

Enfermagem em contexto domiciliário: influência das condições de trabalho na saúde dos profissionais

Paula Carneiro¹, Ana Cristina Braga², Mónica Barroso³

¹Centro de Gestão Industrial e da Tecnologia, Escola de Engenharia da Universidade do Minho, Guimarães, Portugal. E-mail: pcarneiro@dps.uminho.pt

²Centro ALGORITMI, Escola de Engenharia da Universidade do Minho, Guimarães, Portugal. E-mail: acb@dps.uminho.pt

³Centro de Gestão Industrial e da Tecnologia, Escola de Engenharia da Universidade do Minho, Guimarães, Portugal E-mail: monicafcpbarroso@gmail.com

Resumo: Segundo os especialistas, o envelhecimento da população dos países industrializados vai manter-se ao longo das próximas décadas. As políticas de saúde têm sido orientadas no sentido de que os idosos que necessitem de cuidados de saúde os possam receber no conforto dos seus lares. Assim, a prestação de cuidados de saúde domiciliários é uma atividade profissional em crescimento. Pretendeu-se com este estudo caracterizar as condições de trabalho dos enfermeiros que prestam cuidados domiciliários, investigar se existe associação entre as condições de trabalho e ter queixas músculo-esqueléticas e também fornecer recomendações que permitam melhorar as condições de trabalho destes profissionais e diminuir o risco de terem queixas. Para o desenvolvimento do estudo foram utilizados alguns dos dados de um estudo anterior, resultantes da aplicação de um questionário a enfermeiros de Centros de Saúde. Para o tratamento dos dados foi utilizado o IBM® SPSS®, versão 21.0. Detetaram-se associações estatisticamente significativas para três variáveis relacionadas com as condições de trabalho: altura da cama (OR=4,79, p=0,001), stresse (OR=4,00, p=0,016) e satisfação (OR=0,31, p=0,046). Pensa-se que, melhorando as condições de trabalho dos enfermeiros se irá contribuir para o aumento da satisfação no trabalho e, indiretamente, para a diminuição do risco de LMERT na coluna lombar.

Palavras-chave: enfermeiros, cuidados domiciliários, LMERT, condições de trabalho, regressão logística.

Home care nursing: influence of working conditions on professionals' health

Abstract: Experts say that the aging population in industrialized countries will remain over the next decades. Health policies have been oriented in order that the elderly who need health care can receive them in the comfort of their homes. Thus, home care is a professional activity in growth. The intention of this study was to characterize the working conditions of nurses providing home care, investigate whether there is any association between working conditions and have musculoskeletal complaints and also provide recommendations to improve the working conditions of these professionals and reduce the risk of musculoskeletal complaints. To the study development were used some of the data from a previous study resultant from the application of a questionnaire to nurses belonging to Health Centres. The data were treated by Statistical Package for Social Sciences IBM® SPSS®, 21.0. Were detected statistically significant associations for three variables related to working conditions: height of the bed (OR=4.79, p=0.001), stress (OR=4.00, p=0.016) and satisfaction (OR=0.31, p=0.046). It is thought that improving the working conditions of nurses will contribute to the increase of job satisfaction and, indirectly, to the reduction the WRMSDs risk in the lumbar spine..

Keywords: nurses, home care, WRMSDs, working conditions, logistic regression.

1. Introdução

A prestação de cuidados de saúde domiciliários é uma atividade laboral que tem vindo a aumentar na Europa, nomeadamente em Portugal. Justificações para esta tendência são, por exemplo, o facto de a população dos países industrializados, em geral, estar a enfrentar um forte envelhecimento, assim como o facto de as políticas, de saúde e sociais, terem como prioridade relativamente aos idosos, mantê-los no conforto do seu domicílio, promovendo e organizando, sempre que possível, a prestação de cuidados de saúde domiciliários. Com efeito, a proporção de população idosa tem vindo a aumentar de forma exponencial e, conseqüentemente, o número de pacientes idosos a necessitar de cuidados de saúde domiciliários tem aumentado também. Para os idosos, à medida que o tempo passa, vai havendo um declínio gradual de algumas das suas capacidades físicas e cognitivas, conduzindo normalmente a um aumento da complexidade e frequência dos cuidados de saúde de que necessitam.

Perante este panorama, torna-se fundamental conhecer, avaliar e tentar melhorar as condições de trabalho dos profissionais que prestam cuidados de saúde domiciliários, nomeadamente, dos enfermeiros. Estes profissionais enfrentam perigos singulares, tipicamente associados ao contexto domiciliário, que os seus pares que trabalham em instituições, certamente, nunca experimentaram nem experimentarão durante todo o seu percurso profissional. De domicílio para domicílio, os enfermeiros deparam-se com condições de trabalho extremamente variáveis e imprevisíveis que são, por esse facto, difíceis de caracterizar. A heterogeneidade e as dificuldades que se verificam relativamente às condições de trabalho em que estes profissionais desenvolvem as suas atividades devem-se, por exemplo, à falta de uniformidade entre camas ou outro mobiliário onde é efetuado o tratamento, à não existência, em geral, de equipamentos para auxiliar à movimentação do paciente no leito, ou mesmo ao trabalho solitário, pois verifica-se que os enfermeiros não têm, em geral, possibilidade de ter ajuda de colegas em tarefas fisicamente mais exigentes pelo facto de trabalharem frequentemente sozinhos (Carneiro, Braga & Barroso, 2012; Kromark et al., 2009). Quando vão prestar cuidados de saúde a casa dos pacientes, os enfermeiros deparam-se, frequentemente, com espaço insuficiente para se movimentarem em torno do paciente e para desempenharem a sua atividade em segurança e com a postura corporal mais adequada. Deparam-se também, por vezes, com espaços mal ventilados, com camas desadequadas (camas de casal e/ou camas demasiado baixas) ou espacialmente mal colocadas (exemplo desta situação são as camas com um dos lados encostado à parede pois limitam a acessibilidade do profissional ao paciente), com violência por parte do paciente ou da sua família, ou mesmo de alguém que esteja a visitar o paciente. Escadas, pisos escorregadios, obstáculos, entre outras coisas, podem ser responsáveis por quedas por parte dos enfermeiros, quer seja no percurso até à casa do paciente, quer seja já no interior da mesma. Outro risco associado a estes profissionais são os acidentes de viação, uma vez que é muito comum deslocarem-se de automóvel entre os vários domicílios. Em contexto domiciliário os enfermeiros estão ainda sujeitos a risco biológico, químico e psicossocial (NIOSH, 2010). Por todos os motivos acima referidos, pode constatar-se que as condições de trabalho verificadas nas casas dos pacientes são significativamente diferentes das que se verificam num hospital ou em qualquer outra instituição similar. Os hábitos e os comportamentos do paciente e da sua família tendem a dificultar a introdução de alterações nas suas casas que pudessem vir a melhorar as condições de trabalho dos

enfermeiros (Cappiello et al., 2005). Para o paciente e respetiva família, as mobílias e os objetos de decoração podem ter um elevado valor afetivo que dificulta qualquer intenção ou proposta de alteração do espaço de trabalho dos enfermeiros.

