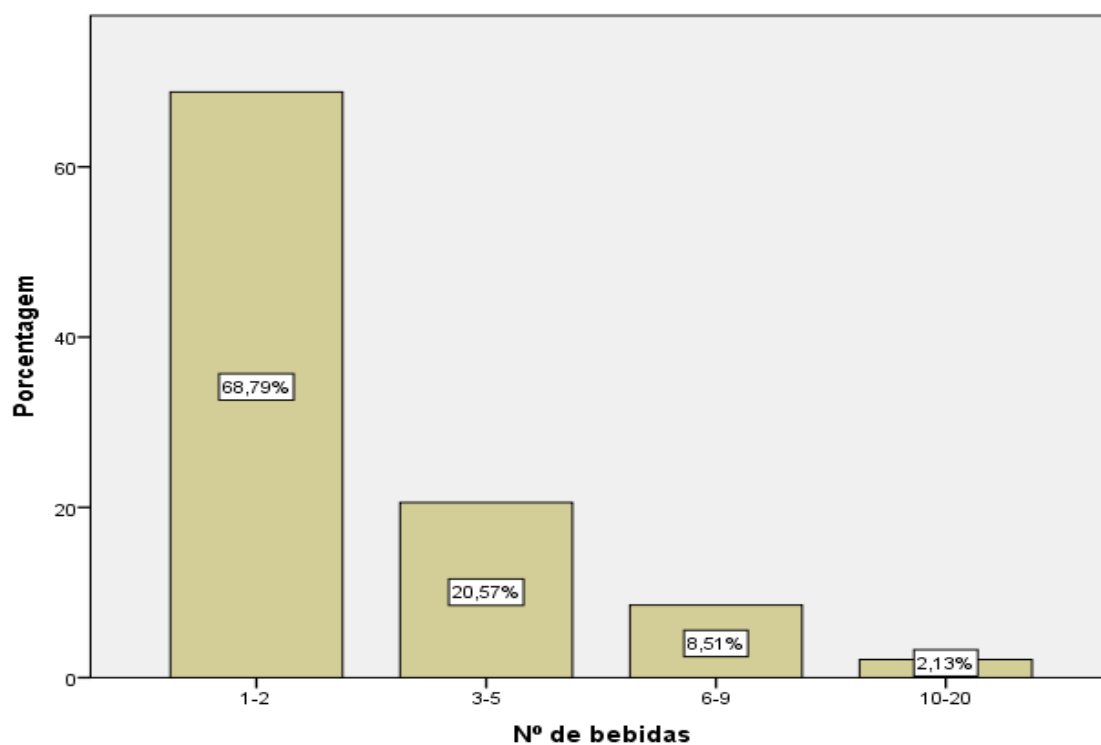


Gráfico 29-Distribuição percentual do consumo de estupefacientes



Gráfico 30-Distribuição percentual do tipo de estupefacientes

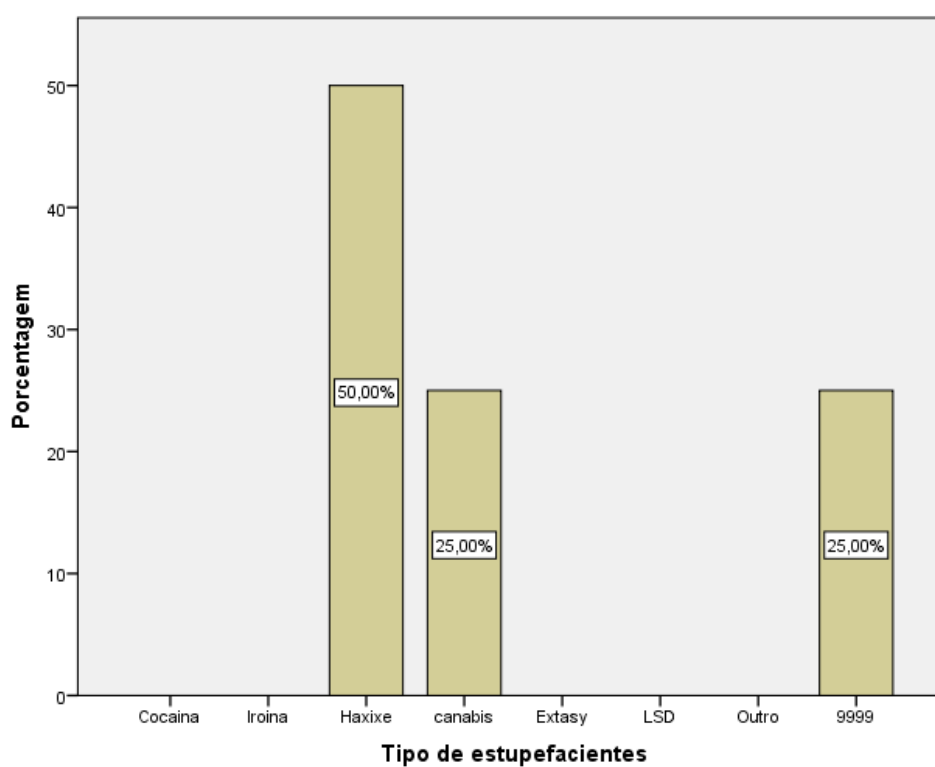


Gráfico 31-Distribuição percentual do consumo de Fast-Food

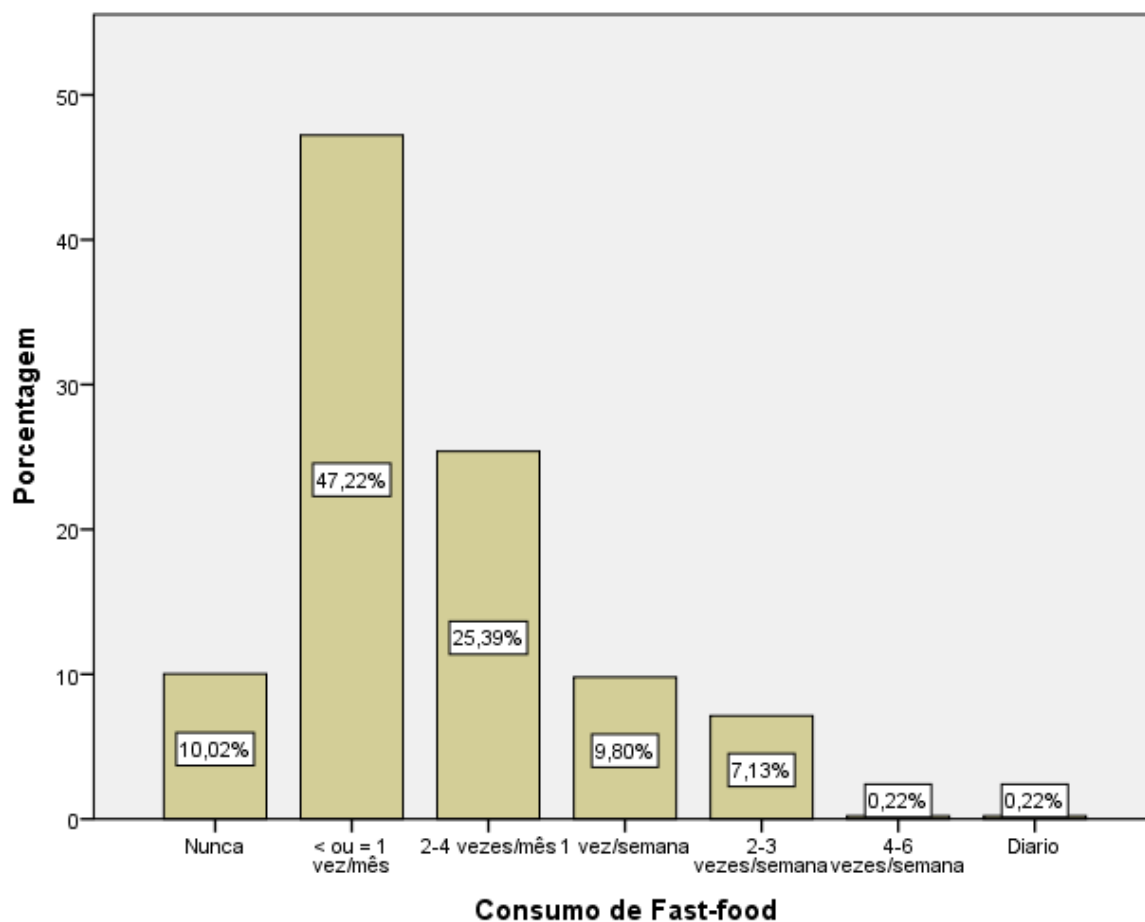


Gráfico 32-Distribuição percentual do consumo de café

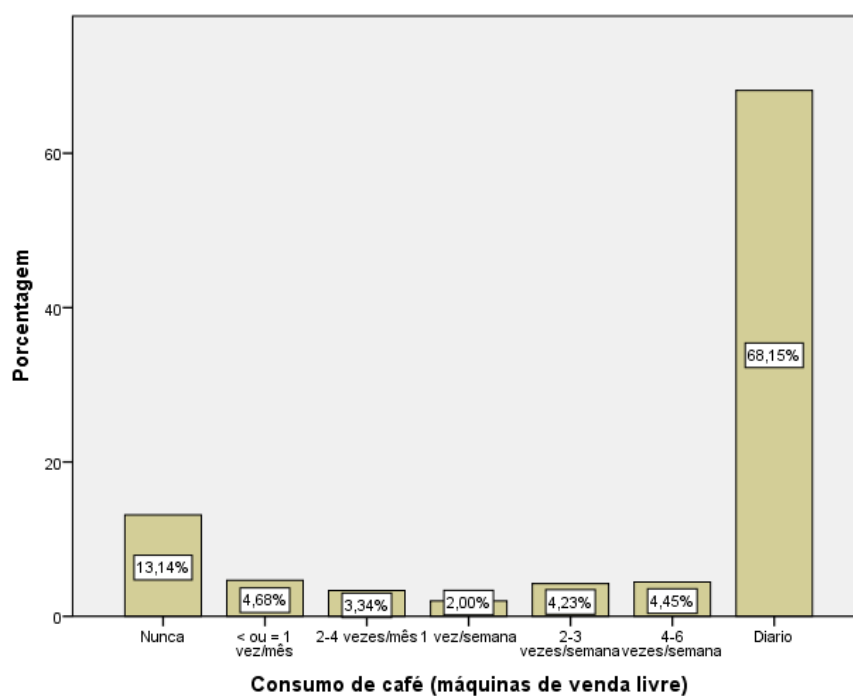


Gráfico 33-Distribuição percentual do consumo de refrigerantes

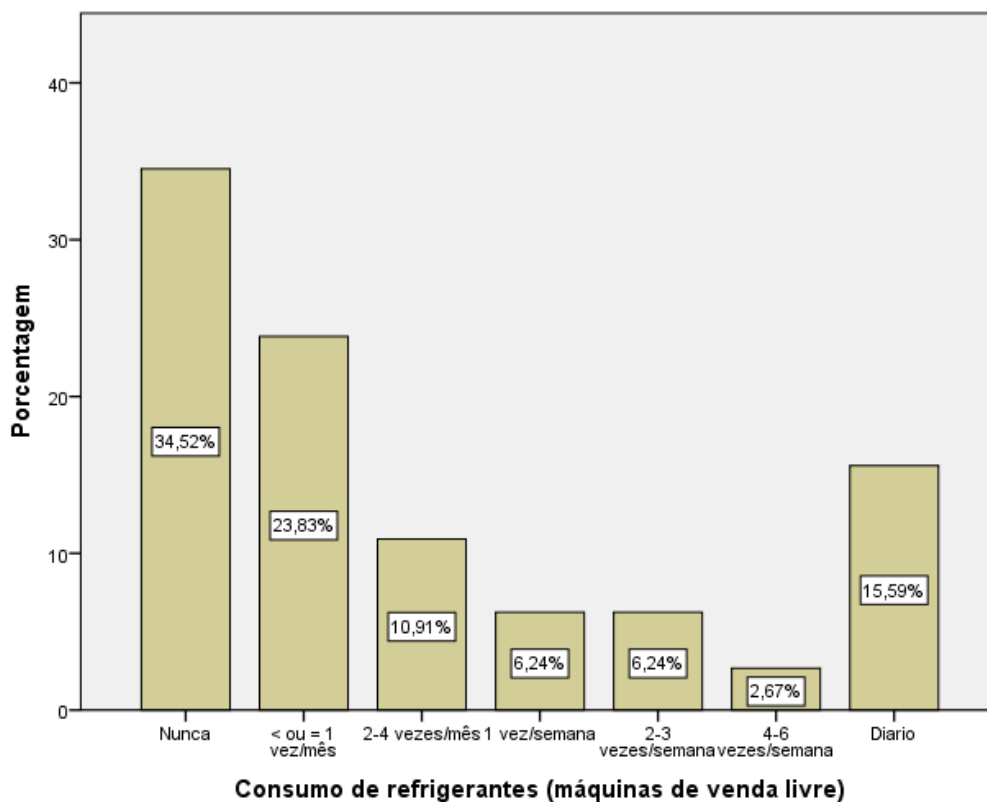


Gráfico 34-Distribuição percentual do consumo de alimentos

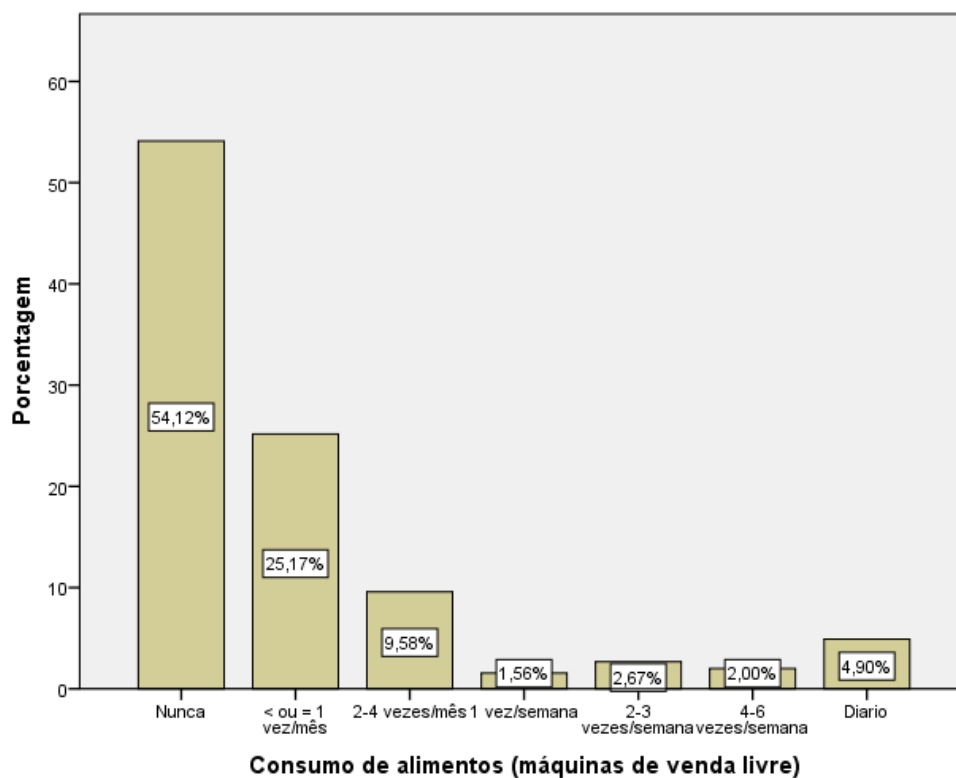


Gráfico 35-Distribuição percentual da variável Hábitos: Pequeno-almoço

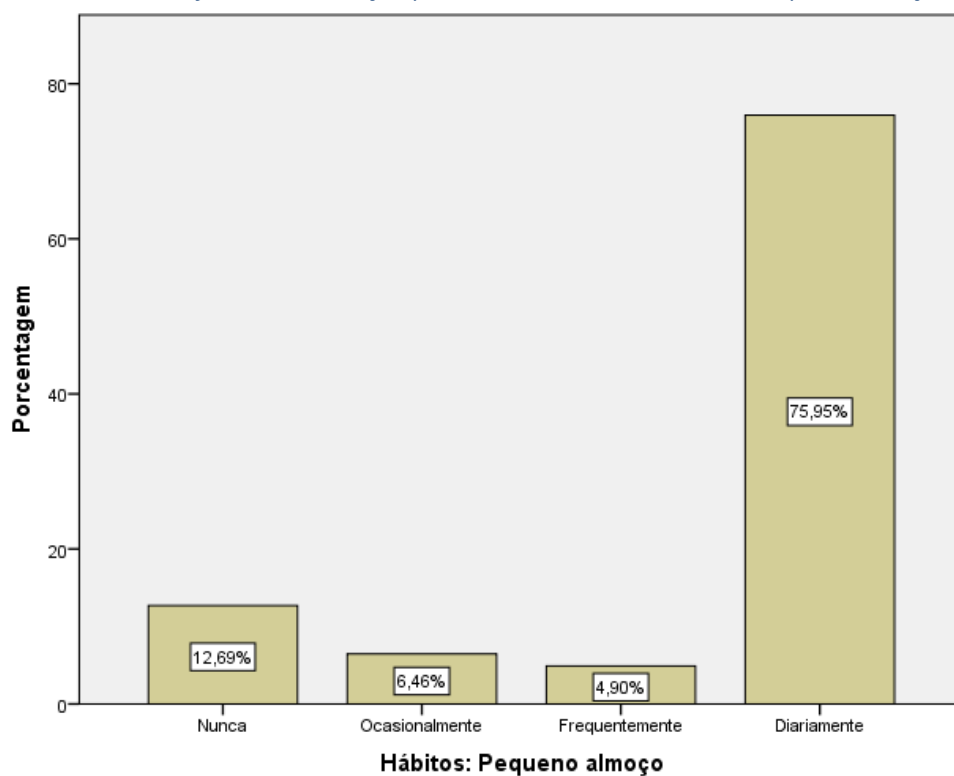


Gráfico 36-Distribuição percentual da variável Hábitos: Lanche da manhã

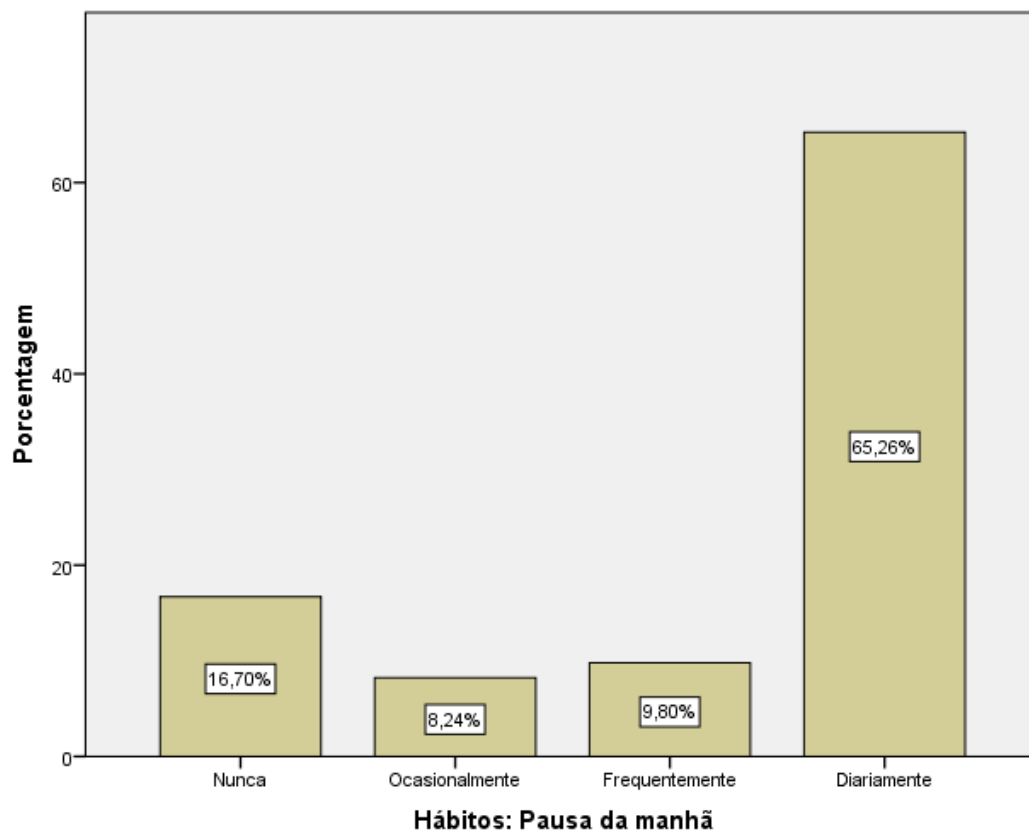


