

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Programa de Pós-graduação em Estudos da Ocupação

Ludmilla Diniz Oliveira Andrade

**CAPACIDADE PARA O TRABALHO E O ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE
TRBALHADORES EM REAJUSTAMENTO FUNCIONAL DE UMA REDE
HOSPITALAR PÚBLICA**

Belo Horizonte

2025

Ludmilla Diniz Oliveira Andrade

**CAPACIDADE PARA O TRABALHO E O ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE
TRABALHADORES EM REAJUSTAMENTO FUNCIONAL DE UMA REDE
HOSPITALAR PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Estudos da Ocupação.

Linha de pesquisa: Ocupação, Cuidado e Funcionalidade

Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Ribeiro Ferreira

Coorientadora: Profa. Dra. Danielle Aparecida Gomes Pereira

Belo Horizonte

2025

A554c Andrade, Ludmilla Diniz Oliveira
2025 Capacidade para o trabalho e o estresse ocupacional entre trabalhadores em reajustamento funcional de uma rede hospitalar pública [recurso eletrônico] / Ludmilla Diniz Oliveira Andrade. – 2025.
1 recurso online (91 f.: il.): pdf.

Orientadora: Fabiane Ribeiro Ferreira
Coorientadora: Danielle Aparecida Gomes Pereira

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Inclui bibliografia.

1. Trabalho – Teses. 2. Trabalhadores – Teses. 3. Hospitais – Teses. 4. Saúde e trabalho – Teses. 5. Estresse ocupacional – Teses. I. Ferreira, Fabiane Ribeiro. II. Pereira, Danielle Aparecida Gomes. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 615.851.3

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Sheila Margareth Teixeira Adão, CRB 6: nº 2106, da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA OCUPAÇÃO

UFMG

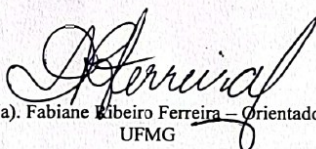
FOLHA DE APROVAÇÃO

CAPACIDADE PARA O TRABALHO E REAJUSTE FUNCIONAL ENTRE TRABALHADORES DE UMA REDE HOSPITALAR PÚBLICA

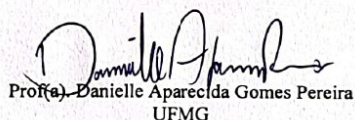
LUDMILLA DINIZ OLIVEIRA ANDRADE

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, área de concentração OCUPAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO.

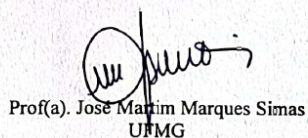
Aprovada em 03 de junho de 2025, pela banca constituída pelos membros:



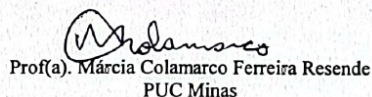
Prof(a). Fabiane Ribeiro Ferreira – Orientadora
UFMG



Prof(a). Danielle Aparecida Gomes Pereira
UFMG



Prof(a). José Martin Marques Simas
UFMG



Prof(a). Márcia Colamarco Ferreira Resende
PUC Minas

Belo Horizonte, 3 de junho de 2025.

A todos os servidores hospitalares, afastados de sua função original, que possuem dores invisíveis ao olho humano e são submetidos a uma experiência amarga de incompreensão, julgamentos e falta de solidariedade, em relação à sua limitação no seu ambiente de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus e a Nossa Senhora por mais esta grande conquista. Aos meus pais e meus avós que me ensinaram que a educação e o conhecimento são nossos bem maiores e que ninguém pode tirá-los de nós. A minha pequena-grande e tão amada Cecília pelo amor e compreensão nos momentos mais apertados. Ao meu grande amor, companheiro, cúmplice, Rodrigo, por todo o incentivo e apoio. A querida Maria Cristina por me incentivar e me orientar nos primeiros passos da minha docente. As minhas queridas orientadoras: Fabiane escolhida por Deus para me conduzir com tanto carinho e dedicação nesta trajetória e Danielle que depois de tantos anos, apostou em mim novamente me guiando neste novo desafio da vida. A Gabizinha pela confiança e parceria. A Sol pela companhia nas noites e dias de estudo. Agradeço ainda, a todos os meus amigos que estiveram presentes neste momento me incentivando e dando forças. Agradeço a equipe da GSST pelo incentivo e apoio especialmente a Daniele, Gisele, Jaqueline, Adolfo, Ana Paula, Renata e aos meninos do arquivo. Agradeço também a todos os colegas de Fhemig, que possuem alguma doença e que necessitaram ou necessitam mudar de função, pelos desabafos e pela confiança. Espero que este trabalho possa melhorar muitos processos que os causam tanta dor e incompreensão.

“Todos vivem, sofrem, fazem o bem e o mal, e todos morrem.... E o que significa isso? Por que esta dor é para uns um tormento e para outros, algo tão natural que nem percebem?”
Lev Nikolaevich Tolstói

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Capacidade para o Trabalho (CT) é a autopercepção de uma pessoa sobre a sua saúde, trabalho e estilo de vida. Alterações na CT, muitas vezes relacionadas a diagnóstico de doenças incapacitantes, podem gerar a necessidade de reajustamento funcional. **OBJETIVO:** Analisar o perfil dos servidores do Complexo Hospitalar de Urgência (CHU) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) que estavam em reajuste funcional, temporário ou permanente, em decorrência de distúrbios osteomusculares, avaliando sua CT e o nível de estresse ocupacional. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal. Os dados relativos dos servidores efetivos que estavam em reajustamento funcional, em decorrência de um distúrbio osteomuscular foram coletados por um formulário sociodemográfico. Foram utilizados também o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), e a Job Stress Scale (JSS) para uma análise integrada das condições de saúde e das demandas psicossociais vivenciadas pelos servidores. **ANÁLISE DOS DADOS:** Uma análise descritiva foi realizada a partir dos prontuários, bancos de dados e resultado dos instrumentos. A normalidade das variáveis contínuas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. A análise exploratória foi conduzida para investigar associações entre os escores do ICT, os domínios da JSS e as variáveis relacionadas ao reajustamento funcional. Para comparações entre os grupos de servidores foram utilizados testes de comparação apropriados à distribuição dos dados. As correlações entre variáveis contínuas foram analisadas por meio dos coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman. O nível de significância estatística adotado foi de 5%. **RESULTADOS:** A maioria dos servidores que apresentavam reajustamento funcional eram do sexo feminino, técnicos de enfermagem, com média de idade de 52,31 anos, casados, com escolaridade elevada e mais de 21 anos de profissão. Os principais distúrbios osteomusculares que levaram ao reajustamento funcional foram as patologias relacionadas à coluna. Os trabalhadores possuíam multimorbidades e apresentavam CT boa e moderada e trabalho passivo. Os servidores em reajuste funcional permanente apresentaram diferenças significativas ($p < 0,05$) em quatro das seis dimensões do ICT. O escore geral também foi melhor. Os servidores que foram mudados de setor e estavam em reajuste permanente apresentaram escores melhores do ICT, quando comparados aos que não mudaram. **CONCLUSÃO:** A reformulação das estratégias utilizadas ao reajustar os trabalhadores não deve focar na patologia destes indivíduos, mas na adaptação a uma situação mais complexa, dando maior atenção ao enfrentamento da incapacidade, das habilidades de autogerenciamento, do apoio social no local de trabalho e da educação em saúde, possibilitando uma resposta positiva deste trabalhador.

Palavras-Chave: Readaptação Funcional; Capacidade para o Trabalho; Saúde do Trabalhador; Profissional da Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Work Ability (WA) is a person's self-perception of their health, work and lifestyle. Changes in WA, often related to the diagnosis of disabling diseases, may generate the need for functional readjustment. **OBJECTIVE:** To analyze the profile of employees of the Emergency Hospital Complex (CHU) of the Minas Gerais State Hospital Foundation (Fhemig) who were undergoing temporary or permanent functional readjustment due to musculoskeletal disorders, evaluating their WA and the level of occupational stress. **MATERIALS AND METHODS:** This is an observational cross-sectional study. Data on effective employees who were on functional readjustment due to a musculoskeletal disease were collected using a sociodemographic form. The Work Ability Index (WAI) and the Job Stress Scale (JSS) were also used for an integrated analysis of the health conditions and psychosocial demands experienced by the employees. **DATA ANALYSIS:** A descriptive analysis was performed based on medical records, databases and instrument results. The normality of continuous variables was verified using the Shapiro-Wilk test. Exploratory analysis was conducted to investigate associations between WAI scores, JSS domains and variables related to functional readjustment. Comparison tests appropriate to the data distribution were used for comparisons between groups of workers. Correlations between continuous variables were analyzed using Pearson or Spearman correlation coefficients. The level of statistical significance adopted was 5%. **RESULTS:** Most workers who presented functional readjustment were female, nursing technicians, with a mean age of 52.31 years, married, with a high level of education and more than 21 years of experience in the profession. The main musculoskeletal disorders that led to functional readjustment were pathologies related to the spine. The workers had multimorbidities and presented good to moderate WAI and passive work. The employees in permanent readjustment showed significant differences ($p < 0.05$) in four of the six dimensions of the WAI. The overall score was also better. The employees who were changed functions and have permanent readjustment had better WAI scores, when compared to those who did not change. **CONCLUSION:** The reformulation of the strategies used to readjust workers should not focus on the pathology of these individuals, but on their adaptation to a more complex situation, giving greater attention to coping with disability, self-management skills, social support in the workplace and health education, enabling a positive response from these workers.

Keywords: Functional Readjustment; Ability to Work; Worker's Health; Healthcare Professional.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Representação do modelo da Casa de Capacidade para o Trabalho	21
Figura 2: Esquema do modelo de Demanda- Controle proposto por Karasek	34
Figura 3: Constituição da amostra	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos trabalhadores em reajustamento funcional por distúrbios osteomusculares no CHU (n=42).	39
Tabela 2: Perfil ocupacional dos trabalhadores em reajustamento funcional por distúrbios osteomusculares no CHU (n=42).	39
Tabela 3: Doenças osteomusculares e condições de saúde entre trabalhadores do CHU (n = 42).	40
Tabela 4: Servidores não respondentes características sociodemográficas e ocupacionais (n = 34).	41
Tabela 5: Distribuição por dimensões do ICT entre os trabalhadores em reajustamento funcional por distúrbios osteomusculares no CHU (n=42).	42
Tabela 6: Distribuição da Classificação Geral do ICT entre os trabalhadores em reajustamento funcional por distúrbios osteomusculares no CHU (n=42).	42
Tabela 7: Distribuição das dimensões e modelo demanda- controle do JSS entre os trabalhadores em reajustamento funcional por distúrbios osteomusculares no CHU (n=42).	43
Tabela 8: Análise comparativa entre trabalhadores em reajuste permanente X temporário: variáveis sociodemográficas (n=42).	44
Tabela 9: Análise comparativa entre trabalhadores em reajuste permanente X temporário: variáveis ocupacionais (n=42).	44
Tabela 10: Análise comparativa entre trabalhadores em reajuste permanente X temporário: variáveis relacionadas ao reajustamento funcional e condições de saúde (n = 42).	45
Tabela 11: Análise comparativa entre trabalhadores em reajuste permanente X temporário: dimensões do ICT (n=42).	45
Tabela 12: Análise comparativa entre trabalhadores em reajuste permanente X temporário: dimensões e modelo demanda-controle do JSS (N=42).	46
Tabela 13: Análise comparativa entre os trabalhadores que permaneceram no setor de trabalho x mudaram de setor de trabalho após o reajustamento funcional: dimensões e valor total do ICT (n=42)	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CT - Capacidade para o Trabalho
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
FIOH - Finnish Institute of Occupation Health
Fhemig - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
SUS – Sistema único de saúde
SES- MG - Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais
HJXXIII - Hospital João XXIII
HMAL - Hospital Maria Amélia Lins
HIJPII - Hospital Infantil João Paulo II
CHU - Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência
HRAD - Hospital Regional Antônio Dias
HRJP - Hospital Regional Dr. João Penido
MOV - Maternidade Odete Valadares
HEM - Hospital Eduardo de Menezes
HAC - Hospital Alberto Cavalcanti
HJK - Hospital Júlia Kubitschek
CSSFe - Casa de Saúde Santa Fé
CSSI - Casa de Saúde Santa Izabel
HCM - Hospital Cristiano Machado
CHPB - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
CMT - Centro Mineiro de Toxicomania
Cepai - Centro Psiquiátrico da Adolescência e Infância
IRS - Instituto Raul Soares
SEPLAG - Secretaria de planejamento e gestão
GSST - Gerência de Segurança e Saúde do Trabalhador
OMS - Organização Mundial de Saúde
ICT - Índice de Capacidade para o Trabalho
JSS - Job Stress Scale
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
TCUD - Termo de Compromisso de Utilização de Dados
CID - Classificação internacional de doenças

MMSS - Membros superiores

MMII - Membros inferiores

HAS - Hipertensão arterial sistêmica

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO

1.1 - O trabalho em saúde e a saúde do trabalhador no contexto hospitalar-----	17
1.2 - Capacidade para o Trabalho: Um Conceito-Chave na Compreensão Ampliada da Relação entre Saúde e Atividade Laboral-----	19
1.3 Estresse Ocupacional no Contexto Hospitalar: implicações para a Capacidade para o Trabalho-----	22
1.4 Reajustamento Funcional: Aspectos Relacionados à Saúde e ao Trabalho --	23
1.4.1 Reajustamento Funcional no contexto da Fhemig-----	25
1.5 Justificativa: por que abordar a capacidade para o trabalho em trabalhadores em reajustamento funcional -----	27

2 – OBJETIVOS

2.1 - Objetivo geral -----	30
2.2 - Objetivos específicos-----	30

3 - MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 - Delineamento do estudo-----	31
3.2 - Cenário do Estudo-----	31
3.3 - Participantes-----	31
3.4 - Instrumentos -----	31
3.5 - Coleta de dados-----	34
3.6 - Análise estatística-----	35

4 - RESULTADOS ----- 37

5 - DISCUSSÃO----- 48

6- CONCLUSÃO ----- 57

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS ----- 59

REFERÊNCIAS ----- 63

APÊNDICES ----- 70

ANEXOS ----- 77

PREFÁCIO

Sou uma fisioterapeuta sonhadora, inquieta e que adora novos desafios. Mãe de uma menina linda e muito inteligente chamada Cecília e esposa de um grande homem chamado Rodrigo. Servidora efetiva da Fhemig há 11 anos, no Hospital João XXIII, lá já vivenciei além da função assistencial, a gestão por 3 anos. Hoje, atuo no ambulatório do Centro de tratamento de queimados, assistindo às vítimas de queimaduras.

A motivação para este projeto surgiu da escuta de relatos vividos e compartilhados entre colegas de trabalho sobre suas experiências com seus processos de saúde-doença e a relação com a rotina no trabalho a partir de alterações indesejáveis em sua saúde, como por exemplo, a manifestação de doenças crônicas incapacitantes. Na percepção desses trabalhadores, a perícia na Medicina do trabalho, a avaliação médica e a reinserção ao ambiente de trabalho, em grande parte, geraram redução de sua produtividade, do seu desenvolvimento laboral e causaram repercussões tanto em sua vida pessoal quanto profissional. Tais relatos me fizeram refletir sobre o modelo que rege o processo de reajuste funcional e indagar sobre a lógica de concepções voltadas para a incapacidade laboral em detrimento à capacidade laborativa. Observando estes processos a invisibilidade desta pauta e de seus atores no ambiente de trabalho, pareceu-me que um primeiro passo seria conhecer as características dos trabalhadores que necessitam de reajuste funcional e como estão essas pessoas em suas “novas” frentes de trabalho.

Nesse sentido, este estudo insere-se no que propõe a Linha de Pesquisa 1 do Programa de Mestrado em Estudos da Ocupação: “Ocupação, Cuidado e Funcionalidade” e tem como objetivo avaliar a capacidade para o trabalho e o nível de estresse ocupacional dos servidores em reajustamento funcional, devido aos distúrbios osteomusculares.

Esta dissertação está organizada nas seguintes seções: 1) Considerações iniciais, quando são apresentados o referencial teórico e revisão bibliográfica; 2) Objetivos geral e específicos; 3) Metodologia; 4) Apresentação dos resultados; 5) Discussão; 6) Conclusão; 7) Considerações finais; 8) Referências Bibliográficas completas listadas, em ordem alfabética, de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). As seções seguintes correspondem aos

anexos e apêndices. A aprovação do comitê de ética encontra-se nos anexos. No apêndice são apresentadas tabelas e outras informações que complementem a compreensão ou aprofundamento dos dados apresentados no estudo.

Este volume de dissertação foi elaborado em conformidade com as normas do Programa de Pós-graduação em Estudos da Ocupação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, tendo como referência a Resolução No. 02/2021 disponível no site do programa.

1- INTRODUÇÃO

1.1 O trabalho em saúde e a saúde do trabalhador no contexto hospitalar

O trabalho é reconhecido como um dos valores fundamentais do ser humano, não apenas por garantir subsistência material, mas por exercer um papel importante no desenvolvimento da identidade dos indivíduos. Pode ser compreendido como uma categoria fundante da existência humana, visto que o sujeito se constitui, em grande parte, a partir de sua relação com o trabalho (Neves *et al.*, 2018).

Na literatura especializada, o significado do trabalho é compreendido como um construto psicológico complexo, dinâmico e multifacetado, resultante da interação entre aspectos individuais e contextuais. Segundo Tolfo e Piccinini (2007), essa concepção abrange tanto as representações subjetivas do trabalhador quanto as condições objetivas em que a atividade é realizada, sendo constantemente influenciada por mudanças no sujeito, nas relações sociais e nas estruturas laborais. O trabalho, portanto, constitui-se como elemento central na formação da identidade e da subjetividade dos indivíduos, o que reforça sua importância como objeto de estudo em diversas áreas do conhecimento (Neves *et al.*, 2018).

No campo da saúde, as práticas assistenciais são concebidas por Merhy (2002) como um “trabalho vivo em ato”, caracterizado por se efetivar no instante de sua realização. Essa abordagem amplia a compreensão da atividade profissional ao evidenciar que ela envolve dimensões relacionais, subjetivas e imprevisíveis, indo além da mera execução de protocolos ou procedimentos técnicos, e destacando a necessidade das chamadas tecnologias leves (o acolhimento, a escuta qualificada e o estabelecimento de vínculo com os usuários dos serviços de saúde). Este trabalho vivo exige, portanto, a todo momento, o uso de instrumentos e máquinas, o cumprimento de normas, e a habilidade de relacionar-se com a equipe e com os pacientes dentro de toda a diversidade de contextos no ambiente hospitalar (Merhy, 2002; Lancman *et al.*, 2021).

