



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**Sintomatologia Musculoesquelética nos Profissionais de Saúde de um Serviço de
Urgência: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação**

Joana Antunes Castanheira

Coimbra, junho de 2022



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Sintomatologia Musculoesquelética nos Profissionais de Saúde de um Serviço de Urgência: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Joana Antunes Castanheira

Orientadora: Professora Doutora Maria Clara Amado Ventura

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção
do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Coimbra, junho de 2022

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer à Professora Doutora Maria Clara Amado Ventura, no papel de Orientadora deste trabalho de investigação, pela sua disponibilidade, ajuda e esclarecimentos ao longo de todo este percurso.

Agradeço ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital Santo André – Centro Hospitalar de Leiria que permitiram a realização deste estudo, assim como a todos os profissionais de saúde do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica que aceitaram participar.

Aos meus Pais, Joaquim e Cândida, e à minha Irmã, Sara, aos meus Avós e Tia, pelo apoio e incentivo ao longo desta jornada.

Ao Hugo, por toda a ajuda, apoio, incentivo e palavras de encorajamento.

A todos os meus Amigos que me apoiaram e ajudaram, direta e indiretamente, e que permitiram a realização deste trabalho.

ABREVIATURAS E SIGLAS

%	Porcentagem
AO	Assistente Operacional
AT	Assistente Técnica
DP	Desvio-Padrão
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
F	Teste de Fisher
HSA	Hospital de Santo André
IMC	Índice de Massa Corporal
Kg/m ²	Quilogramas por Metro Quadrado
LMERT	Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho
M	Média
Máx.	Máximo
Med	Mediana
Mín.	Mínimo
Q ²	Teste Qui-Quadrado
QNM	Questionário Nórdico Musculoesquelético
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
TSDT	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
U	Teste de Mann-Whitney

RESUMO

Introdução: Os profissionais de saúde são suscetíveis à presença de sintomatologia e lesões musculoesqueléticas, consequência da sua atividade profissional e exposição a fatores de risco, traduzindo-se numa diminuição da produtividade, absentismo laboral e custos para as instituições.

Objetivo: Identificar a incidência de sintomatologia musculoesquelética e as necessidades de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos profissionais de saúde, de um Serviço de Urgência em Portugal.

Metodologia: Foi realizado um estudo quantitativo, de natureza descritiva e correlacional, utilizando uma amostra de 109 profissionais de saúde, através da aplicação de um questionário constituído por: caracterização pessoal, académica e profissional; perceção do estado geral de saúde e Questionário Nórdico Musculoesquelético.

Resultados: Os resultados revelaram que 84,40% dos profissionais de saúde, referem sintomatologia musculoesquelética, em pelo menos uma região corporal, sendo a região lombar a mais enunciada, seguida da região do pescoço e ombros. O grupo profissional que refere maior percentagem de sintomatologia foram os(as) Enfermeiros(as) (41,18%). Foram identificadas diferenças/ associações estatisticamente significativas entre algumas variáveis e a presença de sintomatologia musculoesquelética, em determinadas regiões corporais, por grupo profissional. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação possui competências específicas que permitem intervir na prevenção de lesões e sintomatologia musculoesquelética, através de programas de formação, promoção de exercício físico e ginástica laboral.

Conclusões: Face aos constrangimentos e implicações das lesões e sintomatologia musculoesquelética no setor da saúde, é necessário continuar a investigar esta problemática em diferentes grupos profissionais e diferentes serviços de saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação; Lesões; Profissionais de Saúde; Serviço de Urgência; Sintomatologia Musculoesquelética.

ABSTRACT

Introduction: Health professionals are susceptible to the presence of symptoms and musculoskeletal injuries, a consequence of their professional activity and exposure to risk factors, resulting in a decrease in productivity, work absenteeism and costs for institutions.

Objective: To identify the incidence of musculoskeletal symptomatology and the intervention needs of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in health professionals, of an Emergency Service in Portugal.

Methodology: A quantitative, descriptive, and correlational study was carried out, using a sample of 109 health professionals, through the application of a questionnaire consisting of: personal, academic and professional characterization; perception of the general health status and Nordic Musculoskeletal Questionnaire.