Gráfico 37-Distribuição percentual da variável Hábitos: Almoço

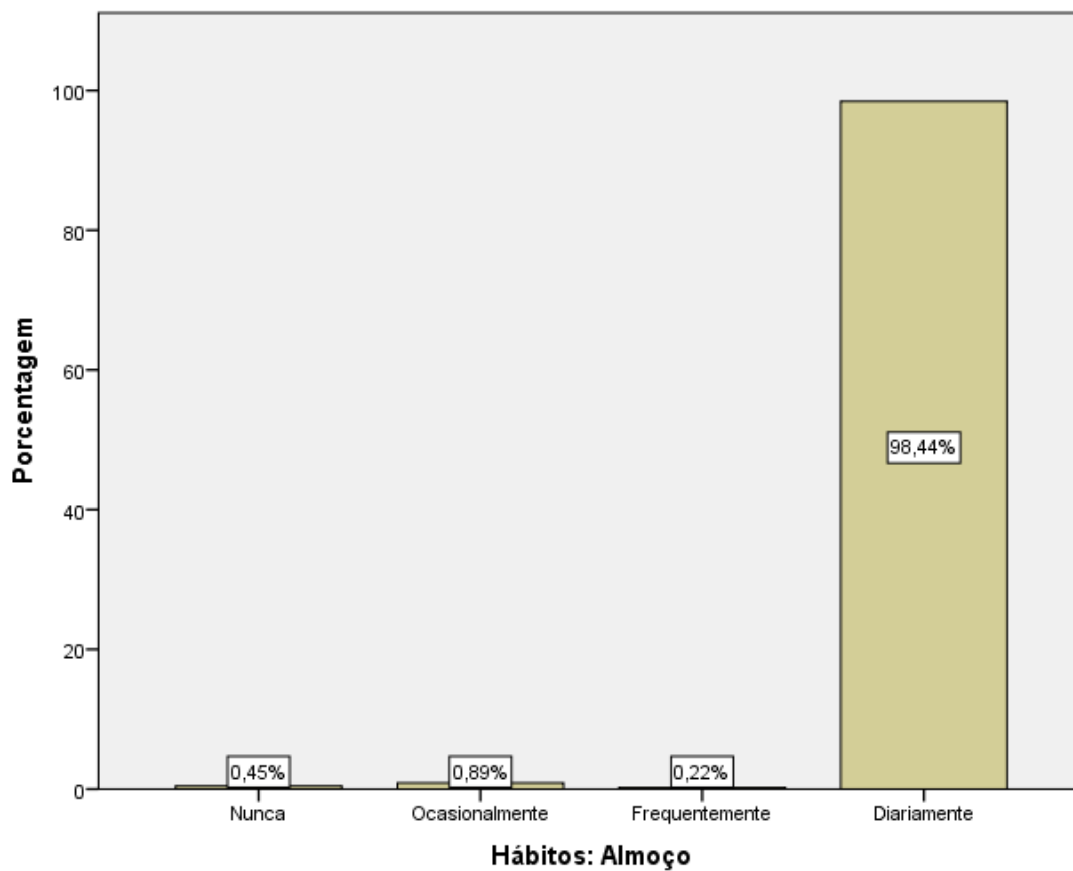


Gráfico 38-Distribuição percentual da variável Hábitos: Lanche

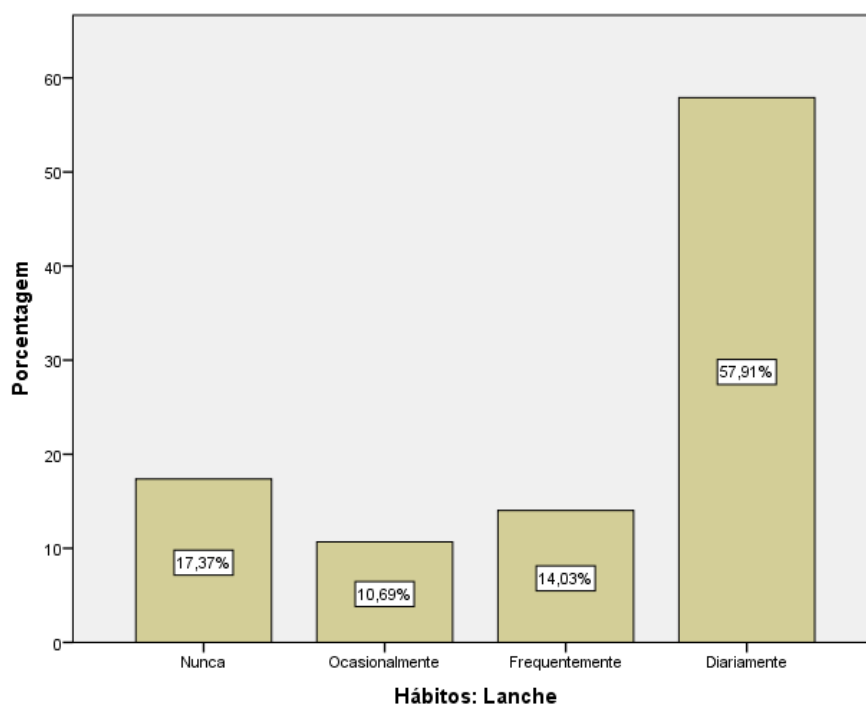


Gráfico 39-Distribuição percentual da variável Hábitos: Jantar

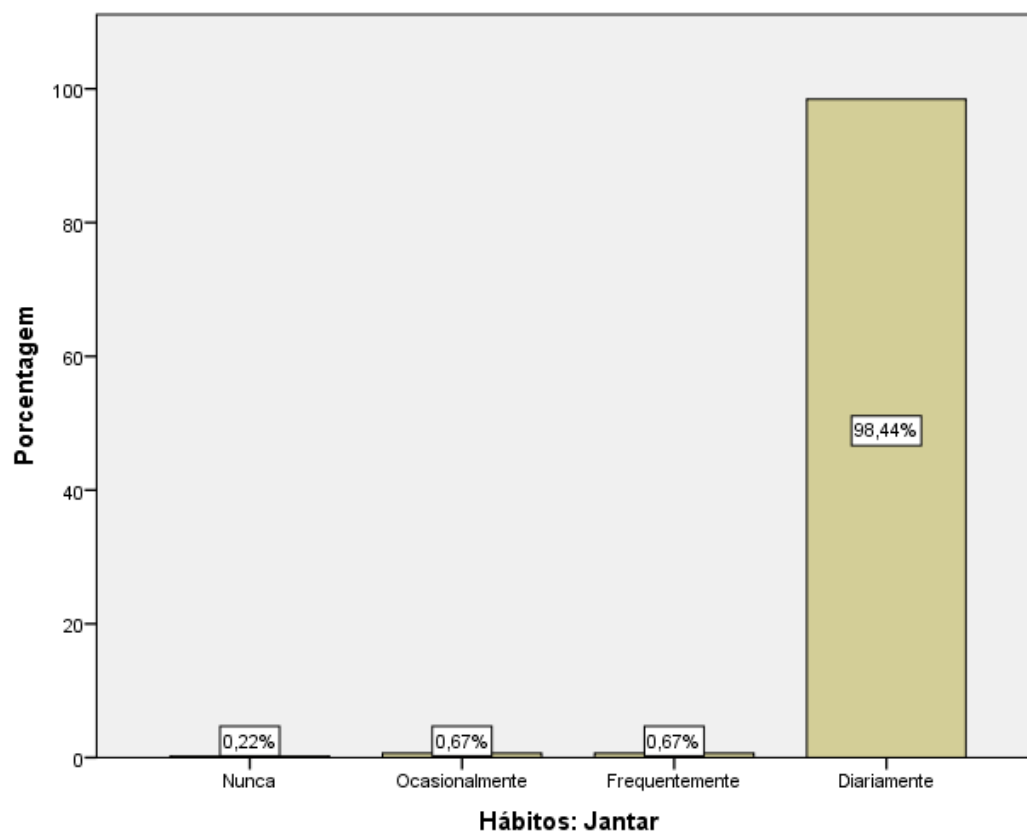


Gráfico 40-Distribuição percentual da variável Hábitos: Ceia

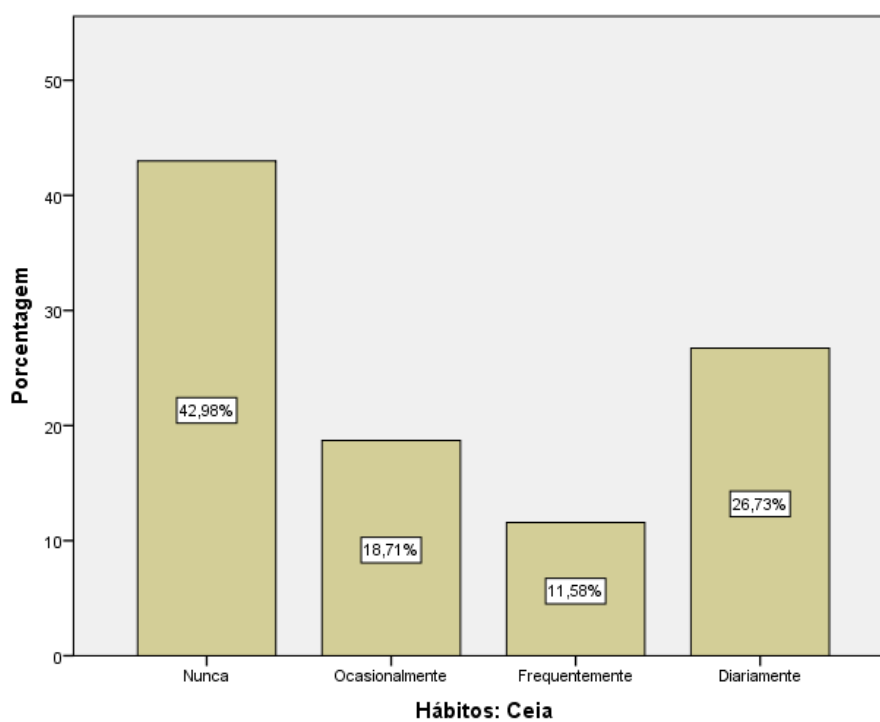


Gráfico 41-Distribuição percentual da variável IMC

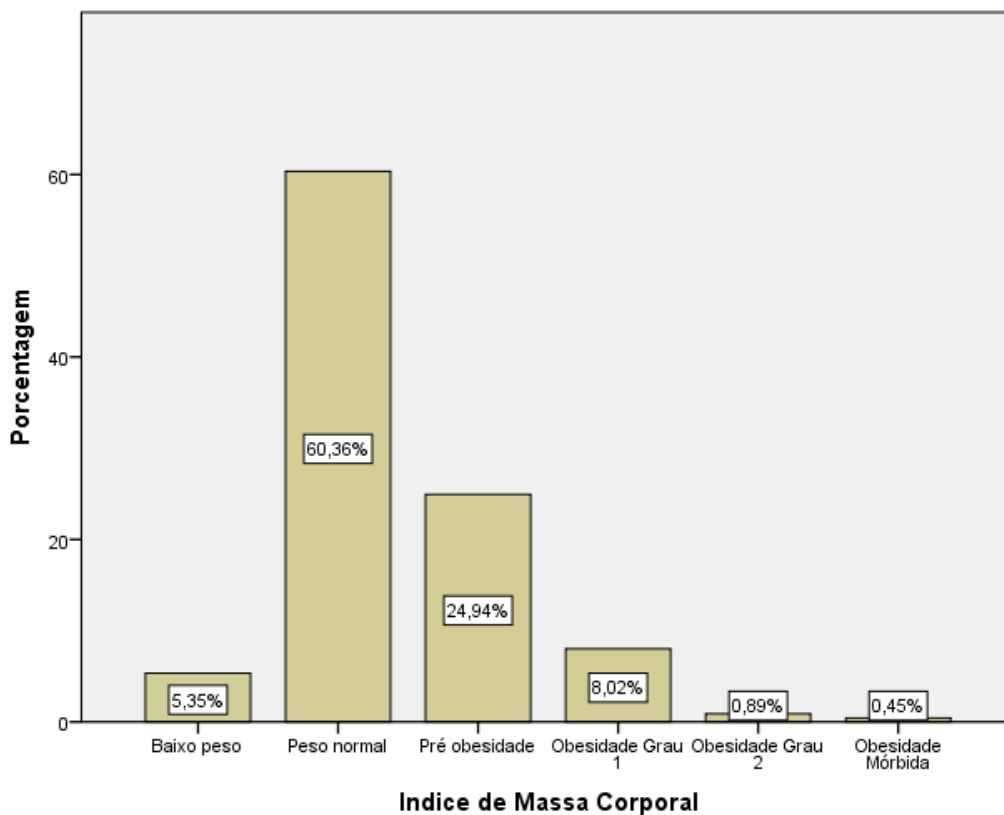


Gráfico 42-Distribuição percentual do perímetro abdominal

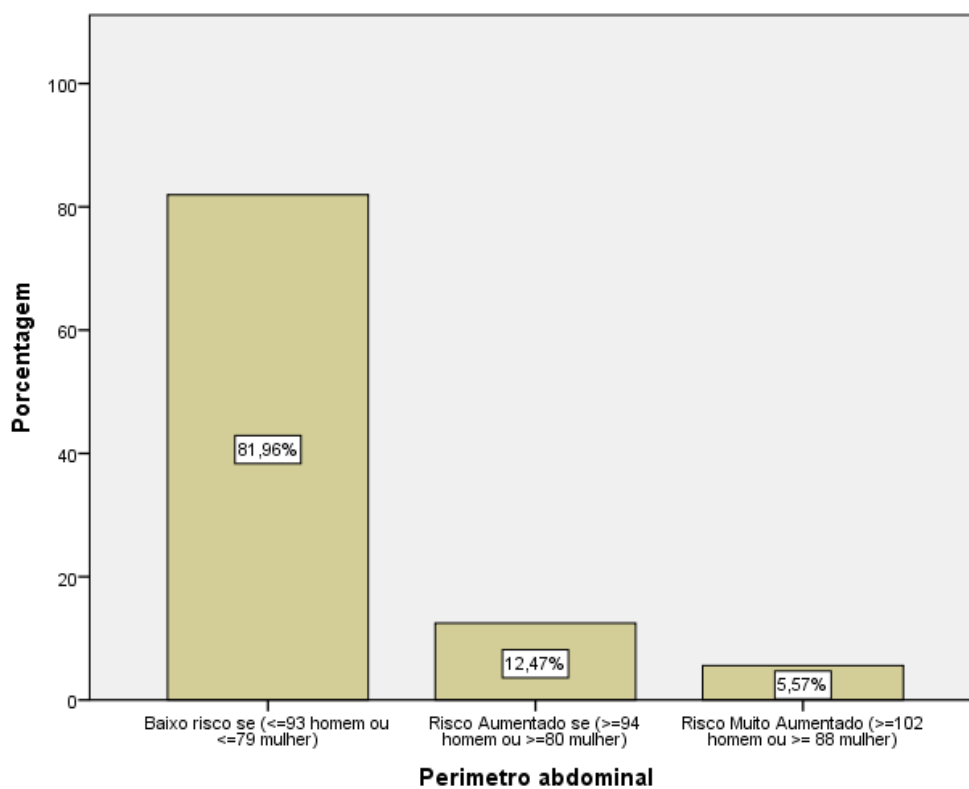


Gráfico 43-Distribuição percentual da amostra segundo o score obtido na EADS: Ansiedade

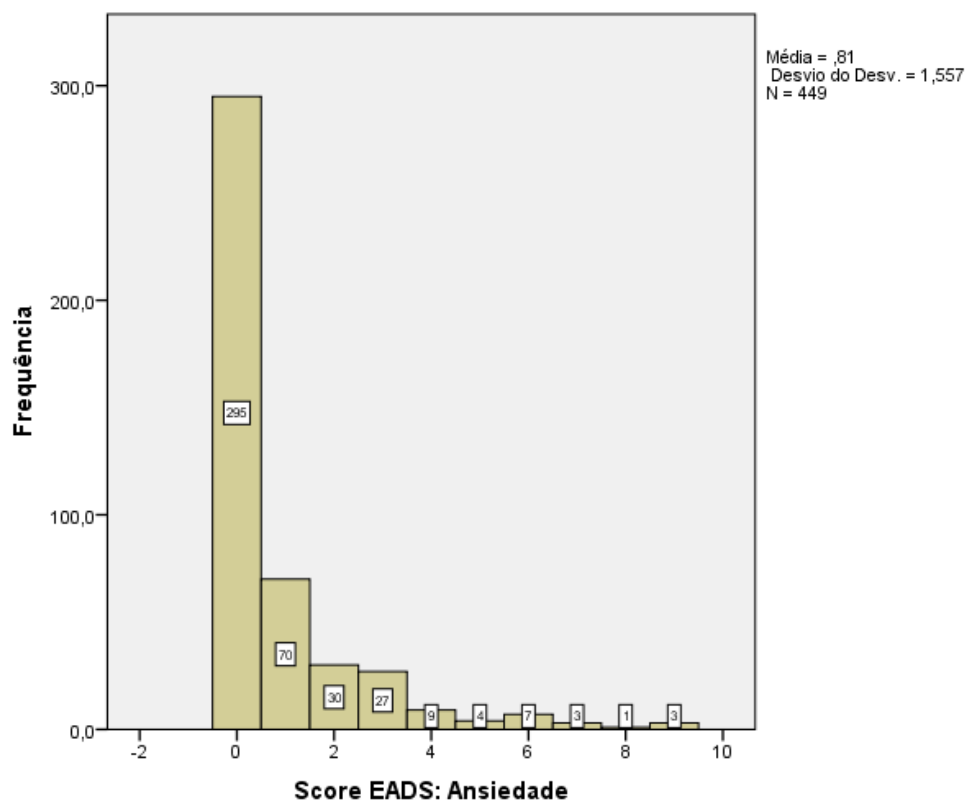


Gráfico 44-Distribuição percentual da amostra segundo o score obtido na EADS: Depressão