Os serviços de saúde possuem atividades diretas e indiretas de assistência à população em ambientes de trabalho cada vez mais complexos, a exemplo dos hospitais. Nesses espaços os profissionais passam grande parte de sua vida desenvolvendo um trabalho essencialmente coletivo e cooperativo. Realizado por trabalhadores de diferentes áreas de atuação, com vínculos, turnos de trabalho e

funções também diversas. Estes profissionais desenvolvem ações que vão desde as assistenciais, passando pelas administrativas e as de apoio. Neste ambiente laboral, os trabalhadores vivenciam de forma rotineira situações de dor, sofrimento, angústias, superações, alegrias, satisfação em ajudar o próximo, além dos riscos ocupacionais (químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais) (Cacciari *et al.*, 2013; Lancman *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a vida laboral de um trabalhador neste ambiente é composta por desafios mentais evidentes, mas também por desafios físicos diversos. Estes profissionais, principalmente aqueles envolvidos no cuidado direto ao paciente, estão submetidos constantemente a um ritmo de trabalho excessivo, posturas estáticas e dinâmicas inadequadas, sobrecarga de peso e repetitividade de movimentos. Tais fatores são responsáveis por desencadear distúrbios osteomusculares (Dong *et al.*, 2019; Sousa *et al.*, 2020; Hämmig, 2020; Jacquier-Bret; Gorce, 2023). Estas patologias acontecem, devido a traumatismos de fraca intensidade, que ocorrem por longos períodos sobre estruturas musculoesqueléticas normais ou alteradas (Zavarizza *et al.*, 2019). Cargas pesadas podem alterar os tecidos, quando ultrapassam a capacidade física de resposta, gerando lesão muscular ou ligamentar. No entanto, cargas mais leves aplicadas continuamente podem levar a inflamação, devido ao estiramento prolongado dos tecidos e estruturas que estão envolvidas em um determinado movimento corporal (Assunção; Abreu, 2017).

Nesta mesma direção, trabalhadores administrativos hospitalares passam muito tempo mantendo posturas inadequadas, realizando movimentos repetitivos, em locais com iluminação deficiente, na maioria das vezes apresentando pouca governabilidade sobre o trabalho e lidando com um público em sofrimento (Oliveira; Murofuse, 2001, Bianchessi; Tittoni, 2009). Esses fatores associados, podem ocasionar também, o aparecimento desses distúrbios (Oliveira; Murofuse, 2001, Bianchessi; Tittoni, 2009).

São notáveis os impactos dos distúrbios osteomusculares na vida laboral dos indivíduos. Literaturas recentes demonstram os danos dessas patologias em trabalhadores de uma maneira geral e nos profissionais da saúde, principalmente naqueles que trabalham em hospitais, estão na assistência direta ao paciente, e que trabalham em unidades de terapia intensiva (Dong *et al.*, 2019; Nazario *et al.*, 2021; Hämmig, 2020; Miranda *et al.*, 2023). Segundo dados do Ministério da Saúde, o Sistema Único de saúde (SUS) atendeu quase 3 milhões de casos de doenças

ocupacionais entre 2007 e 2022, conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Este levantamento aponta ainda que, 3,7% das notificações foram geradas por distúrbios osteomusculares (Brasil, 2023).

Portanto, o ambiente hospitalar impõe uma série de desafios aos seus trabalhadores, resultantes tanto das condições organizacionais quanto das exigências próprias das atividades desenvolvidas (Bianchessi; Tittoni, 2009). Ocupações caracterizadas por elevada carga física e mental, como as desempenhadas nesse contexto, estão associadas a um risco aumentado de comprometimento da saúde e, conseqüentemente, da capacidade laboral (Martinez; Fischer, 2019). Conforme apresentado ao longo deste item, os profissionais que atuam nos hospitais enfrentam, cotidianamente, estressores diversos — desde a inadequação de equipamentos e do espaço físico, até a exposição a riscos biológicos, à pressão pela tomada de decisões que envolvem vidas humanas, ao contato frequente com o sofrimento dos pacientes, além de baixos salários, escasso reconhecimento profissional e intensificação das exigências decorrentes da incorporação de novas tecnologias e da busca por cuidados seguros e qualificados (Martinez; Fischer, 2019).

Esse cenário torna-se ainda mais desafiador diante da reestruturação dos processos de trabalho hospitalares e da progressiva redução das equipes (Martinez; Fischer, 2019). Diante de tais condições, observa-se a ocorrência de distúrbios osteomusculares, que contribuem significativamente para a redução da capacidade laboral. Assim, considerando os elementos aqui sintetizados, a capacidade para o trabalho (CT) apresenta-se como uma dimensão essencial para a compreensão do impacto dessas condições sobre a saúde e a permanência dos trabalhadores no contexto hospitalar.

1.2 Capacidade para o Trabalho: Um Conceito-Chave na Compreensão Ampliada da Relação entre Saúde e Atividade Laboral

Entende-se como Capacidade para o Trabalho (CT) a autopercepção de uma pessoa sobre a sua saúde, trabalho e estilo de vida. A CT pode ser compreendida como uma forma de responder à pergunta: “Quão bem está, ou estará um trabalhador, e quão capaz ele pode executar seu trabalho, em função das exigências, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais” (Martinez *et al.*, 2009; Tuomi *et al.*, 2010; Martinez; Fischer, 2019). É um constructo multidimensional e

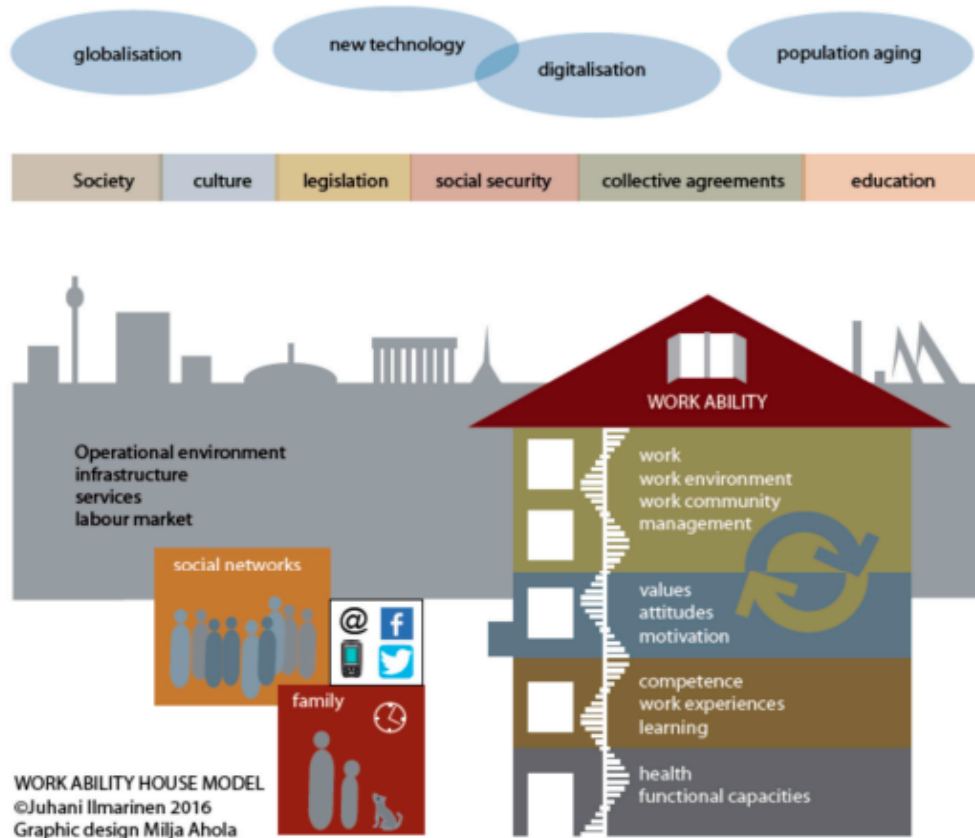
dinâmico que representa o equilíbrio entre recursos humanos e demandas de trabalho em um determinado contexto (Cordeiro; Araújo, 2015; Martins, 2021). A CT exprime a ideia do indivíduo ser capaz de se manter no trabalho ao longo da vida e está ligado às condições de saúde, ao bem-estar e a funcionalidade humana (Tuomi *et al.*, 2010; Martins, 2021). Tem sido estudada como preditora de doenças físicas e mentais (Martinez; Fischer, 2019; Gomes *et al.*, 2015; Martinez; Latorre; Fischer, 2016), licenças médicas (Martinez; Fischer, 2019; Martinez; Latorre; Fischer, 2016), perda de produtividade (Palmof *et al.*, 2019; Tarro *et al.*, 2020; Martinez; Latorre; Fischer, 2016), insatisfação no trabalho (Ilmarinen, 2006), redução da empregabilidade (Boissonneault; Beer, 2018; Martinez; Fischer, 2019), desemprego (Boissonneault; Beer, 2018; Martinez; Fischer, 2019), abandono da profissão (Martinez; Latorre; Fischer, 2021; Martinez; Latorre; Fischer, 2016), aposentadoria precoce (Boissonneault; Beer, 2018) e até morte (Martinez; Fischer, 2019; Martinez; Latorre; Fischer, 2016).

Na Finlândia dos anos 1980, pesquisadores iniciaram os estudos sobre a CT, se preocupando em como manter a CT dos trabalhadores que estavam envelhecendo e quais medidas de promoção para um envelhecimento funcional se faziam necessárias, uma vez que era de extrema importância a manutenção destes indivíduos saudáveis e trabalhando por mais tempo. (Ilmarinen, 2019; Martins, 2021) Com este objetivo o Finnish Institute of Occupation Health (FIOH) desenvolveu o Modelo da Casa de Capacidade para o Trabalho (Figura 1). Este modelo é uma representação esquemática de uma casa de quatro andares cercada pelo ambiente externo. A base da casa representa a saúde e a capacidade funcional dos indivíduos, incluindo aspectos físicos, mentais e sociais. O segundo andar representa os conhecimentos e habilidades profissionais, adquiridos pelo trabalhador para o manejo de suas demandas laborais. No terceiro andar estão representados os aspectos internos dos indivíduos (seus valores, atitudes e motivação). Esses três andares referem-se aos recursos individuais do trabalhador. No quarto andar estão incluídos os aspectos do trabalho: em que condições este trabalho é realizado, seu conteúdo, demandas, organização, ambiente comunitário e supervisão. O quarto andar é o maior e mais pesado pavimento da casa, e seu peso é suportado pelos andares inferiores, podendo ser abalado pelos demais andares.

Ainda de acordo com este modelo, o telhado representa a CT, equilibrada pelos recursos individuais do trabalhador e pelos fatores do trabalho. Todos estes

aspectos podem sofrer influência do ambiente externo e do contexto macrossocial, dentro do qual estão incluídos a família do trabalhador, sua comunidade e a sociedade com suas políticas e ações (Ilmarinen, 2019; Martins, 2021).

Figura 1- Representação do modelo da Casa de Capacidade para o Trabalho



Fonte: ILMARINEN, 2019

Estudos com diferentes metodologias apresentam o referencial teórico do Modelo da casa para a capacidade para o trabalho. Um estudo com trabalhadores finlandeses mostrou que as dimensões trabalho e saúde foram as que apresentaram maior explicação da CT, além de estarem associadas a valores, competências e com o ambiente macrossocial (Ilmarinen; Tuomi; Seitsamo, 2006). Martinez, Latorre e Fischer, 2016 testaram o modelo da casa verificando a hierarquia das dimensões propostas para um grupo de trabalhadores do setor hospitalar e confirmaram a validade desse modelo como representação da CT, entendida como um constructo multidimensional de determinação multicausal. O modelo da casa para a CT é um modelo teórico válido para a compreensão dos determinantes da CT, representando um recurso útil na gestão da saúde do trabalhador, no planejamento, desenvolvimento

e na avaliação de ações de intervenção voltadas para o indivíduo e o coletivo do trabalho (Martinez; Latorre; Fischer, 2016).

Diante dos desafios que marcam o cotidiano dos trabalhadores hospitalares, conforme discutido anteriormente, o conceito de CT pode colaborar para melhor entendimento e direcionamento de ações no que diz respeito a permanência do trabalhador no exercício profissional. A compreensão deste modelo conceitual de CT e das diversas dimensões associadas à CT reforçam o aspecto multifatorial e multicontextual do trabalho e apontam a necessidade de análises e intervenções mais amplas nas dinâmicas laborais. Compreender que essa capacidade não se limita à presença ou ausência de doença, mas abrange uma interação dinâmica entre as condições de saúde do trabalhador, suas competências, demandas do cargo e contexto organizacional, permite possibilidades diversas de abordagem, ultrapassando a visão meramente biológica e de responsabilização do trabalhador.

Sabe-se que em ambientes marcados por sobrecarga física, mental e emocional, como os hospitais, a CT pode ser progressivamente comprometida (Martinez; Latorre; Fischer, 2016). Essa condição pode gerar afastamentos, rotatividade ou, em muitos casos, a necessidade de ajustes nas funções ocupacionais desempenhadas (Martinez; Fischer, 2019). Nesse sentido, a análise da CT constitui-se como um elemento essencial não apenas para compreender a saúde dos trabalhadores, mas também como pressuposto para medidas institucionais voltadas à sua permanência ativa, entre elas o reajustamento funcional.

1.3 Estresse Ocupacional no Contexto Hospitalar: implicações para a Capacidade para o Trabalho

O estresse ocupacional é reconhecido como um fator determinante na saúde, na funcionalidade e no desempenho profissional dos trabalhadores, especialmente em contextos laborais de alta complexidade, como o hospitalar (Karasek; Theorell, 1990; Alves *et al.*, 2004; Martinez; Fischer, 2010; Hämmig, 2020). Como abordado anteriormente, nesses ambientes, o trabalho é marcado por exigências físicas e emocionais intensas, jornadas extensas, risco biológico constante, além de pressão institucional por produtividade e qualidade do cuidado.

Nesse cenário, o modelo demanda-controle-apoio social, proposto por Karasek e Theorell (1990), tem sido amplamente utilizado para compreender a dinâmica do

estresse ocupacional (Alves; Hokerberg; Faerstein, 2013; Santos *et al.*, 2011; Araújo; Graça; Araújo, 2003). O modelo sustenta que o estresse resulta da combinação de altas demandas psicológicas com baixo controle sobre o trabalho e ausência de apoio social, condições frequentemente observadas em setores hospitalares (Santana *et al.*, 2020; Schmidt, 2013). Essas configurações laborais estão associadas a maior risco de adoecimento, absenteísmo, baixa satisfação no trabalho e, de forma direta, à redução da CT (Santana *et al.*, 2020).

A relação entre estresse ocupacional e CT também é contemplada no Modelo da Casa da CT, proposto por Ilmarinen, 2009. A capacidade laboral, o “telhado” da casa, é sustentado por diferentes “andares”. O quarto andar, que representa o ambiente de trabalho, exerce um peso considerável sobre os andares inferiores. Quando o trabalho se desenvolve em condições de alto estresse psicossocial, esse peso pode comprometer toda a estrutura, fragilizando a sustentação da CT.

Estudos prévios demonstram associação estatisticamente significativa entre escores elevados de estresse ocupacional e níveis mais baixos da CT, reforçando a importância de abordagens integradas que contemplem tanto os aspectos físicos quanto os psicossociais do trabalho (Martinez; Fischer., 2019; Hämmig, 2020; Martinez; Latorre; Fischer, 2021). Situações como insegurança, perda de identidade profissional e baixa valorização das competências podem intensificar a percepção de estresse no ambiente de trabalho (Cacciari *et al.*, 2013; Batista; Juliani; Ayres, 2010; Vasconcelos, 2018) e comprometer a reinserção produtiva dos trabalhadores — especialmente quando associados a processos de reajustamento funcional.

1.4 Reajustamento Funcional: Aspectos Relacionados à Saúde e ao Trabalho

A temática da reinserção do trabalhador ao seu ambiente laboral, inicia-se na reabilitação profissional. No mundo ocidental capitalista, a prestação dos programas de reabilitação profissional está vinculada aos sistemas de previdência social, uma vez que seus resultados positivos reduzem o tempo e os custos da concessão dos benefícios, bem como evitam a incapacidade permanente para o trabalho (Takahashi; Kato; Leite, 2010). No Brasil quando uma doença incapacitante evolui para uma condição permanente impedindo o trabalhador de exercer suas funções habituais, o INSS pode indicar para este trabalhador o programa de reabilitação profissional. Este serviço oferece assistência educacional e adaptação profissional aos segurados.

Durante a reabilitação o auxílio-invalidez é mantido, caso a reabilitação não seja efetiva, devido a gravidade da incapacidade, estes trabalhadores são aposentados e recebem a pensão por invalidez permanente (Miranda *et al.*, 2023).

Tanto a literatura internacional quanto a brasileira tratam a reabilitação profissional no âmbito do setor privado. Os profissionais com incapacidades são inseridos em programas de reabilitação para que possam retornar ao trabalho (Pereira, 2019). Porém, o termo reajustamento funcional, também descrito como reajuste funcional ou readaptação funcional, é um processo administrativo de servidores públicos brasileiros. Representa um longo processo de inúmeros procedimentos burocráticos até que o servidor possa ser realocado em outra atividade (Amaral; Mendes, 2017). Importante ressaltar que a legislação sobre a readaptação destinada aos servidores públicos não determina a requalificação profissional nem o acompanhamento do trabalhador readaptado, apenas a sua realocação (Amaral; Mendes, 2017).

O processo de reajustamento funcional visa realocar estes trabalhadores em funções compatíveis com suas limitações físicas ou mentais, sem que haja mudança de cargo e mantendo a remuneração do cargo de origem (Seplag, 2013; Brasil, 2019). Esse procedimento é essencial para garantir a continuidade do vínculo laboral e preservar a saúde do trabalhador (Seplag, 2013; Brasil, 2019).

A nova redação constitucional apresentada pela emenda 103 de 12 de novembro de 2019, sugere que a readaptação tem caráter temporário e não deve ser tratada como provimento derivado em outro cargo, mas sim como ajuste das funções do servidor às suas condições de saúde (Brasil, 2019). No entanto, servidores que possuem doenças incapacitantes necessitam de um reajuste funcional permanente, visto que o dano à saúde do trabalhador é irreversível (Seplag, 2013). Cada estado e município tem suas próprias regras para garantir que o trabalhador possa continuar em atividade sem colocar sua saúde em risco. Para acontecer o reajustamento funcional este servidor necessita passar por uma avaliação médica e ser designado para novas funções compatíveis com suas limitações.

O retorno ao trabalho promove o reencontro deste profissional com sua identidade, saúde, e realização pessoal, além da construção das relações entre homens e mulheres, da evolução da convivência e da cultura (Neves *et al.*, 2018).

Apesar de todos os desafios apresentados, ainda é o desejo de muitas pessoas seguir a carreira de servidor público hospitalar, pelos sentimentos de realização

profissional e prazer no trabalho, especialmente relacionados ao reconhecimento e ao sentido atribuído à sua atuação, como também pelas características da estabilidade e concessão de benefícios que este setor oferece (Albrecht; Krawulskin, 2011).