Results: The results revealed that 84.40% of health professionals reported musculoskeletal symptoms in at least one body region, with the lumbar region being the most mentioned, followed by the neck and shoulders region. The professional group that reported the highest percentage of symptoms were nurses (41.18%). Statistically significant differences/associations were identified between some variables and the presence of musculoskeletal symptoms in certain body regions, by professional group. The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing has specific skills that allow to intervene in the prevention of injuries and musculoskeletal symptoms, through training programs, promotion of physical exercise and gymnastics at work.

Conclusions: In view of the constraints and implications of injuries and musculoskeletal symptoms in the health sector, it is necessary to continue to investigate this problem in different professional groups and different health services.

Keywords: Emergency Service; Healthcare Providers; Injuries; Musculoskeletal Symptoms; Rehabilitation Nursing

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Fatores de Risco das LMERT	27
Tabela 2	Caraterização dos Profissionais de Saúde do SUMC em termos de idade	47
Tabela 3	Caraterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por sexo	48
Tabela 4	Caraterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por índice de massa corporal	48
Tabela 5	Caraterização dos Profissionais de Saúde do SUMC em tempo atual de profissão e em tempo de exercício no serviço	49
Tabela 6	Caraterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por número de horas de trabalho semanal	50
Tabela 7	Caraterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por atividades que realizam diariamente.....	51
Tabela 8	Caraterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por prática de exercício físico e por utilização de computador fora do contexto de trabalho	53
Tabela 9	Caraterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por incapacidade temporária laboral por acidente de trabalho e por toma de medicação para queixas algicas	54
Tabela 10	Caraterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por prática de cuidados a familiares com grau de dependência	55
Tabela 11	Caraterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por perceção do estado geral de saúde	56
Tabela 12	Caraterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por evidência de problemas nos últimos 12 meses	57

Tabela 13	Caraterização da localização problemática que fez evitar a prática de atividades dos Profissionais de Saúde do SUMC nos últimos 12 meses	59
Tabela 14	Caraterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por evidência de problemas nos últimos 7 dias	60
Tabela 15	Caraterização das queixas álgicas relacionadas com os problemas evidenciados pelos Profissionais de Saúde do SUMC.....	61
Tabela 16	Relação entre a variável tempo atual de profissão e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região do Pescoço, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico U de Mann-Whitney	62
Tabela 17	Associação entre variáveis nominais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região do Pescoço, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico Qui-Quadrado ou Fisher, consoante cumprimento dos critérios	63
Tabela 18	Relação entre a variável tempo de exercício no serviço e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região dos Cotovelos, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico U de Mann-Whitney	64
Tabela 19	Associação entre variáveis nominais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região dos Cotovelos, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico de Fisher.....	64
Tabela 20	Associação entre variáveis nominais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região dos Punhos/Mãos, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico de Fisher.....	65
Tabela 21	Relação entre a variável IMC e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região Torácica, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico U de Mann-Whitney	66

Tabela 22	Associação entre variáveis nominais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região Lombar, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico de Fisher .	67
Tabela 23	Associação entre variáveis nominais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região das Ancas/Coxas, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico Qui-Quadrado ou Fisher, consoante critério	67
Tabela 24	Associação entre variáveis nominais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região dos Joelhos, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico de Fisher	68

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	21
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1.1. LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO	25
1.1.1. Fatores de Risco	27
1.1.1.1. Fatores de Risco em Ambientes de Prestação de Cuidados de Saúde	27
1.2. LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO NO SETOR DA SAÚDE	29
1.3. PREVENÇÃO DE SINTOMATOLOGIA E LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO	33
1.3.1. Prevenção de Sintomatologia e Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho no setor da saúde.....	35
1.4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERANTE SINTOMATOLOGIA E LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS	38
2. METODOLOGIA.....	41
2.1. OBJETIVOS E TIPO DE ESTUDO	41
2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	42
2.2.1. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital de Santo André.....	43
2.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO	43

2.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	44
2.4.1. Questionário Nórdico Musculoesquelético	44
2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	45
2.6. TRATAMENTO DE DADOS.....	46
3. RESULTADOS	47
4. DISCUSSÃO.....	69
CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de Recolha de Dados

APÊNDICE II – Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

ANEXOS

ANEXO I – Parecer do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria

ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria

ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ANEXO IV – Pedido de Autorização à Autora do Questionário Nórdico Musculoesquelético

ANEXO V – Resposta ao Pedido de Autorização à Autora do Questionário Nórdico Musculoesquelético

INTRODUÇÃO

As lesões musculoesqueléticas consistem em alterações de estruturas que compõem o sistema musculoesquelético, onde se incluem articulações, tendões, ligamentos, nervos, cartilagens e ossos. Muitas vezes, estas alterações encontram-se associadas ou são agravadas pela atividade profissional, tomando a designação de Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT) (Direção Geral da Saúde, 2008; European Agency for Safety and Health at Work, 2019).