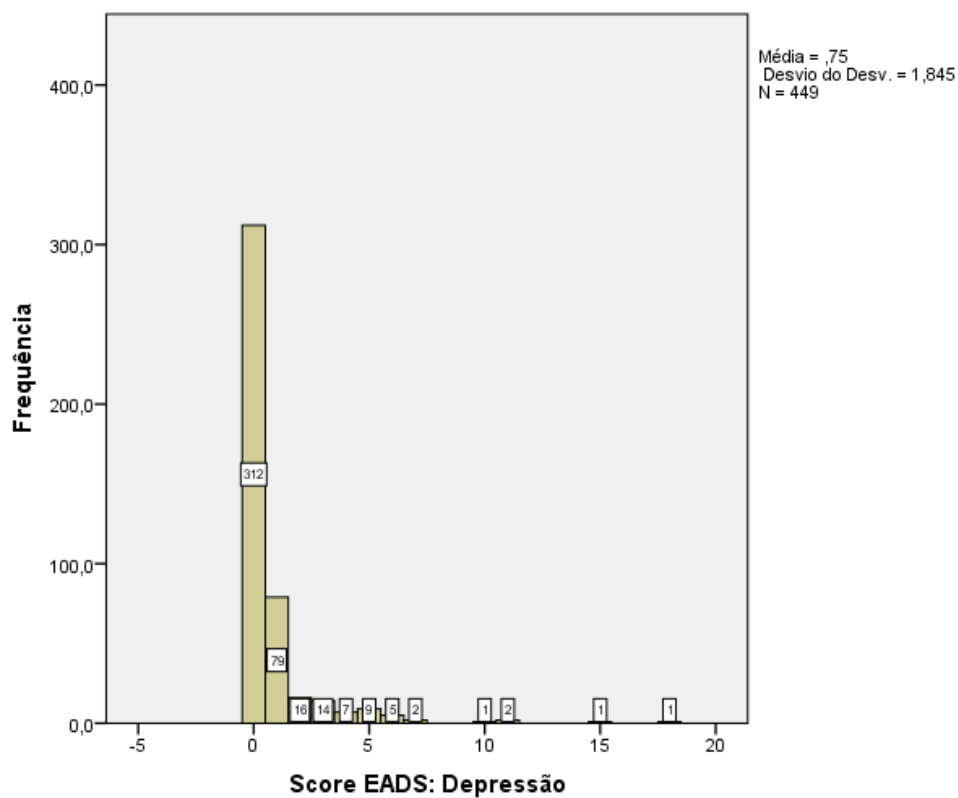




Gráfico 45-Distribuição percentual da amostra segundo o score obtido na EADS: Stress

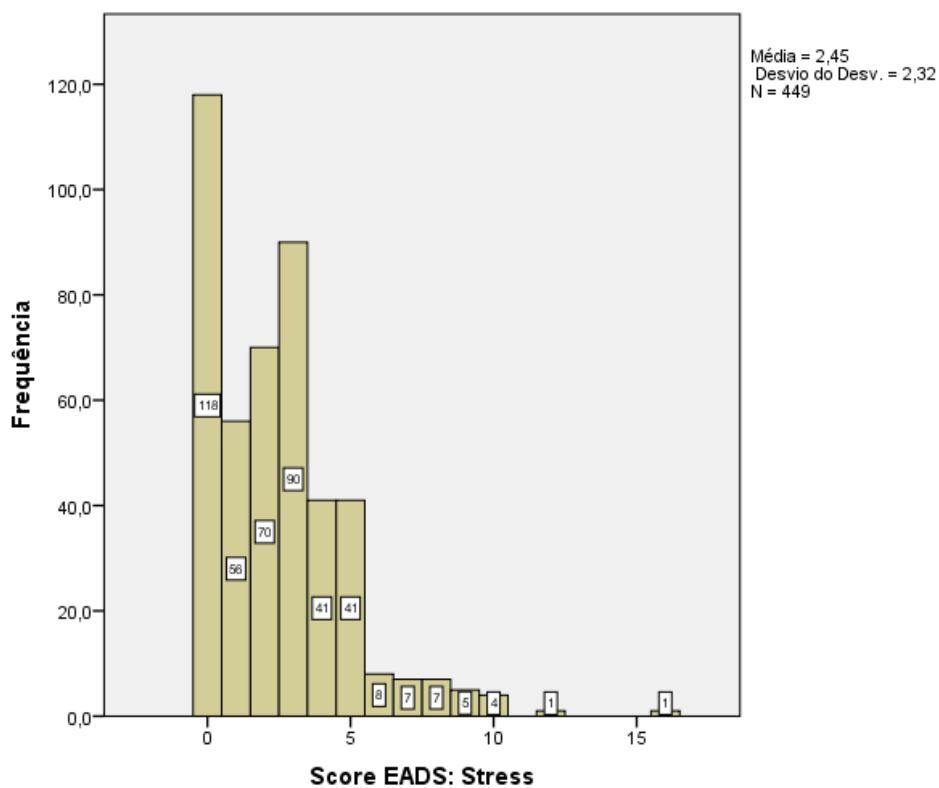


Gráfico 46-Distribuição percentual da amostra segundo o score total obtido na EADS

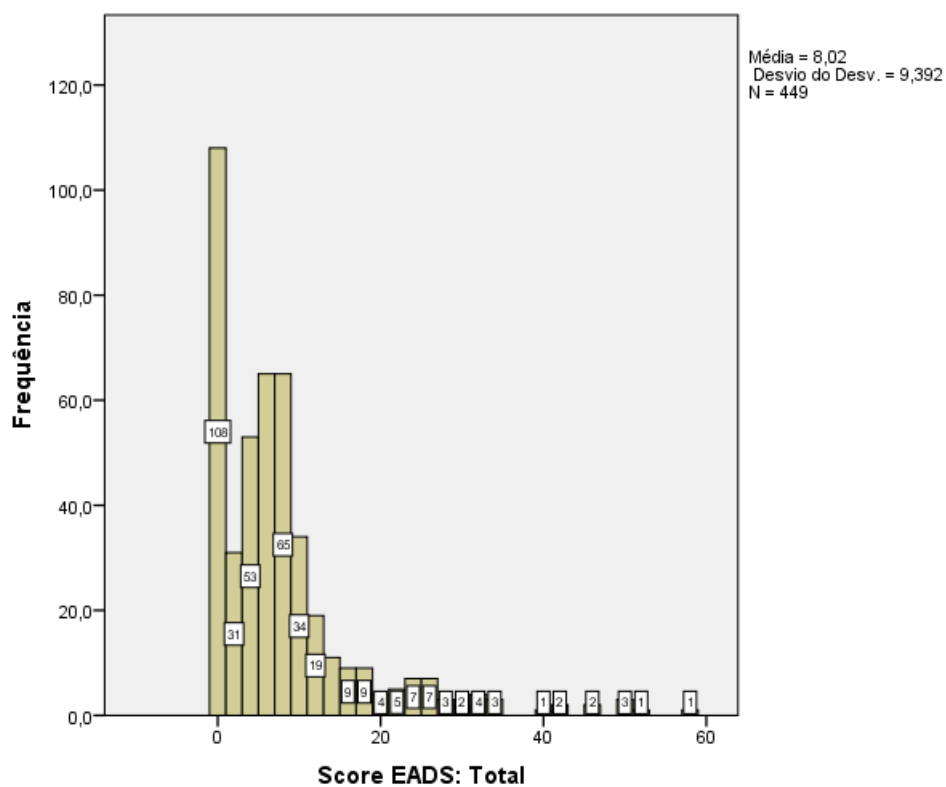


Gráfico 47-Distribuição percentual da amostra em relação ao índice de Capacidade para o trabalho

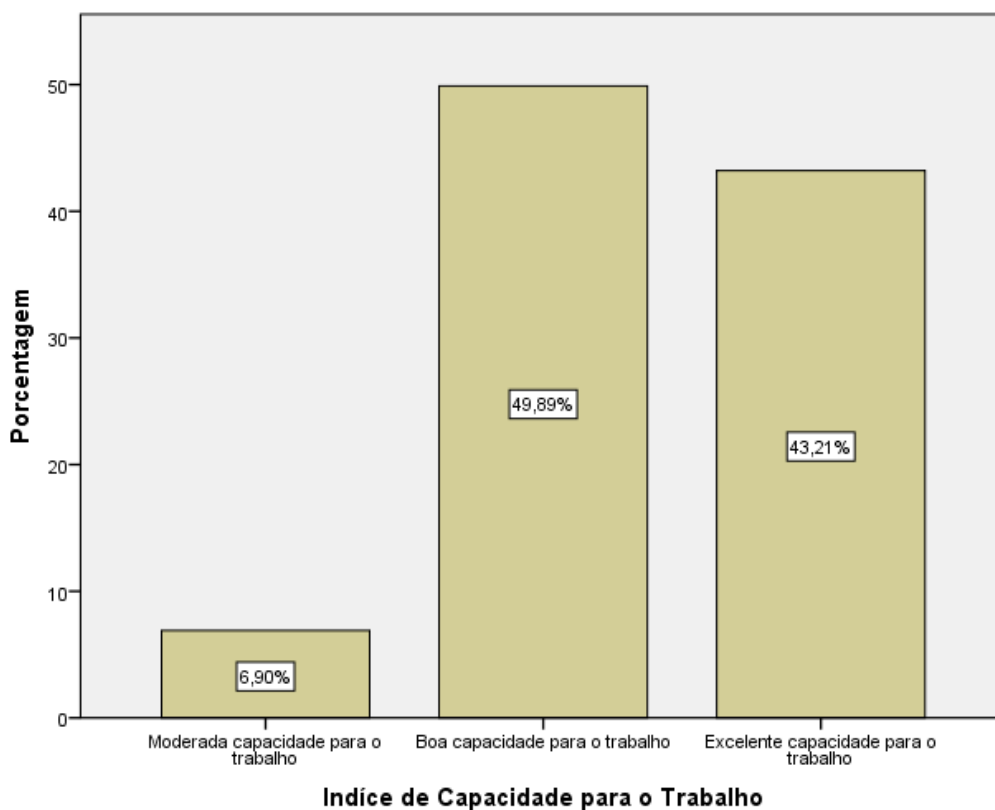


Gráfico 48-Distribuição percentual da amostra em relação a Sonolência diurna

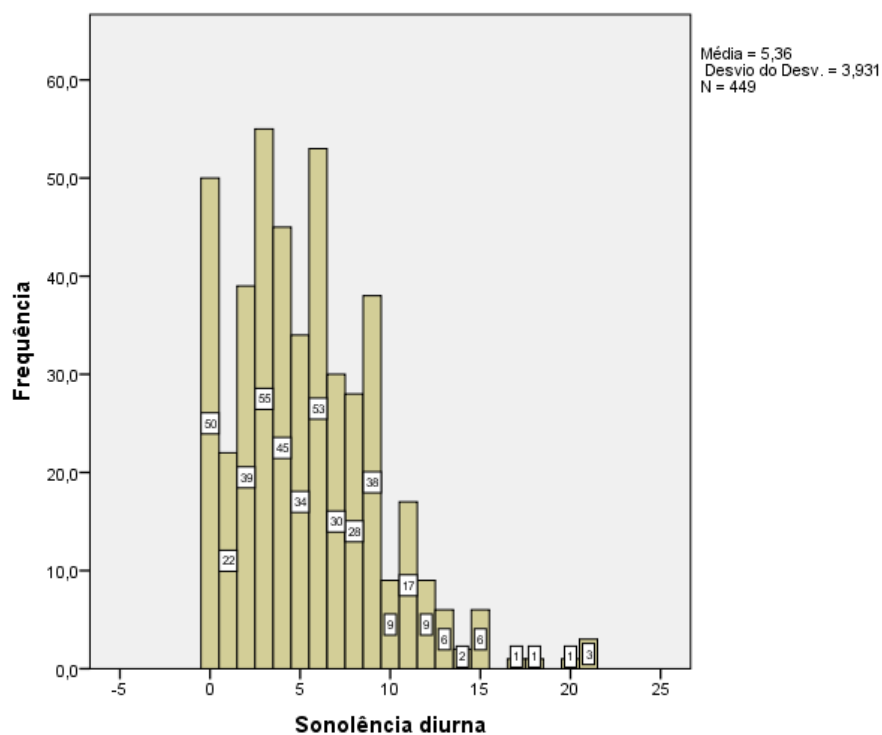


Gráfico 49-Distribuição percentual da amostra em relação ao Regime Medicamentoso

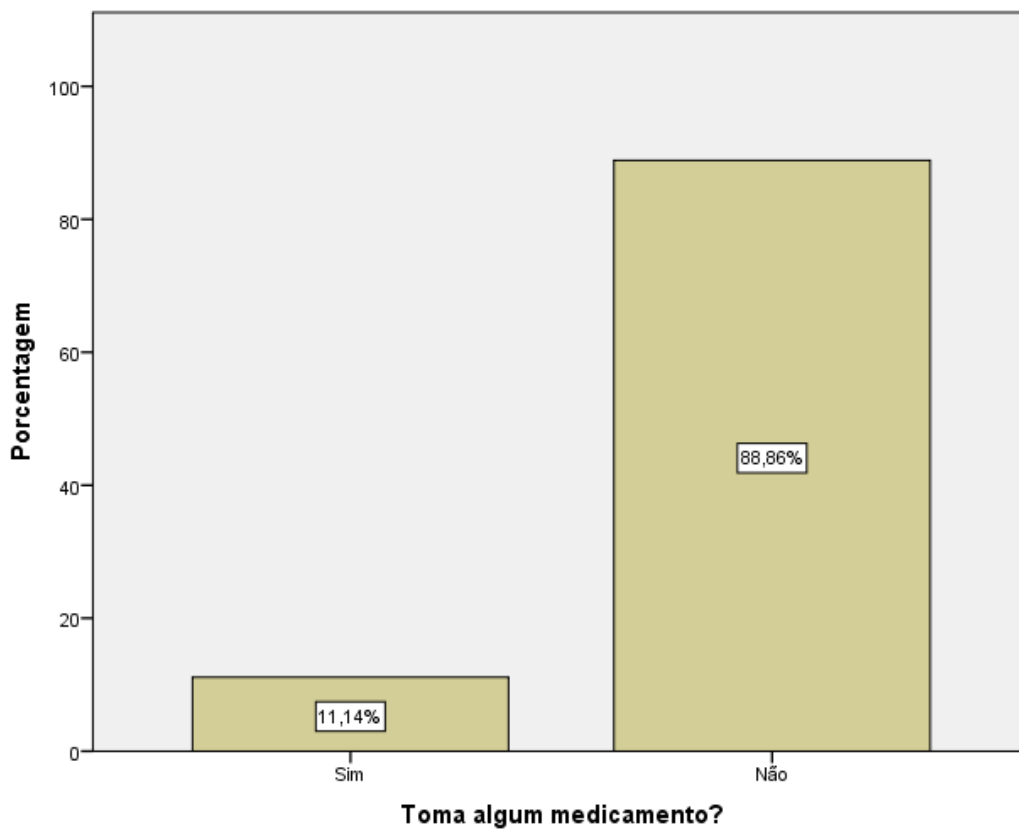


Gráfico 50-Distribuição percentual da amostra em relação ao Consumo de medicamentos

