

Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. Bahia, Brasil

Work ability among primary health care nursing staff. Bahia, Brazil

Técia Maria Santos Carneiro e Cordeiro, Tânia Maria de Araújo

Recebido 14 outubro 2015 / Enviado para Modificação 23 junho 2016 / Aprovado 12 dezembro 2017

RESUMO

Objetivo Avaliar fatores associados à capacidade para o trabalho (CT) em trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde na Bahia, Brasil.

Métodos Estudo transversal exploratório. Para verificar a capacidade para o trabalho foi utilizado o Índice de Capacidade para o Trabalho; e a magnitude das associações foi estimada pela regressão logística.

Resultados A prevalência da capacidade para o trabalho inadequada foi de 17,9%, estava associada ao vínculo de trabalho efetivo, ao trabalho realizado em apenas um turno, ter desenvolvido doença ocupacional, estar insatisfeito com a capacidade para o trabalho e vivenciar alta exigência no trabalho.

Conclusão A capacidade para o trabalho inadequada é um problema de saúde pública no âmbito da saúde do trabalhador; assim, medidas de promoção e prevenção devem ser adotadas nos ambientes laborais, além da implementação de um programa de saúde ocupacional. Com este estudo, confirmou-se a complexidade multidimensional da capacidade para o trabalho e a relevância técnica e científica de futuros estudos para campo da saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Avaliação da capacidade de trabalho; saúde do trabalhador; atenção primária à saúde; equipe de enfermagem (*fonte: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To assess factors associated with work ability (WA) in primary health care nursing staff in the State of Bahia, Brazil.

Methods Exploratory, cross-sectional study. The Work Ability Index was used to verify work ability, while the magnitude of the associations was estimated using logistic regressions.

Results The prevalence of inadequate work ability was 17.9%, which was associated with effective working relationships, work done in one shift, having developed an occupational disease, being dissatisfied with the work ability and experiencing high demands at work.

Conclusion Inadequate work ability is a public health problem in the context of occupational health; thus, promotion and prevention measures should be adopted in working environments, in addition to implementing an occupational health programs. This study confirmed the multidimensional complexity of work ability and the technical and scientific relevance of future studies for the field of occupational health.

Key Words: Work capacity evaluation; occupational health; primary health care; nursing team (*source: MeSH, NLM*).

TC: Enfermeira. M. Sc. Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana. Núcleo de Epidemiologia. teciamarya@yahoo.com.br
TA: Psicóloga. Ph. D. Saúde Pública. Universidade Estadual de Feira de Santana. Núcleo de Epidemiologia. araujo.tania@uefs.br

RESUMEN**Capacidad para el trabajo de trabajadores de enfermería en atención primaria de salud. Bahía, Brasil**

Objetivo Evaluar factores asociados a la capacidad para el trabajo (CT) en trabajadores de enfermería de la atención primaria a la salud en Bahía, Brasil.

Métodos Estudio transversal exploratorio. Para verificar la capacidad para el trabajo se utilizó el Índice de Capacidad para el Trabajo; y la magnitud de las asociaciones fue estimada por la regresión logística.

Resultados La prevalencia de la capacidad para el trabajo inadecuada fue de 17,9%, estaba asociada al vínculo de trabajo efectivo, al trabajo realizado en un turno, haber desarrollado enfermedad ocupacional, estar insatisfecho con la capacidad para el trabajo y vivenciar alta exigencia en el trabajo.

Conclusión La capacidad para el trabajo inadecuada es un problema de salud pública en el ámbito de la salud ocupacional; así, medidas de promoción y prevención deben ser adoptadas en los ambientes laborales, además de la implementación de un programa de salud ocupacional. Con este estudio, se confirmó la complejidad multidimensional de la capacidad para el trabajo y la relevancia técnica y científica de los futuros estudios para el campo de la salud del trabajador.