Numa fase inicial, estas lesões manifestam-se por dor ou desconforto, não apresentando uma lesão visível, o que se traduz no diagnóstico tardio das mesmas (Direção Geral da Saúde, 2008; European Agency for Safety and Health at Work, 2019; Fonseca & Serranheira, 2006).

A sintomatologia musculoesquelética associada a estas lesões pode surgir isoladamente ou em simultâneo, assim como em apenas uma ou em diversas regiões corporais, sendo a sintomatologia musculoesquelética mais comum a dor, desconforto, fadiga, parestesias, edema, diminuição da força muscular e amplitude articular (Direção Geral da Saúde, 2008; Fonseca & Serranheira, 2006; Moura, Martins & Ribeiro, 2019).

Os profissionais de saúde são um grupo vulnerável à presença de sintomatologia musculoesquelética, uma vez que os ambientes de prestação de cuidados de saúde apresentam uma diversidade de fatores de risco, muitas vezes associados ao desenvolvimento desta sintomatologia e lesões.

A sintomatologia musculoesquelética, muitas vezes associada a LMERT, encontra-se relacionada com a diminuição da produtividade, incapacidade funcional e conseqüente absentismo laboral, com impacto nos custos e organização da instituição de saúde (European Agency for Safety and Health at Work, 2020; Lima, 2014).

Face ao impacto desta temática na saúde dos profissionais de saúde, assim como a nível organizacional, relacionado com os aspetos supracitados, importa investir na promoção da saúde dos trabalhadores, nomeadamente no diagnóstico precoce de lesões, através da sintomatologia musculoesquelética referida pelos profissionais de saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) desempenha um papel fulcral na promoção da saúde e prevenção de complicações, baseando-se em planos de enfermagem de reabilitação diferenciados (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Assim, o EEER possui conhecimentos e competências específicas que permitem diagnosticar o risco de lesão, planear e implementar programas no âmbito da prevenção de lesões, assim como no alívio da sintomatologia musculoesquelética existente, evitando a progressão da doença e favorecendo a sua recuperação (Machado & Araújo, 2015; Moura et al., 2019).

Esta temática encontra-se também relacionada com uma das áreas consideradas prioritárias para a Enfermagem de Reabilitação “Estilos de vida saudáveis: ergonomia e exercício físico”, sendo por isso pertinente a realização de trabalhos de investigação neste âmbito (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Na literatura consultada observam-se, maioritariamente, estudos realizados com amostras compostas por Enfermeiros e em serviços de internamento hospitalar.

Neste contexto, surge o presente trabalho de investigação, com os objetivos gerais: identificar a incidência de sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) do Hospital de Santo André (HSA) e identificar as necessidades de intervenção do EEER nos profissionais de saúde do SUMC do HSA com sintomatologia musculoesquelética.

Tendo em consideração o enunciado, foram definidos os seguintes objetivos específicos: caracterizar os profissionais de saúde do SUMC do HSA em termos pessoais, académicos e profissionais; caracterizar a perceção do estado geral de saúde dos profissionais de saúde do SUMC do HSA; identificar as regiões corporais mais afetadas por dor, desconforto ou dormência descritas pelos profissionais de saúde do SUMC do HSA; e analisar a relação entre as variáveis pessoais, académicas, profissionais e a perceção do estado geral de saúde, e a incidência de sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde do SUMC do HSA por região corporal.