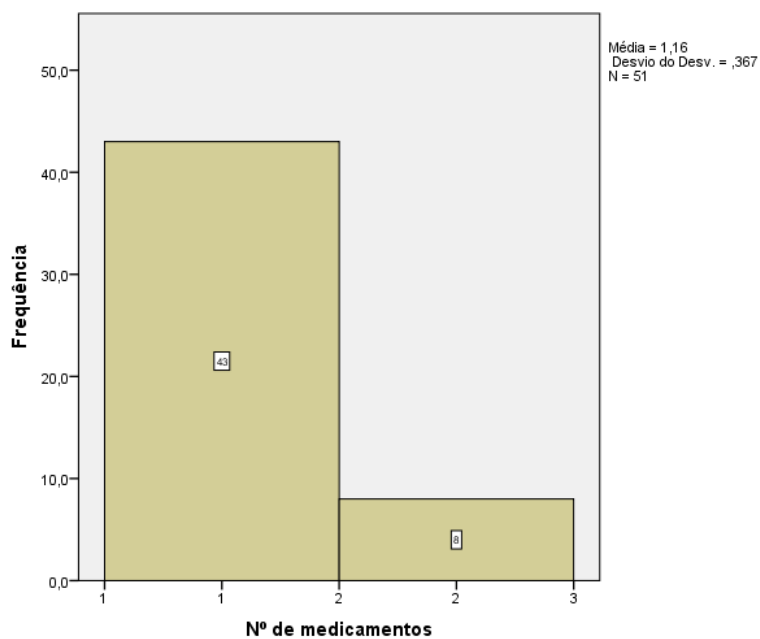


Gráfico 51-Distribuição percentual da amostra em relação atividades doméstica

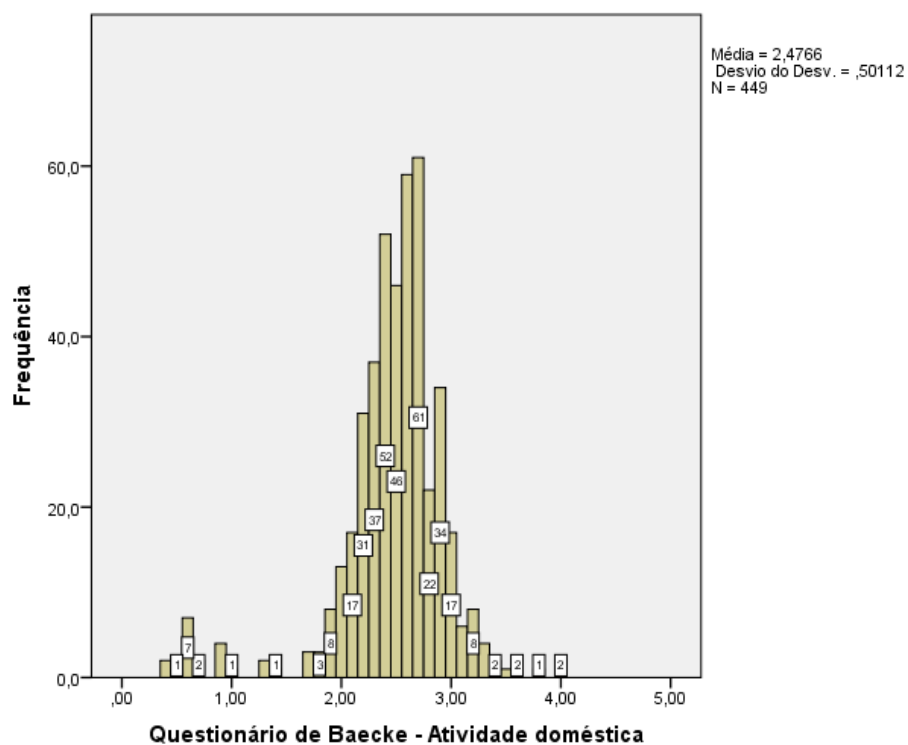


Gráfico 52-Distribuição percentual da amostra em relação atividade desportiva

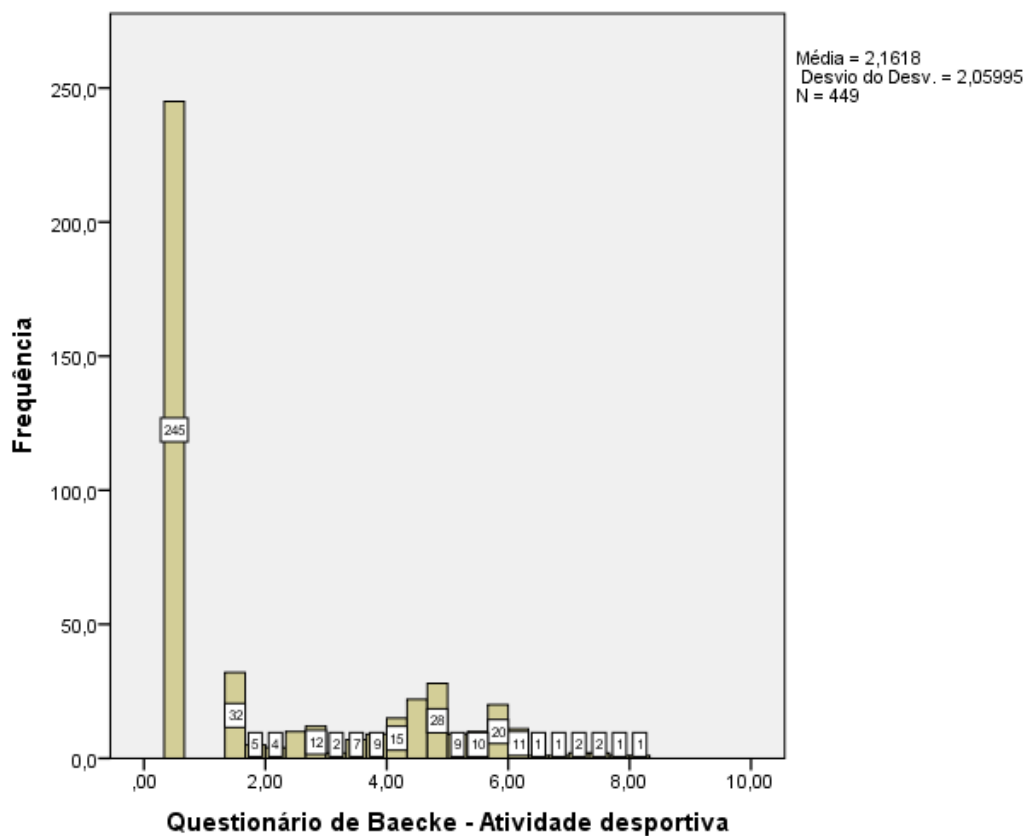


Gráfico 53-Distribuição percentual da amostra em relação atividades de lazer

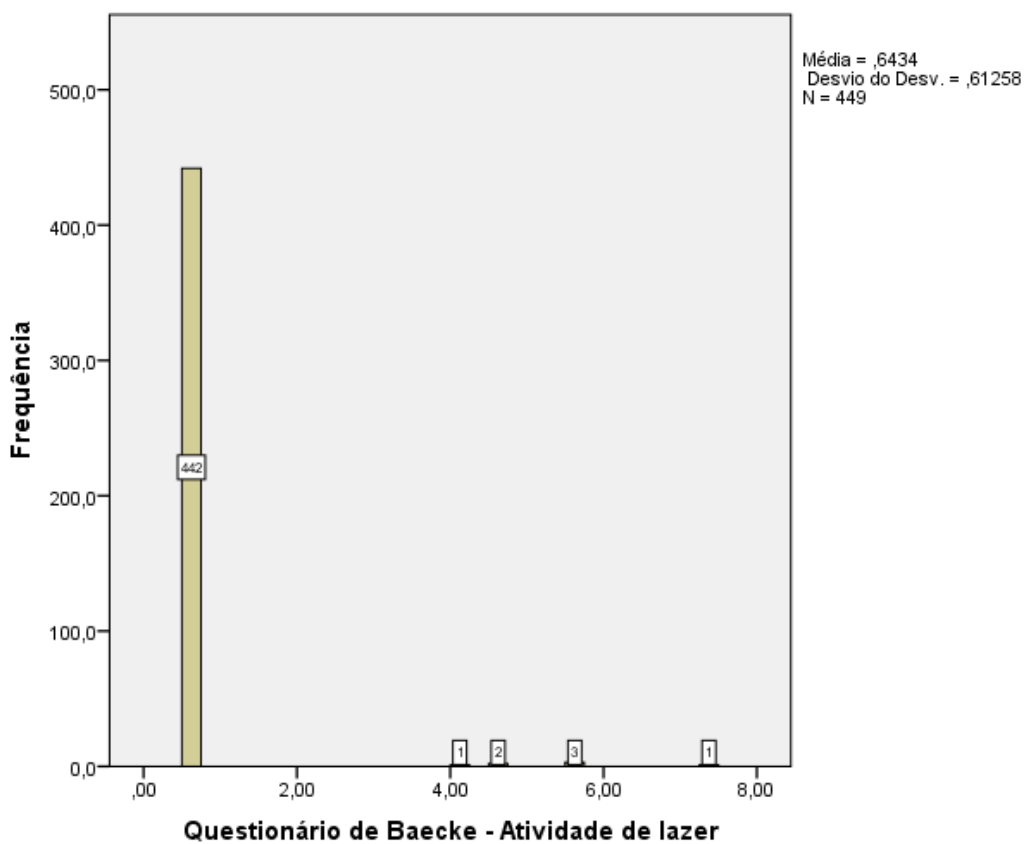
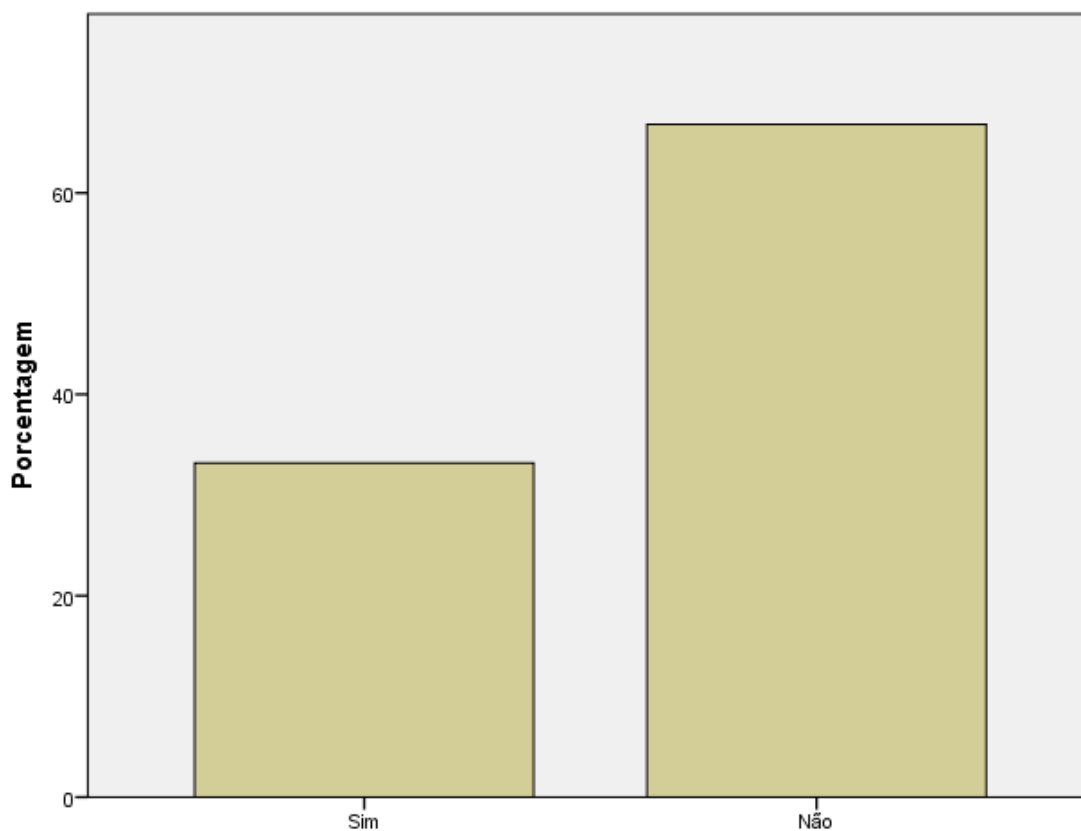


Gráfico 54-Distribuição percentual da amostra segundo o score obtido na escala Baecke



Gráfico 55- Distribuição percentual da amostra em relação a problemas na região do pescoço



EN: Problemas no pescoço nos últimos 6 meses

Gráfico 56- Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região do pescoço

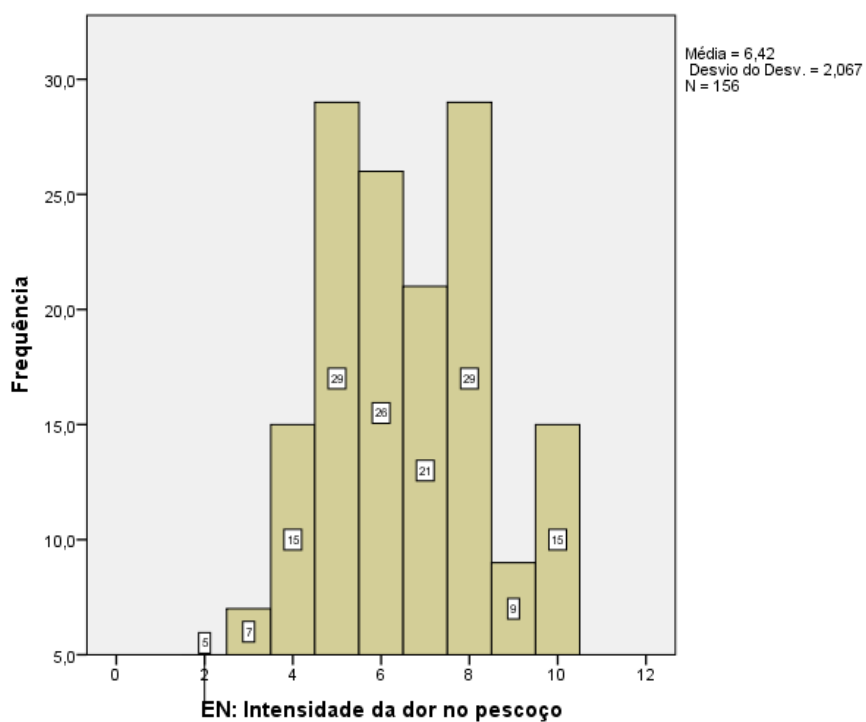
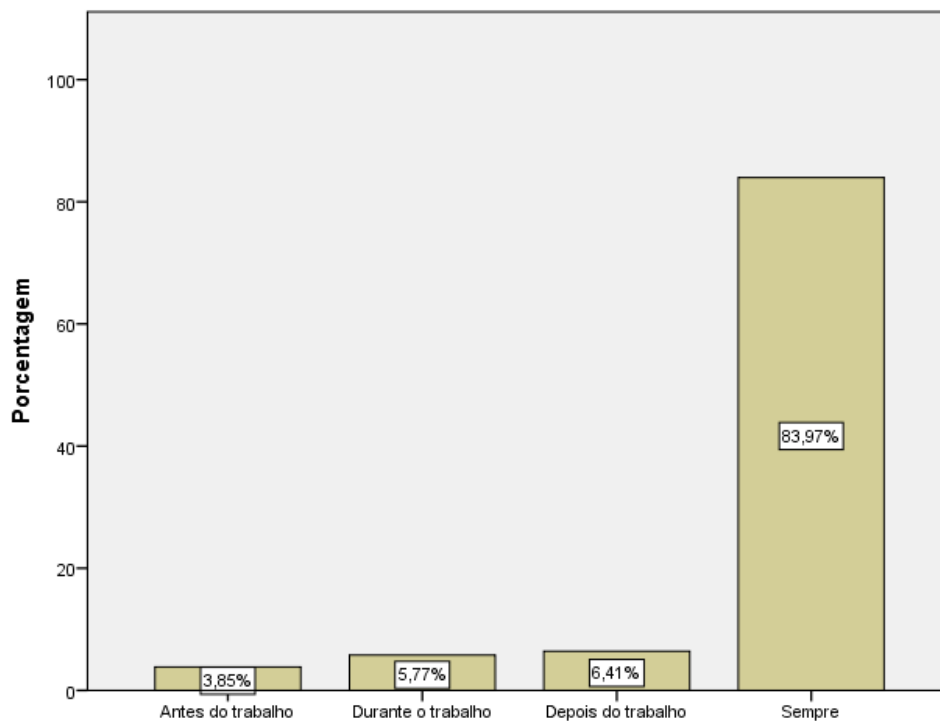
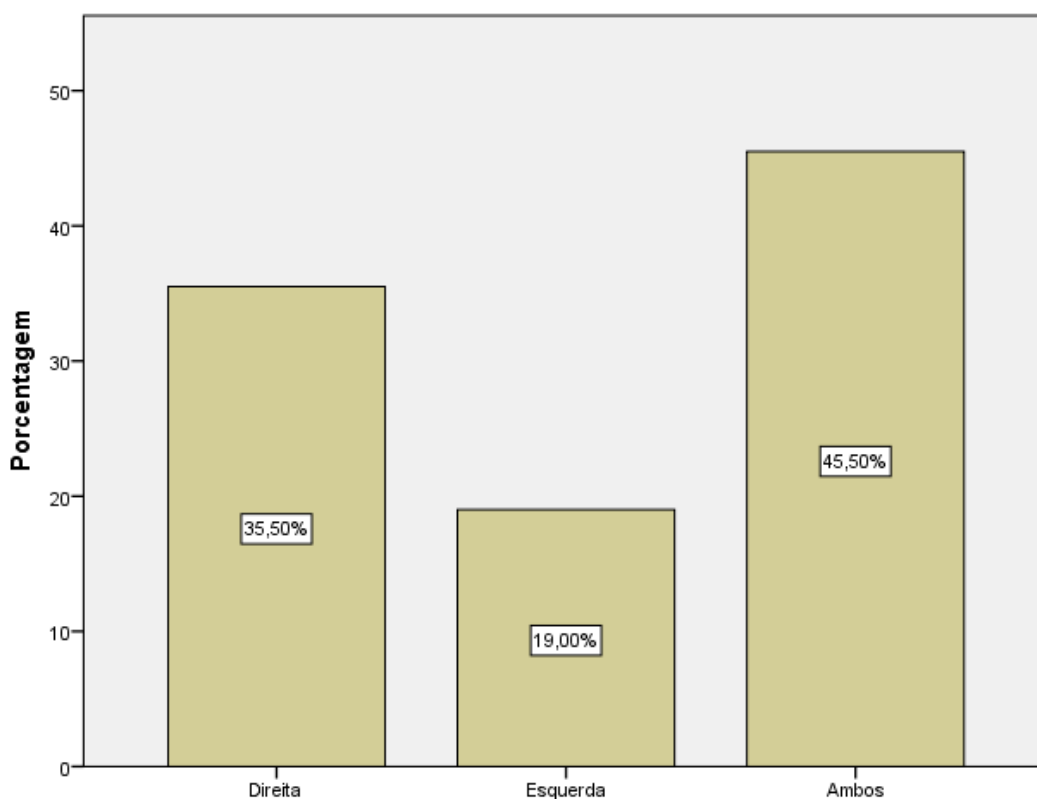


Gráfico 57-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento da sensação de dor na região do pescoço



EN: Momento da sensação de dor no pescoço é mais evidente

Gráfico 58-Distribuição percentual da amostra em relação a problemas na região dos ombros



EN: Problemas nos ombros nos últimos 6 meses - localização

Gráfico 59-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região dos ombros

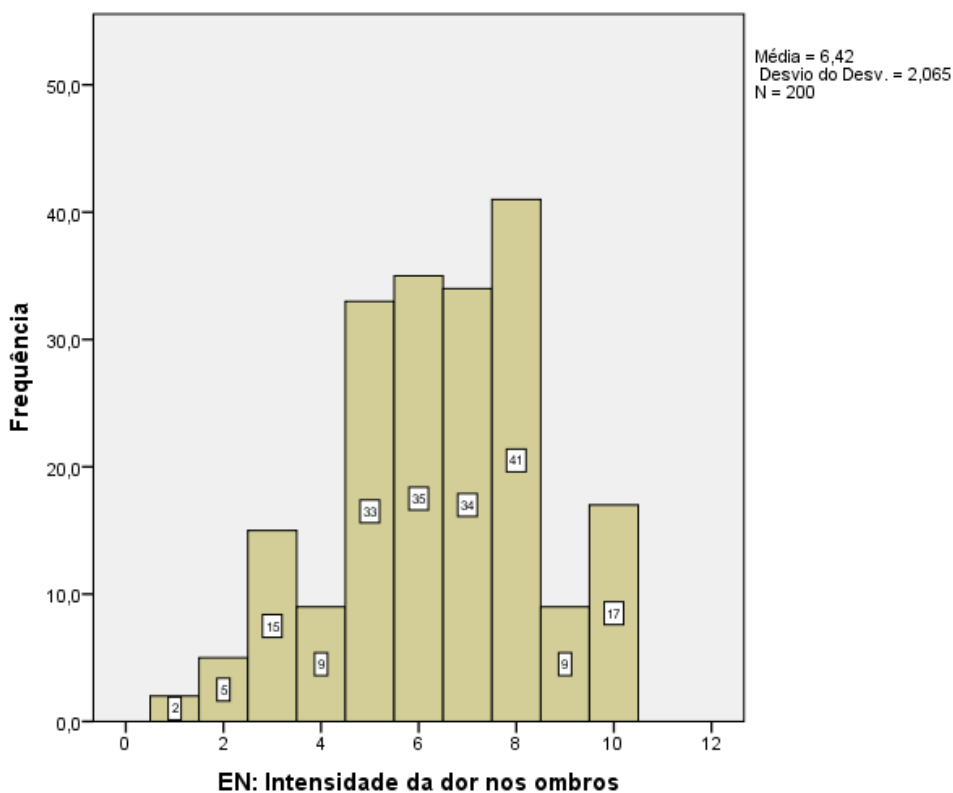


Gráfico 60-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região dos ombros