Palabras Clave: Evaluación de capacidad de trabajo; salud laboral; atención primaria de salud; grupo de enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

A capacidade para o trabalho (CT) envolve um conceito amplo de múltiplas dimensões sobre o qual não existe um consenso, o que remete a complexidade multifacetada deste construto (1). Assim, pode-se considerar a CT como a autopercepção do indivíduo sobre a sua própria saúde, trabalho e estilo de vida, sendo um construto multidimensional e versátil por envolver pré-condições físicas, mentais e sociais (2).

Para avaliar a CT foi desenvolvido o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). O refere-se ao bem-estar do trabalhador no presente e no futuro e a capacidade de executar seu trabalho em função das exigências, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais (2). Este instrumento pode ser compreendido como um indicador de acompanhamento da CT com base na comparação entre a capacidade observada e aquela que seria esperada considerando a idade do trabalhador.

Desta forma, a CT é um construto relevante para a saúde do trabalhador, ao considerar os impactos gerados na força de trabalho pelo envelhecimento precoce, podendo estar relacionados aos aspectos sociodemográficos, estilo de vida, condições de saúde, aspectos educacionais e do trabalho(3,4).

Para fins teóricos e de investigação deste construto multidimensional, CT, o modelo estresse-desgaste se adequa a esta concepção por associar o desgaste do trabalhador como consequência de estressores físicos, mentais e psicossociais do trabalho, sendo que este desgaste pode desencadear um comprometimento das condições fisiológicas e psicossociais do trabalhador com a possibilidade de diminuição da CT. (3-5).

Quando o enfoque são os trabalhadores de enfermagem, deve-se considerar que o trabalho em saúde faz parte do setor de serviços e é caracterizado pela precarização, longas

jornadas de trabalho e baixos salários, o que, muitas vezes contribui para os múltiplos vínculos de trabalho e a insatisfação profissional. E o que o diferencia dos outros serviços é a necessidade de lidar com a dor, o sofrimento, as limitações ou a morte de um ser semelhante, gerando uma situação sempre difícil e desgastante, física e psicologicamente (6).

Na atenção básica à saúde, tem sido possível perceber várias situações de estresse e insatisfação com o trabalho de enfermagem, apesar dos estudos apontarem ainda pouca atenção com as condições de saúde desses trabalhadores. As demandas contemporâneas oriundas deste novo modelo de organização dos serviços de saúde estabelecem novas exigências para os trabalhadores envolvidos, inclusive os profissionais de enfermagem, os quais devem estar bem preparados, em condições físicas e biopsicossociais para exercer este trabalho. No entanto, isso depende das suas condições de vida, de saúde e de trabalho que são disponibilizadas para o exercício profissional.

Ao avaliar a CT, é possível detectar precocemente situações desfavoráveis ao trabalhador, e contribuir para a diminuição dos problemas de saúde física e mental, bem como pode alertar para que medidas sejam tomadas com vistas à prevenção, promoção ou reabilitação. Assim como, a implementação de políticas públicas que contemplem valores, interesses, subsídios para melhores condições de trabalho tendo em vista a carreira profissional e o desgaste desses trabalhadores.

Considerando a importância de se estudar trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde no âmbito da Saúde do Trabalhador do Brasil, em que concentram investigações com equipes de enfermagem no contexto hospitalar, este estudo tem como objetivo avaliar fatores associados à CT em trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde na Bahia, Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal de caráter exploratório, o qual constitui um subprojeto da pesquisa: “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde da atenção básica na Bahia”, projeto multicêntrico desenvolvido entre 2011 e 2012 em cinco municípios do Estado da Bahia – Feira de Santana, Santo Antonio de Jesus, Salvador, Jequié e Itabuna. Em Salvador se restringiu apenas ao Distrito Sanitário do Centro Histórico.

Os critérios de inclusão para este estudo foram: trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), com tempo de serviço superior a seis meses e em atividade no momento da pesquisa. Aqueles que estiveram de licença saúde, afastamento e férias no período da coleta de dados foram excluídos.

Como este estudo é um subprojeto, foi recalculada a amostra. Consideraram-se os seguintes parâmetros: 31,3% da CT inadequada (7-12), intervalo de confiança de 95%, poder do estudo de 80% e reposição de 20%, chegando-se a uma amostra de 293; no entanto, foram entrevistados 490 trabalhadores de enfermagem, superando-se a amostra mínima estimada.