1.4.1 Reajustamento Funcional no contexto da Fhemig

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) foi criada pela Lei Estadual 7.088, de 3 de outubro de 1977, formada pela fusão de três fundações estaduais de assistência à saúde: leprocomial, psiquiátrica e médica de urgência.

A instituição é uma das maiores gestoras de hospitais públicos do país. Tendo como competência a prestação de serviços de saúde e assistência hospitalar, estadual e regional, em níveis secundário e terciário de complexidade, por meio de unidades assistenciais organizadas e integradas ao SUS. Além de participar da formulação, do acompanhamento e da avaliação da política de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) (Minas Gerais, 2023).

Reconhecida nacionalmente por sua excelência na assistência à saúde em diversos serviços prestados à população mineira, a Fhemig conta com mais de 13 mil profissionais e possui 20 unidades assistenciais distribuídas em Belo Horizonte, região metropolitana e no interior do estado. É composta pelas seguintes Unidades:

1) Unidades Assistenciais de Urgência e Emergência: Hospital João XXIII (HJXXIII), Hospital Maria Amélia Lins (HMAL) e Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII), em Belo Horizonte, formando o Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência (CHU).

2) Unidades Assistenciais de Referência: Hospital Regional Antônio Dias (HRAD), em Patos de Minas; Hospital Regional Dr. João Penido (HRJP), em Juiz de Fora; Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, em Barbacena; Maternidade Odete Valadares (MOV) e Hospital Eduardo de Menezes (HEM), em Belo Horizonte.

3) Unidades Assistenciais de Especialidades: Hospital Alberto Cavalcanti (HAC) e Hospital Júlia Kubitschek (HJK), em Belo Horizonte.

4) Unidades Assistenciais de Reabilitação e Cuidados Integrados: Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA), em Bambuí; Casa de Saúde Santa Fé (CSSFe), em Três Corações; Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI), em Betim e Hospital Cristiano Machado (HCM), em Sabará.

5) Unidades Assistenciais de Saúde Mental: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), em Barbacena; Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), Centro Psiquiátrico da Adolescência e Infância (Cepai) e Instituto Raul Soares (IRS), em Belo Horizonte.

6) Sistema Estadual de Transplantes: MG Transplantes

O reajustamento funcional dentro da Fhemig segue as diretrizes da Secretaria de planejamento e gestão (SEPLAG). Pode ser mantido por no máximo dois anos, quando possui caráter temporário, salvo casos excepcionais, devidamente fundamentados em avaliação pericial, ou ser transformado em reajuste funcional permanente, quando a limitação da capacidade física e mental do servidor inviabilizar definitivamente o desempenho de algumas atribuições específicas ao cargo (Seplag, 2013).

Este processo de reajuste de função pode causar repercussões positivas e/ou negativas na vida pessoal, social, familiar e no cotidiano laboral deste indivíduo (Santos, 2019). O adoecimento de um trabalhador promove desfechos que vão muito além dos impactos financeiros aos cofres públicos. Repercute principalmente na vida do trabalhador, mas afeta também a todos envolvidos no processo, como a instituição, gestores, colegas de profissão e, principalmente, a população que é assistida por esse trabalhador (Santos, 2019).

Na solicitação do processo de reajustamento funcional na Fhemig, o trabalhador é submetido a uma perícia médica. Após a emissão do laudo, sua readaptação é definida como (a) reajuste funcional temporário, o qual deverá ser renovado de tempos em tempos, a depender da condição de saúde do trabalhador sendo sugerida pelo perito, e de (b) reajuste funcional permanente, neste caso o parecer só será alterado se houver mudança no estado de saúde deste trabalhador (Seplag; 2013).

Na sequência da perícia, este trabalhador é então encaminhado ao seu hospital referência e acolhido por sua chefia imediata, cabendo a ela a definição das suas atividades e determinação do seu setor de trabalho. Esta etapa é acompanhada pela Gerência de Segurança e Saúde do Trabalhador (GSST) a fim de que se possa determinar o cumprimento das restrições determinadas pelo médico do trabalho. Trata-se de uma abordagem individualizada ou gerenciamento de caso (case management) usada para implementar os programas de retorno ao trabalho. A chefia imediata deve gerenciar as movimentações do trabalhador nos diversos serviços,

verificando se as propostas estão de acordo com as necessidades do trabalhador. Responsabiliza-se também por fazer a interface com a equipe multidisciplinar e desenvolver um plano de readaptação, acompanhando diariamente o processo de ajustamento funcional deste servidor e encaminhando semestralmente à GSST um relatório de acompanhamento (Seplag, 2013).

Para os servidores que estão em reajuste funcional temporário, a cada nova perícia médica, a chefia imediata é notificada e um novo plano de ação é realizado e encaminhado. Mas para aqueles em reajuste funcional permanente não acontece uma reavaliação. Este trabalhador não tem um acompanhamento de sua CT e nem é monitorizado pela instituição para promoção de políticas de educação em saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em um estudo realizado em 2018, locais de trabalho mais saudáveis e seguros podem prevenir ao menos 1,2 milhão de mortes todos os anos e evitar incapacidades ao se enfrentar grandes ameaças à saúde no local de trabalho (Wolf *et al.*, 2018). Alguns estudos relatam ainda a importância de uma avaliação biopsicossocial e da CT, para estes trabalhadores, e formas de readaptação funcional mais complexas, dando mais atenção ao enfrentamento da incapacidade, habilidades de autogerenciamento, apoio no local de trabalho e educação do trabalhador (Brendbekken *et al.*, 2017; Pereira, 2019). A relevância deste estudo emerge destes apontamentos, de forma a ampliar as perspectivas de avaliação e reinserção destes trabalhadores em seu ambiente laboral.

1.5 – Justificativa: por que abordar a capacidade para o trabalho em trabalhadores em reajustamento funcional?

Segundo Canguilhem (2009), adoecer é parte da existência humana e deve ser compreendido como um processo vital, no qual o organismo busca ativamente se reorganizar diante das perturbações, criando formas para manter sua continuidade. A incapacidade, nesse contexto, pode ser interpretada como uma manifestação temporária dessa reorganização (Canguilhem, 2009).

A vida laboral de um trabalhador pode ser permeada por momentos de doença e incapacidade (Araújo; Cunha, 2020). O adoecimento de um trabalhador da saúde, especificamente, seja ele assistencial, administrativo ou de apoio, desencadeia impactos não só em sua vida, mas também em seu local de trabalho, repercutindo em

diminuição ou perda da produtividade, aumento da sobrecarga de trabalho, podendo ser necessário reajustamentos funcionais e reabilitação (Fernandes *et al.*, 2024).

A mudança de função após um diagnóstico de uma doença incapacitante e as suas repercussões, constitui um grande desafio para o Departamento de Saúde do Trabalhador e para as chefias imediatas. Gerando a necessidade do estabelecimento de protocolos a fim de determinar o melhor local para a readaptação do servidor, de forma a aproveitar suas habilidades/capacidades físicas, intelectuais e laborais.

Nesse sentido, no contexto de trabalho, a atenção à saúde do trabalhador que apresenta um distúrbio osteomuscular, a principal causa dos reajustes funcionais, e está em readaptação funcional encontra relevância não apenas para o trabalhador, mas também para a instituição em que está inserido. Embora existam estruturas como os Departamentos de Saúde do Trabalhador e haja esforços de sistematização dos processos, observa-se a necessidade de aprimoramento na organização das informações e nos procedimentos de avaliação relacionados às condições laborais. Tais ajustes podem contribuir para uma compreensão mais abrangente das realidades enfrentadas por esses profissionais, favorecendo um acompanhamento mais qualificado e sensível às complexidades que envolvem a gestão da saúde no trabalho. Outra questão a ser pontuada é a dificuldade ao acesso as informações no serviço público, a inexistência de um sistema nacional que consolide informações sobre a saúde do trabalhador público inviabiliza conhecer o perfil epidemiológico, o que constitui uma grande barreira no desenvolvimento de ações da saúde do trabalhador (Carneiro, 2006).

Parâmetros de avaliação objetivos que considerem os aspectos biopsicossociais da relação entre o trabalhador e seus processos laborais, como o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), mostram-se mais eficazes no apoio às tomadas de decisão no contexto organizacional (Martinez; Latorre; Fischer, 2010). A sistematização mais abrangente desses elementos — para além das dimensões exclusivamente biológicas — pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de políticas institucionais voltadas à promoção, manutenção e melhoria da saúde e da CT.

Cabe destacar também, o processo de envelhecimento observado entre os servidores, o que pode ser atribuído, provavelmente, a dois fatores principais. O primeiro refere-se ao envelhecimento da população brasileira como um todo, conforme evidenciado pelos dados do Censo Demográfico de 2022. O segundo fator

está relacionado ao abono de permanência previsto na Emenda Constitucional nº 41/2003, que oferece um incentivo financeiro aos servidores públicos que optam por permanecer em atividade mesmo após atingirem os requisitos para aposentadoria (Seplag, 2004). O envelhecimento fisiológico do trabalhador associado a condições de sobrecarga, como doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência e adaptações tanto em sua vida pessoal quanto profissional (Júnior *et al.*; 2011). Este contexto pode incrementar a demanda de reajustamento funcional a médio e longo prazos.

Retomando Canguilhem e sua concepção de que a incapacidade pode ser compreendida como uma manifestação temporária do processo de reorganização do corpo diante do adoecimento, é fundamental que os processos de reajustamento funcional recebam atenção especial, dada sua relevância para a manutenção da saúde do trabalhador. Essa atenção deve se traduzir em um acompanhamento qualificado e contínuo, que permita a gestão efetiva do processo a partir de avaliações amplas — não restritas à dimensão biológica, mas que também considerem fatores psicossociais, organizacionais e subjetivos. As decisões institucionais, nesse contexto, devem buscar favorecer o sujeito em sua singularidade e contexto de trabalho, contribuindo para a construção de um ambiente laboral saudável, inclusivo e sustentado pela escuta ativa e pela corresponsabilidade.

Diante desse cenário e da relevância da temática para a saúde do trabalhador, um estudo que sistematize informações sobre o perfil de reajustamento funcional, avalie a CT de servidores em atividade reajustada e sua percepção sobre estresse ocupacional, pode oferecer subsídios consistentes para aprofundar o debate sobre o tema e fortalecer a base de dados sobre a saúde do servidor público hospitalar favorecendo desta forma, a melhora das políticas de gestão e cuidado com os trabalhadores.

2 – OBJETIVOS

2.1 - Objetivo geral

Avaliar a capacidade para o trabalho e o nível de estresse ocupacional dos servidores em reajustamento funcional, devido aos distúrbios osteomusculares.

2.2 - Objetivos específicos

1) Caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e clínico dos servidores reajustados, incluindo sexo, idade, escolaridade, tempo de serviço, categoria profissional, carga horária, diagnóstico do distúrbio osteomuscular e presença de comorbidades.

2) Avaliar a CT dos servidores reajustados funcionalmente (temporário e permanente) utilizando o ICT.

3) Analisar os níveis de estresse ocupacional, segundo os domínios da Job Stress Scale (JSS), entre servidores com reajustamento funcional, devido a distúrbios osteomusculares.

4) Investigar a associação entre os níveis de estresse ocupacional (JSS) e a CT (ICT) dos servidores em reajustamento funcional.

5) Comparar a CT e os níveis de estresse ocupacional entre servidores com reajuste funcional temporário e permanente.

6) Verificar a influência da mudança ou manutenção do setor de trabalho, após o reajustamento funcional, sobre a CT e os níveis de estresse ocupacional.

3 – MATERIAIS E MÉTODO

3.1 – Delineamento do estudo

Estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa.

3.2 – Cenário do Estudo

O presente estudo foi realizado no CHU da Fhemig, na cidade de Belo Horizonte.

O CHU da Fhemig é a referência de urgência e emergência do Estado de Minas Gerais. Engloba o HJXXIII (o hospital de trauma da rede, que atende desde um simples trauma até múltiplos traumas, sejam eles de origem ortopédica, neurológica, torácica, perfurocortantes por armas de fogo e armas brancas, por agentes térmicos, elétricos, químicos ou radioativos, intoxicações exógenas e picadas de animais peçonhentos), o HIJPII (o hospital pediátrico da rede, referência em urgências pediátricas e doenças raras) e o HMAL (o hospital ortopédico da rede), conta com 2804 trabalhadores efetivos entre assistenciais e administrativos (dados referentes ao ano de 2024).

3.3 – Participantes

A amostra foi composta por servidores efetivos do CHU da Fhemig, independentemente da idade, sexo ou cargo/função, que estavam em reajuste funcional (temporário ou permanente), no período de 2015 a 2024, em decorrência de diagnóstico de distúrbios osteomusculares.

3.4 – Instrumentos

Para alcançar os objetivos propostos, foram utilizados instrumentos validados e amplamente empregados na área da saúde ocupacional, que possibilitaram a avaliação tanto da capacidade funcional dos trabalhadores quanto dos aspectos psicossociais do ambiente laboral. A coleta de dados foi realizada por meio de: 1) formulário sociodemográfico; 2) do Índice de Capacidade para o Trabalho

(ICT) (Martinez et al., 2009; Tuomi et al., 2010; Martinez; Fischer, 2019), que avalia a autopercepção do trabalhador sobre sua aptidão física e mental para desempenhar suas funções; e 3) da Job Stress Scale (JSS) (Alves et al., 2004; Negeliskii; Lautert, 2011; Alves; Hokerberg; Faerstein, 2013) baseada no modelo demanda-controle-apoio social, que investiga os níveis de estresse ocupacional. A escolha desses instrumentos visou proporcionar uma análise integrada das condições de saúde e das demandas psicossociais vivenciadas pelos servidores reajustados funcionalmente.

3.4.1- Formulário para coleta de dados do perfil

Foi elaborado um formulário específico para a coleta de dados dos prontuários físicos dos servidores efetivos e da planilha global de reajustamento funcional, disponibilizados pela Gerência de Segurança e Saúde do Trabalhador (GSST). As variáveis coletadas foram: categoria profissional, nível de escolaridade, estado civil, idade, sexo, diagnóstico médico, presença de doenças prévias, tipo de reajuste funcional (temporário ou permanente), turno de trabalho, setor de lotação antes e após o reajuste, tempo de atuação na profissão e na instituição.

3.4.2- Instrumento para avaliação da capacidade para o trabalho: Índice de Capacidade para o trabalho (ICT)

O Índice de Capacidade para o trabalho (ICT) é uma ferramenta que avalia a CT a partir da percepção do próprio trabalhador. (Martinez *et al.*, 2009; Tuomi *et al.*, 2010; Martinez; Fischer, 2019). O ICT foi traduzido para o uso no Brasil em 1996 e validado para a população brasileira em 2009, e, desde então, vem sendo utilizado nos serviços de saúde ocupacional, possibilitando também o desenvolvimento de pesquisas científicas, por ser preciso e confiável. (Martinez *et al.*, 2009) Neste estudo utilizamos a versão curta do ICT, conforme descrito por Schouten *et al.*, 2015. Composta por 9 questões sintetizadas em seis dimensões: (1) CT atual comparada a toda vida (escore variando de 0 a 10, sendo 0 a pior CT e 10 a melhor); (2) CT em relação as exigências do trabalho (escore variando de 2 a 10, sendo 2 CT muito baixa e 10 CT muito boa); (3) Perda estimada para o trabalho em razão de doenças (escore variando de 1 a 6, sendo 1 ruim e 6 bom); (4) Falta de trabalho por doenças nos últimos 12 meses (escore variando de 1 a 5, sendo 1 vários dias e 5 nenhum dia); (5)

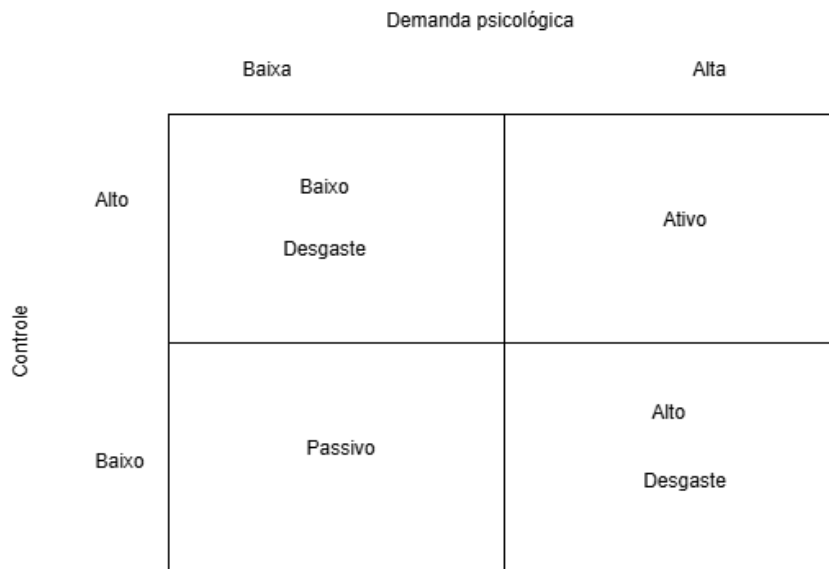
Prognóstico próprio sobre a CT daqui a 2 anos (escore variando de 1 a 7, sendo 1 improvável e 7 bastante provável); (6) Recursos mentais (escore variando de 1 a 4, sendo 1 ruim e 4 bom). O escore total do ICT varia de 6 a 42 pontos, sendo classificado em quatro níveis: escores entre 6 e 24 indicam CT baixa, exigindo intervenções voltadas à sua recuperação; escores de 25 a 32 correspondem a uma capacidade moderada, demandando ações de melhora; valores entre 33 e 38 refletem uma boa capacidade, sendo recomendadas medidas de manutenção e suporte; já pontuações entre 39 e 42 indicam capacidade ótima, cabendo ao gestor preservar as condições que favorecem essa situação (Schouten *et al.*, 2015).

3.4.2- Job Stress Scale

A Job Stress Scale foi desenvolvida baseada no modelo de Karasek de demanda e controle e na inclusão de uma terceira dimensão proposta por Johnson a do apoio social no ambiente de trabalho (Alves *et al.*, 2004). Uma versão reduzida deste questionário foi elaborada por Tores Theorell e contém 17 questões: 5 para avaliar demanda, 6 para avaliar controle e 6 para avaliar apoio social. De acordo com o modelo proposto por Karasek, escores médios são alocados em 4 quadrantes de forma a expressar as relações entre demanda e controle (Figura 2) (Alves *et al.*, 2004).