O risco de ordem músculo-esquelética enfrentado pelos enfermeiros em contexto domiciliário, principalmente devido ao desenvolvimento de atividades que se relacionam com os tratamentos efetuados ao paciente, é reconhecido pela comunidade científica internacional como sendo um dos principais riscos a que estes profissionais estão sujeitos em contexto domiciliário (Cheung et al., 2006; Knibe & Friele, 1996; Meyer & Muntaner, 1999). Nestes profissionais, as lesões músculo-esqueléticas surgem mais frequentemente do que na população geral (Ono et al., 1995) e, segundo Meyer & Muntaner (1999), a incidência de lesões, o número de dias de trabalho perdidos e os custos associados são mais elevados para os trabalhadores que prestam cuidados domiciliários, comparativamente com os seus pares que desenvolvem as suas atividades em contexto hospitalar. Num estudo em que se fez uma análise de distúrbios músculo-esqueléticos comparativa entre pessoal de enfermagem pertencente a hospitais gregos e pessoal de enfermagem pertencente a casas de repouso e lares de idosos holandeses, Alexopoulos, Burdof & Kalokerinou (2006) concluíram que se suspeitava que a prestação de cuidados nas casas de repouso e lares da terceira idade acarretava riscos que, em tudo, eram semelhantes aos riscos associados à prestação de cuidados hospitalares, apenas, talvez, com uma carga extra para os trabalhadores, pelo facto de aí o ambiente de trabalho ser menos controlado e menos padronizado. Seguindo o raciocínio destes autores, poder-se-á também supor que a prestação de cuidados domiciliários estará associada a um risco de lesão músculo-esquelética relacionada com o trabalho (LMERT) ainda maior, tendo em consideração que em contexto domiciliário o ambiente de trabalho é ainda menos controlado, imprevisível e não segue qualquer tipo de padrão. De facto, quando os enfermeiros desenvolvem atividades de prestação de cuidados domiciliários, o seu posto de trabalho é a casa ou o quarto dos pacientes. Deste modo, o posto de trabalho destes profissionais é imprevisível e sempre diferente, de domicílio para domicílio, estando de certo modo fora do seu controlo.

Grande parte dos trabalhos efetuados acerca de risco de LMERT em enfermeiros foi desenvolvida em contexto hospitalar. Cheung et al. (2006) verificaram que, em todo o mundo, havia apenas sete estudos que se debruçavam sobre a problemática das dores nas costas em profissionais que prestam cuidados de enfermagem ao domicílio. Verificaram ainda que em todos esses estudos havia indicações de que os enfermeiros estavam em risco de ter problemas nas costas devido a fatores de risco únicos associados a este tipo de trabalho, tal como trabalharem sozinhos e possivelmente sob condições de trabalho medíocres, tanto na estrada como na casa dos pacientes (Cheung et. al., 2006).

Em Portugal, numa investigação que incidiu sobre enfermeiros associados à prestação de cuidados primários, que trabalhavam em Centros de Saúde da Região Norte de Portugal, verificou-se que havia uma associação estatisticamente significativa entre o facto de prestar cuidados domiciliários e ter queixas de ordem músculo-esquelética na região lombar (OR=3,185 (p <0,05), IC 95% [1,256; 8,076]) (Carneiro, Braga & Barroso, 2012). Relativamente às queixas nas outras regiões corporais em estudo, não se verificou qualquer associação estatística com a prestação de cuidados de saúde domiciliários.

Dando continuidade ao trabalho acima referido, pretendeu-se com o presente trabalho caracterizar, na medida do possível, as condições de trabalho dos enfermeiros

que prestam cuidados domiciliários, investigar a possível existência de associação entre as condições de trabalho e ter queixas músculo-esqueléticas na região lombar e também fornecer algumas recomendações que permitam, não só, melhorar as condições de trabalho destes profissionais, como também contribuir para a diminuição do risco de terem queixas na região lombar.

2. Metodologia

Para o desenvolvimento deste trabalho foram utilizados os dados recolhidos através da aplicação do questionário dirigido a enfermeiros de Centros de Saúde da Região Norte de Portugal, desenvolvido por Carneiro (2012). Para o tratamento da informação fornecida pelo questionário foi utilizado o IBM® SPSS® *Statistics* versão 21.0. A análise estatística dos dados teve em consideração a natureza das variáveis envolvidas no estudo, tendo-se efetuado um estudo exploratório e um estudo analítico dos dados, recorrendo-se às técnicas estatísticas mais adequadas.

O questionário constava de uma adaptação do Questionário Nórdico para análise da sintomatologia músculo-esquelética auto referida, de Kuorinka, Jonsson & Kilborn (1987), ao qual foram acrescentadas diversas questões relacionadas com o contexto de trabalho domiciliário. A recolha de informação, através do questionário, efetuou-se durante parte de 2009 e 2010. O questionário era formado por quatro partes distintas. As duas primeiras consistiam na adaptação do acima referido Questionário Nórdico, enquanto a terceira e a quarta parte incluíam apenas questões diretamente relacionadas com as atividades de enfermagem desenvolvidas em contexto domiciliário, de modo a permitir a sua caracterização.