A coleta dos dados foi conduzida por uma equipe de entrevistadores treinados, os quais aplicavam os questionários com os trabalhadores de nível médio e para aqueles de nível superior era de autoaplicável. O questionário era composto por oito blocos de questões, o qual foi previamente testado em unidades de saúde de outro município, que não fez parte deste estudo.

A variável desfecho deste estudo, CT, foi mensurada pelo ICT, instrumento validado no Brasil (13) e formado por sete dimensões, cada uma avaliada por uma ou mais questões e os resultados podem atingir um escore de 7 a 49 pontos (2). Os escores do foram dicotomizados em CT inadequada (≤ 36 pontos) e CT adequada (≥ 37 pontos) (14). O alfa de Cronbach do neste estudo foi de aproximadamente 0,60 indicando que a consistência interna do instrumento é aceitável.

As variáveis descritoras deste estudo foram agrupadas em blocos: características sociodemográficas, hábitos de vida e atividades domésticas, características ocupacionais, satisfação no trabalho e aspectos psicossociais.

A variável sobrecarga doméstica foi calculada pelo somatório de quatro atividades domésticas ponderada pelo número de moradores na residência, exceto o (a) entrevistado (a), através da fórmula: $SD = \Sigma (\text{lavar} + \text{passar} + \text{limpar} + \text{cozinhar}) \times (M-1)$ (15). Para análise, a sobrecarga doméstica foi dicotomizada de acordo o tercil do escore em baixa (\leq segundo tercil) e alta ($>$ segundo tercil) (16).

As condições do ambiente de trabalho foram verificadas a partir do somatório das características físicas do ambiente como ventilação, temperatura, iluminação, ruído, condições de mesas e cadeiras e recursos técnicos e equipamentos, gerando um escore global dicotomizado (precária e satisfatória) pela média das respostas, sendo que: quanto maior a pontuação melhor as condições do ambiente de trabalho (17).

Os aspectos psicossociais do trabalho foram mensurados pelo Job Content Questionnaire (JCQ) (19). O cálculo dos indicadores foi realizado segundo recomendações de Karasek (18), logo depois foram dicotomizados em baixo e alto, sendo considerado o ponto de corte a média de cada variável; exceto a demanda emocional, que foi verificada pela questão do JCQ “Meu trabalho me exige muito emocionalmente”, a qual foi dicotomizada em baixa (respostas discordo fortemente e discordo) e alta (respostas concordo e concordo fortemente).

Para avaliar a influência entre os níveis de controle sobre o trabalho e a demanda psicológica foi adotado o modelo demanda-controle que permite diferenciar quatro tipos básicos de experiências no trabalho: alta exigência no trabalho, trabalho ativo, trabalho passivo e baixa exigência (20).

O processamento dos dados foi realizado pelo Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 15.0, OpenEpi versão 3.0 e Statistics Data Analysis STATA versão 10.0. Procedeu-se a análise estatística descritiva e bivariada. O teste Qui-quadrado e o Exato de Fisher foram utilizados para avaliação da significância estatística, adotando-se valores de $p \leq 0,05$.

A regressão logística exploratória foi realizada para avaliar o efeito simultâneo das variáveis estudadas. Utilizou-se o método backward e o p valor foi adotado como critério para entrada e saída das variáveis no modelo (21). A análise foi realizada em blocos referentes às variáveis descritoras, para seleção das variáveis nos blocos considerou-se valor de $p \leq 0,25$ e a literatura. Posteriormente, as variáveis com valor de $p \leq 0,17$ de cada bloco foram inseridas no modelo completo, permanecendo no modelo final aquelas com valor de $p \leq 0,05$ (21).

Na regressão logística utilizou-se o modelo demanda-controle devido à colinearidade com os aspectos psicossociais. Foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta para estimar as razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança 95% das variáveis que permaneceram no modelo final. A análise diagnóstica do modelo final de discriminação, ajuste e adequação aos dados foi realizada por meio da área da curva ROC, do teste de bondade de ajuste de Hosmer e Lemeshow e da identificação de dados influentes segundo parâmetros considerados por Hosmer e Lemeshow (21).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana sob parecer nº 846.062/2014.