A coexistência de grandes demandas psicológicas com baixo controle sobre o processo de trabalho gera *alto desgaste* ("job strain") no trabalhador, com efeitos nocivos à sua saúde. Também prejudicial é a situação que conjuga baixas demandas e baixo controle (trabalho *passivo*), na medida em que podem gerar perda de habilidades e desinteresse. Por outro lado, quando altas demandas e alto controle coexistem, os indivíduos experimentam o processo de trabalho de forma *ativa*: ainda que as demandas sejam excessivas, elas são menos danosas, na medida em que o trabalhador pode escolher como planejar suas horas de trabalho de acordo com seu ritmo biológico e criar estratégias para lidar com suas dificuldades. A situação "ideal", de *baixo desgaste*, conjuga baixas demandas e alto controle do processo de trabalho. A dimensão Controle social é analisada separadamente e definida por seus autores como os níveis de interação social, existentes no trabalho, tanto com os colegas quanto com os chefes. A classificação baixo controle pode gerar consequências negativas à saúde.

Figura 2: Esquema do modelo de Demanda- Controle de Karasek



Fonte: Adaptado de Tores Theorell

O apoio social avalia a qualidade do ambiente de trabalho, o tipo de apoio que recebe da chefia imediata, assim como dos colegas. O modelo foi categorizado em quatro quadrantes: trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), alta exigência (alta demanda e baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda e alto controle). O estresse aparece quando os sujeitos enfrentam altas exigências. O trabalho passivo também pode desencadear problemas nocivos à saúde, devido a uma queda da aprendizagem, à perda gradual das habilidades previamente adquiridas e ao desinteresse dos profissionais acometidos (Alves *et al.*, 2004; Negeliskii; Lautert, 2011).

3.5 - Coleta de dados

Foram seguidas as normas de pesquisas envolvendo seres humanos contidas na Resolução 466/12 “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos”. Ressalta-se que a privacidade dos dados obtidos foi preservada e, em nenhum momento, os participantes tiveram ou terão sua identidade revelada.

Os dados foram coletados e os instrumentos foram aplicados após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais CAEE 79722524.4.0000.5149 e pelo CEP da Fhemig. Também foi solicitado e aprovado pelo

CEP o Termo de compromisso de utilização dos dados (TCUD) para a análise documental dos prontuários dos servidores. A coleta dos dados aconteceu entre os meses de setembro de 2024 a janeiro de 2025.

Inicialmente, foi realizada a análise documental dos prontuários físicos e da planilha global de ajustamento funcional disponibilizados pela GSST da Fhemig para caracterização do perfil dos servidores reajustados. Duas pesquisadoras ficaram responsáveis por essa extração de dados que foi realizada no local onde encontravam-se os arquivos físicos, utilizando o formulário para coleta de dados do perfil. Os dados foram plotados em planilha do *Microsoft Excel 2010* para posterior análise.

Para a aplicação dos instrumentos de avaliação (ICT e JSS), foram convidados pessoalmente e por mensagem de texto via celular, todos os servidores reajustados que permaneciam em atividade laboral no período da coleta. Antes da aplicação dos instrumentos os trabalhadores foram sensibilizados sobre a importância de participar da pesquisa. Os servidores em reajuste funcional permanente responderam presencialmente aos questionários, e aqueles em reajuste funcional temporário responderam via formulário eletrônico. A participação foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme aprovado pelo CEP.

Um contato inicial com as gerências assistenciais foi realizado para informar sobre a pesquisa e para confirmar informações tais como setor de trabalho, turno e unidade em que este servidor estava lotado.

3.6 - Análise estatística

Foi realizada uma análise descritiva inicial dos dados obtidos a partir dos prontuários e bancos de dados da Fhemig, bem como daqueles provenientes da aplicação dos instrumentos de coleta: o formulário sociodemográfico e ocupacional, o ICT e a JSS. A normalidade das variáveis contínuas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Os dados contínuos foram expressos como média e desvio padrão, enquanto os dados categóricos foram apresentados em frequências absoluta (n) e relativa (%). Uma análise exploratória foi conduzida para verificar associações entre os escores do ICT, os domínios da JSS e as variáveis relacionadas ao reajustamento funcional. Para comparações entre os grupos de servidores em reajuste funcional

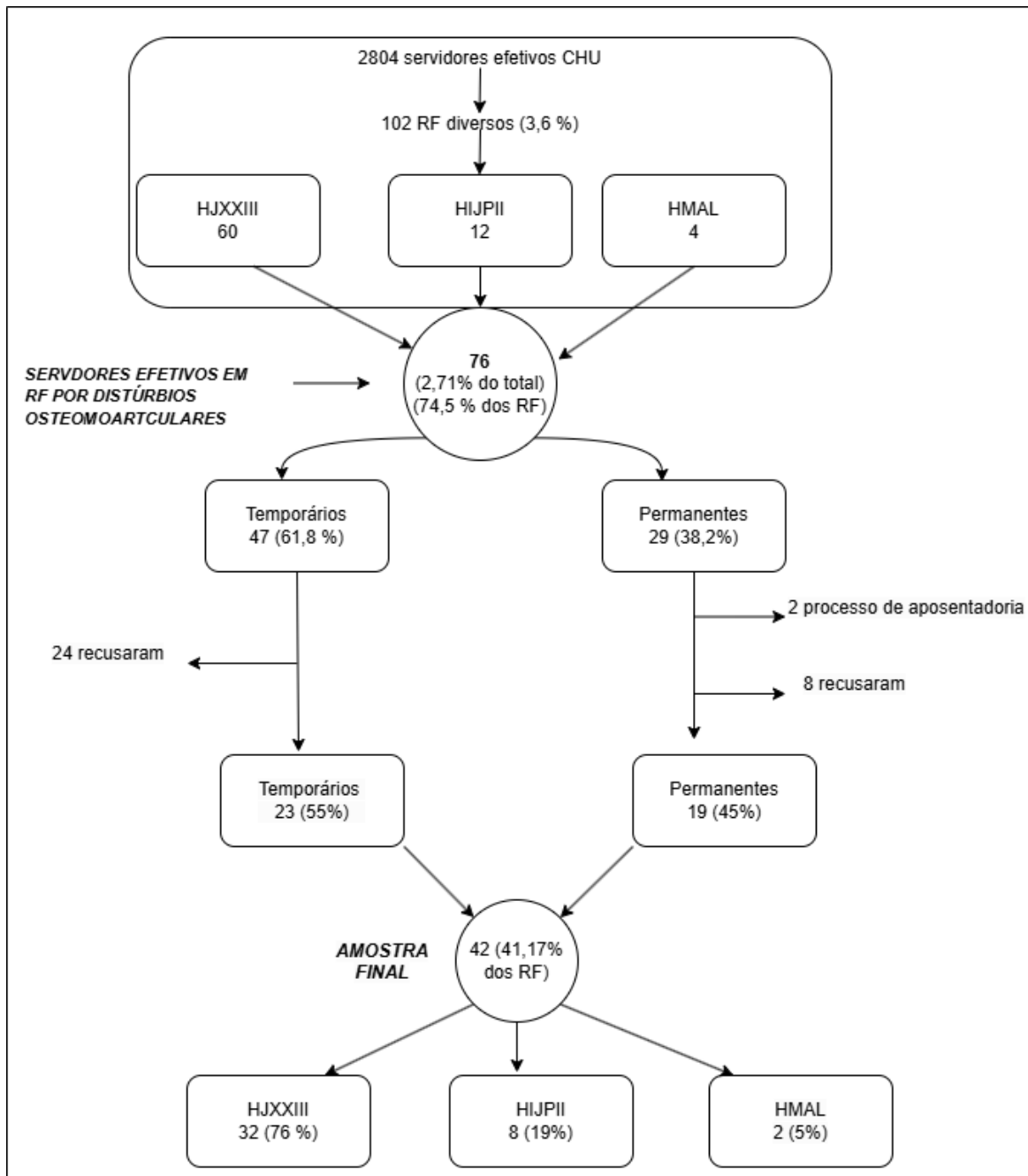
permanente e temporário, bem como entre aqueles que permaneceram no mesmo setor e os que foram realocados em outros setores após o reajustamento, foram utilizados testes de comparação apropriados à distribuição dos dados. As correlações entre variáveis contínuas foram analisadas por meio dos coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman, conforme a natureza e distribuição dos dados. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p < 0,05$). As análises foram realizadas utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0.

4- RESULTADOS

No ano de 2024, o CHU da Fhemig apresentava em seu quadro funcional 2804 trabalhadores efetivos, sendo 1176 técnicos de enfermagem, 84 fisioterapeutas, 170 técnicos administrativos/assistenciais e 1374 servidores de outras categorias profissionais tais como médicos, enfermeiros, nutricionistas entre outros.

No CHU 102 (3,6%) servidores estavam em reajustamento funcional. Destes, 76 (74,5%) encontravam-se em reajustamento funcional, devido a distúrbios osteomusculares (HJXXIII (60), HIJPII (12) e no HMAL (4), sendo 47(61,8%) em reajuste funcional temporário e 29 (38,2%) em reajuste funcional permanente. Dos trabalhadores em reajuste funcional temporário, 24 se recusaram a participar da pesquisa. Entre aqueles em reajuste funcional permanente, após a análise dos prontuários foi observado que dois (2) servidores estavam em processo de aposentadoria e oito (8) se recusaram a participar da pesquisa. A amostra final foi composta por 42 trabalhadores em reajustamento funcional iniciado entre os anos de 2015 e 2024 (41,17% dos servidores em reajustamento funcional no CHU) provenientes do HJXXIII 32 (76%), do HIJPII 8 (19%) e HMAL 2 (5%). (Figura 3)

Figura 3: Constituição da amostra



Fonte: Elaborado pela autora

A maioria dos trabalhadores estavam em reajuste funcional temporário 24 (70,59 %) e o restante em reajuste funcional permanente 10 (29,41%).

88,1 % dos servidores eram do sexo feminino, com média de idade de $52,31 \pm 7,9$ anos, casados (52,4%), com escolaridade elevada (ensino médio completo (45,2%), nível superior completo (33,4%)), técnicos de enfermagem (85,7%), com mais de 21 anos de profissão (59,5%), trabalhando na Fhemig entre 11 a 20 anos (78,6 %), no turno diurno (66,7%), com apenas um vínculo empregatício 33 (78,6%) e

carga horária de trabalho semanal total média de $40,57 \pm 11,23$ horas, sendo na Fhemig média de $34,48 \pm 5,47$ horas semanais (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos trabalhadores em reajustamento funcional por distúrbios osteomusculares no CHU (n=42).

	n (%) / Média \pm DP
Sexo	
Feminino	37 (88,1)
Masculino	5 (11,9)
Idade	52,31 \pm 7,9
Estado civil	
Casado	22 (52,4)
Solteiro	9 (21,4)
Viúvo	7 (16,7)
Divorciado	7 (16,7)
Escolaridade	
Ensino médio completo	19 (45,2)
Superior incompleto	9 (21,4)
Superior completo	14 (33,4)

Tabela 2: Perfil ocupacional dos trabalhadores em reajustamento funcional por distúrbios osteomusculares no CHU (n=42).

	n (%) / Média \pm DP
Categoria profissional	
Técnico de enfermagem	36 (85,7)
Fisioterapeuta	3 (7,1)
Técnico administrativo	2 (4,8)
Técnico assistencial	1 (2,4)
Tempo de profissão	
11 a 20 anos	17 (40,5)
Acima de 21 anos	25 (59,5)
Tempo de trabalho na Fhemig	
6 a 10 anos	4 (9,5)
11 a 20 anos	33 (78,6)
Acima de 21 anos	5 (11,9)
Número de empregos	
1 vínculo	33 (78,6)
2 vínculos	9 (21,4)
Turno de trabalho Fhemig	
Diurno	28 (66,7)
Noturno	14 (33,3)
Horas de trabalho semanais	
Totais	40,57 \pm 11,23
Fhemig	34,48 \pm 5,47

Os principais distúrbios osteomusculares que ocasionaram o reajustamento funcional foram classificadas em 4 grupos: 1- patologias relacionadas a coluna vertebral (compreendendo os CID's M54.4, M54.5, M51.1, M54.1, M50.1, M54.2, M43.1, Z981, M45, M50.1, M48.0, M 50.2, M19, M47.8); 2- doenças que acometem os membros superiores (MMSS) (CID's M75.1, T116, M19, S422 e S520); 3- patologias relacionadas aos membros inferiores (MMII) (CID's M73.1, M199, M949, M17, M22.4, M19, M23.8, S834, S82, L 981, M15, S 923, M16, M65.9, S90); 4- doenças reumatológicas que acometem os músculos e ossos (CID's M79.6, M13, M05). As doenças com maior prevalência na amostra foram aquelas relacionadas ao acometimento da coluna vertebral (40,5 %), seguidas por MMSS (21,4 %), MMII (35,7%) e reumatológicas (2,4%) (Tabela 3).

Quanto a presença de multimorbidades, os trabalhadores apresentaram em sua maioria mais de duas (2) doenças, sendo mais prevalente as doenças mentais (42,9%), seguidas por Hipertensão arterial sistêmica (HAS) (23,8%) e obesidade (21,4%) (Tabela 3).

Tabela 3: Doenças osteomusculares e condições de saúde entre trabalhadores do CHU (n = 42).

	n (%)
Doença ortopédica que levou ao reajuste	
MMSS	9 (21,4)
MMII	15 (35,7)
Reumatológica	1 (2,4)
Coluna	17 (40,5)
MMII	15 (35,7)
Número de doenças associadas	
Nenhuma	13 (31)
1 doença	13 (31)
2 ou mais	16 (38,1)
Tipo de doenças associadas (uma pessoa pode apresentar mais de 1 doença)	
Cardiovasculares	3 (7,1)
Dermatológicas	1 (2,4)
Respiratórias	2 (4,8)
Obesidade	9 (21,4)
DM	7 (16,7)
Outras	5 (11,9)
Mentais	18 (42,9)
HAS	10 (23,8)

Uma análise nos prontuários foi realizada para conhecer os servidores que estavam em reajustamento funcional e se tornaram não respondentes aos

instrumentos. Destes trabalhadores, 2 se encontravam em processo de aposentadoria e 32 que se recusaram a participar do estudo.

Tabela 4: Servidores não respondentes características sociodemográficas e ocupacionais (n = 34).

	n (%) / Média ± DP
Sexo	
Feminino	31 (91,18)
Masculino	3 (8,82)
Idade	53,7 ± 9,28
Estado civil	
Casado	16 (47,06)
Solteiro	8 (23,53)
Viúvo	1 (2,94)
Divorciado	9 (26,47)
Escolaridade	
Ensino médio completo	33 (97,06)
Superior completo	1 (2,94)
Categoria profissional	
Técnico de enfermagem	30 (88,24)
Técnico assistencial	4 (11,76)
Reajuste	
Temporário	24 (70,59)
Permanente	10 (29,41)
Tempo de trabalho na Fhemig	
6 a 10 anos	4 (11,76)
11 a 20 anos	24 (70,59)
Acima de 21 anos	6 (17,65)
Turno de trabalho Fhemig	
Diurno	24 (70,59)
Noturno	10 (29,41)
Horas de trabalho semanais na Fhemig	33,57 ± 7,62
Servidores lotados no CHU	
HJXXIII	28 (82,35)
HMAL	2 (5,88)
HIJPII	0 (0)

O ICT encontrado para o conjunto dos trabalhadores em reajustamento funcional por distúrbios osteomusculares, foi bom (33,3%) e moderado (45,2%) (Tabelas 5 e 6).

Tabela 5: Distribuição por dimensões do ICT entre os trabalhadores em reajustamento funcional por distúrbios osteomusculares no CHU (n=42).

Dimensões	Média ± desvio padrão
1) Capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida	7,1± 2,07
2) Capacidade para o trabalho em relação as exigências do trabalho	8,64 ± 0,95
3) Perda estimada para o trabalho em razão de doenças	4,36 ± 0,87
4) Falta de trabalho por doenças nos últimos 12 meses	2,86 ± 1,18
5) Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	5,07 ± 2,07
6) Recursos mentais	3,10 ± 0,79

Tabela 6: Distribuição da Classificação Geral do ICT entre os trabalhadores em reajustamento funcional por distúrbios osteomusculares no CHU (n=42).

Classificação final	Escores	n (%)
Baixa CT	6-24	6 (14,3)
Moderada CT	25-32	19 (45,2)
Boa CT	33-38	14 (33,3)
Ótima CT	39-42	3 (7,1)
Valor final		31,31 ± 5,37

Já a JSS foi baixa para todas as dimensões do instrumento (Tabela 7). Na análise do modelo demanda-controle, observa-se que o grupo em sua maioria percebe o trabalho como passivo - baixa demanda e baixo controle - (85,7%) (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição das dimensões e modelo demanda- controle do JSS entre os trabalhadores em reajustamento funcional por distúrbios osteomusculares no CHU (n=42).

Dimensões	Média ± desvio padrão
Demanda psicológica	
Baixa	37 (88,1)
Alta	5 (11,9)
Controle	
Baixo	41 (97,6)
Alto	1 (2,4)
Apoio social	
Baixo	36 (85,7)
Alto	6 (14,3)
Modelo demanda - controle	
	n (%)
Alta demanda e baixo controle (alta exigência)	5 (11,9)
Baixa demanda e baixo controle (trabalho passivo)	36 (85,7)
Baixa demanda e alto controle (baixa exigência)	1 (2,4)

Na comparação entre o grupo de trabalhadores em reajuste funcional temporário e permanente observa-se uma homogeneidade da amostra em relação às características principais, conforme descrito nas tabelas 8, 9 e 10. Analisando o ICT, quando comparados os 2 grupos verifica-se que o grupo em reajuste funcional permanente apresenta diferenças significativas ($p < 0,05$) em quatro (4) das seis (6) dimensões deste instrumento. Este grupo apresenta melhor CT em relação às exigências do trabalho, falta menos ao trabalho por doenças, o seu prognóstico sobre a sua saúde é melhor e apresenta melhor desempenho quanto aos recursos mentais.

O escore final do ICT também mostrou diferença significativa ($p < 0,05$), porém a amplitude do intervalo de confiança (IC 95% = 1,77 – 7,87) sugere que a estimativa da diferença entre os grupos tenha uma certa imprecisão, possivelmente devido ao tamanho amostral limitado e à variabilidade dos dados (Tabela 11).

Tabela 8: Análise comparativa entre trabalhadores em reajuste permanente X temporário: variáveis sociodemográficas (n=42).

	RF Permanente n=19	RF Temporário n=23	Valor p
Idade	53,47 ± 8,5	51,35 ± 7,52	0,397
Sexo			0,644
Feminino	16 (84,2)	21 (91,3)	
Masculino	3 (15,8)	2 (8,7)	
Estado civil			0,432
Casado	12 (63,2)	10 (43,5)	
Solteiro	2 (10,5)	7 (30,4)	
Viúvo	2 (10,5)	2 (8,7)	
Divorciado	3 (15,8)	4 (17,4)	
Escolaridade			0,302
Ensino médio completo	7 (36,8)	12 (52,2)	
Superior incompleto	5 (26,3)	4 (17,4)	
Superior completo	7 (36,8)	7 (30,4)	

Tabela 9: Análise comparativa entre trabalhadores em reajuste permanente X temporário: variáveis ocupacionais (n=42).