A primeira parte inclui aspetos demográficos e aspetos relacionados com o exercício da profissão. Inclui também questões relativas aos hábitos de desporto e lazer, assim como acerca da saúde músculo-esquelética. Inclui, ainda, uma questão-chave que é aquela que permite saber se o enfermeiro prestava cuidados de saúde domiciliários ou se apenas desenvolvia trabalho no Centro de Saúde. As respostas a esta questão permitiram, posteriormente, estabelecer comparações entre os dois grupos de profissionais: os que apenas exerciam a sua atividade no Centro de Saúde e os que, para além de trabalharem no Centro de Saúde, também prestavam cuidados de saúde domiciliários. A segunda parte do questionário inclui a identificação e caracterização de queixas e sintomatologia de origem músculo-esquelética relacionadas com a atividade profissional dos enfermeiros. As queixas referem-se a nove regiões corporais (região cervical; ombros; cotovelos; punho/mão; região dorsal; região lombar; coxas; joelhos; tornozelos/pés) e reportam-se aos últimos 12 meses e também aos 7 últimos dias. A terceira parte apenas podia ser preenchida pelos enfermeiros que prestavam cuidados domiciliários, questionando-os acerca do número médio de horas semanais despendido em trabalho domiciliário, da sua distribuição semanal e da sua distribuição ao longo do dia.

A partir de uma lista com diferentes atividades de enfermagem, os profissionais tinham de selecionar aquela que executavam com maior frequência em contexto domiciliário e, com base nela, era-lhes solicitado que respondessem a uma série de questões baseadas na técnica de análise postural REBA, desenvolvida por Hignett & McAtamney (2000), que avalia o risco de LMERT associado a determinadas posturas e

movimentos. Todas as questões relacionadas com as posturas associadas aos diversos segmentos corporais encontravam-se devidamente documentadas com representações gráficas elucidativas das posturas.

A última parte do questionário incluía questões relacionadas com vários aspetos não explorados nas partes anteriores, tal como alguns fatores físicos e psicossociais. A forte relação entre alguns fatores psicossociais e incapacidade relacionada com distúrbios músculo-esqueléticos faz com que os fatores psicossociais devam ser considerados em medidas preventivas de incapacidades relacionadas com dor nas costas ou pescoço. Num estudo levado a cabo por Brulin, Winkvist, & Langendoen (2000), os resultados obtidos mostraram que o *staff* prestador de cuidados domiciliários era altamente afetado tanto por exigências de ordem psicossocial, como também pelas condições físicas em que se desenvolvia o seu trabalho. Pressão temporal e tarefas com elevadas exigências físicas foram alguns dos fatores relacionados com tais exigências.

Exemplos de questões relacionadas com fatores físicos introduzidos nesta parte do questionário são a opinião do enfermeiro acerca da altura da cama em que se encontra o paciente no momento do tratamento e a opinião acerca de algumas características do espaço onde é efetuado o tratamento, como por exemplo acerca da disposição do mobiliário e equipamentos, acerca da disponibilidade de espaço para se movimentar e acerca da arrumação e higiene do local. Por vezes, a inexistência de espaço suficiente para o enfermeiro se movimentar e aceder ao paciente, aliada à má organização do espaço de trabalho, faz com que o profissional tenha de adotar posturas de trabalho inadequadas que podem conduzir ao aparecimento de queixas de ordem músculo-esquelética (Barroso, Costa & Carneiro, 2006; Cappiello et al., 2005). Para Cheung (2000), é imperioso aumentar a consciencialização, por parte do paciente, sobre a importância que tanto o seu comportamento como a organização da sua casa têm na prevenção de lesões lombares dos enfermeiros. Uma questão muito importante, que integra esta parte do questionário, tem a ver com a necessidade de movimentação do paciente durante o tratamento. A movimentação de pacientes, incluindo transferências e reposicionamentos no leito, constitui um dos fatores de risco de LMERT mais frequentemente referido e bem documentado na literatura científica (Engels et al., 1996; Lagerström, Hansson & Hagberg, 1998; Marras et al., 1999; Menzel et al., 2004; Warming et al., 2009).

Os enfermeiros tinham também de responder a uma questão relacionada com a disponibilidade de equipamentos auxiliares à movimentação de pacientes. Vários autores referem que, sempre que possível, devem ser utilizados dispositivos auxiliares para movimentação de pacientes para, deste modo, diminuir a possibilidade de ocorrência de problemas de ordem músculo-esquelética (Elford, Straker & Strauss, 2000; Kromark et al., 2009; Skotte & Fallentin, 2008; Smith et al., 2006). O grau de dependência dos pacientes, assim como o seu nível de colaboração com o enfermeiro que lhe presta cuidados, foram também contemplados no questionário. O nível de carga física sentido pelos trabalhadores que prestam cuidados de saúde domiciliários é determinado, em grande parte, pelas condições do paciente e pelas suas limitações físicas, ou seja, pelo seu grau de dependência (Galinsky, Waters & Malit, 2001). A propósito do grau de dependência do paciente, Skotte & Fallentin (2008) referem que é fundamental fazer-se uma avaliação completa da capacidade colaborativa do paciente para com o enfermeiro, no processo de prevenção de problemas lombares dos profissionais de saúde.

Os fatores psicossociais abordados na última parte do questionário relacionam-se, por exemplo, com as exigências do trabalho, com o nível de stresse causado pela atividade domiciliária, com aspetos relacionados com traços de personalidade do próprio enfermeiro (ansiedade ou irritabilidade), com o seu nível de satisfação com o trabalho domiciliário e também com aspetos organizacionais: saber se faz pausas, de pelo menos 5 minutos, ao longo do dia de trabalho, se sente pressão temporal, se costuma trabalhar com algum colega e com que frequência.

3. Resultados e discussão

A amostra de enfermeiros que responderam ao questionário desenvolvido por Carneiro (2012) era constituída por 147 elementos no entanto, os resultados que vão ser apresentados dizem respeito a uma amostra de apenas 125 enfermeiros, que foram aqueles que referiram que prestavam cuidados de saúde ao domicílio e que representam 85% do total de respostas ao questionário. Nesta amostra, 88,8% dos enfermeiros são do género feminino, a média das idades é de 34,6 anos ($dp=8,1$ anos) e a antiguidade média na profissão 12,8 anos ($dp=8,4$ anos).

Dos resultados obtidos por Carneiro (2012), apenas irão ser apresentados aqueles que tenham interesse direto para o desenvolvimento do presente estudo, ou seja, aqueles que permitam caracterizar as condições de trabalho dos enfermeiros que prestam cuidados domiciliários e que permitam verificar a possível existência de associação entre as condições de trabalho e ter queixas músculo-esqueléticas na região lombar.