RESULTADOS

A prevalência da CT inadequada foi de 17,9%, sendo 18,2% entre enfermeiros e 17,7% entre auxiliares e técnicos de enfermagem. A maioria dos trabalhadores de enfermagem, 92,0% eram mulheres, 52,0% tinham mais de 35 anos, 65,1% eram auxiliares e técnicos de enfermagem, 64,8% trabalhavam no município até 10 anos e 50,2% com vínculo temporário.

A prevalência da CT inadequada foi 3,60 vezes maior entre as mulheres quando comparadas aos homens e 1,58 vezes maior entre os trabalhadores de enfermagem que tinham mais de 35 anos quando comparados aos que tinham menos de 35 anos. Foram observadas também maiores prevalências de CT inadequada entre os trabalhadores que não participavam de atividades de lazer (RP=1,59), não praticavam atividades físicas (RP=1,39), fumavam (RP=1,79), ingeriam bebidas alcoólicas (RP=1,33) e tinham alta sobrecarga doméstica (RP=1,47). Apenas alcançou níveis de significância estatística ser do sexo feminino e não participar de atividades de lazer ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1. Associação entre as características sociodemográficas, hábitos de vida, sobrecarga doméstica e a capacidade para o trabalho inadequada em trabalhadores de enfermagem. Bahia-Brasil, 2011-2012

Características sociodemográficas (n)	Capacidade para o trabalho inadequada		RP	IC 95%	Valor de p
	n	%			
Sexo (490)					
Masculino (39)	2	5,3	1,00	-	-
Feminino (451)	85	18,9	3,60	0,92-14,00	0,040
Idade (477)					
Até 35 anos (229)	31	13,5	1,00	-	-
Acima de 35 anos (248)	53	21,5	1,58	1,06-2,37	0,024
Situação conjugal (488)					
Sem companheiro (234)	43	18,4	1,00	-	-
Com companheiro (254)	44	17,5	0,95	0,65-1,39	0,808
Escolaridade (486)					
Ensino superior (268)	48	18,1	1,00	-	-
Ensino médio (218)	39	17,9	0,99	0,67-1,44	0,949
Raça/cor da pele (484)					
Não negra (118)	18	15,3	1,00	-	-
Negra (366)	69	19,0	1,25	0,77-2,00	0,357
Presença de filhos (487)					
Não (196)	31	15,8	1,00	-	-
Sim (291)	56	19,4	1,23	0,82-1,83	0,310
Participação de atividades de lazer (484)					
Sim (406)	66	16,3	1,00	-	-
Não (78)	20	26,0	1,59	1,02-2,46	0,043
Prática de atividades físicas (436)					
Sim (181)	25	13,9	1,00	-	-
Não (255)	49	19,4	1,39	0,89-2,17	0,136
Uso de tabaco (479)					
Não (462)	80	17,4	1,00	-	-
Sim (17)	5	31,3	1,79	0,84-3,81	0,276
Consumo de bebidas alcoólicas (427)					
Não (248)	36	14,6	1,00	-	-
Sim (179)	35	19,6	1,33	0,87-2,04	0,180
Sobrecarga doméstica (479)					
Baixa (366)	59	16,2	1,00	-	-
Alta (113)	27	23,9	1,47	0,98-2,20	0,063

Quanto às condições de trabalho, a prevalência de CT inadequada foi maior entre os trabalhadores de enfermagem que tinham mais de 10 anos de trabalho (RP=1,77), com vínculo de trabalho efetivo (RP=1,90), que trabalhavam apenas um turno (RP=1,84), com mais de um vínculo empregatício (RP=1,47), jornada total de trabalho na semana

acima de 40 horas (RP=1,41), que referiram condições do ambiente de trabalho precárias (RP=1,73) e aqueles que tiveram doença ocupacional, todas as diferenças foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$). A insatisfação com a CT (RP=2,25), consigo mesmo (RP=2,01), com as relações pessoais (amigos, colegas e parentes) (RP=1,87),

com o trabalho (RP=1,77) apresentaram associação positiva com a CT inadequada estatisticamente significativa ($p<0,05$). Assim como, a percepção do trabalhador em não candidatar-se ao mesmo emprego novamente diante da (in) satisfação no trabalho apresentou uma prevalência duas vezes mais elevada do que aqueles que pretendiam se candidatar (RP=2,09; $p=0,003$).