	RF Permanente n=19	RF Temporário n=23	Valor p
Horas de trabalho/semana TOTAIS	42,24 ± 11,34	39,04 ± 11,16	0,339
Horas de trabalho/semana Fhemig	35,68 ± 6,04	33,48 ± 4,87	0,198
CHU			0,442
HJXXIII	16 (84,2)	16 (69,6)	
HIJPII	2 (10,5)	6 (26,1)	
HMAL	1 (5,3)	1 (4,3)	
Categoria profissional			0,129
Técnico de enfermagem	18 (94,7)	18 (78,3)	
Fisioterapeuta	0 (0)	3 (13)	
Técnico administrativo	0 (0)	2 (8,7)	
Técnico assistencial	1(5,3)	0 (0)	
Tempo de profissão			0,845
11 a 20 anos	8 (42,1)	9 (39,1)	
Acima de 21 anos	11 (57,9)	14 (60,9)	
Tempo de trabalho na Fhemig			0,313
6 a 10 anos	3 (15,8)	1 (4,3)	
11 a 20 anos	13 (68,4)	20 (87)	
Acima de 21 anos	3 (15,8)	2 (8,7)	
Número de empregos			1
1 vínculo	15 (78,9)	18 (78,3)	
2 vínculos	4 (21,1)	5 (21,7)	
Turno de trabalho Fhemig			0,107
Diurno	10 (52,6)	18 (78,3)	
Noturno	9 (47,4)	5 (21,7)	

Tabela 10: Análise comparativa entre trabalhadores em reajuste permanente X temporário: variáveis relacionadas ao reajustamento funcional e condições de saúde (n = 42).

	RF Permanente n=19	RF Temporário n=23	Valor p
Diagnóstico que levou ao reajuste			0,515
Coluna	6 (31,6)	11 (47,8)	
MMSS	5 (26,3)	4 (17,4)	
MMII	7 (36,8)	8 (34,8)	
Reumatológica	1 (5,3)	0 (0)	
Doenças associadas - número			0,389
Nenhuma	4 (21,1)	9 (39,1)	
1 doença	6 (31,6)	7 (30,4)	
2 ou mais	9 (47,4)	7 (30,4)	
Dias de licença após o RF			0,113
Nenhum	0 (0)	2(8,7)	
1 a 5	7 (36,8)	2 (8,7)	
6 a 10	0 (0)	2 (8,7)	
11 a 15	7 (36,8)	1 (4,3)	
16 a 30	2 (10,5)	10 (43,5)	
31 a 60	2 (10,5)	2 (8,7)	
61 a 90	0 (0)	1 (4,3)	
91 a 180	1 (5,3)	3 (13)	

Tabela 11: Análise comparativa entre trabalhadores em reajuste permanente X temporário: dimensões do ICT (n=42).

Dimensões	RF temporário n =23	RF permanente n =19	Valor p
1) Capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida	6,70 ± 2,22	7,58 ± 1,80	0,172
2) Capacidade para o trabalho em relação as exigências do trabalho	8,22 ± 9,16	9,16 ± 0,60	0,001*
3) Perda estimada para o trabalho em razão de doenças	4,39 ± 0,94	4,32 ± 0,82	0,785
4) Falta de trabalho por doenças nos últimos 12 meses	2,39 ± 1,1	3,42 ± 1,01	0,004*
5) Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	4,26 ± 1,78	6,05 ± 2,01	0,004*
6) Recursos mentais	2,83 ± 0,71	3,42 ± 0,76	0,013*
7) Valor final	29,13 ± 5,21	33,95 ± 4,37	0,003*

Legenda: *Considerado p < 0,05 estatisticamente significativo.

Na avaliação dos grupos quanto a JSS, observa-se que ambos percebem o trabalho com baixa demanda psicológica, baixo controle e baixo apoio social.

Analisando o modelo demanda-controle, embora sem significância, observa-se que ambos os grupos apresentam percepções de um trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) (Tabela 12).

Tabela 12: Análise comparativa entre trabalhadores em reajuste permanente X temporário: dimensões e modelo demanda-controle do JSS (N=42).

	RF temporário n =23	RF permanente n =19	Valor p
Demanda psicológica			0,644
Baixa	21(91,3)	16 (84,21)	
Alta	2 (8,7)	3 (15,79)	
Controle			0,452
Baixo	23 (100)	18 (94,73)	
Alto	0 (0)	1 (5,27)	
Apoio social			1
Baixo	20 (86,95)	16 (84,21)	
Alto	3 (13,05)	3 (15,79)	
Modelo demanda - controle			0,399
Alta demanda e baixo controle (alta exigência)	2 (8,7)	3 (15,79)	
Baixa demanda e baixo controle (trabalho passivo)	21 (91,3)	15 (78,95)	
Baixa demanda e alto controle (baixa exigência)	0 (0)	1 (5,26)	

Entre os trabalhadores em reajuste funcional permanente, foi realizada uma análise comparativa entre dois subgrupos: aqueles que permaneceram no mesmo setor de trabalho e aqueles que foram realocados para outro setor após o reajuste. Os resultados demonstraram uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação aos escores do ICT ($p < 0,05$). Os servidores que foram transferidos de setor apresentaram melhor avaliação da capacidade atual de trabalho em comparação com a melhor de toda a vida, relataram menor impacto de doenças na sua capacidade laboral e classificaram sua CT como boa (Tabela 13).

Tabela 13: Análise comparativa entre os trabalhadores que permaneceram no setor de trabalho x mudaram de setor de trabalho após o RF: dimensões e valor total do ICT (n=42).

Dimensões	Mudaram de setor n =12	Permaneceram no setor n =29	Valor p
1) Capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida	8,08 ± 1,44	6,66 ± 2,19	0,020*
2) Capacidade para o trabalho em relação as exigências do trabalho	8,50 ± 1,24	8,69 ± 0,85	0,575
3) Perda estimada para o trabalho em razão de doenças	4,92 ± 0,51	4,10 ± 0,90	0,001*
4) Falta de trabalho por doenças nos últimos 12 meses	3,42 ± 1,08	2,66 ± 1,17	0,058
5) Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	5,50 ± 1,56	4,93 ± 2,28	0,366
6) Recursos mentais	3,33 ± 0,77	3,03 ± 0,77	0,276
7) Valor final	34,08 ± 3,65	30,21 ± 5,69	0,036*

Legenda: *Considerado $p < 0,05$ estatisticamente significativo.

5- DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciam um perfil de trabalhadores com predomínio do sexo feminino, idade média superior a 50 anos, elevada escolaridade e extensa experiência profissional, refletindo o envelhecimento da força de trabalho em instituições de saúde pública como a Fhemig. A maior parte dos participantes pertence à categoria de técnicos de enfermagem, grupo que historicamente está mais exposto a sobrecarga física, o que pode justificar a prevalência de distúrbios osteomusculares, especialmente os relacionados à coluna vertebral (40,5%). A coexistência de múltiplas morbidades foi significativa, destacando-se os transtornos mentais (42,9%), HAS e obesidade, o que aponta para a complexidade da condição de saúde desses trabalhadores.

Do ponto de vista funcional, observou-se que a maioria apresentava uma CT classificada como moderada ou boa, segundo o ICT, embora dimensões como prognóstico de saúde e recursos mentais tenham apresentado escores menos favoráveis. Comparativamente, os trabalhadores em reajuste funcional permanente demonstraram melhores índices em aspectos como exigências do trabalho, faltas por doença e recursos mentais, em relação aos temporários, com diferenças estatisticamente significativas. Além disso, o remanejamento de setor após o reajustamento funcional mostrou-se associado a uma melhor percepção da capacidade laboral, sugerindo que a adaptação do ambiente de trabalho pode influenciar positivamente a reinserção produtiva. Contudo, o modelo demanda-controle revelou um cenário de trabalho predominantemente passivo, com baixa demanda, baixo controle e pouco apoio social, fatores que podem interferir na recuperação funcional e no bem-estar dos trabalhadores.

Como dito anteriormente, a maioria dos trabalhadores do estudo eram do sexo feminino fato descrito por inúmeras pesquisas com a mesma temática, uma vez que o trabalho na saúde é predominantemente feminino (Cacciari *et al.*, 2013; Rocha *et al.*, 2013; Pereira *et al.*, 2017; Moreira *et al.*, 2014; Souza *et al.*, 2015; Martinez; Latorre; Fischer, 2021). A expressiva presença de mulheres na força de trabalho da saúde reflete a histórica divisão sexual do trabalho (Hirata; Kergoat, 2007; Sousa; Guedes, 2016), onde atividades de cuidado são culturalmente atribuídas às mulheres, o que pode intensificar as demandas físicas e emocionais, especialmente em contextos de dupla jornada (Souza *et al.*, 2015; Sousa; Guedes, 2016; Wermelinger

et al., 2010). Com base nos últimos dados disponíveis da RAIS e do CNES (2022–2023), cerca de 75% a 80% dos trabalhadores formais da saúde em Minas Gerais são mulheres. Com maior presença em enfermagem, agentes comunitários, técnicos de saúde bucal, fisioterapia e áreas correlatas.

A posição que o trabalhador ocupa na organização do trabalho influencia diretamente o modo como suas atividades são executadas, determinando os tipos de riscos aos quais estará exposto e, conseqüentemente, suas possibilidades de adoecimento (Martinez; Latorre; Fischer, 2021). No presente estudo, observou-se que a maioria dos participantes era composta por técnicos de enfermagem, o que reflete uma característica histórica dessa categoria profissional, amplamente inserida nas unidades hospitalares e frequentemente submetida a sobrecargas físicas, posturas inadequadas e pressões psíquicas associadas à rotina laboral (Cacciari *et al.*, 2013; Rocha *et al.*, 2013; Moreira *et al.*, 2014; Pereira *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2018).

A expressiva presença dos técnicos de enfermagem entre os casos de reajustamento funcional contrasta com a ausência de enfermeiros na amostra, o que aponta para diferenças nas atribuições e demandas físicas entre as categorias da equipe de enfermagem. Martinez, Latorre e Fischer (2021) relatam que os enfermeiros apresentam menor comprometimento da CT em comparação aos técnicos, resultado também observado por outros estudos (Martinez; Fischer, 2019; Magnago *et al.*, 2015). Esse achado é atribuído ao fato de os enfermeiros desempenharem majoritariamente funções de supervisão e gestão, com menor exposição a sobrecargas físicas, esforço repetitivo e posturas mantidas — fatores esses frequentemente presentes nas atividades dos técnicos (Silva *et al.*, 2018). Tal diferença funcional pode explicar, em parte, a ausência de enfermeiros entre os trabalhadores em reajustamento funcional identificados neste estudo.

Em relação à idade, a média encontrada na amostra foi de $52,31 \pm 7,9$ anos, o que corrobora com a pesquisa de Pereira e colaboradores, 2017, que estudou uma amostra de 40 profissionais readaptados da equipe da enfermagem em uma instituição hospitalar pública, com a faixa etária variando de 54 a 59 anos. Há evidências de que a média de idade dos profissionais de saúde em hospitais brasileiros está aumentando, refletindo o envelhecimento da força de trabalho no setor (Smiley *et al.*, 2010; Rockville, 2024). Isto parece ser uma tendência global. Um relatório de 2024 da Health Resources and Services Administration (HRSA) dos Estados Unidos destaca que a idade média dos enfermeiros registrados é de 43,4

anos, enquanto a dos médicos ativos é de 51,2 anos. Além disso, menos de 17% dos médicos ativos têm menos de 40 anos, indicando uma tendência de envelhecimento significativo entre seus profissionais de saúde. Outro estudo publicado na *Journal of Nursing Regulation* em 2021 revelou que a média da idade dos enfermeiros nos Estados Unidos aumentou para 52 anos, com 19% dos profissionais tendo 65 anos ou mais. Segundo Tuomi, 2010, o envelhecimento é um processo natural do ser humano, que leva a uma redução progressiva da reserva funcional dos indivíduos. Os fatores que levam a redução da CT começam a se acumular e se manifestam por volta de 45 anos. Por isso torna-se importante o empenho para a melhora da CT em todas as fases da vida ativa do trabalhador. Esses dados refletem uma tendência global de envelhecimento da força de trabalho na saúde, o que pode ter implicações significativas para a gestão de recursos humanos e políticas de saúde ocupacional.

Ainda sob a ótica do envelhecimento, destaca-se que a faixa etária observada nesta amostra — composta predominantemente por adultos de meia idade (49 a 59 anos) — indica uma tendência de aproximação ao grupo etário idoso, o que acentua a importância de se considerar os efeitos do envelhecimento cronológico no contexto laboral. Tal processo, frequentemente acompanhado por alterações fisiológicas e funcionais, favorece o surgimento de multimorbidades, especialmente quando associado a condições de trabalho exigentes e a estilos de vida pouco saudáveis. Nesse cenário, torna-se fundamental compreender a relação entre envelhecimento, acúmulo de doenças e comprometimento da capacidade laboral entre os profissionais da saúde.

Com o envelhecimento cronológico, torna-se comum o aparecimento de comorbidades associadas ao seu ambiente de trabalho e seu estilo de vida. Isto favorece a incapacidade laboral e o adoecimento de natureza física, fisiológica ou psíquica (Pereira *et al.*, 2017). Em nossa pesquisa houve a presença de multimorbidades relatadas pelos trabalhadores, se destacando as doenças mentais e a obesidade. Vários estudos descrevem as doenças mentais como comorbidade mais frequente quando associadas aos distúrbios osteomusculares corroborando com os nossos resultados (Souza *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2017; Moreira *et al.*, 2017). Martinez e colaboradores, 2010 descrevem a obesidade como fator de risco para perda da CT, com o excesso de peso exercendo impacto negativo por afetar a capacidade cardiorrespiratória e musculoesquelética favorecendo o aumento da

morbidade por doenças crônicas. Esta condição associada a um pior desempenho laboral, gera uma saúde prejudicada deste trabalhador (Martinez; Fischer, 2019).

Quanto ao tempo na profissão, a maioria tinha mais de 21 anos na profissão e entre 11 a 20 anos de trabalho na instituição, característica semelhante apresentada no estudo de Batista e colaboradores, 2010, que investigou a readaptação funcional dos trabalhadores de enfermagem em reajustamento funcional em um hospital público brasileiro. Evidências científicas sugerem que o tempo de atuação profissional na área da saúde pode estar associada ao aumento da prevalência de distúrbios osteomusculares (Hilleshein *et al.*, 2011; Bucher *et al.*, 2023). Apesar de não encontrarmos correlação significativa entre o tempo de profissão e a CT a literatura apresenta que o tempo no emprego ou o tempo de profissão está relacionado à CT, pois quanto maior o tempo que este trabalhador estiver exposto às demandas do trabalho, maior será seu envelhecimento funcional, além de o tempo de trabalho estar relacionado ao envelhecimento cronológico. Por isso torna-se importante a melhora da CT durante todo ciclo laboral destes trabalhadores (Júnior *et al.*, 2011; Cacciari *et al.*, 2013).

A presença de distúrbios osteomusculares foi evidenciada em profissionais da saúde que desenvolvem trabalhos hospitalares com alta carga de trabalho física e mental (Dong *et al.*, 2019; Nazario *et al.*, 2021; Hämmig, 2020; Miranda *et al.*, 2023). Os profissionais da enfermagem possuem elevada prevalência dos sintomas osteomusculares, uma vez que estes trabalhadores são os principais responsáveis por atividades que envolvem contato direto com pacientes e, por isso, estão bastante expostos a fatores de risco físico (Moreira *et al.*, 2014). No presente estudo, os distúrbios osteomusculares com maior prevalência foram aqueles relacionados a problemas da coluna vertebral, seguidos por acometimentos nos MMSS, MMII e doenças reumatológicas. As atividades realizadas no cuidado direto ao paciente geralmente envolvem força dos MMSS, flexão do tronco e movimentos de extensão, causando impacto no sistema musculoesquelético, particularmente nas regiões da coluna e do ombro (Moreira *et al.*, 2014; Pereira *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2011).

A fim de aprofundar a compreensão sobre os padrões de comprometimento musculoesquelético entre profissionais de saúde, detalham-se a seguir os achados de três estudos que corroboram os resultados desta pesquisa. Moreira e colaboradores, 2014, também encontraram maior prevalência de sintomas na coluna lombar, cervical, torácica, ombros, tornozelos e pés em técnicos de enfermagem hospitalares. O estudo

de Santos e colaboradores, 2017, que investigou a prevalência de dor musculoesquelética entre profissionais de enfermagem atuantes em uma unidade de ortopedia, observou-se que as regiões corporais mais acometidas foram a parte inferior das costas (79,3%), a parte superior das costas (75,9%), o pescoço (65,5%) e os ombros (62,1%). Também foram relatadas dores com frequência relevante nos tornozelos e pés (55,2%) e nos punhos e mãos (51,7%). E o estudo de Pereira e colaboradores, 2017, que traçou o perfil dos servidores públicos hospitalares em reajustamento funcional, sua amostra foi composta basicamente por profissionais da enfermagem (técnicos), os principais distúrbios osteomusculares encontrados foram relacionados a coluna (hérnia de disco, artrose – 38,8%) seguidos por alterações em MMSS e MMII (rupturas de tendão, bursite – 32,3%), o que reafirma o perfil dos trabalhadores públicos hospitalares brasileiros da equipe de enfermagem. Esses dados indicam um comprometimento expressivo de segmentos anatômicos relacionados à sustentação postural e ao manuseio de pacientes, evidenciando o impacto das exigências físicas da prática profissional na enfermagem hospitalar.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios musculoesqueléticos entre esses trabalhadores são: empurrar camas ocupadas, transferências laterais de pacientes, reposicionar pacientes na cama, arrumar camas ocupadas, bem como levantar e carregar equipamentos pesados por longas distâncias, permanecendo a maior parte do tempo em ortostatismo e mantendo contrações isométricas (Moreira *et al.*, 2014; Souza *et al.*, 2015). Para os fisioterapeutas o segundo grupo acometido na amostra, a literatura aponta que os distúrbios da coluna seguidos pelas patologias de MMSS, são as mais prevalentes. E isto se deve também ao fato da manutenção das posturas, terapias manuais, sobrecarga de peso (transferências e movimentação de pacientes, com inclinação e torção de tronco), executar a mesma tarefa repetidamente e trabalho em ortostatismo, semelhante ao que ocorre com a equipe de enfermagem (Milhem *et al.*, 2016; Gorce; Jacquier-Bret, 2023; Gorce; Jacquier-Bret, 2024).

Fatores como a relutância de profissionais da saúde em buscar atendimento, frequentemente motivada pela percepção de que reconhecer suas limitações físicas ou psíquicas seria um sinal de fragilidade ou um transtorno para suas equipes e gestões, têm contribuído para o agravamento de quadros clínicos (Carneiro, 2006). Essa resistência pode estar associada ao desejo de não comprometer a assistência aos pacientes, de evitar o desfalque em equipes já reduzidas ou à crença de que

suportar a dor e as limitações faz parte de seu compromisso profissional. Soma-se a isso a demora na obtenção de diagnóstico e a insuficiência de ações sistemáticas de atenção à saúde do trabalhador, muitas vezes vinculada ao adiamento recorrente da realização de exames periódicos nas instituições (Carneiro, 2006; Batista *et al.*, 2010).