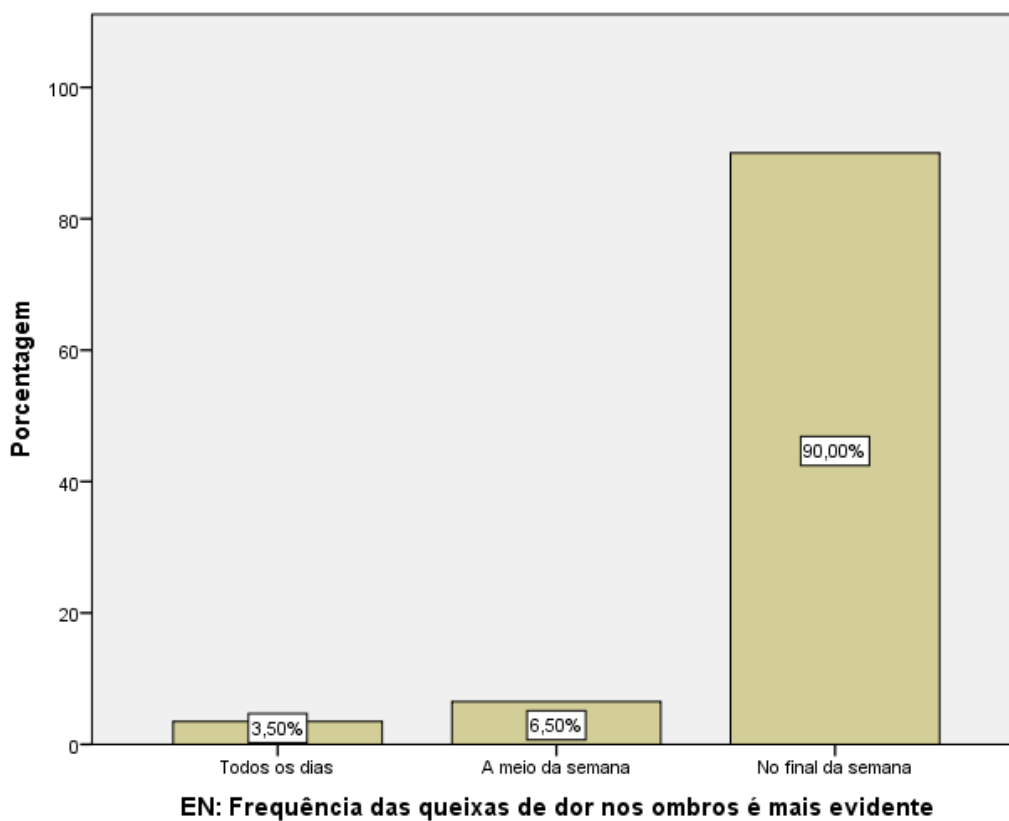
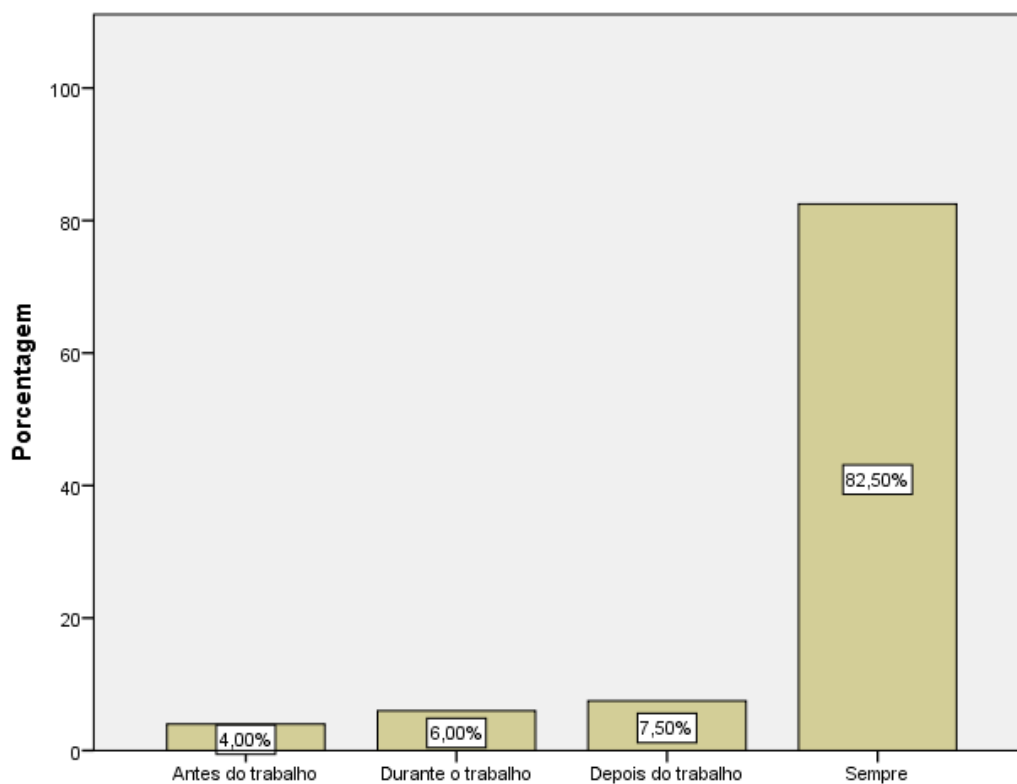
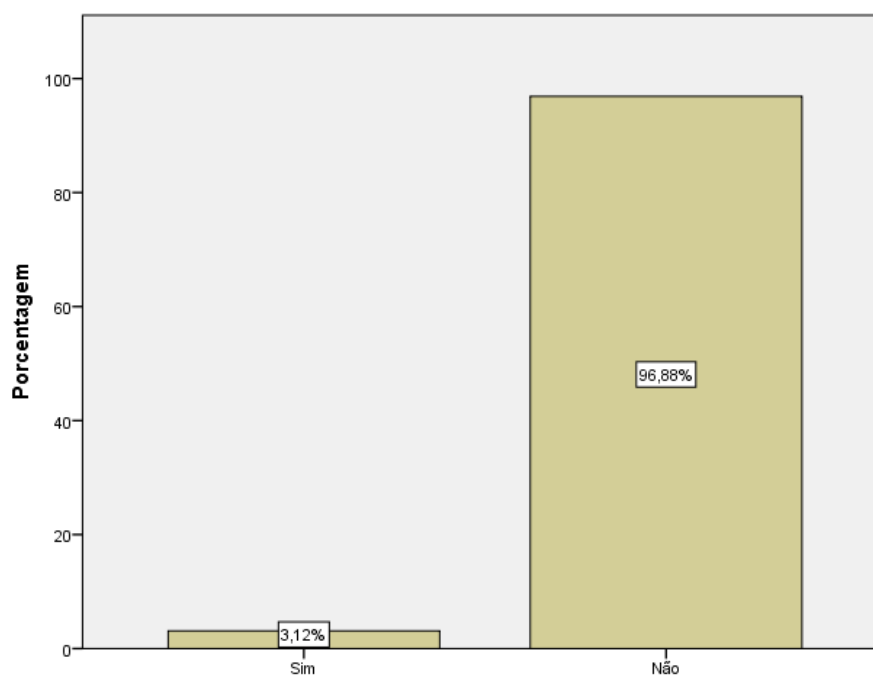


Gráfico 61-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento da sensação de dor na região dos ombros



EN: Momento da sensação de dor nos ombros é mais evidente

Gráfico 62-Distribuição percentual da amostra em relação a problemas na região do tórax



EN: Problemas no torax nos últimos 6 meses

Gráfico 63-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região do tórax

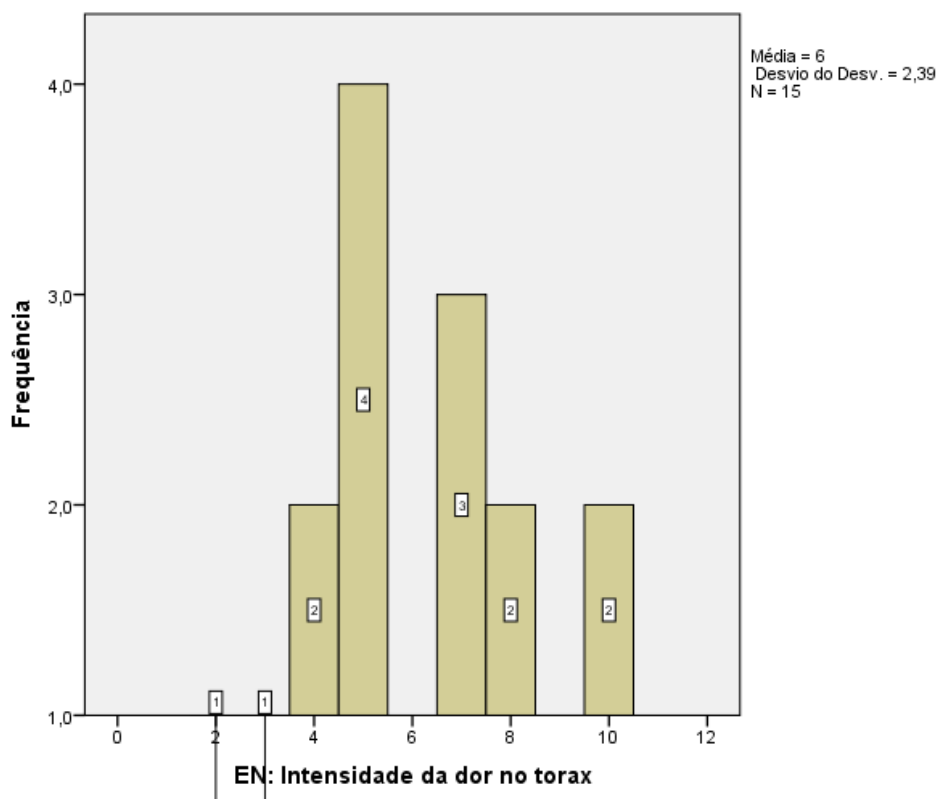


Gráfico 64-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região do tórax

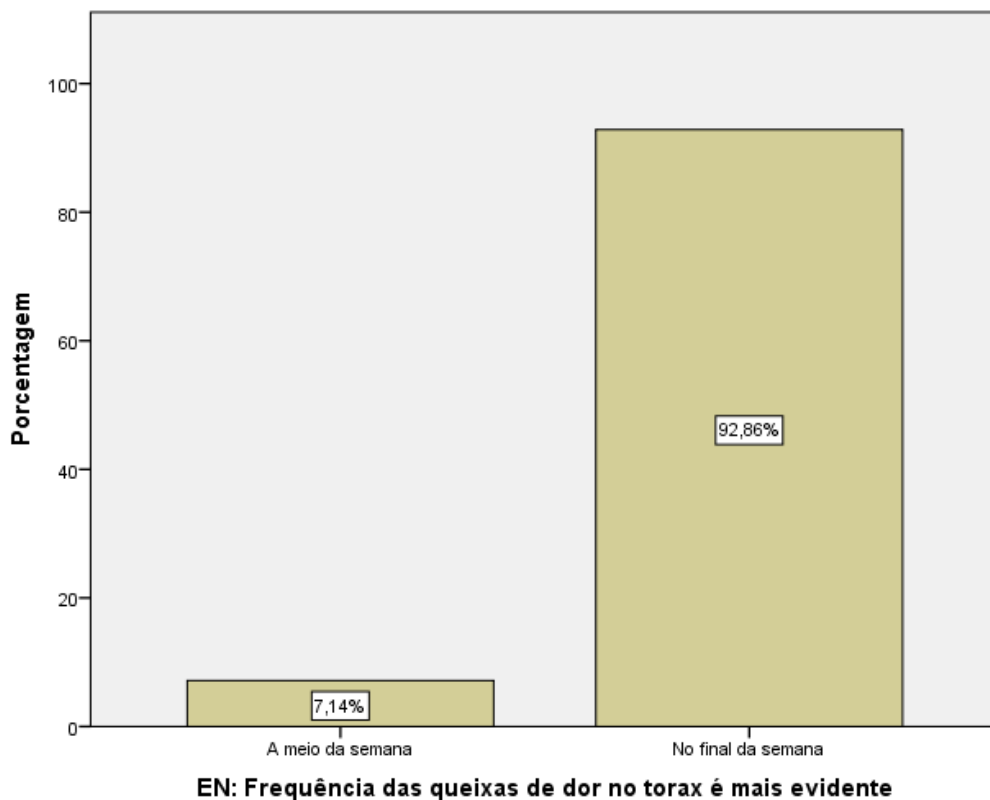
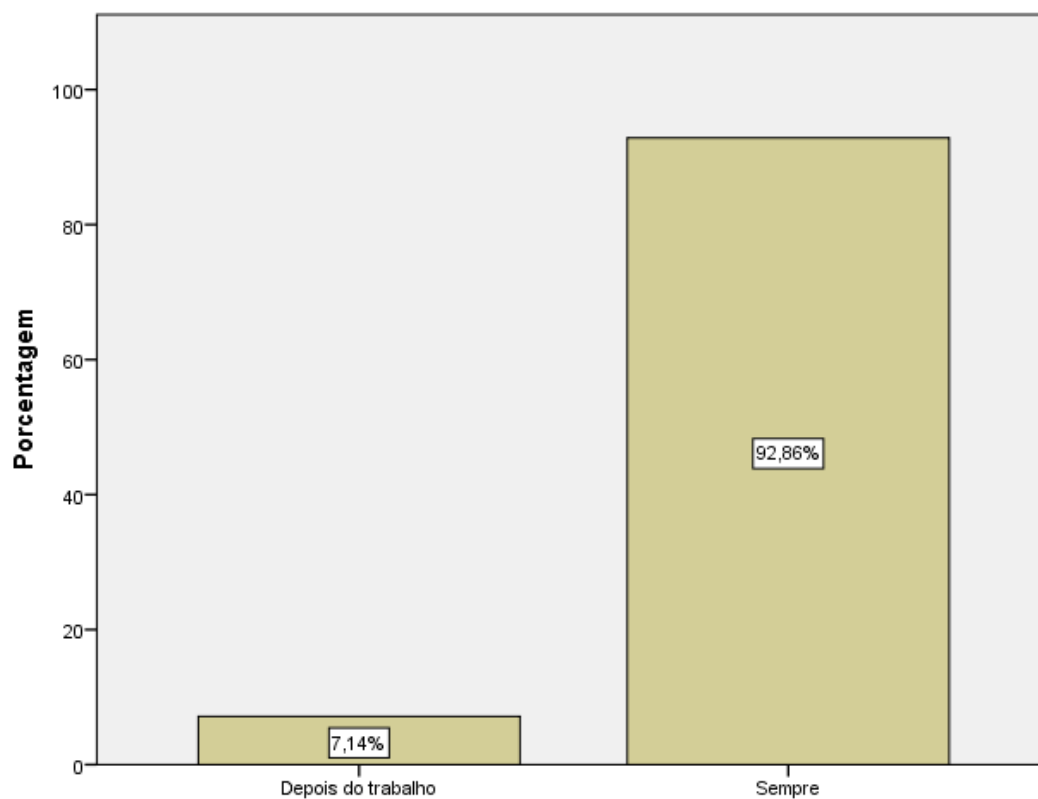
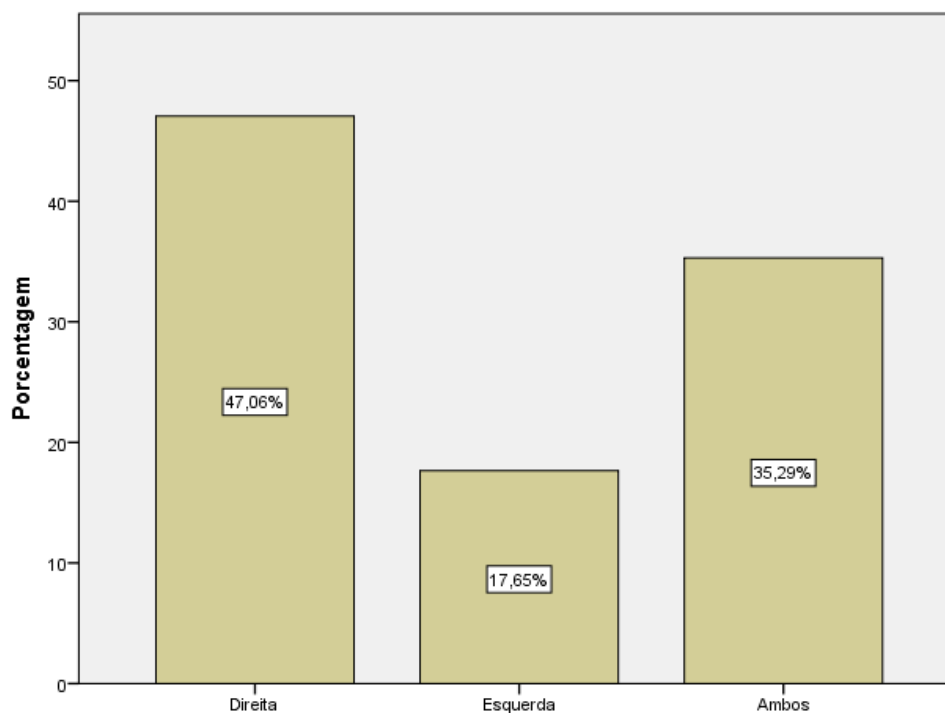


Gráfico 65-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento da sensação de dor na região do tórax



EN: Momento da sensação de dor no torax é mais evidente

Gráfico 66-Distribuição percentual da amostra em relação a localização do problema sentido nos cotovelos



EN: Problemas nos cotovelos nos últimos 6 meses - localização

Gráfico 67-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região dos cotovelos