Os aspectos psicossociais do trabalho, como alta demanda física (RP=1,63) e baixo suporte social (RP=1,61) apresentaram associação positiva com a CT

inadequada e estatisticamente significativa ($p<0,05$). No modelo demanda-controle, a prevalência da CT inadequada diante das experiências do trabalho passivo (RP=1,93) e o de alta exigência (RP=2,71) foi maior que o trabalho de baixa exigência.

Na modelo final da regressão logística, a prevalência de CT inadequada permaneceu associada positivamente ao vínculo de trabalho efetivo, ao trabalho realizado em apenas um turno, ter desenvolvido doença ocupacional, insatisfação com a CT e a alta exigência no trabalho (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis obtidas no modelo final da regressão logística associadas à capacidade para o trabalho inadequada em trabalhadores de enfermagem. Bahia-Brasil, 2011-2012

Variáveis	RP*	IC 95%	Valor de p
Vínculo empregatício			
Temporário	1,00	-	-
Efetivo	1,59	1,06-2,39	0,026
Turno de trabalho			
Dois turnos	1,00	-	-
Um turno	1,62	1,11-2,37	0,011
Doença ocupacional			
Não	1,00	-	-
Sim	2,18	1,41-3,39	<0,001
Satisfação com a capacidade para o trabalho			
Satisfeito	1,00	-	-
Insatisfeito	2,05	1,38-3,04	<0,001
Modelo Demanda-Controle			
Baixa exigência	1,00	-	-
Trabalho ativo	1,46	0,71-2,99	0,292
Trabalho passivo	1,65	0,86-3,17	0,126
Alta exigência	2,31	1,22-4,39	0,010

*Ajuste simultâneo entre todas as variáveis que permaneceram no modelo final

A análise diagnóstica do modelo final foi realizada por meio da Curva ROC com uma área de 0,74. O teste Hosmer e Lemeshow não foi estatisticamente significativo ($p=0,441$), o que evidencia o ajuste aos dados (21). E não houve dados influentes no modelo. Desta forma, o modelo apresentou discriminação, ajuste e adequação aos dados.

DISCUSSÃO

A CT inadequada entre os trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde apresentou uma prevalência alta e esteve associada ao vínculo de trabalho efetivo, ao trabalho realizado em apenas um turno, ter desenvolvido doença ocupacional, estar insatisfeito com a CT e viver alta exigência no trabalho.

A prevalência da CT inadequada foi considerada alta por se tratar de um evento evitável no campo da saúde do trabalhador. Estudos com trabalhadores de enfermagem do setor hospitalar apresentaram prevalências semelhantes com 16,8% (6) e 22,8% (8), mesmo fazendo parte de ambientes de trabalhos e regiões do país diferentes.

O vínculo de trabalho efetivo esteve associado à CT inadequada. Estudo (22) aponta esta mesma associação no nível hospitalar. Os trabalhadores de enfermagem da atenção básica inseridos nos trabalhos formais ainda são minoria no Nordeste do Brasil (23), entretanto, a precarização no setor saúde não se refere apenas ao tipo de vínculo empregatício, mas também ao reconhecimento dos direitos sociais consagrados na Constituição Federal (24).

Muitos destes trabalhadores formais não têm direitos aos planos de carreira, recebem baixos salários, tem carga horária extensa com alta exigência e baixo controle, e atuam em organizações laborais com insuficiência de recursos humanos, o que é necessário aumentar o ritmo laboral para conseguir atender a demanda, comprometendo o estado de saúde físico e mental. Observou-se associação entre o trabalho realizado em apenas um turno fixo ou alternado e a CT inadequada. Esta associação contrapõe-se aos estudos realizados nas unidades hospitalares em que o trabalho noturno contribui para redução da CT quando comparado ao trabalho diurno (22,25). O turno de trabalho interfere na vida social do trabalhador porque impede

o planejamento da sua própria vida, como nos tempos para os relacionamentos pessoais e com os filhos (10).