3.1 Análise exploratória dos dados

Verifica-se que, em média, os enfermeiros dedicam cerca de 8 horas por semana à prestação de cuidados domiciliários e que a frequência varia entre uma e quatro, ou mais, vezes por semana, com valores percentuais semelhantes. As atividades mais frequentemente desenvolvidas em contexto domiciliário são, destacadamente, o tratamento de úlceras de pressão (44,8%) e a execução de pensos (40,8%), como se pode ver na Tabela 1.

Tabela 1 – Atividade desenvolvida mais frequentemente em contexto domiciliário

Atividade realizada com maior frequência	% de respostas
Tratamento de úlceras de pressão	44,8
Pensos	40,8
Atividades que envolvem formação dos familiares responsáveis pelo paciente	4,8
Outra atividade	4,0
Avaliação dos sinais vitais	3,2
Algáliação	0,8
Aplicação de injetáveis	0,8
Entubamento nasogástrico	0,8

No que diz respeito à caracterização de aspetos físicos e psicossociais relacionados com a prestação de cuidados ao domicílio, a maioria dos enfermeiros, 92,8%, referiu que em geral tinha necessidade de movimentar o paciente para lhe poder ministrar os cuidados necessários. Um problema que piora esta situação é o facto de 97,6% dos enfermeiros referirem que, em geral, não têm à sua disposição dispositivos auxiliares para movimentação dos pacientes. Os 2,4% de enfermeiros que referiram que, em geral, tais dispositivos estão disponíveis, nomeiam cadeiras de rodas, canadianas, lençóis e camas articuladas.

Os enfermeiros fizeram uma caracterização geral do seu local de trabalho, na casa dos pacientes, no que diz respeito a três aspetos distintos: disposição do mobiliário e equipamentos, espaço disponível para se movimentarem e arrumação e higiene do local. Estes três aspetos deviam ser classificados como “satisfatório” ou “não satisfatório”. Os resultados obtidos indicam que as condições físicas de trabalho não são muito boas, especialmente no que diz respeito à disposição dos móveis e equipamentos e à disponibilidade de espaço para o enfermeiro se movimentar durante o tratamento do paciente. Em ambos os aspetos as classificações foram maioritariamente não satisfatórias (58,4% e 53,6%, respetivamente). As Figuras 1 e 2 exemplificam algumas das situações que justificam, em parte, as classificações obtidas.

Figura 1 – Revela falta de espaço e má disposição do mobiliário



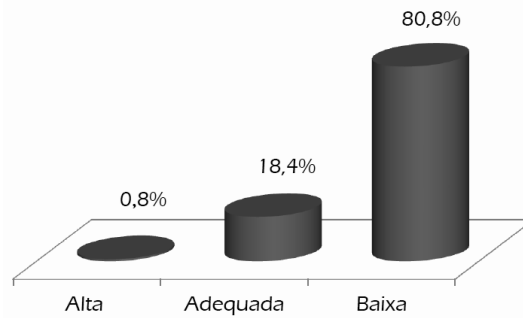
Figura 2 – Revela má disposição do mobiliário e inadequabilidade do mesmo



O aspeto “arrumação e higiene” obteve uma classificação um pouco melhor, tendo sido considerado satisfatório por 67,2% dos enfermeiros. A inexistência de espaço suficiente para o enfermeiro se movimentar livremente, assim como a má organização do local, conduzem, por vezes, o enfermeiro a adotar posturas inadequadas que por sua vez podem levar ao aparecimento de queixas de ordem músculo-esquelética (Barroso, Carneiro & Braga, 2007).

Baseando-se na sua percepção, os enfermeiros classificaram, em termos gerais, a altura da cama, ou de qualquer outra superfície, onde se encontra o paciente aquando do tratamento, como “adequada” ou “não adequada”. Estas classificações podem ser observadas no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Classificação da altura da cama



Verificou-se que apenas 18,4% consideraram que a altura da cama era adequada. Os que classificaram a altura da cama como “não adequada”, maioritariamente fizeram-no por a considerarem baixa. Só uma percentagem residual, menor do que 1%, considerou que em geral a cama era alta. Ao contrário do contexto hospitalar, em contexto domiciliário as camas são frequentemente não ajustáveis em altura e uma altura da cama inadequada é uma causa muito frequente para a adoção de posturas menos adequadas e, consequentemente, de possíveis LMERT (de Looze et al., 1994). É normal encontrarem-se camas baixas não ajustáveis, camas de casal e também, mas com menor frequência, camas articuladas do tipo hospitalar. Segundo Carneiro (2012) há situações singulares em que o paciente se encontra num colchão colocado diretamente sobre o solo, dificultando bastante a tarefa do profissional de saúde (Figura 3).

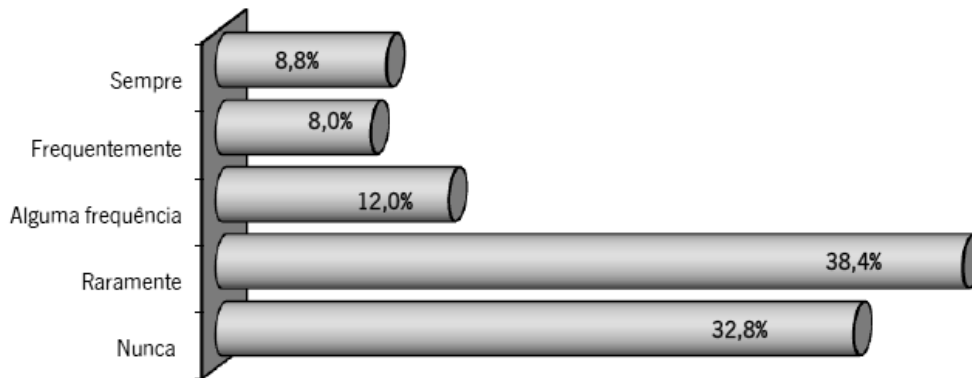
Figura 3 – Tratamento efetuado a paciente que se encontra num colchão colocado sobre o solo



Pretendia-se saber se os enfermeiros se consideravam satisfeitos com a prestação de cuidados de saúde ao domicílio e, desta feita, e apesar de as condições de trabalho não parecerem ser muito favoráveis, as respostas foram bastante animadoras dado que 78,4% referiram satisfação com este tipo de trabalho. Isto pode dever-se ao facto de os enfermeiros estabelecerem, em geral, laços de amizade e de afetividade com os pacientes e seus familiares, acabando por lhes prestar não só apoio de enfermagem, mas também apoio psicológico e afetividade. Esta é uma situação que acaba por ser gratificante para o profissional.