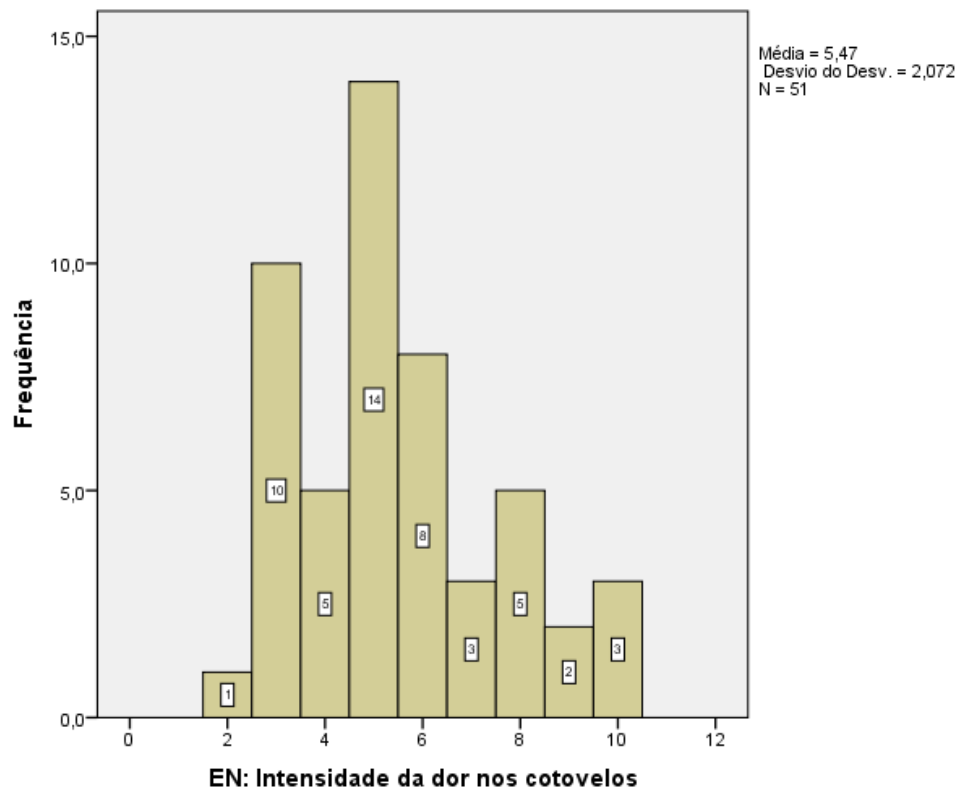


Gráfico 68-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região dos cotovelos

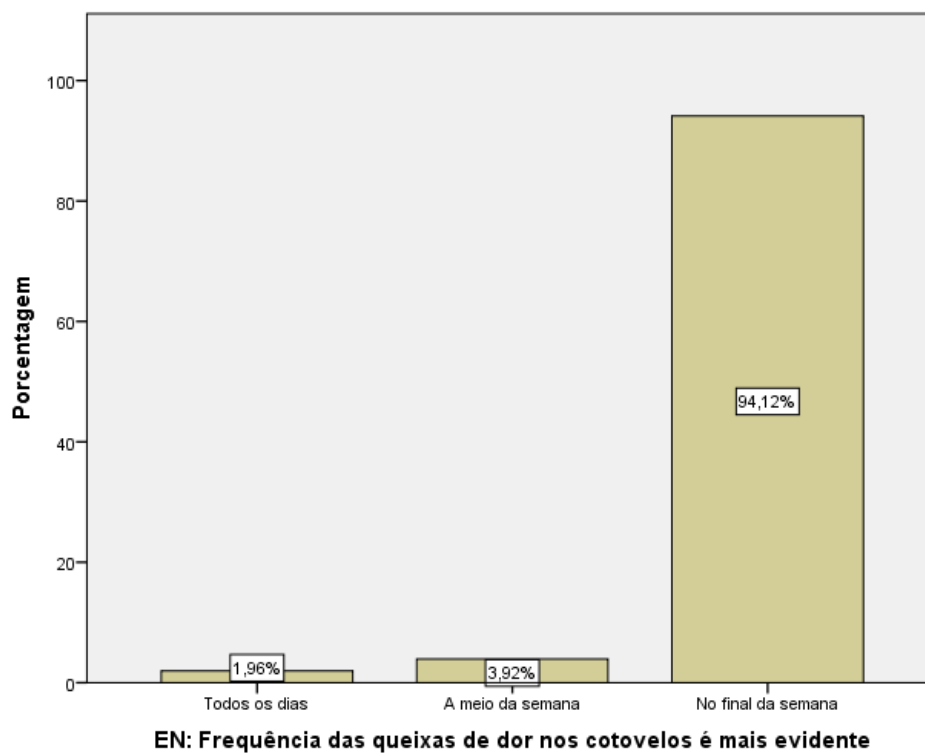


Gráfico 69-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento da sensação de dor na região dos cotovelos

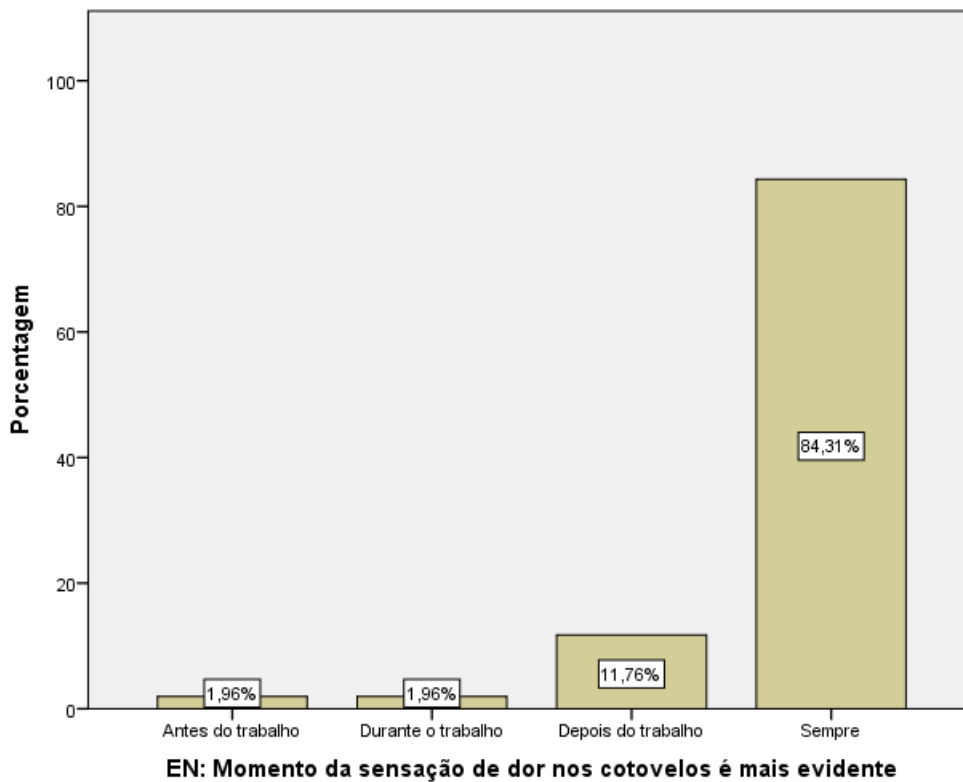


Gráfico 70-Distribuição percentual da amostra em relação a localização do problema sentido nos punhos e mãos

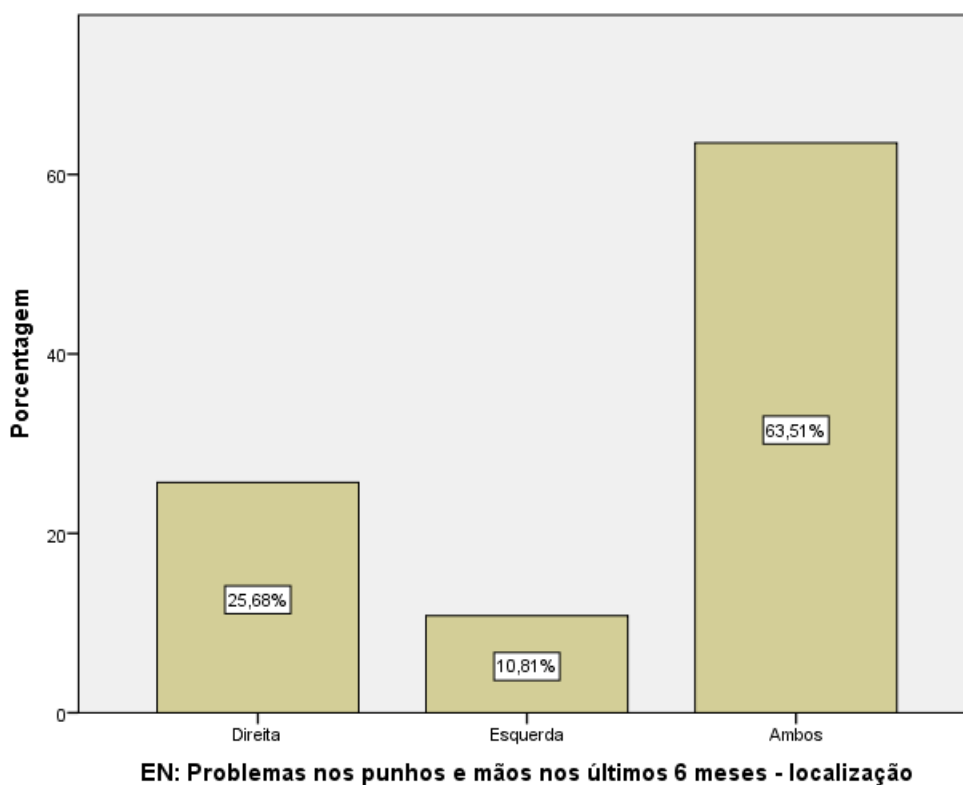


Gráfico 71-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região dos punhos e mãos

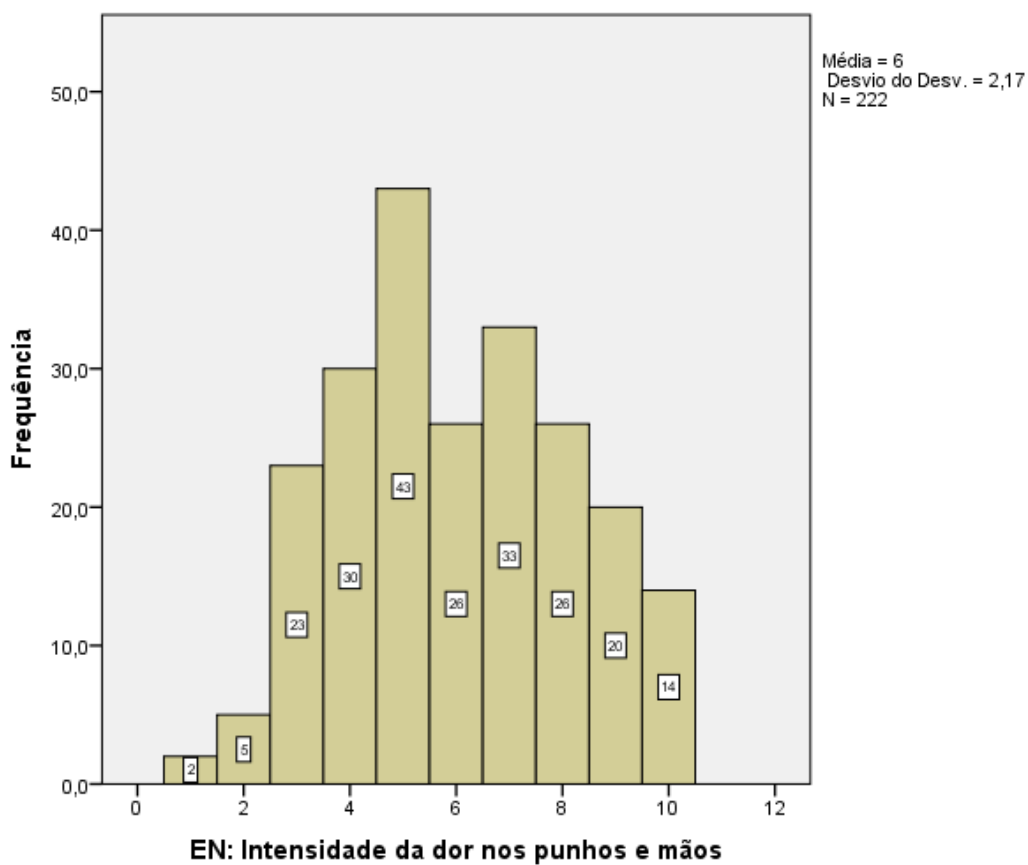


Gráfico 72-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região dos punhos e mãos

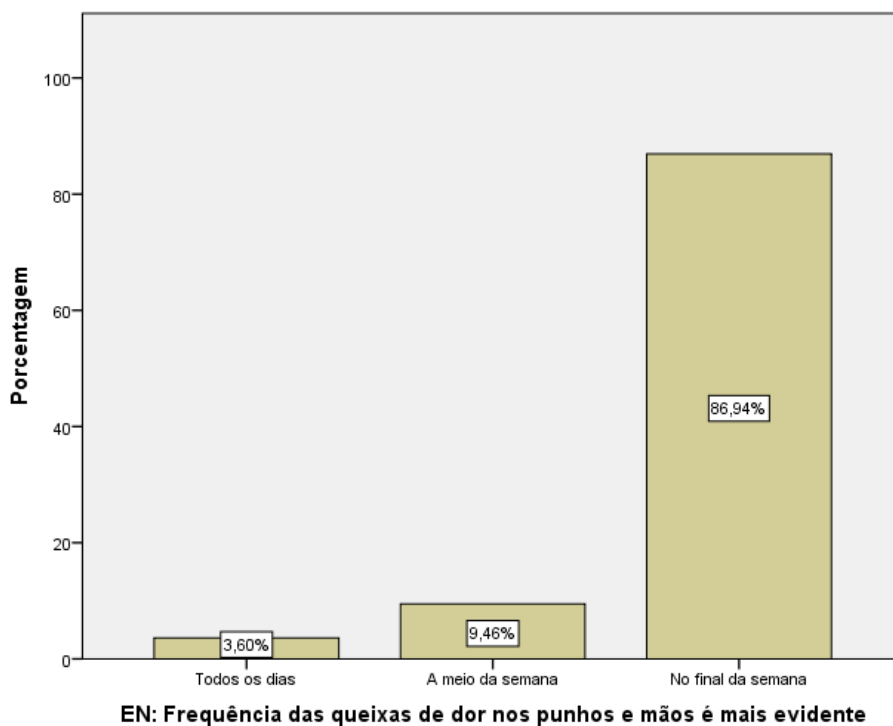


Gráfico 73-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento da sensação de dor na região dos punhos e mãos



Gráfico 74-Distribuição percentual da amostra em relação a problemas na região lombar

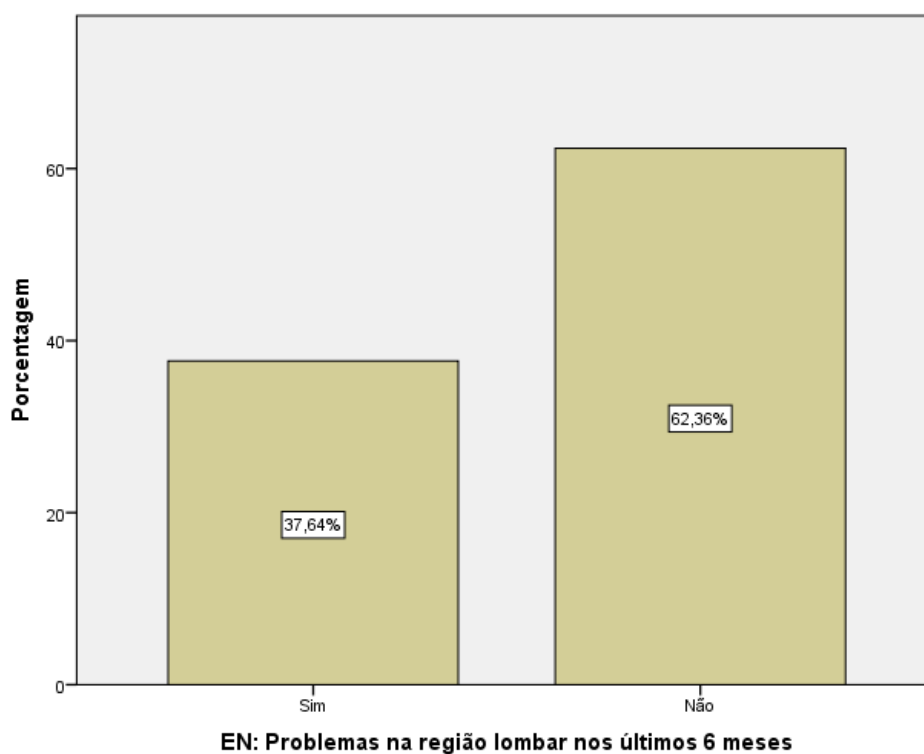


Gráfico 75-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região lombar

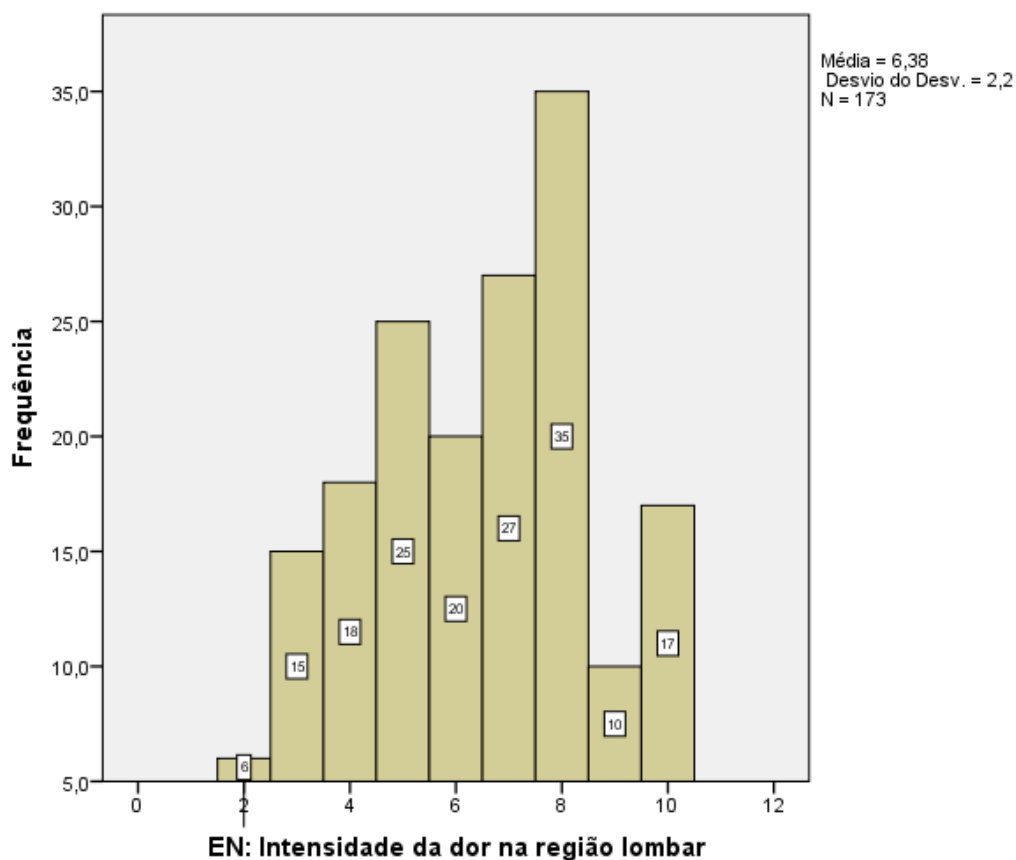


Gráfico 76-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento de sensação de dor na região lombar