É uma crescente preocupação do SUS voltar a atenção para a saúde do trabalhador, por meio de normas e resoluções, na tentativa de dar respaldo às questões de saúde relativas aos processos de trabalho desenvolvidos por seus servidores (Batista *et al.*, 2010). Porém, no serviço público brasileiro raros são os dados consolidados sobre a saúde de seus trabalhadores, e a inexistência de um sistema nacional que consolide informações sobre a saúde do servidor impossibilita conhecer o perfil epidemiológico desta categoria, dificultando a elaboração de projetos de promoção, manutenção e recuperação da saúde de maior alcance (Carneiro, 2006).

Diante dos aspectos apresentados, torna-se fundamental a implementação de ações locais, no âmbito de cada instituição pública, voltadas à consolidação de bancos de dados próprios sobre a saúde dos trabalhadores. A sistematização dessas informações pode subsidiar intervenções mais ágeis, direcionadas e eficazes, especialmente considerando que os distúrbios osteomusculares figuram entre os agravos à saúde mais relevantes nesse grupo. Tais condições são reconhecidas por seu potencial de gerar diferentes níveis de incapacidade funcional, com impactos significativos tanto para o indivíduo quanto para os serviços prestados. (Souza *et al.*, 2015).

No que se refere à comparação entre os grupos de trabalhadores em reajuste funcional temporário e reajuste funcional permanente foi observado que o grupo com reajuste permanente apresenta melhor CT em relação às exigências do trabalho, falta menos ao trabalho por doenças, o seu prognóstico sobre a sua saúde é melhor e apresenta melhor desempenho quanto aos recursos mentais. O escore final do ICT também apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo a CT classificada como moderada entre os servidores em reajuste temporário e como boa entre aqueles em reajuste permanente. De acordo com a forma de trabalho desempenhada nas unidades hospitalares (associação entre demandas físicas e mentais) a CT pode apresentar piores condições. O estudo de Silva e colaboradores, 2018, apresentou resultados semelhantes na CT (boa e moderada) entre os trabalhadores da enfermagem. Indicando que esta classificação pode ser explicada

pelas exigências físicas (cargas físicas inadequadas) e mentais (conflitos com a equipe e chefia, nível de responsabilidade, longas jornadas de trabalho, falta de reconhecimento da profissão). A maioria dos participantes do nosso estudo eram mulheres que relataram moderada e boa CT, segundo Martinez e colaboradores, 2010, o sexo feminino tem maior risco para redução da CT, devido as piores condições salariais e de trabalho que os homens e pela dupla jornada desempenhada pelas mulheres.

Um achado particularmente relevante deste estudo foi a melhor avaliação da CT entre os servidores em reajuste funcional permanente que foram realocados para outros setores. Esses trabalhadores apresentaram escores mais altos no ICT, especialmente nas dimensões referentes à capacidade atual em comparação com a melhor da vida, menor impacto das doenças nas atividades laborais e melhor prognóstico sobre sua saúde futura. Embora o presente estudo não tenha explorado de forma específica as características das atividades exercidas pelos trabalhadores nos setores de origem antes do reajustamento funcional, esse resultado chama atenção e aponta para uma temática promissora a ser aprofundada em futuras investigações. A literatura indica que fatores como a redução das exigências físicas e mentais, a maior adequação das tarefas às limitações funcionais e a percepção de valorização institucional podem contribuir para a melhora da capacidade laboral após a realocação. Ambientes de trabalho menos exigentes fisicamente ou com menor pressão psicossocial tendem a mitigar o desgaste físico e emocional, favorecendo a manutenção ou recuperação da capacidade funcional (Santos et al., 2024; Burr et al., 2021). Além disso, a realocação pode representar uma forma de reconhecimento e apoio institucional, elevando os níveis de satisfação e motivação no trabalho, o que também está associado a melhores escores de CT (Heyam; Basher; Nesreen, 2018; Glanzner *et al.*, 2017; Danish; Usman, 2010; Duarte; Teixeira; Sousa, 2019).

Na avaliação da JSS, observou-se que os trabalhadores que se encontravam em reajustamento funcional possuem baixa demanda psicológica, baixo controle e baixo apoio social. Um estudo realizado com enfermeiros da emergência na mesma instituição em 2022, apresentou um resultado divergente, pois avaliou apenas os enfermeiros e não os técnicos de enfermagem (Ferreira; Silva; Souza, 2022). Estes profissionais apresentavam altas demandas, alto controle e alto apoio social, indicando um trabalho ativo, na qual este trabalhador pode escolher como planejar seu trabalho e criar estratégias para lidar com suas dificuldades. O alto apoio social

relatado por estes trabalhadores é um fator protetor contra o desgaste emocional e aumenta a satisfação com o trabalho (Alves *et al.*, 2004). Porém em nosso estudo não havia nenhum enfermeiro e sim técnicos de enfermagem, categoria essa, que apresenta exigências de trabalho diferentes das executadas pelos enfermeiros, e apresentam trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle). Este tipo de relação é nociva para estes trabalhadores na medida que gera perda de habilidade e desinteresse (Alves *et al.*, 2004).

A falta de apoio social, definida como a falta de integração social, tanto com os colegas quanto com os chefes, leva estes profissionais a vários tipos de desgastes, a perda da expectativa de realizar o trabalho com qualidade e à desmotivação psíquica para desenvolvê-lo, podendo gerar ainda destruição dos mecanismos de cooperação da equipe, queda de produção, absenteísmo e a um sofrimento psíquico elevado (Lancman *et al.*, 2021; Ferreira; Silva; Souza, 2022). A literatura tem demonstrado que a perda da esperança de ter seu trabalho reconhecido, de fazer um trabalho de qualidade e de poder contribuir com sua experiência na progressão dos serviços é um grande fator para o sofrimento psíquico (Lancman *et al.*, 2021). Afinal, o que mobiliza e motiva as pessoas para o trabalho é a retribuição simbólica pela contribuição que elas trazem (Lancman *et al.*, 2021).

É possível que o baixo apoio social relatado pelos profissionais esteja relacionado à dificuldade das chefias em realocar esses trabalhadores para setores mais adequados, o que pode resultar em alocações em áreas de menor complexidade e distantes do cuidado direto ao paciente, contribuindo para a percepção de desvalorização do seu trabalho. A preparação da equipe que irá receber este profissional que retorna ao trabalho, torna-se muito importante, para promover uma adaptação menos traumática possível, e permitir que este profissional continue contribuindo de forma produtiva com a instituição (Gracioli *et al.*, 2017).

Embora os distúrbios osteomusculares tenham sido identificados como a principal causa de reajustamento funcional entre os servidores do CHU da Fhemig, representando 75,5% dos casos, a amostra analisada correspondeu a 41,7% do total de trabalhadores nessa condição. Ainda que esse percentual seja inferior ao de outras investigações nacionais, os dados obtidos oferecem subsídios relevantes para a análise do fenômeno. Cabe reconhecer que essa limitação amostral pode ter influenciado, em alguma medida, as comparações entre os grupos com reajuste funcional temporário e permanente, bem como as análises do ICT entre os

trabalhadores que permaneceram em seus setores de origem e aqueles que foram remanejados. No entanto, os resultados apontam tendências importantes que merecem ser consideradas em estudos futuros com maior abrangência.

6- CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu traçar um panorama abrangente do perfil funcional de trabalhadores da saúde em reajustamento funcional em uma instituição hospitalar pública, destacando aspectos clínicos, ocupacionais e psicossociais associados à sua condição laboral. A amostra, composta majoritariamente por mulheres adultas mais velhas, com longa trajetória profissional, revela uma força de trabalho envelhecida e vulnerável ao adoecimento, especialmente a doenças osteomusculares, que se configuraram como o principal motivo de afastamento e readaptação. A alta frequência de multimorbidades, com destaque para os transtornos mentais e a obesidade, evidencia a complexidade dos quadros de saúde que acometem esses profissionais e seus impactos sobre a capacidade de trabalho.

A avaliação realizada por meio do ICT apontou níveis predominantemente moderados e bons de capacidade laboral, mas com prejuízos importantes nas dimensões relacionadas ao prognóstico de saúde e aos recursos mentais. Verificou-se que trabalhadores em reajuste funcional permanente apresentaram melhores indicadores funcionais do que aqueles em reajuste funcional temporário, e que a realocação para novos setores esteve associada a melhores escores no ICT, sugerindo a relevância de estratégias de readaptação adequadas às limitações e potencialidades dos profissionais. Embora este estudo não tenha investigado as especificidades das atividades desempenhadas nos setores de origem, tal achado é digno de nota e abre espaço para futuros estudos que explorem, de forma mais aprofundada, os fatores envolvidos no processo de realocação e sua influência na recuperação funcional.

Outro ponto de destaque foi a percepção de um ambiente de trabalho passivo, com baixos níveis de demanda, controle e apoio social, o que pode comprometer não apenas a reinserção produtiva, mas também o bem-estar psicológico dos trabalhadores readaptados. A falta de reconhecimento, o afastamento do cuidado direto ao paciente e a dificuldade das chefias em integrar adequadamente esses profissionais às equipes parecem contribuir para a sensação de desvalorização e isolamento funcional.

Diante dos achados, recomenda-se o fortalecimento das ações de saúde do trabalhador, como por exemplo em intervenções ergonômicas, programas de

prevenção de doenças crônicas e estratégias de readaptação que considerem o histórico profissional, as limitações funcionais e a escuta ativa dos trabalhadores. A valorização institucional, o reconhecimento simbólico e a criação de ambientes mais saudáveis e colaborativos são medidas essenciais para garantir a permanência produtiva desses profissionais no sistema público de saúde.

Por fim, sugere-se que futuras pesquisas explorem, de maneira qualitativa e longitudinal, as trajetórias dos trabalhadores em reajustamento funcional, os impactos subjetivos da readaptação e os fatores organizacionais que favorecem ou dificultam o retorno ao trabalho com qualidade e dignidade.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Realizar este trabalho foi, para mim, uma vivência profundamente significativa, pois não apenas pesquisei um tema relevante, como também faço parte da realidade que ele retrata. Como trabalhadora deste hospital, acompanho de perto os desafios enfrentados pelos colegas em reajustamento funcional — e isso me motivou a dar voz e visibilidade a essas trajetórias muitas vezes marcadas por silêncio, dor e resiliência. Essa pesquisa me permitiu olhar para essas histórias com um olhar mais crítico e ao mesmo tempo mais humano, fortalecendo meu compromisso com a valorização do trabalhador da saúde e com a construção de ambientes de trabalho mais justos e acolhedores. Foi um processo de escuta, empatia e, acima de tudo, de reconhecimento."

Ao se tratar a temática de reajustamentos funcionais ocasionados por distúrbios osteomusculares, estudada por vários pesquisadores, observa-se pontos já consolidados pela literatura: a presença dos profissionais que trabalham com alta carga de trabalho física e mental como os técnicos de enfermagem e fisioterapeutas; a presença expressiva das mulheres; a necessidade da readequação utilizando a integralidade deste indivíduo (sua capacidade funcional, suas habilidades, o ambiente de trabalho, a organização e a forma com que o trabalho é executado).

O estudo permitiu conhecer o perfil dos servidores que se encontravam em reajustamento funcional: mulheres exercendo sua profissão há mais de 21 anos, com mais de 50 anos, ou seja, numa fase do ciclo da vida marcada por alterações hormonais e suas conhecidas repercussões, tanto corporais como comportamentais. Fato este que vem somar-se à sua rotina de jornada dupla de trabalho e às dores provenientes dos distúrbios osteomusculares e da alma ocasionadas pelas doenças mentais; além de apresentarem multimorbidades como obesidade e a HAS.

Um achado importante e que trouxe oportunidade para reflexão foi a repercussão positiva da mudança de setor após o reajustamento funcional. Servidores que mudaram de setor apresentaram melhor avaliação da capacidade atual de trabalho em comparação com a melhor de toda a vida, relataram menor impacto de doenças na sua capacidade laboral e classificaram sua CT como boa. Estes resultados indicam que o reajuste funcional envolvendo mudança de setor pode ser positivo, o que agrega importância na avaliação e no estudo das tarefas desenvolvidas

antes e após o reajustamento funcional, bem como nas características subjetivas do ambiente de trabalho para a compreensão e sucesso de um processo de reajuste funcional. Esta readequação laboral dos profissionais da saúde é um assunto de extrema importância dentro do contexto hospitalar, uma vez que a qualidade do serviço prestado ao usuário está relacionada à saúde deste trabalhador. Uma abordagem individualizada, multidisciplinar, integrada e especializada no início do processo de reajustamento funcional, pode resultar em uma melhor reinserção na nova função laboral, bem como um processo de acompanhamento e avaliação com as mesmas características. Nesse sentido, faz-se importante que os processos organizacionais da instituição no que tange o reajustamento funcional ganhem relevância e sejam planejados de modo que sejam pautados pelo respeito, pela valorização e pela sensibilidade em relação aos trabalhadores que necessitam modificar suas atividades laborais, considerando potencialidades e limites.

No contexto político e econômico atual da Fhemig, em que se vivencia uma mudança de gestão e de gestores, torna-se importante a reflexão sobre os servidores efetivos com distúrbios osteomusculares, entre outros, e que se encontram em reajustamento funcional, uma vez que são trabalhadores que potencialmente permanecerão prestando serviço a instituição. Além disso, com o envelhecimento dos trabalhadores e a intensificação do trabalho, ocorre maior incidência de dores e desses distúrbios, aumentando também os graus de incapacidade.

A literatura reforça, cada vez mais, a importância das intervenções multidisciplinares que envolvam ações não só no ambiente de trabalho como medidas ergonômicas e de educação em saúde, mas também mudanças gerenciais, comportamentais e de implementação de exercícios físicos. Nesta linha vale salientar o modelo de Sherbrooke. Também conhecido como Modelo de Sherbrooke de Apoio à Reestruturação da Capacidade de Trabalho, é um referencial teórico e prático desenvolvido no Canadá, para avaliar e orientar políticas intervenções no processo de retorno ao trabalho de pessoas afastadas por questões de saúde, especialmente por transtornos musculoesqueléticos e problemas de saúde mental. Ele foca na eficácia das medidas de apoio à reestruturação da capacidade de trabalho, considerando tanto o indivíduo quanto o contexto organizacional e social. O Modelo de Sherbrooke é um modelo multidimensional que considera que o sucesso das estratégias de reabilitação e reintegração ao trabalho e depende da interação de diversos fatores, organizados em três níveis principais. O nível individual leva em consideração os fatores pessoais

que influenciam o retorno ao trabalho como estado de saúde (física e mental), crenças sobre dor e trabalho, motivação, autoeficácia (crença de que consegue retomar o trabalho) e estratégias de enfrentamento. O nível organizacional considera fatores relacionados ao trabalho como relação entre os colegas e as chefias, a acessibilidade e adaptações aos postos de trabalho, a cultura organizacional de apoio ao retorno, a flexibilidade, a comunicação interna e as políticas de reabilitação e saúde ocupacional. E o nível sistêmico que inclui fatores externos à organização como acesso a cuidados de saúde e reabilitação, apoio do sistema previdenciário, legislação trabalhista e políticas públicas de inclusão e reabilitação profissional.

Baseado neste modelo e em estratégias utilizadas em um estudo para readaptação funcional de trabalhadores da enfermagem propomos uma estratégia para reinserção destes profissionais ao trabalho, baseada no:

- Acolhimento (escuta empática, comunicação honesta e transparente garantido a integração com a equipe);
- Liderança, na negociação e gerenciamento de conflitos;
- Enfrentamento da readaptação como um processo natural (Não constrangendo o trabalhador e evitando o preconceito. Respeitando o indivíduo em sua singularidade e em suas limitações, o profissional em reajustamento funcional desenvolve um modo particular de conviver com a limitação imposta, reelaborando o sentido de sua vida e muitas vezes levando a repensar o seu modo de cuidar do outro.);
- Planejamento do processo de reinserção (o conhecimento do histórico de saúde deste trabalhador torna o gestor apto para planejar e adequar as suas atividades laborais, uma vez que estas atividades podem agravar ou gerar novos problemas de saúde para este profissional, além de proporcionar a segurança ao paciente, se tratando de profissionais da saúde. Este planejamento do plano de readaptação deve ser construído em conjunto chefia e trabalhador, além do departamento de saúde e segurança do trabalhador e dos colegas de trabalho, de forma a contribuir para o aumento da motivação e do senso de pertencimento, garantindo desta forma, que o ambiente e as tarefas sejam ajustadas de forma realista promovendo a inclusão sem a sobrecarga.).

A readaptação funcional também envolve o apoio social, que de modo geral, pode ser entendido como um ajuda mútua entre pessoas que convivem entre si, construindo significado em suas experiências cotidianas e em seus contextos. A preparação da equipe que irá receber este profissional que retorna ao trabalho, torna-se muito importante, para promover uma adaptação menos traumática possível, e permitir que este profissional continue contribuindo de forma produtiva com a instituição.

Torna-se imprescindível reportar a reabilitação profissional que tem o intuito de reconhecer as potencialidades dos trabalhadores e a capacidade para o trabalho de cada um. É realizada por uma ação interdisciplinar, com o objetivo de fortalecer e aprimorar a prevenção de riscos ocupacionais e mitigar os efeitos da incapacidade laboral. Garantindo um retorno para o trabalho sustentável.

Por fim, é necessário o monitoramento contínuo dos casos, ajustes nas intervenções e aprendizado organizacional. Ferramentas como checklists ergonômicos, avaliações periódicas e feedback dos trabalhadores são essenciais. O sucesso não é medido apenas pela reinserção, mas pela redução dos riscos de agravamento da condição de saúde, pela prevenção de novas doenças, pela qualidade de vida e produtividade deste trabalhador.