Parece haver uma tendência para que os cuidados domiciliários sejam prestados apenas por um enfermeiro. Observando o Gráfico 2, pode verificar-se que 71,2% dos respondentes referiram que raramente, ou nunca, tinham a colaboração de colegas.

Gráfico 2 – Classificação quanto à frequência com que os enfermeiros prestam cuidados domiciliários com colegas



Para além disso, 56,0% dos enfermeiros referiram que raramente, ou mesmo nunca, dispõem de tempo suficiente para desenvolver, do modo mais correto, as tarefas nos domicílios dos pacientes, verificando-se deste modo pressão temporal, sempre indesejável.

Verificou-se que 57,6% destes profissionais não têm por hábito efetuar pausas, de pelo menos 5 minutos, durante o dia de trabalho (sem contar com a hora de almoço). Estas pausas permitiriam o relaxamento de toda a musculatura, assim como aliviar a possível monotonia e o stresse que o trabalho tivesse originado ao longo do dia.

Cerca de 75% dos enfermeiros referem que, em geral, os utentes aos quais prestam cuidados domiciliários são pacientes dependentes, sendo por esse facto pouco, ou mesmo nada, colaboradores durante os tratamentos, agravando a dificuldade de execução do trabalho por parte dos profissionais. Os restantes enfermeiros classificaram os utentes como sendo, em geral, semidependentes.

Apesar de as condições de trabalho destes enfermeiros serem imprevisíveis, muito diversificadas e, em geral, longe de serem as ideais, verifica-se que uma elevada percentagem de enfermeiros considera que a atividade de prestação de cuidados ao domicílio não lhe provoca stresse (75,2%), nem ansiedade ou irritação (82,4%). Estes resultados positivos e de certo modo inesperados, podem dever-se ao facto de quase 80% dos enfermeiros se sentirem satisfeitos com este tipo de trabalho.

3.2 Análise estatística de associação

O objetivo principal deste trabalho é tentar perceber se existe alguma associação, estatisticamente significativa, entre as condições de trabalho dos enfermeiros em contexto domiciliário e as queixas músculo-esqueléticas reportadas para a região lombar. Para alcançar este objetivo mediu-se a associação entre “ter queixas músculo-esqueléticas na região lombar” (variável dependente) e os vários fatores relacionados com as condições de trabalho acima referidos (variáveis independentes) através da aplicação de modelos

univariados de regressão logística binária. Estes permitiram calcular, não só, os valores das estimativas dos *odds ratio* (OR) assim como também os respetivos intervalos de confiança (IC) a 95%. Apenas se detetaram associações estatisticamente significativas para três das variáveis relacionadas com as condições de trabalho, mais concretamente a altura da cama (OR=4,79, $p=0,001$), o stresse (OR=4,00, $p=0,016$), e a satisfação (OR=0,31, $p=0,046$), como se pode ver na Tabela 2.

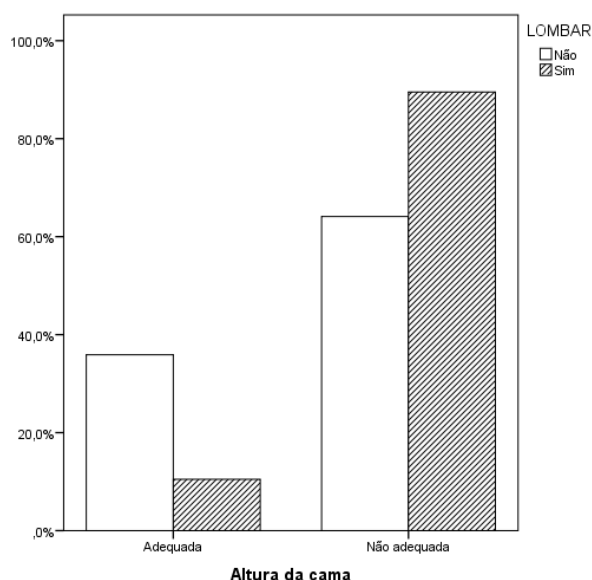
Tabela 2 – Fatores com associação estatisticamente significativa com “ter queixas lombares”

Fatores	OR	IC a 95% para OR
Altura da cama	4,79	(1,85; 12,40)
Stresse	4,00	(1,29; 12,40)
Satisfação	0,31	(0,10; 0,98)

Estes resultados revelam que quando as camas não têm uma altura adequada, a possibilidade de haver queixas na região lombar é cerca de 5 vezes maior do que quando as camas têm uma altura adequada. Revelam igualmente que quando a prestação de cuidados ao domicílio provoca stresse nos enfermeiros a possibilidade destes terem queixas na região lombar quadruplica. Pelo contrário, quando os enfermeiros se sentem satisfeitos com este tipo de trabalho, a possibilidade de terem queixas na região lombar diminui, sendo cerca da terça parte da possibilidade de terem queixas quando não se sentem satisfeitos com o trabalho.

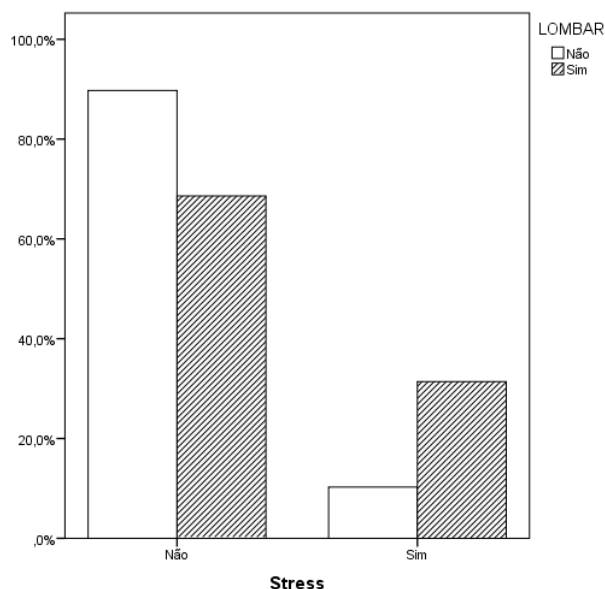
Os Gráficos 3, 4 e 5 permitem perceber melhor os resultados acima referidos. Como se pode ver no Gráfico 3, quando a altura da cama não é adequada, sendo considerada alta ou baixa, a percentagem de enfermeiros que tem queixa músculo-esquelética na região lombar é bastante superior à percentagem de enfermeiros que não tem queixa.