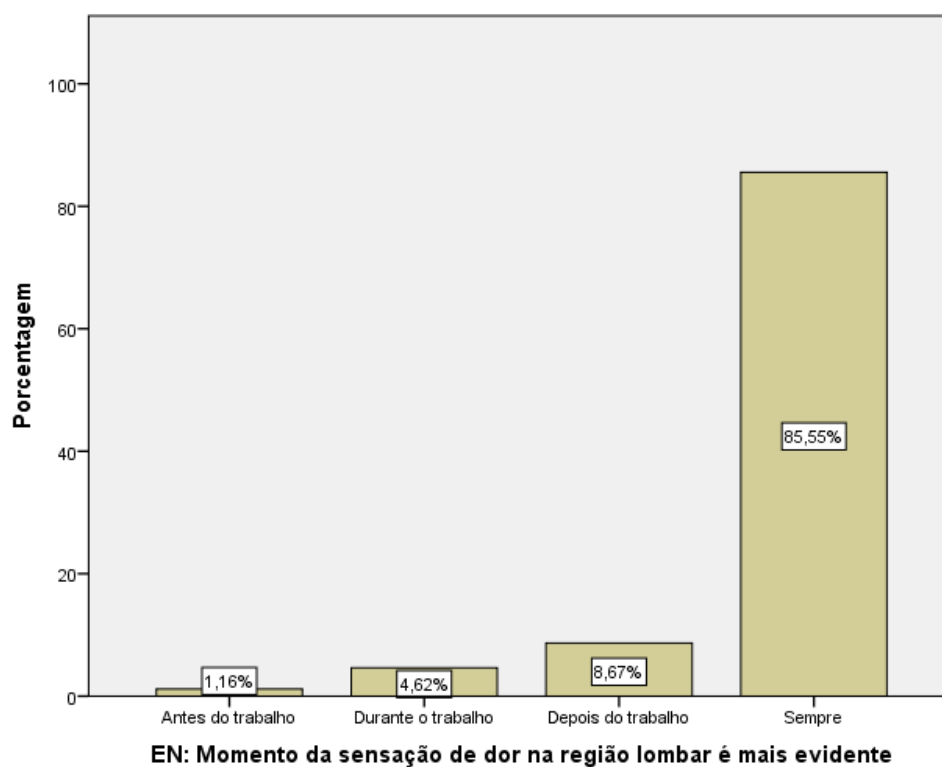
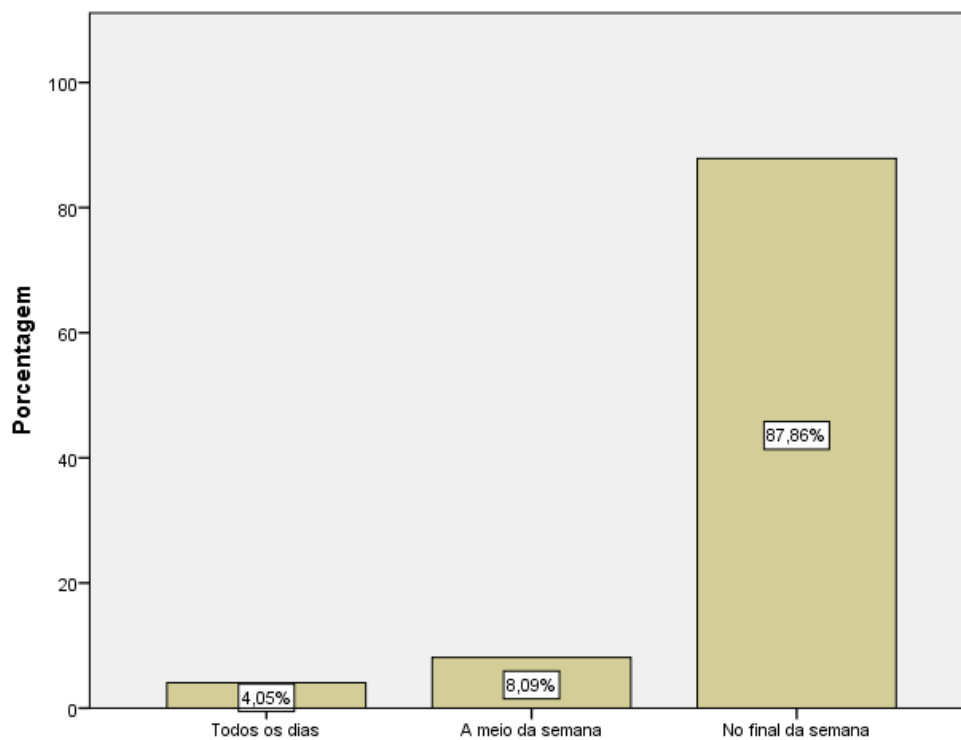
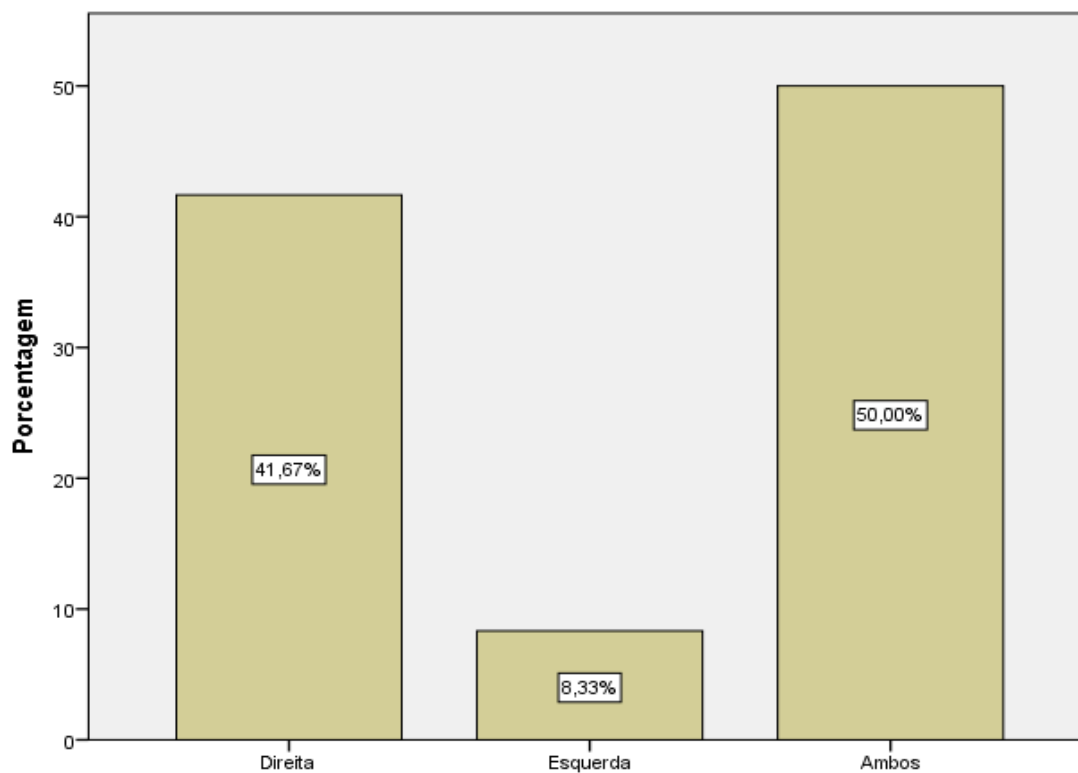


Gráfico 77-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região lombar



EN: Frequência das queixas de dor na região lombar é mais evidente

Gráfico 78-Distribuição percentual da amostra em relação a localização do problema sentido nas ancas e coxas



EN: Problemas nas ancas e coxas nos últimos 6 meses - localização

Gráfico 79-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região das ancas e coxas

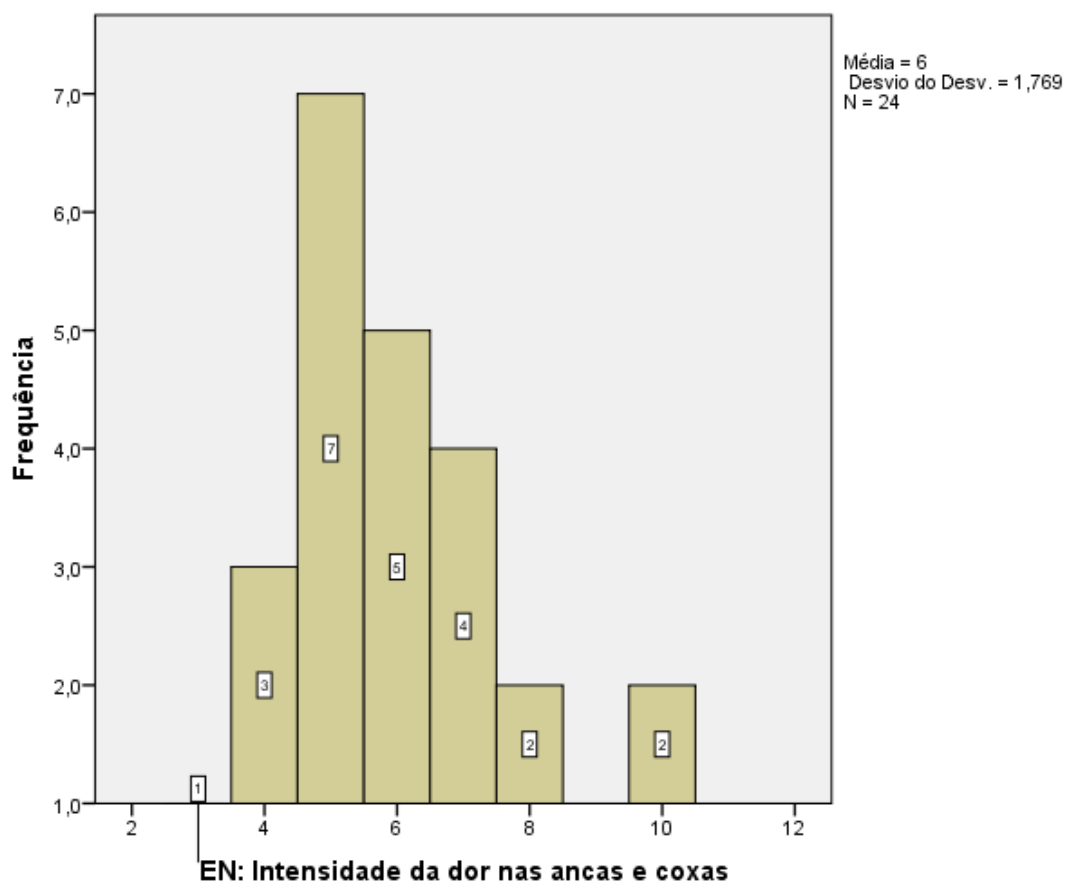


Gráfico 80-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento de sensação de dor na região das ancas e coxas

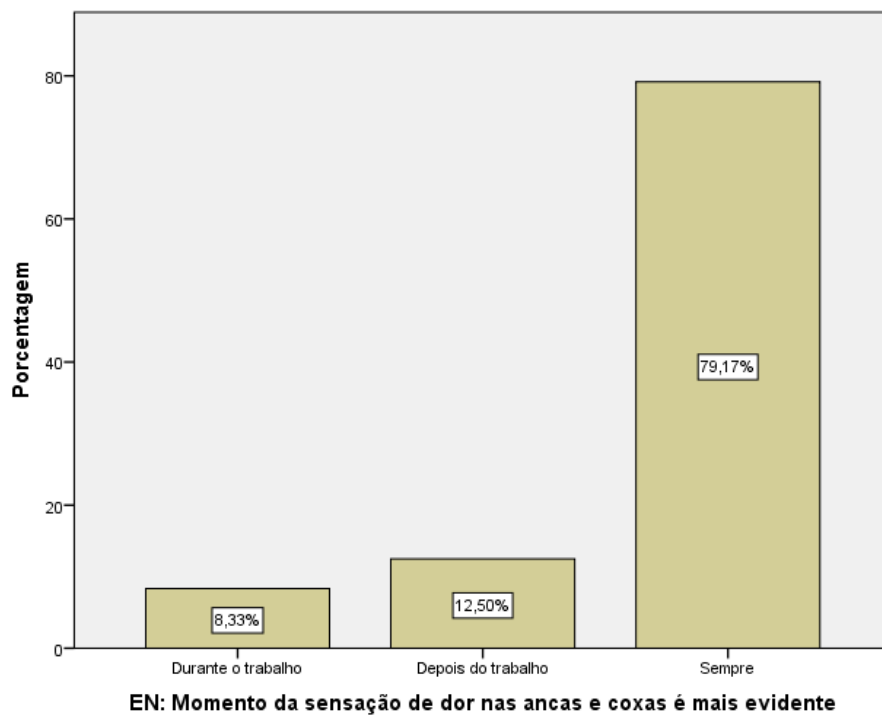
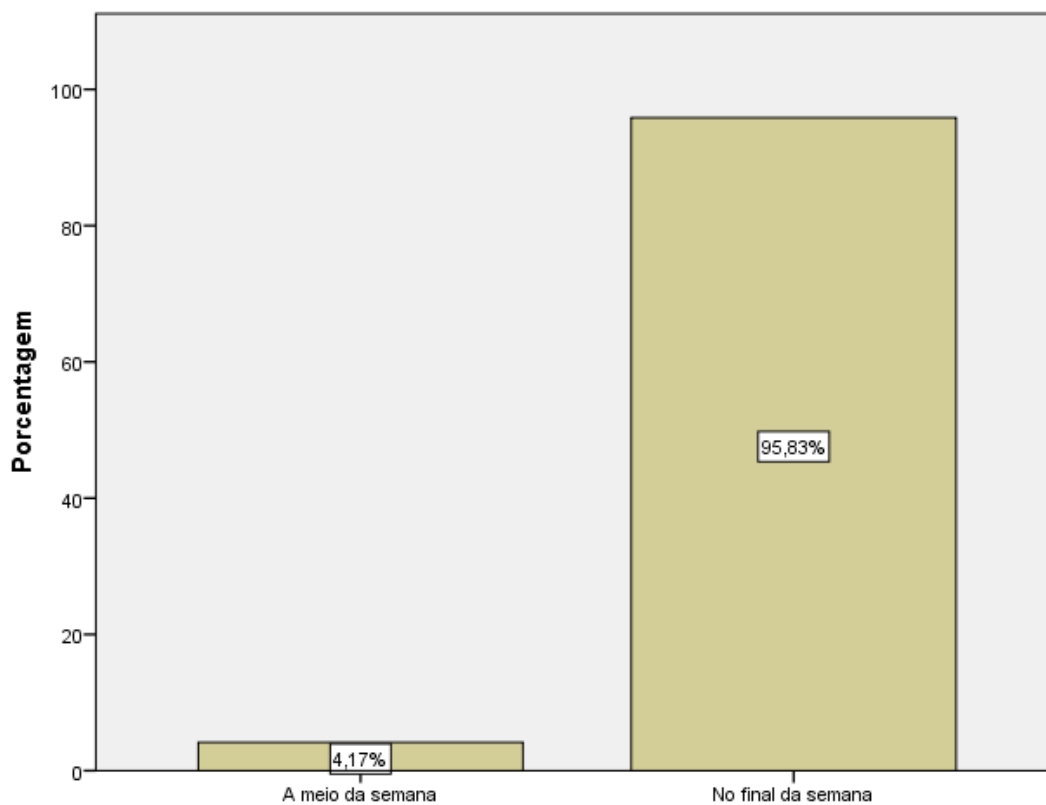
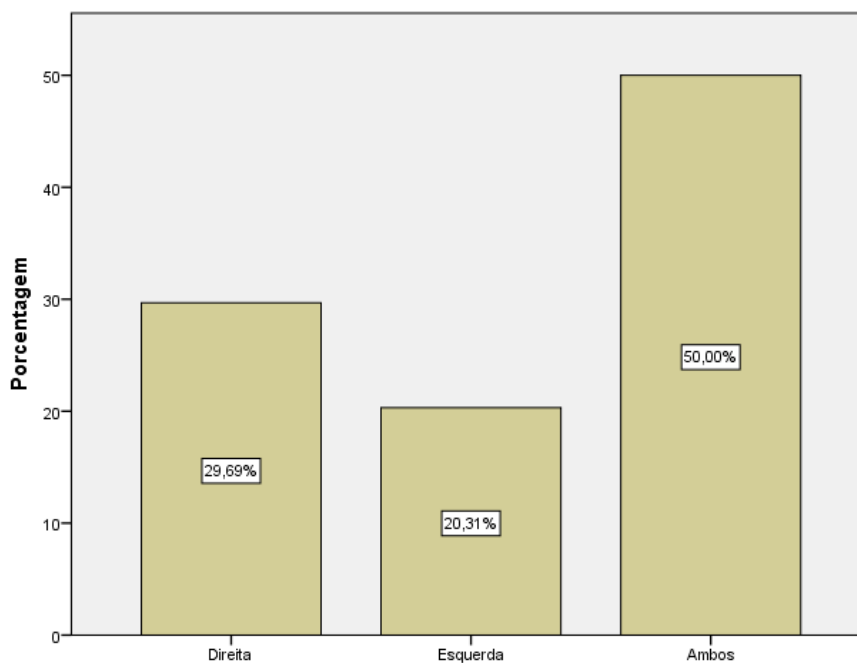


Gráfico 81-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região das ancas e coxas



EN: Frequência das queixas de dor nas ancas e coxas é mais evidente

Gráfico 82-Distribuição percentual da amostra em relação a localização do problema sentido nos joelhos



EN: Problemas nos joelhos nos últimos 6 meses - localização

Gráfico 83-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região dos Joelhos