Na atenção básica à saúde, este fato relaciona-se ao trabalho em apenas um turno permitir a adesão dos trabalhadores a múltiplos vínculos de trabalho. Além disso, a flexibilidade no trabalho pode aumentar os vínculos precários, sendo um fator de risco para o desenvolvimento de morbidades devido à insegurança no emprego e atuação em condições laborais precárias (26-27).

A presença de doença ocupacional no passado também esteve associada à CT inadequada. A incapacidade para o trabalho relacionada a doença é multicausal, e está relacionada a fatores individuais, organizacionais e demandas do ambiente laboral (1). As doenças tidas como ocupacionais ainda necessitam de diagnóstico específico e do nexo causal. Um exemplo são as doenças musculoesqueléticas, pelas quais se encontra dificuldade de estabelecer o nexo causal (28).

O fato de ter tido doença ocupacional pode ainda interferir na CT quando o trabalhador não retornar ao trabalho amparado em um programa de reabilitação eficiente, sendo este, um dos maiores obstáculos para superação dos problemas enfrentados pelos trabalhadores. A permanência do trabalhador em situações de trabalho que geraram o adoecimento pode impactar na redução da CT.

As dificuldades de programas efetivos de retorno ao trabalho é uma preocupação especial em economias emergentes como o Brasil (29). Algumas experiências de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador na Bahia e em Piracicaba (SP) têm sido exitosas no que concerne à reabilitação do trabalhador, à fiscalização dos ambientes insalubres de trabalho e à reinserção do trabalhador no serviço (30-31). Inúmeros são os fatores que determinam o retorno do trabalhador saudável ao campo de trabalho, dentre eles a prevenção, a qualidade e a acessibilidade aos serviços de saúde ocupacional, e para isso se faz necessária a adoção de melhores práticas de reabilitação profissional, além de programas de prevenção de incapacidade laboral ligados à vigilância no local de trabalho (29).

Outro fator associado à redução da CT foi a insatisfação com a CT, variáveis correlacionadas ao considerar que o trabalhador não está satisfeito com sua CT devido a redução do desempenho de suas funções laborais. As consequências da insatisfação podem estar relacionadas ao estresse laboral, à qualidade de vida, ao desenvolvimento das atividades laborais, ao absenteísmo, às condições de vida e saúde mental do trabalhador (32).

Estudo aponta que a insatisfação no trabalho e a desvalorização na própria instituição estiveram associadas à CT, o que remete à situação da baixa autonomia e poder de decisão, interrompendo as ações produtivas e gerando

a desmotivação do trabalhador (10). Quanto às experiências vivenciadas no trabalho em relação aos aspectos psicossociais, a alta exigência no trabalho – combinação entre alta demanda e baixo controle, esteve associada à CT inadequada. Resultado similar a este também foi evidenciado por um estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital escola (25). A experiência no trabalho de alta exigência é considerada de grande impacto na saúde dos trabalhadores por constituir-se em estressora. Na atenção básica à saúde são inúmeras as demandas e responsabilidades dos trabalhadores de enfermagem, além do baixo controle sob o seu trabalho, por constantemente lidar com a pressão dos gestores para cumprir metas e a cobrança da comunidade. E, também, sobrecarregar os trabalhadores de enfermagem e os expor a diversas situações geradas pela pobreza, desigualdades sociais e deficiências dos níveis do sistema de saúde.

Sendo assim, a reorganização dos serviços de saúde é necessária tanto para evitar o desgaste dos profissionais de enfermagem na execução de seu processo de trabalho e, em consequência a CT inadequada, quanto favorecer a prestação de serviços de qualidade, humanizado e com acolhimento (33).