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, P. A. T.; KRAWULSKI, E. Concurseiros e a busca por um emprego estável: reflexões sobre os motivos de ingresso no serviço público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 14, n. 2, p. 211-226, 2011.
- ALVES, M. G. M.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. S.; WERNECK, G. L. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004.
- ALVES, M. G. M.; HOKERBERG, Y. H. M.; FAERSTEIN, E. Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Controle de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 125-136, 2013.
- AMARAL, G. A.; MENDES, A. M. B. Reabilitação profissional de professores como uma promessa que não se cumpre: uma análise da produção científica brasileira. **Educação em revista**, Marília, v.18, n.2, p. 105-120, 2017.
- ARAÚJO, N. R.; CUNHA, C. M. Interpretação do modelo social de deficiência a partir do conceito de normalidade de Canguilhem. **Conjectura: Filosofia e Educação**, Caxias do Sul, v. 25, p. 308-331, 2021.
- ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.
- ASSUNÇÃO, A. A.; ABREU, M. N. S. Fatores associados a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos em adultos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, Supl. 1, p. 10s, 2017.
- BATISTA, J. M.; JULIANI, C. M. C. M.; AYRES, J. A. O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, 7 telas, 2010.
- BIANCHESSI, D. L. C.; TITTONI, J. Trabalho, saúde e subjetividade sob o olhar dos trabalhadores administrativo-operacionais de um hospital geral, público e universitário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 969-988, 2009.
- BOISSONNEAULT, M.; DE BEER, J. Trajetórias de capacidade para o trabalho e trajetórias de aposentadoria: uma análise longitudinal de trabalhadores americanos mais velhos. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 60, p. e343–e348, 2018.
- BRASIL. **Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias.
- BRASIL. **Ministério da Saúde atualiza lista de doenças relacionadas ao trabalho após 24 anos**. Ministério da Saúde, 2023. DOI: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/assuntos/noticias/2023/novembro/ministerio-da-saude-atualiza-lista-de-doencas-relacionadas-ao-trabalho-apos-24-anos. 20 julho de 2025.

BRENDBEKKEN, R.; ERIKSEN, H. R.; GRASDAL, A.; HARRIS, A.; HAGEN, E. M.; TANGEN, T. Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 27, n. 1, p. 82-91, 2017.

BUCHER, T.; VOLKEN, T. PFEIFFER, F.; SCHAFFERT, R. Musculoskeletal pain in health professionals at the end of their studies and 1 year after entry into the profession: a multi-center longitudinal questionnaire study from Switzerland. **BMC Musculoskeletal Disorders**. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06635-z>

BURR H.; LANGE, S.; FREYER, M.; FORMAZIN, M.; ROSE,U.; NIELSEN, M.L.; CONWAY, P.M. Physical and psychosocial working conditions as predictors of 5-year changes in work ability among 2078 employees in Germany. **Int Arch Occup Environ Health**. v.27; supl95, n.1, p.153–168, Jun. 2021. DOI: [10.1007/s00420-021-01716-9](https://doi.org/10.1007/s00420-021-01716-9)

CACCIARI, P.; HADDAD, M. C. L.; VANNUCHI, M. T. O.; DALMAS, J. C. Estado de saúde de trabalhadores de enfermagem em readequação e readaptação funcional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, p. 860-865, 2013.

CARNEIRO, S. A. A. M. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas- a experiência da prefeitura de São Paulo. **Revista do serviço público**, Brasília, v.57, n.1, p.23-49, 2006.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CNES – Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. DOI: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/arquivosBaseDados.jsp>.

CORDEIRO, T. M. S. C.; ARAÚJO, T. M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 262-274, 2016.

DANISH, R.O.; USMAN, A. Impact of Reward and Recognition on Job Satisfaction and Motivation: An Empirical Study from Pakistan. **International Journal of Business and Management**. V.5, n.1, February. 2010.

DONG, H.; ZHANG, Q.; LIU, G.; SHAO, T.; XU, Y. Prevalence and associated factors of musculoskeletal disorders among Chinese healthcare professionals working in tertiary hospitals: a cross-sectional study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 20, n. 175, p. 1-7, 2019.

DUARTE, R.L.; TEIXEIRA, A.; SOUSA, L.G. A Relação Entre A Motivação E A Satisfação No Trabalho Dos Servidores Públicos. **ReCaPe**. v. 9, n. 3, p. 393-413, set./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.20503/recape.v9i3.41504>

FERREIRA, M. C. L.; SILVA, S. M.; SOUZA, S. Estresse e burnout em enfermeiros da emergência de um hospital referência em urgência e trauma. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, n. 12, p. 4413, 2022.

FERNANDES, P. C. C.; SILVA, K. C. R.; NASCIMENTO, A.; SANTOS, P. R.; JORGE, E. R.; RAMOS, A. G.; JITICOVSKI, A. F. M.; SOUZA, M. N. E. Adoecimento do trabalhador de saúde: uma revisão narrativa. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 1, p. 3470-3481, 2024.

GLANZNER, C.L.; OLSCHOWSKY, A.; DAL PAI, D.; TAVARES, J.P.; HOFFMAN, D.A. Avaliação de indicadores e vivências de prazer/ sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho Rev. Gaúcha Enferm. V. 38, n.4, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0098>

GOMES, A.; BEM-HAJA, P.; ALBERTY, A.; BRITO-COSTA, S.; FERNÁNDEZ, M. I. R.; SILVA, C. Capacidade para o trabalho e fatores psicossociais de saúde mental: uma amostra de profissionais de saúde portugueses. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 1, n. 2, p. 95-114, 2015.

GORCE, P.; JACQUIER-BRET, J. A systematic review of work related musculoskeletal disorders among physical therapists and physiotherapists. **Journal of Bodywork & Movement Therapies**, n. 38, p. 350–367, 2024.

GORCE, P.; JACQUIER-BRET, J. Global prevalence of musculoskeletal disorders among physiotherapists: a systematic review and meta-analysis. **BMC Musculoskeletal Disorders**, n. 24, p. 265-270, 2023.

GRACIOLI, J. C.; LIMA, S. B. S.; FONSECA, D. F.; FONSECA, G. G. P.; RABELO, S. K.; EBERHARDT, T. D. Estratégias utilizadas por enfermeiros na readaptação funcional de trabalhadores de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. e-1030, 2017.

HÄMMIG, O. Work- and stress-related musculoskeletal and sleep disorders among health professionals: a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 21, n. 319, p. 1-11, 2020.

HEYAM, D.; BESHAR, G.; NESREEN, AK. Work Ability Index of Shift Working Hospital Nurses in Jordan. **Open Nurs J.** v.29, n. 12, p. 116–124. Jun. 2018. DOI: [10.2174/1874434601812010116](https://doi.org/10.2174/1874434601812010116)

HILLESHEIN, E.F.; SOUZA, L.M.; LAUTERT, L.; PAZ, A.A.; CATALAN, V.M.; TEIXEIRA, M.G.; MELLO, D.B. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, set, v.32, n. 3, p. 509-15, 2011.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**. set.dez. v. 37, n. 132, p. 595-609. 2007.

ILMARINEN, J. From Work Ability Research to Implementation. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, p. 1-7, ago. 2019.

ILMARINEN, J. **Towards a Longer Worklife: Ageing and the Quality of Worklife in the European Union**. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health and Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

ILMARINEN, J.; TUOMI, K.; SEITSAMO, J. New dimensions of work ability. **International Congress Series**, v. 1280, p. 3-7, 2005.

JACQUIER-BRET, J.; GORCE, P. Prevalence of Body Area Work-Related Musculoskeletal Disorders among Healthcare Professionals: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 841, p. 1-26, 2023.

JÚNIOR, S. H. A. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1077-1087, 2011.

KARASEK, R.; THEORELL, T. **Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life**. New York: Basic Books, 1990.

LANCMAN, S.; VAN WIJK, L. B.; ROCHA, T. O.; SOUZA, N. B. M.; SILVA, T. N. R. Os trabalhadores do contexto hospitalar em tempos de pandemia: singularidades, travessias e potencialidades. **Interface (Botucatu)**, v. 25, supl. 1, 2021.

MAGNAGO, T. S. B. S.; PROCHNOW, A.; URBANETTO, J. S.; GRECO, P. B. T.; BELTRAME, M.; LUZ, E. M. F. Relationship between work ability in nursing and minor psychological disorders. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 362-370, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002580013>.

MARTINEZ, M. C.; FISCHER, F. M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1553-1561, 2010.

MARTINEZ, M. C.; FISCHER, F. M. Work Ability and Job Survival: Four-Year Follow-Up. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, p. 1-11, ago. 2019.

MARTINEZ, M. C.; FISCHER, F. M. Work Ability as Determinant of Termination of Employment. To Resign or Be Dismissed? **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 61, n. 6, p. e272-e281, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001599>.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Testando o modelo da casa da capacidade para o trabalho entre profissionais do setor hospitalar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p. 403-418, 2016.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Capacidade para o trabalho e intenção de saída da profissão na enfermagem de São Paulo. **Revista de Enfermagem**, v. 29, p. e57941, 2021.

MARTINS, L. D. T. B. **Absenteísmo-doença, condições de trabalho e características pessoais de serventes escolares: uma análise do efeito mediador da capacidade para o trabalho**. 2021. 96 f. Dissertação (Mestrado em Estudos da Ocupação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAS GERAIS. **Decreto Nº 48.651, de 11 de julho de 2023**. Dispõe sobre o Estatuto da Fundação Hospitalar de Estado de Minas Gerais.

MILHEM, M.; KALICHMAN, L.; EZRA, D.; ALPEROVITCH-NAJENSON, D. Work-related musculoskeletal disorders among physical therapists: a comprehensive narrative review. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**, v. 29, n. 5, p. 735-747, 2016.

MIRANDA, C. B.; SILVA- JÚNIOR, J. S., GARCIA, K. K. S.; SOUSA, F. N.; FISCHER, F. M. Vocational rehabilitation and length of stay at work after work-related musculoskeletal disorders: a longitudinal study in Brazil, **J. Environ. Res. Public Health**, v.20, n.3, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph2003234>.

MOREIRA, R. F. C.; SATO, T. O.; FOLTRAN, F. A.; SILVA, L. C. C. B.; COURY, H. J. C. G. Prevalence of musculoskeletal symptoms in hospital nurse technicians and licensed practical nurses: associations with demographic factors. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 18, n. 4, p. 323-333, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0026>.

NAZARIO, E. G.; SILVA, R. M.; NICOLETTI, G. S. Saúde do trabalhador em UTI: tendências da produção científica brasileira. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. 1-12, 2021.

NEGELISKII, C.; LAUTERT, L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 8, 8 telas, 2011.

NEVES, D. R., NASCIMENTO, R. P., JÚNIOR, M. S. F., SILVA, F.A., ANDRADE, R. O. B. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library, **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro v. 16, n. 2, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395159388>.

OLIVEIRA, B. R. G.; MUROFUSE, N. T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115, 2001.

PALMLOF, L.; SKILLGATE, E.; TALBACK, M.; JOSEPHSON, M.; VINGARD, E.; HOLM, L. W. Baixa capacidade de trabalho aumenta absenteísmo por doença ao longo de 10 anos. **Medicina do Trabalho**, v. 69, p. 359-365, 2019.

PEREIRA, A. B.; KARINO, M. E.; MARTINS, J. T.; SCHOLZE, A. R.; GALDINO, M. J. Q.; RIBEIRO, R. P. Perfil de trabalhadores readaptados em um hospital público do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 15, n. 4, p. 317-323, 2017.

PEREIRA, R.M.C. **Reabilitação Profissional e Retorno ao Trabalho – Estudo Teórico**. 2019. 104 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019.

RAIS – Relatório anual de informações sociais. DOI: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/estatisticas-trabalho/rais/rais-2023>.

ROCHA, C. S. A.; SILVA, C. B.; NETO, G. M.; MARTINEZ, B. P. Alterações osteomusculares em técnicos de enfermagem em um ambiente hospitalar. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 1, n. 3, p. 3-12, 2013.

Rockville, M.D. State of the Health Workforce Report. HRSA, 2024.

SANTANA, L. C.; FERREIRA, L. A.; COIMBRA, M. A. R.; REZENDE, M. P.; DUTRA, C. M. Aspecto psicossocial do ambiente de trabalho de profissionais de enfermagem segundo o modelo demanda-controle. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e50740, 2020.

SANTOS, M.A.Q.F.; CONTRERA, L.; CARDOSO, A.I.Q.; COSTA, L.S. Relação entre fatores psicossociais e a capacidade para o trabalho de profissionais da saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 45, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-447.2024.20230172.pt>

SANTOS, K.; KUPEK, E.; CUNHA, J. C. C. B.; BLANK, V. L. G. Absenteísmo-doença, modelo demanda-controle e suporte social: um estudo caso-controle aninhado em uma coorte de trabalhadores de hospitais, Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 4, p. 609-619, 2011.

SANTOS, R. F. A. **Saúde mental dos profissionais em readaptação funcional em um hospital público de Santa Catarina**. 2019. 104 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

SCHMIDT, D. R. C. Modelo demanda-controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 779-788, 2013.

SEPLAG – SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO. **Resolução SEPLAG Nº 60, de 8 de julho de 2004**. Estabelece procedimentos para a concessão do abono de permanência aos servidores titulares de cargo de provimento efetivo e função pública do serviço público estadual.

SEPLAG – SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO. **Resolução SEPLAG Nº 61, de 15 de julho de 2013**. Disciplina a execução do disposto no artigo 30, parágrafo 2, da Constituição Estadual e dá outras providências.

SHOUTEN, L. S.; BULTMAN, U.; HEYMANS, M. W.; JOLING, C. I.; TWISK, J. S. W. R.; ROELEN, C. A. M. Shortened version of the work ability index to identify workers at risk of long-term sickness absence. **European Journal of Public Health**, v. 26, n. 2, p. 301-305, 2016.

SILVA, T. P. D.; ARAÚJO, W. N.; STIVAL, M. M.; TOLEDO, A. M.; BURKE, T. N.; CARREGARO, R. L. Musculoskeletal discomfort, work ability and fatigue in nursing professionals working in a hospital environment. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03332, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017022903332>.

SMILEY, R. A.; RUTTINGER, C.; OLIVEIRA, C. M.; HUDSON, L. R.; HUDSON, R.; RENEAU, K. A.; SILVESTRE, J. H.; ALEXANDER, M. The 2020 National Nursing Workforce Survey, v. 12 Supplement. April 2021.

SOUSA, F. C. A.; TINOCO, K. F.; SIQUEIRA, H. D. S.; OLIVEIRA, E. H.; SILVA, W. C.; RODRIGUES, L. A. S. Lesões músculo esqueléticas relacionadas ao trabalho da enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 1, p. 1-18, 2020.

SOUZA, D. B. O.; MARTINS, L. V.; MARCOLINO, A. M.; BARBOSA, R. I.; TAMANINI, G.; FONSECA, M. C. R. Capacidade para o trabalho e sintomas osteomusculares em trabalhadores de um hospital público. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 182-190, 2015.

TARRO, L.; LLAURADO, E.; ULLDEMOLINS, G.; HERMOSO, P.; SOLÀ, R. Effectiveness of Workplace Interventions for Improving Absenteeism, Productivity, and Work Ability of Employees: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 6, p. 1901, 2020.

Tolfo, S. R.; Piccinini, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**, v.19, Edição Especial n.1, p. 38-46, 2007.

TUOMI, K. et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. São Carlos: EdUFSCar, 2010. 59 p.

VASCONCELOS, R. O. **Percepção de trabalhadores de enfermagem frente ao processo de readaptação funcional por adoecimento**. 2018. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2018.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M. H; TAVARES, M. L. F.; OLIVEIRA, E.S.; MOYSÉS, M.N.M. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Divulgação em Saúde para Debate.**, Rio de Janeiro, v.5, n.45, p. 54-70, maio. 2010.

WOLF, J.; PRÜSS-USTÜN, A.; IVANOV, I.; MUGDAL, S.; CORVALÁN, C.; BOS, R.; NEIRA, M. **Preventing Disease Through a Healthier and Safer Workplace**. Geneva: World Health Organization, 2018.

ZAVARIZZIA, C. P.; MATSUO, R. M.; ALENCAR, M. C. B. Grupos de trabalhadores acometidos por LER/DORT: relato de experiência. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 3, p. 663-670, 2019.

APÊNDICES

1) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: CAPACIDADE PARA O TRABALHO E REAJUSTE FUNCIONAL
ENTRE TRABALHADORES DE UMA REDE HOSPITALAR PÚBLICA

DESCRIÇÃO DO ESTUDO: Você está sendo convidado a participar desta pesquisa científica como voluntário (você pode escolher se quer participar ou não). Para isso, deverá ler este documento todo e perguntar aos pesquisadores tudo o que não entendeu antes de aceitar participar da pesquisa. Esta pesquisa irá estudar como estão os trabalhadores do Complexo Hospitalar de Emergência (CHU) após serem reajustados de função. O objetivo da pesquisa é compreender a realidade dos trabalhadores do CHU, que possuem uma doença ortopédica e ou distúrbio osteomioarticular, gerando uma incapacidade laboral e por isso foram reajustados de função, seja temporariamente ou permanentemente. Você responderá a um questionário simples, com perguntas a respeito do seu dia a dia no trabalho. Você não terá nenhuma despesa e nem receberá pagamento nenhum para participar da pesquisa; a qualquer momento, você poderá desistir de fazer parte dela, sem qualquer prejuízo para você e seu trabalho. Um resumo desses dados e os valores encontrados na sua avaliação poderão ser encaminhados a você, caso seja da sua vontade. Depois de ter lido este documento todo e, se for o caso, ter sanado suas dúvidas com um dos pesquisadores, você poderá declarar se concorda com seus termos e aceitar participar desta pesquisa. O TCLE será assinado por você ao final da leitura do formulário. Os pesquisadores assinarão uma via que enviarão para seu e-mail.

BENEFÍCIOS: Não existe nenhum benefício imediato para você ao participar deste estudo. Porém, sua participação poderá ajudar a compreender e melhorar os processos de reajustamentos funcionais dentro da FHEMIG para trabalhadores que possuem doenças ortopédicas e ou distúrbios osteomioarticulares, contribuindo para a promoção, manutenção e melhora da capacidade para o trabalho dos mesmos e garantindo também melhores condições de saúde e trabalho, para que possam ter um envelhecimento saudável e produtivo também no trabalho.

RISCOS EM POTENCIAL: Os riscos para os participantes são mínimos. Existe a possibilidade de ocorrer constrangimento, cansaço ou aborrecimento ao responder as perguntas; alterações na autoestima provocadas pela lembrança de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; medo de não saber responder ou de ser identificado; estresse. Porém, as pesquisadoras foram preparadas e estão prontas para dar apoio e suporte a você durante a avaliação.

GASTOS FINANCEIROS: A aplicação da entrevista e os materiais utilizados na pesquisa não terão nenhum custo para você. Caso necessário, você poderá solicitar o ressarcimento por despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa, bem como ser indenizado por danos decorrentes da mesma nos termos da Lei.

CONFIDENCIALIDADE: Os dados coletados e gerados por este estudo através dos questionários e prontuários serão tratados de modo confidencial e sigiloso, sendo utilizados somente para fins técnicos e científicos. Todos os profissionais envolvidos nesta pesquisa têm o mesmo compromisso. Você não será identificado em nenhuma publicação que esta pesquisa possa resultar. Como pesquisadores, nos comprometemos a manter os dados da pesquisa em arquivo físico ou digital, sob nossa guarda e responsabilidade, por um período de cinco (5) anos após o término da pesquisa, conforme a CNS 466/2012 e a CNS 510/2016.