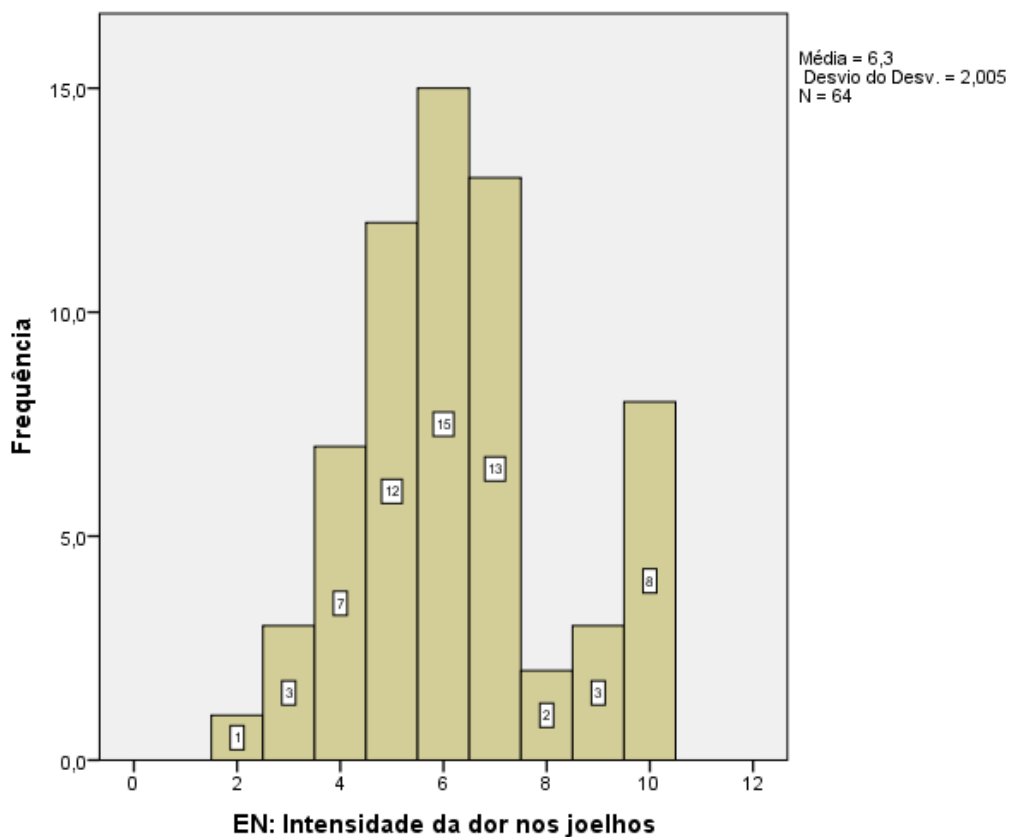


Gráfico 84-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento de sensação de dor na região dos Joelhos

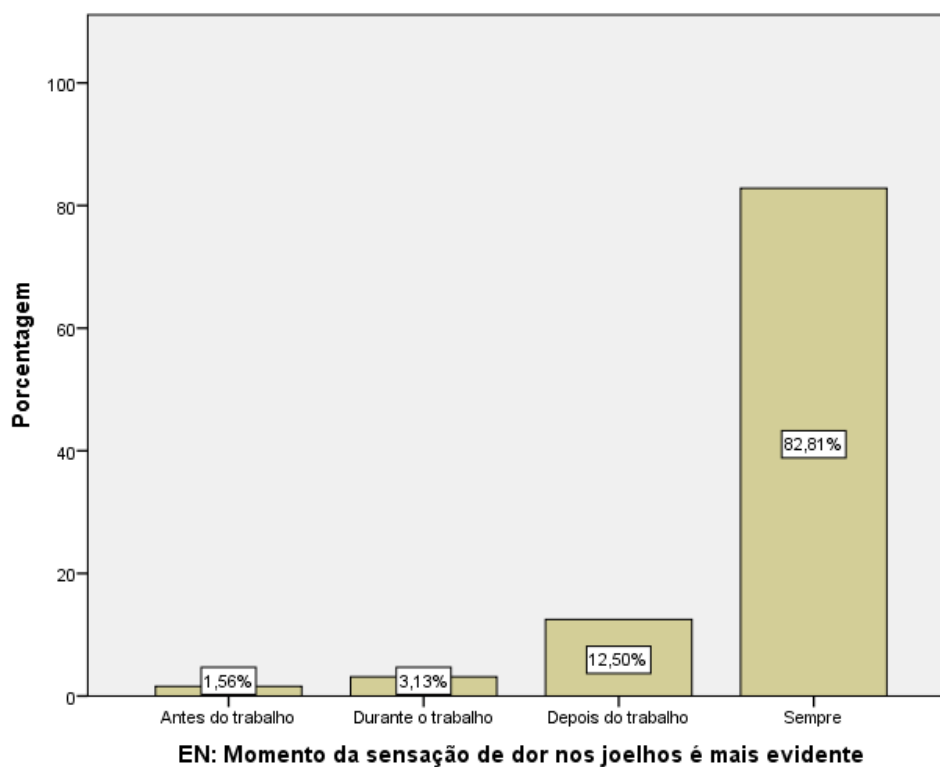
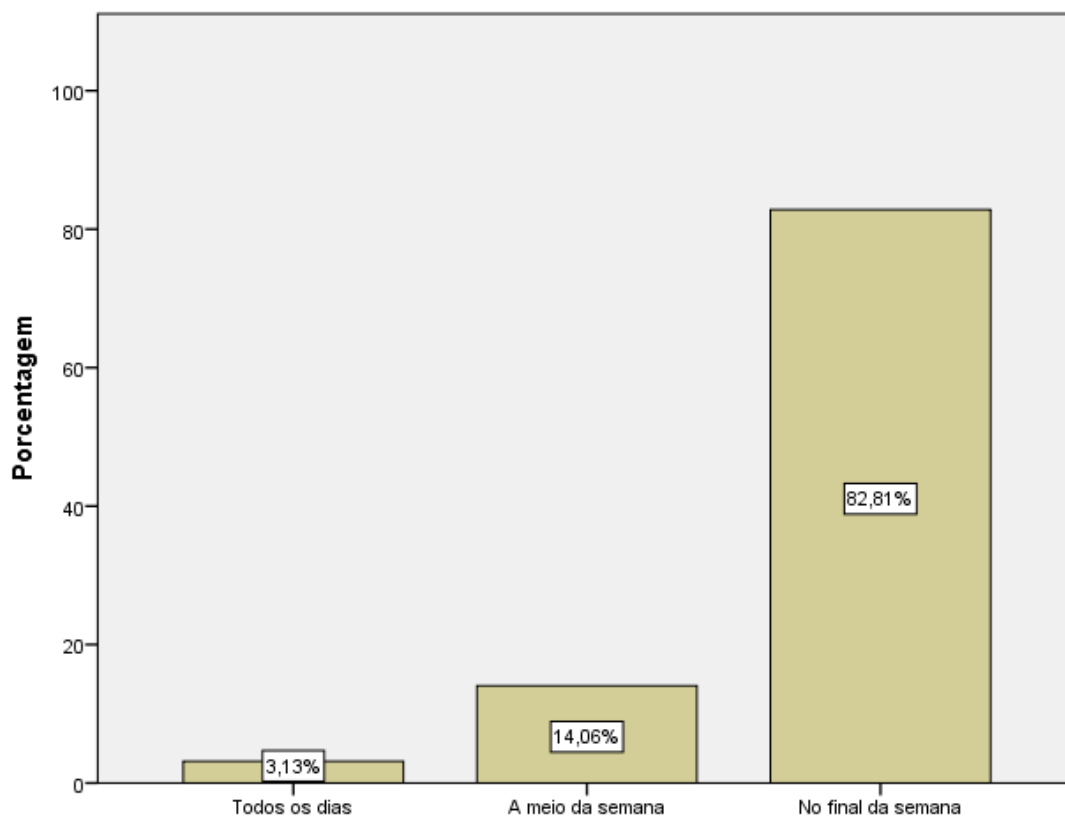
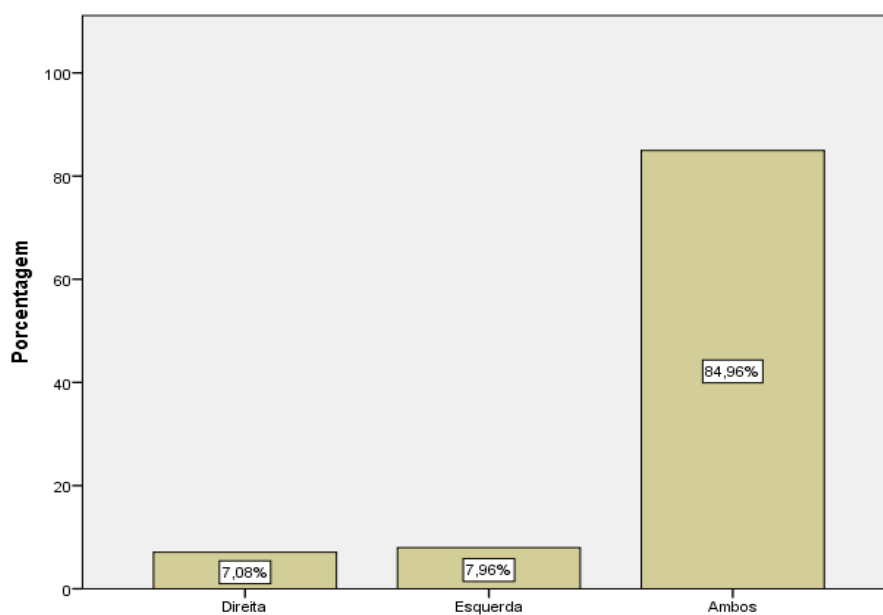


Gráfico 85-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região dos Joelhos



EN: Frequência das queixas de dor nos joelhos é mais evidente

Gráfico 86-Distribuição percentual da amostra em relação a localização do problema sentido nos tornozelos e pés



EN: Problemas nos tornozelos e pés nos últimos 6 meses - localização

Gráfico 87-Distribuição percentual da amostra em relação a intensidade da dor na região dos tornozelos e pés

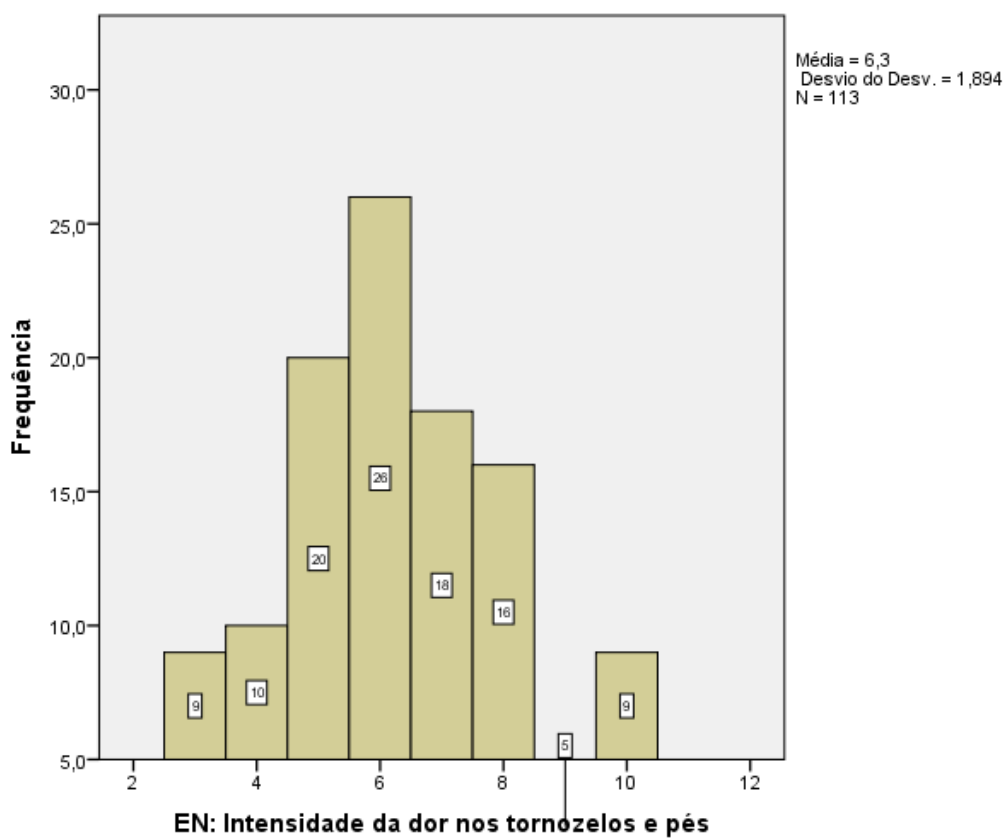


Gráfico 88-Distribuição percentual da amostra em relação ao momento da sensação de dor na região dos tornozelos e pés

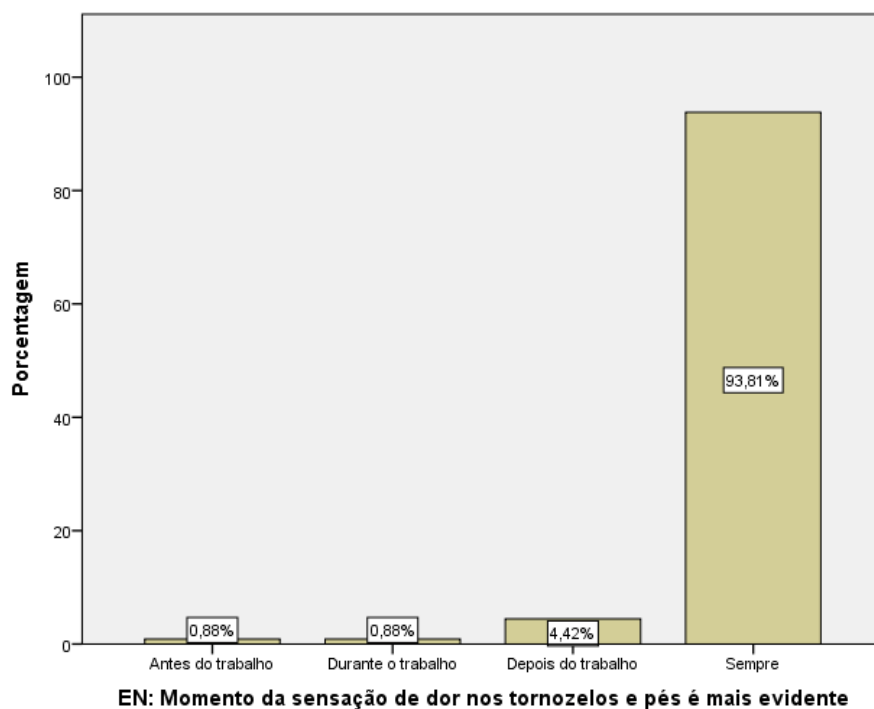
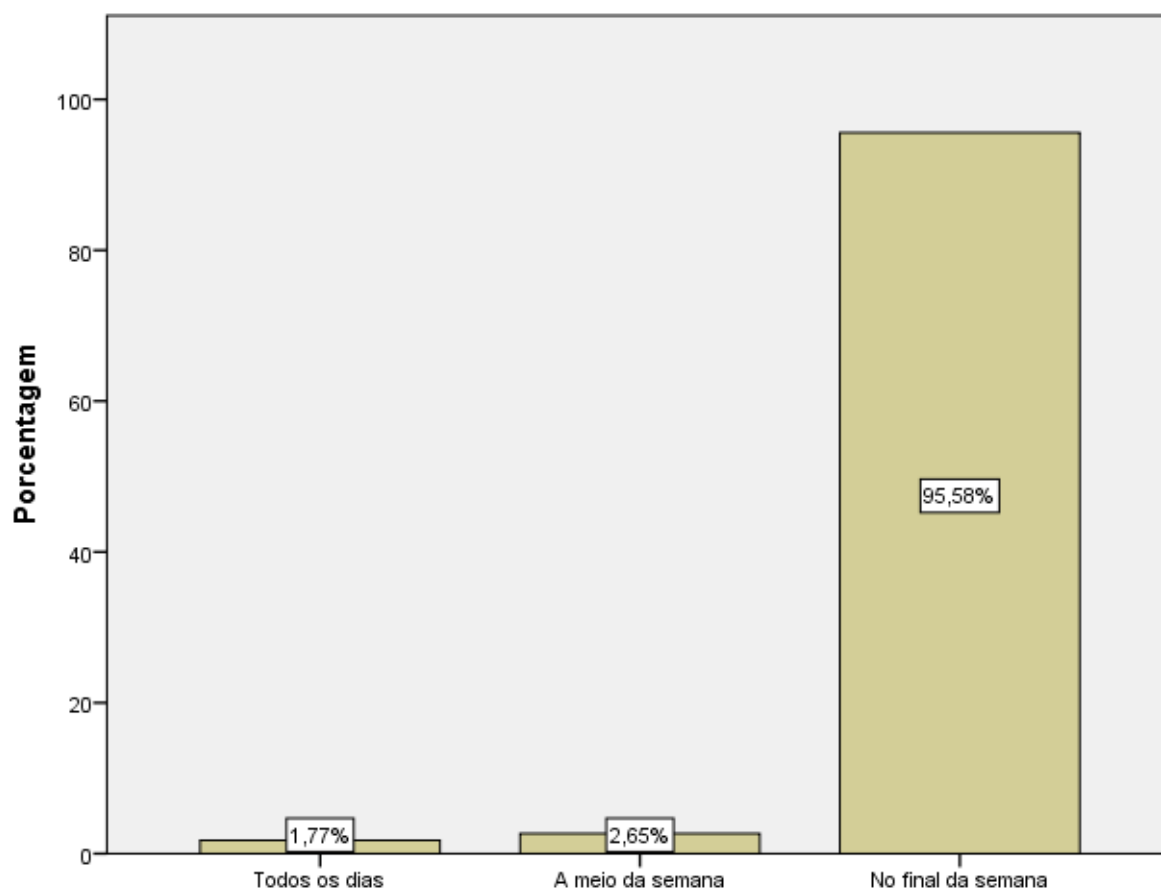


Gráfico 89-Distribuição percentual da amostra em relação a frequência das queixas de dor na região dos tornozelos e pés



EN: Frequência das queixas de dor nos tornozelos e pés é mais evidente



Anexo 9: Competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	
Domínios de competências comuns	Unidade de Competência
Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	1 – As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:
	<p>a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <ul style="list-style-type: none">• Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada.• Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;• Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de Especialidade;• Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.
	<p>b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <ul style="list-style-type: none">• Promove a protecção dos direitos humanos.• Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.
	1 – As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:



Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;	<ul style="list-style-type: none">• Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade.• Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.
	b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da <i>qualidade</i> ;	<ul style="list-style-type: none">• Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.• Planeia programas de melhoria contínua.• Lidera programas de melhoria.
	c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.	<ul style="list-style-type: none">• Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo.• Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.
Competências do domínio da gestão dos cuidados	1 – As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:	
	a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;	<ul style="list-style-type: none">• Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.• Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.
	b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto	<ul style="list-style-type: none">• Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.



	visando a otimização da qualidade dos cuidados.	<ul style="list-style-type: none">• Adapta o estilo de liderança e adequa -o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.
Competências do domínio das aprendizagens profissionais	1 – As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes:	
	a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;	<ul style="list-style-type: none">• Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.• Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.
	b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.	<ul style="list-style-type: none">• Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.• Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.• Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.



Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	
Domínios de competências comuns	Unidade de Competência
Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública	<ul style="list-style-type: none">• Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.• Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.• Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.• Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.• Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.
	<ul style="list-style-type: none">• Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.



		<ul style="list-style-type: none">• Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.• Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.
	c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;	<ul style="list-style-type: none">• Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
	d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica.	<ul style="list-style-type: none">• Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde - doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