A CT inadequada é um problema de saúde pública no âmbito da saúde do trabalhador, pois, medidas de prevenção devem ser adotadas nos ambientes laborais desde a prevenção primária com foco nos aspectos organizacionais, ambientais e psicossociais do trabalho, a prevenção secundária com adaptação do campo de trabalho a fim de restaurar ou melhorar a situação dos trabalhadores, até a prevenção terciária com medidas de reabilitação e retorno ao trabalho em boas condições laborais (28). Com isso, percebe-se a importância da implementação de programas de saúde do trabalhador de qualidade e acessível para promover um envelhecimento ativo, ao considerar que estes trabalhadores, num futuro próximo, passarão mais tempo no mercado de trabalho.

Cabe ainda, analisar as limitações deste estudo, entre elas pode-se citar: o tipo de estudo transversal que somente permite avaliar a coocorrência de fatores; o viés de prevalência por informar apenas os casos existentes na população no momento de coleta; o viés do “efeito do trabalhador saudável” pelos trabalhadores afastados, de licença e aposentados não terem sido incluídos no estudo; o viés de memória, por alguns questionários necessitarem de lembranças das exposições e desfechos passados; e o viés de prevaricação devido a questões embaraçosas ou invasivas em que o trabalhador pode ter omitido por medo de repreensão ou denúncia. Alguns vieses foram contornados, com o uso de questionários de recordações de, no máximo, um ano. Os entrevistadores foram treinados para apresentar o estudo e o TCLE aos parti-

cipantes, salientando o direito do anonimato e que os dados eram exclusivos para fins da pesquisa.

Outra limitação deste estudo foi a classificação da CT, mensurada pelo ICT, o qual ainda não foi validado quanto aos seus critérios no Brasil, sendo que os pontos de corte estabelecidos são considerados os mesmos utilizados na Finlândia. O turno de trabalho pode ter apresentado uma limitação por não ter sido avaliado o tempo de descanso, assim como, o fato de trabalhar apenas um turno pode ser considerado um viés de informação pela carga horária de trabalho definida através da Política Nacional de Atenção Básica.

Apesar destas limitações, este estudo investigou um quantitativo expressivo de trabalhadores de enfermagem, superando em quase o dobro a amostra estimada com critérios aleatórios, além de utilizar estratégias para minimizar e/ou controlar os vieses sistemáticos. Todos os questionários utilizados foram validados no Brasil e apresentavam bom desempenho e congruência de mensuração.

Diante dos resultados, são necessárias medidas e estratégias visando estabelecer ambientes laborais saudáveis, além da promoção da CT através de ações coletivas como objeto da vigilância à saúde, ao considerar que os trabalhadores de enfermagem são atores importantes no desenvolvimento do sistema de saúde e na melhoria das condições de saúde da população e não podem atuar com a CT comprometida.

Assim, com este estudo confirma-se a complexidade multidimensional da CT, em especial dos trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde, e a relevância técnica e científica de futuros estudos para contribuir com o aperfeiçoamento de novos aspectos relacionados ao campo da saúde do trabalhador ♦

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

Conflito de interesse: Não declarado.