Gráfico 3 – Relação altura da cama / queixas



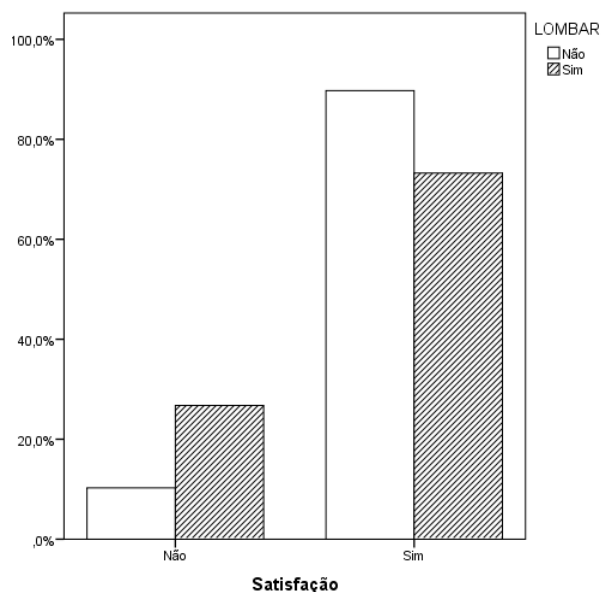
Em relação ao fator “stress”, representado no Gráfico 4, verifica-se sensivelmente a mesma situação, ou seja, quando a prestação de cuidados de saúde domiciliários provoca stress a percentagem de enfermeiros que refere queixas na região lombar é bastante superior à dos que não referem queixas.

Gráfico 4 – Relação stress / queixas



Com o fator “satisfação” ocorre uma situação oposta às anteriores. Neste caso, quando os enfermeiros se sentem satisfeitos com este tipo de trabalho a percentagem relativa aos que não referem queixa na região lombar é superior à percentagem daqueles que referem queixas, como ilustra o Gráfico 5.

Gráfico 5 – Relação satisfação / queixas



As três variáveis, relacionadas com as condições de trabalho, para as quais se detetaram associações estatisticamente significativas com “ter queixas na região lombar”, são variáveis referidas com alguma frequência pela comunidade científica internacional, como tendo um papel importante na redução de LMERT. Por exemplo, Lagerström, Hansson & Hagberg (1998), numa revisão bibliográfica que efetuaram acerca da relação existente entre a profissão de enfermagem e o aparecimento de problemas na região lombar, referiram que a satisfação no trabalho podia ter um papel importante para a consequência e manutenção de problemas na região inferior das costas, afetando não só a perceção de dor, como também a tendência para relatar a doença. Igualmente, Smith et al. (2006), numa investigação realizada no Japão sobre enfermeiros hospitalares, concluíram que era necessário dar mais ênfase a fatores psicossociais como a satisfação no trabalho, a organização do trabalho e o stresse ocupacional, paralelamente com as estratégias de redução de risco de LMERT mais tradicionais que enfatizam as tarefas de manipulação de cargas e outros fatores ocupacionais. Num outro estudo, em que foi avaliado o impacto da intervenção ergonómica nas taxas de dores lombares, os autores verificaram que havia uma associação entre dores de origem músculo-esquelética e dois fatores: insatisfação com o trabalho e realização de tarefas de movimentação de pacientes sem utilização de ajudas mecânicas (Smedley et al., 2003).

No que diz respeito à altura da cama, vários autores referem que uma altura de cama inadequada, em geral baixa, contribui para adoção de posturas inadequadas e consequentemente para o aparecimento de problemas músculo-esqueléticos (Botha & Bridger, 1998; Caboor et al., 2000; Cappiello et al., 2005; de Looze et al., 1994). Owen & Staehler (2003) também constataram que as principais fontes geradoras de problemas nas costas, em trabalhadores de cuidados de saúde domiciliários, eram a altura e largura das camas dos pacientes, o sítio onde as mesmas se encontram colocadas e a sua impossibilidade de ajustamento. O estudo de Trinkoff, Brady & Nielsen (2003) contradiz de algum modo os anteriormente referidos, uma vez que verificaram que a utilização de camas ajustáveis em altura e de equipamentos auxiliares às movimentações, como tábuas de transferência e lençóis deslizantes, estava associada a maiores probabilidades de LMERT nas costas. A este respeito, Caboor et al. (2000) também obtiveram resultados ambíguos dado que verificaram que a possibilidade de ajustamento da altura da cama tinha implicações significativas na qualidade do movimento da coluna vertebral no entanto, a atividade muscular não sofria alterações com diferentes alturas da cama. Segundo os autores, essa realidade pode significar que os enfermeiros não sabem regular a altura da cama para uma situação ótima (Caboor et al., 2000). Esta ideia está de acordo com de Looze et al. (1994), que referiram que os enfermeiros tinham uma capacidade limitada para selecionar a altura ótima da cama consoante o tipo de tarefa a executar.

4. Recomendações e boas práticas

Com o intuito de tentar melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros em contexto domiciliário, diminuindo assim o risco de LMERT na região lombar e também outro tipo de riscos referidos anteriormente, algumas medidas preventivas reveladas sob a forma de recomendações irão ser referidas. Estas recomendações devem ser tidas em consideração pelos profissionais em estudo e também pelas entidades que prestam este tipo de serviços.

É fundamental sensibilizar os pacientes e/ou seus familiares ou cuidadores para a importância que a organização/arrumação das suas casas, o mobiliário (o tipo de cama, por exemplo) e o seu comportamento podem ter na prevenção de problemas lombares nos enfermeiros. Esta tarefa de sensibilização, que envolve quase sempre que se proceda a alterações nas casas das pessoas, não deve ser da responsabilidade dos enfermeiros. Constitui sempre uma situação delicada, aquela que implica tentar mexer na disposição de móveis, eliminar móveis e objetos que não sejam primordiais, pedir para adquirirem camas hospitalares ou dispositivos auxiliares para movimentação dos pacientes. Os pedidos de alteração por parte do enfermeiro, ainda que sejam claramente explicados e justificados, nem sempre são bem recebidos pelo paciente e/ou pela sua família. Tanto o paciente como a sua família têm, por vezes, hábitos e comportamentos, nomeadamente laços de afetividade com objetos e mobílias, que podem impossibilitar a introdução de alterações nas suas casas ainda que o intuito seja o de melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros (Cappiello et al., 2005).