DESLIGAMENTO: A sua participação neste estudo é voluntária e sua recusa em participar do estudo não acarretará penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, nem terá impacto em seu trabalho. Você poderá cessar sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

EQUIPE RESPONSÁVEL:

Orientadora: Prof. Dra. Fabiane Ribeiro Ferreira (UFMG) – (31) 3409- 7410

Coorientadora: Prof. Dra. Danielle Aparecida Gomes (UFMG) - (31) 3409- 7410

Mestranda: Ludmilla Diniz Oliveira Andrade (UFMG/Hospital João XXIII -CHU)
(31) 3239-9211

Se precisar de mais informações sobre o trabalho que está sendo realizado, você deverá entrar em contato com Prof. Dra. Fabiane Ribeiro Ferreira na EEEFTO da UFMG pelo telefone (31) 3409- 7410. Caso tenha alguma dúvida sobre os seus

direitos como paciente de pesquisa, informações podem ser obtidas no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) na Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 Campus Pampulha Belo Horizonte, MG - Brasil 31.270- 901 ou pelo telefone (31) 3409 4592 ou no Comitê de Ética em Pesquisa na Rua Dr. Cristiano Rezende, 2213, Bom Sucesso, Belo Horizonte, MG - Brasil. CEP 30.622-020 ou pelo telefone (31) 3328 5084. Caso haja necessidade, poderá ser solicitada cópia do projeto.

CONSENTIMENTO:

Com base no exposto, estou ciente que a minha participação é voluntária para responder aos questionários cuja coleta será realizada pelos pesquisadores da UFMG acima citados.

Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Fui informado de que poderei, a qualquer momento, me retirar do projeto de pesquisa, por qualquer motivo, sem que isso acarrete qualquer prejuízo ao meu trabalho em um dos hospitais do CHU.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores se comprometem com a preservação do sigilo e anonimato da identidade dos participantes nesta pesquisa, atendendo a legislação brasileira (Resolução No 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou responsável:

Assinatura da orientanda:

Assinatura do pesquisador responsável (orientadora):

2)TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

1. Identificação dos membros do grupo de pesquisa

Fabiane Ribeiro Ferreira
Danielle Aparecida Gomes Pereira
Ludmilla Diniz Oliveira Andrade

2. Identificação da pesquisa

a) Título do Projeto:

CAPACIDADE PARA O TRABALHO E REAJUSTE FUNCIONAL ENTRE
TRABALHADORES DE UMA REDE HOSPITALAR PÚBLICA

b) Departamento/Faculdade/Curso:

Departamento de Terapia Ocupacional / Escola de Educação Física, Fisioterapia e
Terapia Ocupacional/ Mestrado em Estudos da Ocupação

c) Pesquisador Responsável:

Fabiane Ribeiro Ferreira

3. Descrição dos Dados

São dados a serem coletados somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG) e pelo Comitê de ética da FHEMIG (CEP- FHEMIG): São dados relativos aos servidores que estiveram em reajustamento funcional no período de 2019 a 2024.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contactado o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CEP/UFMG): Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

4. Declaração dos pesquisadores

Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do **local do banco ou instituição de coleta**, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam a Resolução 466/12, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde. Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP UFMG.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

Belo Horizonte setembro de 2024.

Fabiane Ribeiro Ferreira
Danielle Aparecida Gomes Pereira
Ludmilla Diniz Oliveira Andrade

5. Autorização da Instituição

Declaramos para os devidos fins, que cederemos aos pesquisadores apresentados neste termo, o acesso aos dados solicitados para serem utilizados nesta pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) a utilizar os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados as pesquisadoras deverão apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Belo Horizonte setembro de 2024.

3- INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS

Este questionário tem como objetivo compreender a capacidade para o trabalho dos servidores de uma rede hospitalar pública

Data:

Nome e código do Trabalhador:

Data de nascimento:

Vamos falar um pouco sobre você:	
A1	Quantos anos o(a) Sr(a) tem? (Anos Completos):
A2	Qual a sua identidade de gênero? (1) Feminino (2) Masculino (3) Outro (4) Prefiro não responder
A3	Qual a sua situação conjugal atual? (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/União estável (3) Vive com companheiro (a) (4) Separado (a)/ divorciado (a) (5) Viúvo(a)
A4	Qual o seu grau de escolaridade? Marcar o grau mais elevado. (1) Curso técnico de segundo grau completo (2) Curso de graduação incompleto (3) Curso de graduação completo (4) Pós-graduação completa/incompleta
A5	Qual a sua profissão atual: (1) Fisioterapeuta (2) Terapeuta Ocupacional (3) Fonoaudiólogo (4) Assistente social ou psicólogo (5) Nutricionista (6) Médico (7) Técnico de enfermagem (8) Técnicos assistenciais (9) Técnicos administrativos (10) outro: _____
A6	Com qual idade começou a trabalhar na sua profissão atual? _____ anos
A7	Há quanto tempo você trabalha nesta profissão? _____ anos
A8	Você trabalha em outras empresas? *Se a resposta for não, passe para questão A11. (1) Não (2) Sim
A9	Quanto tempo de trabalho em outra empresa? (em anos) _____ anos

A10	Qual é o turno de trabalho em outra empresa?	(1) Diurno (2) Noturno
A11	Recebe adicional de insalubridade?	(1) Não (2) Sim
A12	As exigências de seu trabalho são?	(1) Mentais (2) Físicas (3) Ambas; mentais e físicas

	pergunta.)	(4) Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho (3) Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho (2) Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial (1) Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar
ICT5	Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?	(5) Nenhum (4) Até 9 dias (3) De 10 a 24 dias (2) De 25 a 99 dias (1) De 100 a 365 dias
ICT6	Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?	(1) É improvável (4) Não estou muito certo (7) Bastante provável
ICT7	Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?	(4) Sempre (3) Quase sempre (2) Às vezes (1) Raramente (0) Nunca
ICT8	Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?	(4) Sempre (3) Quase sempre (2) Às vezes (1) Raramente (0) Nunca
ICT9	Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?	(4) Continuamente (3) Quase sempre (2) Às vezes (1) Raramente (0) Nunca

2- JOB STRESS SCALE

Preencha o questionário cuidadosamente, respondendo todas as questões com um círculo em torno da alternativa que melhor reflete sua percepção sobre a demanda psicológica, o controle e o suporte social que você tem no trabalho.

DEMANDA PSICOLÓGICA - DP		
DP1	Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
DP2	Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
DP3	Seu trabalho exige demais de você?	(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
DP4	Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
DP5	O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
CONTROLE - CON		
CON1	Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
CON2	Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
CON3	Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
CON4	No seu trabalho, você	(1) Frequentemente

	tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	(2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
CON5	Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
CON6	Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	(1) Frequentemente (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca ou quase nunca
SUPORTE OU APOIO SOCIAL – AS		
AS1	Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.	(1) Concordo totalmente (2) Concordo mais que discordo (3) Discordo mais que concordo (4) Discordo totalmente
AS2	No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.	(1) Concordo totalmente (2) Concordo mais que discordo (3) Discordo mais que concordo (4) Discordo totalmente
AS3	Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.	(1) Concordo totalmente (2) Concordo mais que discordo (3) Discordo mais que concordo (4) Discordo totalmente
AS4	Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.	(1) Concordo totalmente (2) Concordo mais que discordo (3) Discordo mais que concordo (4) Discordo totalmente
AS5	No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.	(1) Concordo totalmente (2) Concordo mais que discordo (3) Discordo mais que concordo (4) Discordo totalmente
AS6	Eu gosto de trabalhar com meus colegas.	(1) Concordo totalmente (2) Concordo mais que discordo (3) Discordo mais que concordo (4) Discordo totalmente

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CAPACIDADE PARA O TRABALHO E REAJUSTE FUNCIONAL ENTRE TRABALHADORES DE UMA REDE HOSPITALAR PÚBLICA

Pesquisador: Fabiana Ribeiro Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78722624.4.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Educação Física da Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.968.611

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo observacional do tipo transversal. O presente estudo será realizado no CHU da FHEMIG, na cidade de Belo Horizonte. Serão utilizados um banco de dados e prontuários de servidores hospitalares efetivos (assistenciais e administrativos) que possuíram ou possuem reajuste funcional no período de 2019 a 2023 disponibilizado pela GSST: seu banco de dados (Planilha Global de Ajustamento Funcional) e os prontuários físicos dos servidores para coleta das informações. A organização dos dados seguirá o formulário de coleta de dados do perfil do servidor reajustado, criado pelos pesquisadores, sendo estes dados plotados em planilha do Microsoft Excel 2010 para posterior análise. Para ter acesso a esses prontuários, os autores apresentaram o TCUD e justificaram adequadamente a ausência do TCLE.

Para a coleta de informações sobre a Capacidade de Trabalho (CT) dos trabalhadores reajustados de função e que ainda se encontram em atividade laboral será elaborado um formulário on-line contendo o Índice de capacidade para o trabalho (ICT) e o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os pesquisadores farão um contato prévio via telefone/ e-mail com estes trabalhadores para sensibilização dos mesmos sobre a importância de participar desta pesquisa e informando sobre o envio do formulário. Este formulário será enviado aos servidores que atenderem ao critério de inclusão após contato inicial via e-mail.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6527 2ª. Andar Sala 2008 Campus Pampulha.
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-4632 E-mail: ceep@proq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Form: 6.000.011

Os critérios de inclusão da amostra são: servidores efetivos do CHU, em reajustamento funcional cuja a causa seja doença ortopédica. Os critérios de exclusão da amostra são: trabalhadores que possuam como vínculo empregatício, o contrato, e aqueles em que a causa do reajustamento não seja uma doença ortopédica, como por exemplo doenças alérgicas, psiquiátricas entre outras. Os autores estimaram uma amostra de 70 participantes para essa fase.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é mapear a capacidade para o trabalho e o reajuste funcional dos servidores do Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência (CHU) da FHEMIG com diagnóstico de doença ortopédica. Os objetivos secundários são: (1) Traçar o perfil dos trabalhadores que possuem reajustes funcionais, temporária ou permanente, devido a doenças ortopédicas nos últimos cinco anos, compreendendo os períodos pré-pandêmico, pandêmico e pós-pandêmico; (2) Avaliar a capacidade para o trabalho dos trabalhadores com doenças ortopédicas e que se encontram em reajuste funcional temporário ou permanente e em atividade no momento da coleta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores, os riscos para os participantes são: constrangimento, cansaço ou aborrecimento ao responder as perguntas; alterações na autoestima provocadas pela lembrança de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; medo de não saber responder ou de ser identificado; algum estresse.

Segundo os autores, não há benefício direto para o participante deste estudo. Porém, sua participação poderá ajudar na compreensão e aprimoramento dos processos de reajustamentos funcionais dentro da Instituição (FHEMIG) para trabalhadores diagnosticados com doenças ortopédicas e ou distúrbios osteomioarticulares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa Projeto de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Estudos de Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais. Projeto relevante para a área do conhecimento, segundo parecer da câmara departamental. A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) é a instituição participante. Os autores apresentam um TCLE adequada para coletar as informações de capacidade trabalho. Mas, o acesso aos prontuários físicos de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6527 2ª. Andar - Belo Horizonte 31208-900
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3408-4522 E-mail: coop@proq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Contribuição do Parecer: 6.082/211

dados do perfil do servidor pesquisado será feito sem TCLE. Mas, as autoras apresentam o TCUD. As autoras justificaram que por se tratar de um estudo retrospectivo observacional de prontuários foi priorizado a solicitação do TCUD, devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes da pesquisa. Segundo as autoras, os dados se encontram reunidos na Gerência de Saúde e Segurança do Trabalhador (GSST) da FHEMIG e as pesquisadoras não terão acesso aos trabalhadores. As pesquisadoras garantiram o anonimato dos trabalhadores e a segurança de que nenhum dos dados coletados colocaria em risco a integridade dos sujeitos.

O prazo para finalização da pesquisa é 31/08/2025.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: OK
- Aprovação da câmara departamental: OK
- Carta de anuência da FHEMIG (Instituição co-participante): OK
- TCLE: OK
- TCUD: OK
- Instrumentos a serem utilizados: OK (Índice de capacidade de trabalho e Formulário de Coleta de Dados)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conforme as considerações apresentadas, sou, S.M.J., favorável a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 486/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª. Andar Sala 2008 Campus Pampulha
 Belo Horizonte - Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4632 E-mail: coop@cep.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 6.682/11

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2251410.pdf	05/06/2024 21:57:10		Aceito
Outros	CARTARESPÓSTA.pdf	05/06/2024 21:53:28	LUDMILLA DINIZ OLIVEIRA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.pdf	10/04/2024 00:25:05	LUDMILLA DINIZ OLIVEIRA ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Incentivador	Brochura.pdf	10/04/2024 00:19:11	LUDMILLA DINIZ OLIVEIRA ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderoasto.pdf	09/04/2024 23:41:55	LUDMILLA DINIZ OLIVEIRA ANDRADE	Aceito
Declaração de concordância	cartadeanuencia.pdf	09/04/2024 23:40:09	LUDMILLA DINIZ OLIVEIRA ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessária Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 26 de Julho de 2024

Assinado por:
Corinne Davila Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4632 E-mail: coop@procurfmg.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CAPACIDADE PARA O TRABALHO E REAJUSTE FUNCIONAL ENTRE TRABALHADORES DE UMA REDE HOSPITALAR PÚBLICA

Pesquisador: Fabiana Ribeiro Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79722624.4.3001.5119

Instituição Proponente: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.025.551

Apresentação do Projeto:

De acordo com as documentos PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_2300249.pdf, Carta_Resposta2.pdf, Cronograma_atualizado.pdf e TCUD_final.pdf:

Resumo: INTRODUÇÃO: A Capacidade para o Trabalho (CT) é a auto percepção de uma pessoa sobre a sua saúde, trabalho e estilo de vida. Alterações na CT, muitas vezes relacionadas a diagnóstico de doenças incapacitantes, podem gerar a necessidade de reajuste funcional. OBJETIVO: Mapear a capacidade para o trabalho e o reajuste funcional dos servidores do Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência (CHU) da FHEMIG com diagnóstico de doença ortopédica. MATERIAIS E MÉTODOS: Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, cujos dados relativos aos servidores que estiveram ou estão em reajuste funcional serão oriundos de três fontes: banco de dados da FHEMIG, prontuários dos servidores e formulário online direcionado aos servidores em reajuste funcional em atividade. ANÁLISE DOS DADOS: Será realizada análise descritiva com medidas de tendência central e dispersão para as variáveis intervalares e frequência para variáveis categóricas. Uma análise exploratória será utilizada para verificar a associação entre CT e as variáveis relativas ao reajustamento. A relação entre as variáveis será analisada por correlações bivariadas. Um modelo de regressão linear múltipla será utilizado para verificar as variáveis que potencialmente explicam a CT. A significância estatística será estabelecida a um nível de alpha maior ou igual a 0,05 (5%).

Endereço: Rodovia Pádua João Paulo II, 4001 - 19º andar do Edifício Gerente - Cidade Administrativa
 Belo Horizonte - Serra Verde CEP: 31.530-001
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3615-8345 Fax: (31)3615-8090 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 7/2018/11

PERSPECTIVAS: Conhecer as características dos servidores que necessitam ou necessitam de reajustes funcionais, devido a doenças ortopédicas e medir a GT daqueles que se encontram em reajuste, poderá favorecer o aprimoramento dos processos de reajustamentos funcionais dentro da instituição. Uma melhor sistematização de aspectos que vão para além das questões biológicas pode contribuir para as políticas internas de promoção, manutenção, melhora da saúde e GT dos servidores do CHU.

Objetivo da Pesquisa:

Mapear a capacidade para o trabalho e o reajuste funcional dos servidores do CHU da FHEMIG com diagnóstico de doença ortopédica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos para os participantes são mínimos. Existe a possibilidade de ocorrer constrangimento, cansaço ou aborrecimento ao responder as perguntas; alterações na autoestima provocadas pela lembrança de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; medo de não saber responder ou de ser identificado; algum estresse. O fato do instrumento ser auto aplicado diminui esses riscos, podendo o participante realizar seu preenchimento no momento que for conveniente para o mesmo, e até mesmo fazê-lo por partes, em momentos distintos.

Benefícios: Não há benefício imediato para o participante deste estudo. Porém, sua participação poderá ajudar na compreensão e aprimoramento dos processos de reajustamentos funcionais dentro da instituição (FHEMIG) para trabalhadores diagnosticados com doenças ortopédicas e ou distúrbios osteomusculares. Os resultados podem servir como base para o planejamento de ações de promoção, manutenção e melhora da capacidade para o trabalho dos servidores, na direção de melhor adequação das condições de saúde e trabalho, buscando um envelhecimento saudável e produtivo também no trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.468/2012 do CNS-MS.

Endereço: Rodovia Pass. João Paulo II, 4001 - 10º andar do Edifício Gerente - Cidade Administrativa
 Belo Horizonte - Serra Verde CEP: 31.530-001
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3615-8345 Fax: (31)3615-8090 E-mail: opa@fhemig.org.br



Continuação do Parecer: 7.028/2024

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Projeto: devidamente descrito.
- TCLE: adequado para o perfil da amostra.
- FR: devidamente preenchida e assinada.
- Orçamento: adequado e de responsabilidade dos autores.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 488/2012), o CEP-FHEMIG recomenda aos Pesquisadores:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da Pesquisa;
3. Apresentar na forma de NOTIFICAÇÃO relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 05 (este) meses e ao término da pesquisa encaminhar a esta Comissão um sumário dos resultados do projeto (RELATÓRIO FINAL).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- O estudo pode ser realizado com base na metodologia e nos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2390249.pdf	22/08/2024 18:04:55		Acesso
Outros	Carta_Resposta2.pdf	21/08/2024 11:20:47	Fabiane Ribeiro Ferreira	Acesso
Outros	Cronograma_atualizado.pdf	21/08/2024 11:20:24	Fabiane Ribeiro Ferreira	Acesso
Outros	TCUD_final.pdf	21/08/2024 11:17:48	Fabiane Ribeiro Ferreira	Acesso
Outros	PCIPchuaLudmila.docx	01/08/2024 11:34:14	Jacqueline Soares Pereira	Acesso
Outros	CARTARESPÓSTA.pdf	05/08/2024 21:53:28	LUDMILLA DINIZ OLIVEIRA	Acesso

Endereço: Rodovia Pass. João Paulo II, 4001 - 19º andar do Edifício Gerente - Cidade Administrativa
 Belo Horizonte - Serra Verde CEP: 31.630-001
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3615-8345 Fax: (31)3615-8090 E-mail: cep@fhemig.org.br



Continuação do Parecer: 7.028/2024

Outros	GARTARESPOSTA.pdf	08/08/2024 21:58:28	ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.pdf	10/04/2024 00:25:05	LUDMILLA DINIZ OLIVEIRA ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	10/04/2024 00:19:11	LUDMILLA DINIZ OLIVEIRA ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessária Apreciação de CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 23 de Agosto de 2024

Assinado por:
Vanderson Assis Romualdo
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 18º andar do Edifício Gerente - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde CEP: 31.530-001
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3615-8345 Fax: (31)3615-8090 E-mail: conep@fhemig.mg.gov.br