REFERÊNCIAS

- Lederer V, Loisel P, Rivard M, Champagne F. Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis) ability: a scoping review of published definitions. *J Occup Rehabil.* 2013; 23 (2):157-308.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Janhola A, Katajarinne L, Tulkki A. Índice de Capacidade para o Trabalho. Traduzido por Frida Marina Fischer (coord.). São Carlos: EdUFSCar; 2005.
- Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciênc. saúde colet.* 2010; 15 (Suppl 1): 1553-61.
- Cordeiro TMSC, Araújo TM. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Brasil. *Rev Bras Med Trab.* 2016; 14 (3): 262-74.
- Ilmarinen J, Tuomi K, Eskelinen L, Nygard CH, Huuhtanen P, Klockars M. Background and objectives of the Finnish research project on aging works in municipal occupations. *Scand J Work Environ Health.* 1991; 17 (Suppl 1): 7-11.
- Marsiglia RMG. Prefácio. In: Assunção AA, Brito J. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2011. p. 9-14.
- Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39 (4):669-76.
- Negeliskii C, Lautert L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011; 19 (3):603-13.
- Silva AA, Rotenberg L, Fischer FM. Jornada de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45(6):1117-26.
- Vasconcelos SP, Fischer FM, Reis AOA, Moreno CRC. Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia Ocidental. *Rev. bras. epidemiol.* 2011; 14 (4): 688-97.
- Hilleshein EF, Lautert L. Capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012; 20 (3): 520-27.
- Lima ACS, Magnago TSBS, Prochnow A, Ceron MDS, Beltrame MT, Greco PBT. Prevalência e características da (in) capacidade para o trabalho de trabalhadores de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line* 2013;7 (8): 5143-49.
- Cordeiro TMSC, Araújo TM. Validade, reprodutibilidade e confiabilidade do Índice de Capacidade para o Trabalho: uma revisão sistemática. *R Epidemiol Control Infec.* 2017; 7 (1): 57-66.
- Fischer FM, Borges NS, Rotenberg L, Latorre MRDO, Soares NS, Rosa PLFS et al. A (in)capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2005; 3 (2):97-103.
- Tierney D, Romito P, Messing K. She at not the bread of idleness: exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Québec hospital workers. *Women Health* 1990; 16 (1): 21-42.
- Pinho PS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev. bras. epidemiol.* 2012; 15 (3): 560-72.
- Barbosa REC, Assunção AA, Araújo TM. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28 (8):1569-80.
- Karasek RA. Job content questionnaire and user's guide. Lowell: University of Massachusetts; 1985.
- Araújo TM, Karasek R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal Jobs in Brazil. *SJWEH* 2008; Suppl (6): 52-59.
- Araújo TM, Graça CC, Araújo EM. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. *Ciênc. saúde colet.* 2003; 8 (4): 991-1003.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression.* 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
- Rotenberg L, Griep RH, Fischer FM, Fonseca MJM, Landsbergis P. Working at night and work ability among nursing personnel: when precarious employment makes the difference. *Int Arch Occup Environ Health.* 2009; 82 (7): 877-85.
- Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiologia dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24 (Suppl 1): S193-201.
- Nogueira RP. Mesa redonda "Informalidade e precarização do trabalho no Brasil – a economia em geral e o setor público. In: *Brasil. Relatório - Seminário Nacional sobre a Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS.* Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [Acesso em 11 nov. 2014]. Disponível em: <https://goo.gl/WUHCa6>.
- Prochnow A, Magnago TSBS, Urbanetto JS, Beck CLC, Lima SBS, Greco PBT. Capacidade para o trabalho na enfermagem: relação com demandas psicológicas e controle sobre o trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21 (6): 1298- 1305.

26. Virtanen M, Kivimaki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol*. 2005; 34: 610-22.
27. Benach J, Mutaner C. Precarious employment and health: developing a research agenda. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61: 276-77.
28. Loisel P. Developing a new paradigm: work disability prevention. *ICOH 2009; Special Issue*.
29. Costa-Black KM, Maeno M, Lima MAG, Takahashi AC, Nobre LC. Injury prevention, occupational rehabilitation and compensation: towards a more integrated approach to ensure workers' health in Brazil. In: World Health Organization. *GOHNET: The global occupational health network 2013; Newsletter n. 22*: 10.
30. Lima MAG, Andrade AGM, Bulcão CMA, Mota EMCL, Magalhães CB, Carvalho RCP et al. Programa de reabilitação de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia: ativador de mudanças na saúde do trabalhador. *Rev. bras. saúde ocup.* 2010; 35 (121): 112-21.
31. Takahashi MABC, Simonelli AP, Sousa HP, Mendes RWB, Alvarenga MVA. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. *Rev. bras. saúde ocup.* 2010; 35 (121): 100-11.
32. Marqueze EC, Moreno CRC. Satisfação no trabalho - uma breve revisão. *Rev. bras. saúde ocup.* 2005; 30 (112): 69-79.
33. Costa PC, Francischetti-Garcia APR, Pellegrino-Toledo V. Expectativas de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde. *Rev salud pública. (Bogotá)*. 2016; 18 (5): 746-55.