É importante que o paciente entenda que se o profissional trabalhar em segurança, eles próprios terão oportunidade de ser mais bem tratados acabando, também, por sentir-se mais seguros.

Dada a importância do acima referido, sugere-se que sejam as entidades prestadoras de cuidados de saúde domiciliários a ter um papel preponderante na sensibilização dos pacientes e seus cuidadores. Para esse efeito Carneiro (2012) elaborou um *flyer* que a entidade prestadora do serviço domiciliário deverá enviar, ou entregar, atempadamente ao paciente, ou aos seus cuidadores, assim que saiba que o mesmo precisa de cuidados domiciliários. No *flyer* constam alguns esclarecimentos e recomendações que pacientes e/ou seus cuidadores devem ter em consideração antes e durante a visita do enfermeiro. Seguem-se exemplos do conteúdo do *flyer*. É importante evitar tapetes, pisos escorregadios e obstáculos colocados no solo uma vez que podem originar a queda do profissional; deve ser proporcionado espaço suficiente, nomeadamente à volta da cama do paciente, para que o enfermeiro se possa movimentar livremente sem restrições às posturas de trabalho mais adequadas; no caso de haver animais domésticos, eles devem estar presos enquanto decorre a visita do enfermeiro; se for possível o paciente deve ter uma cama do tipo hospitalar e também deverá dispor de alguns meios auxiliares para que o enfermeiro o movimente com maior facilidade; a cama nunca deve estar encostada à parede para permitir um melhor acesso do enfermeiro ao paciente.

O profissional, por sua vez, deve, sempre que possível, colocar os diversos materiais sobre o mobiliário de modo a evitar inclinações/torções do tronco, sempre prejudiciais para a coluna lombar. É importante que os enfermeiros possuam conhecimentos sobre técnicas corretas de movimentação de pacientes, tanto no que respeita à sua segurança como também no que diz respeito à segurança do próprio paciente. Devem também saber economizar esforços, devendo fazer o possível para adotar posturas neutras, essencialmente no que diz respeito à coluna lombar. No caso de a casa do paciente estar equipada com uma cama do tipo hospitalar, regulável em altura, seria fundamental que os enfermeiros conseguissem tirar proveito desse facto, isto é, soubessem regular a cama para uma altura ideal, tendo em consideração não só as suas dimensões antropométricas como também o tipo de tarefa que vai desenvolver com o paciente. Para proceder à transferência ou levantar de pacientes, a altura da cama deve situar-se entre a altura do punho e a altura do cotovelo do profissional (Pheasant & Haslegrave, 2005). Quanto mais

pormenorizada for a tarefa a executar, mais alta deverá estar a cama, cerca de 50 a 100 mm acima da altura do cotovelo. É importante que os enfermeiros tenham formação específica sobre a prestação de cuidados de saúde domiciliários e sobre as particularidades acima referidas de modo a aumentar a sua perceção sobre os riscos do seu trabalho e, simultaneamente, a ajudá-los a contornar e a diminuir esses mesmos riscos.

5. Conclusões

Com este trabalho foram caracterizados alguns fatores, físicos e psicossociais, relacionados com as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados de saúde domiciliário. Constatou-se que as condições de trabalho destes profissionais são imprevisíveis e muito variáveis, uma vez que se alteram, por vezes significativamente, de domicílio para domicílio. A satisfação no trabalho, o stresse ocupacional e a altura da cama, foram os fatores para os quais se detetaram associações estatisticamente significativas com “ter queixas na região lombar”.

A satisfação com o trabalho surge, deste modo, como sendo um fator decisivo para os enfermeiros uma vez que, apesar de as condições de trabalho serem frequentemente adversas, 78,4% referiram estar satisfeitos com este tipo de trabalho. Por outro lado, a satisfação com o trabalho, quando se verifica, parece contribuir para a diminuição da possibilidade de os enfermeiros terem queixas músculo-esqueléticas na região lombar. Pelos motivos referidos, tudo indica que é primordial conseguir que estes profissionais se sintam satisfeitos com o seu trabalho. Certamente que a melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros, conseguida através, por exemplo, da aplicação das várias sugestões aqui referidas irá contribuir não só para o aumento do nível de satisfação dos enfermeiros no trabalho, como também, indiretamente, para um menor risco de LMERT ao nível da coluna lombar.

Realça-se novamente a importância da cama do paciente ter uma altura adequada, às dimensões antropométricas do enfermeiro e ao tipo de tarefa que o mesmo desenvolve, uma vez que uma altura inadequada contribuirá para uma maior probabilidade de queixas na região lombar.

As condições de trabalho dos enfermeiros que prestam cuidados domiciliários constituem um campo ainda pouco explorado, nomeadamente em Portugal. Pensa-se, por esse motivo, que muito trabalho pode e deve ser feito no sentido de otimizar as condições de trabalho destes profissionais e, deste modo, diminuir os riscos inerentes à sua atividade.

6. Referências

- Alexopoulos, E.C.; Burdorf, A. & Kalokerinou, A. (2006). A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel. *International Archive of Occupational and Environmental Health*, 79, pp. 82-88.
- Barroso, M.; Costa, L. & Carneiro, P. (2006). A Importância da Aplicação da Ergonomia em Contexto Hospitalar. Livro de Comunicações do Colóquio Internacional sobre Segurança e Higiene Ocupacionais – SHO2006, Porto, Portugal, pp. 33-39.

- Barroso, M.; Carneiro, P. & Braga, A.C. (2007). Characterization of Ergonomic Issues and Musculoskeletal complaints in a Portuguese District Hospital. In Proceedings of *International Symposium "Risks for Health Care Workers: prevention challenges"*, Athens, Greece, pp. 1-13.
- Botha, W. E. & Bridger, R. S. (1998). Anthropometric variability, equipment usability and musculoskeletal pain in a group of nurses in the Western Cape. *Applied Ergonomics*, 29(6), pp. 481-490.
- Brulin, C.; Winkvist, A. & Langendoen, S. (2000). Stress from working conditions among home care personnel with musculoskeletal symptoms. *Journal of advanced nursing*, 31(1), pp. 181-189.
- Caboor, D. E.; Verlinden, M. O.; Zinzen, E.; Van Roy, P.; Van Riel, M. P. & Jan Pieter Clarys (2000). Implications of an adjustable bed height during standard nursing tasks on spinal motion, perceived exertion and muscular activity. *Ergonomics*, 43(10), pp. 1771-1780.
- Cappiello, E.; Righini, R.; Trevisani, F. & Tovoli, D. (2005). A Survey on the Ergonomic Quality of the Home to Home Nursing Aid Services of the Local Health Unit of Bologna. In Proceedings of *Health-care Systems Ergonomics and Patient Safety – International Conference - HEPS 2005*. Florence, Italy, pp. 152-158.
- Carneiro, P. (2012). *LME na prestação de cuidados de saúde ao domicílio: avaliação do risco e construção de modelos estatísticos de previsão*. Tese de Doutoramento. Guimarães: Universidade do Minho.
- Carneiro, P.; Braga, A.C. & Barroso, M. (2012). Forecasting the risk of WRMSDs in home care nurses. In *Arezes, P.; Baptista, J.S.; Barroso, M.P.; Carneiro, P.; Cordeiro, P.; Costa, N.; Melo, R.; Miguel, A.S.; Perestrelo, G. (eds.). Occupational Safety and Hygiene - SHO2012*, pp. 104-110. ISBN: 978-972-99504-9-0. WOS: 000320994300018.
- Cheung, K.; Gillen, M.; Faucett, J. & Krause, N. (2006). The Prevalence of and Risk Factors for Back Pain Among Home Care Nursing Personnel in Hong Kong. *American Journal of Industrial Medicine*, 49(1), pp. 14-22.
- de Looze, M.P.; Zinzen, E.; Caboor, D.; Heyblom, P.; van Bree, E.; van Roy, P. & Clarijs, J. (1994). Effect of individually chosen bed-height adjustments on the low-back stress of nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 20, pp. 427-434.
- Elford, W.; Straker, L. & Strauss, G. (2000). Patient Handling with and without slings: an analysis of the risk of injury to lumbar spine. *Applied Ergonomics*, 31, pp. 185-200.
- Engels, J.A.; Van der Gulden, J.W.J.; Senden, T.F. & Hof, B. (1996). Work related risk factors for musculoskeletal disorders in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occupational Environmental Medicine*, 53, pp. 636-641.
- Galinsky, T.; Waters, T. & Malit, B. (2001). Overexertion Injuries in Home Health Care Workers and the Need for Ergonomics. *Home Health Care Services Quarterly*, 20(3), pp. 57-73.
- Hignett, S. & McAtamney, L. (2000). Rapid Entire Body Assessment. *Applied Ergonomics*, 31, pp. 201-205.
- Knibbe, J.J. & Friele, R.D. (1996). Prevalence of back pain and characteristics of the physical workload of community nurses. *Ergonomics*, 39(2), pp. 186-198.
- Kromark, K.; Dulon, M.; Beck, B-B. & Nienhaus, A. (2009). Back disorders and lumbar load in nursing staff in geriatric care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 4:33, pp. 1-9. Disponível em <http://www.occup-med.com/content/4/1/33>. Consultado em 15 de março de 2011.
- Kuorinka, I.; Jonsson, B. & Kilborn A. (1987). Standardized Nordic Questionnaires for Analysis of Musculoskeletal Symptoms. *Applied Ergonomics*, 18(3), pp. 233-237.
- Lagerström, M.; Hansson, T. & Hagberg, M. (1998). Work-related low-back problems in nursing. *Scandinavian Journal of Work, Environmental & Health*, 24(6), pp. 449-464.

- Marras, W.S.; Davis, K.G.; Kirking, B.C. & Bertsche, P.K. (1999). A comprehensive analysis of low-back disorder risk and spinal loading during the transferring and repositioning of patients using different techniques. *Ergonomics*, 42(7), pp. 904-926.
- Menzel, N.N.; Brooks, S.M.; Bernard, T.E. & Nelson, A. (2004). The physical workload of nursing personnel: association with musculoskeletal discomfort. *International Journal of Nursing Studies*, 41, pp. 859-867.
- Meyer, J. & Muntaner, C. (1999). Injuries in home health care workers: An analysis of occupational morbidity from a state compensation database. *American Journal of Industrial Medicine*, 35, pp. 295-301.
- NIOSH (2010). Occupational Hazards. In Home Healthcare. *NIOSH Hazard Review, Department of Health and Human Services Centers*, publication No. 2010-125.
- Ono, Y.; Lagerstrom, M.; Hagberg, M.; Lindén, A. & Malker, B. (1995). Reports of work related musculoskeletal injury among home care service workers compared with nursery school workers and the general population of employed women in Sweden. *Occupational and Environmental Medicine*, 52, pp. 686-693.
- Owen, B. & Staehler, K. (2003). Decreasing back stress in home care. *Home Healthcare Nurse*, 21(3), pp. 180-186.
- Pheasant, S. & Haslegrave, C. (2005). *Bodyspace: Anthropometry, Ergonomics and the Design of Work*. 3rd ed., Florida: CRC Press.
- Skotte, J. & Fallentin, N. (2008). Low back injury risk during repositioning of patients in bed: the influence of handling technique, patient weight and disability. *Ergonomics*, 51(7), pp. 1042-1052.
- Smedley, J.; Trevelyan, F.; Inskip, H.; Buckle, P.; Cooper, C. & Coggon, D. (2003). Impact of ergonomic intervention on back pain among nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 29(2), pp. 117-123.
- Smith, D.; Mihashi, M.; Adashi, Y.; Koga, H. & Ishitake, T. (2006). A detailed analysis of mus-culoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses. *Journal of Safety Research*, 37, pp. 195-200.
- Trinkoff, A.; Brady, B. & Nielsen, K. (2003). Workplace Prevention and Musculoskeletal Injuries in Nurses. *Journal of Nursing Administration*, 33 (3), pp. 153-158.
- Warming, S.; Precht, D.H.; Suadiciani, P. & Ebbelohj, N.E. (2009). Musculoskeletal complaints among nurses related to patient handling tasks and psychosocial factors – Based on logbook registrations. *Applied Ergonomics*, 40, pp. 569-576.