Assim, para dar respostas aos objetivos enunciados, este trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos principais:

- Capítulo 1: *Enquadramento Teórico*, onde se abordam temáticas relacionadas com a sintomatologia musculoesquelética e as LMERT, os profissionais de saúde como profissionais suscetíveis a estas lesões, e a intervenção do EEER na

prevenção de sintomatologia musculoesquelética e LMERT, assim como a sua intervenção nos profissionais de saúde com sintomatologia instalada;

- Capítulo 2: *Metodologia*, onde são definidos e apresentados os objetivos e o tipo de estudo, a população e amostra do estudo, as variáveis do estudo, o instrumento de recolha de dados aplicado neste estudo, os procedimentos formais e éticos, assim como o tratamento de dados aplicado;
- Capítulo 3: *Resultados*, onde são apresentados os resultados deste trabalho de investigação, no que diz respeito à estatística descritiva e estatística inferencial, por forma a dar resposta aos objetivos inicialmente delineados;
- Capítulo 4: *Discussão*, onde se realiza o debate dos resultados obtidos neste estudo, tendo em conta outros estudos realizados sobre esta temática, e onde são apresentadas também as limitações deste trabalho de investigação.

Por fim são expostas as conclusões gerais e sugestões para investigações futuras.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo encontra-se uma breve revisão da literatura que, segundo Fortin (2009), diz respeito à consulta e análise bibliográfica pertinente, relacionada com a temática em estudo.

Assim, neste capítulo serão abordadas temáticas tais como sintomatologia musculoesquelética e fatores de risco associados às LMERT, os profissionais de saúde como pessoas vulneráveis a este tipo de sintomatologia e lesões, e por fim a intervenção do EEER nos profissionais de saúde com sintomatologia musculoesquelética.

1.1. LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO

Na literatura encontram-se diversas denominações para lesões musculoesqueléticas associadas à atividade laboral, sendo que no manual “LMERT: Guia de Orientação para a Prevenção” emanado pela Direção Geral da Saúde (2008), é utilizada a designação LMERT, motivo pelo qual foi adotada ao longo deste trabalho de investigação.

Lesões musculoesqueléticas dizem respeito a alterações ou lesões de estruturas corporais do sistema musculoesquelético, nomeadamente articulações, tendões, ligamentos, nervos, cartilagens e ossos. Estas lesões quando se encontram associadas ou agravadas pela atividade profissional, ou influenciadas pelas condições laborais, designam-se por LMERT (Direção Geral da Saúde, 2008; European Agency for Safety and Health at Work, 2019).

Segundo Cheng, Wong, Yu e Ju (2016) as LMERT são alterações inflamatórias ou degenerativas do sistema musculoesquelético, sendo consequência de um único evento traumático ou lesões cumulativas, associadas à utilização repetida ou excessiva de determinados grupos musculares.

Estas lesões podem ser classificadas de acordo com as estruturas afetadas, nomeadamente lesões tendinosas, musculares e nervosas ou, por outro lado, segundo as regiões anatómicas comprometidas (Direção Geral da Saúde, 2008).

As LMERT são uma problemática comum relacionada com a saúde e o trabalho, estando muitas vezes associadas ao aumento de custos para as instituições, absentismo, diminuição da produtividade e reforma antecipada (Cheng et al., 2016; Direção Geral da Saúde, 2008; European Agency for Safety and Health at Work, 2019).

Segundo o Relatório emitido pela European Agency for Safety and Health at Work (2019) relativo aos dados demográficos, prevalência e custos na União Europeia, relacionados com as LMERT, observa-se que cerca de 60% dos trabalhadores que referem problemas de saúde relacionados com o trabalho, identificam as lesões musculoesqueléticas como a questão mais problemática, seguido do *stress*, depressão e ansiedade; aproximadamente 3 em cada 5 trabalhadores da União Europeia refere sintomatologia musculoesquelética, sendo esta mais comum na coluna e membros superiores; a prevalência de lesões musculoesqueléticas difere entre os diferentes setores profissionais, sendo os setores com maior incidência o setor da saúde, construção e agricultura; e trabalhadores com LMERT têm tendência a faltar mais ao trabalho.

Face aos constrangimentos e consequências que advêm das LMERT torna-se fundamental incidir na prevenção primária das mesmas ou por outro lado, quando instalada, reabilitar.

As LMERT nem sempre são detetadas precocemente, uma vez que numa fase inicial apresentam sintomatologia musculoesquelética como dor ou desconforto, sem lesão visível (Direção Geral da Saúde, 2008; European Agency for Safety and Health at Work, 2019; Fonseca & Serranheira, 2006; Serranheira, Sousa-Uva & Sousa-Uva, 2015).

Este tipo de lesões musculoesqueléticas pode afetar várias localizações anatómicas, tendencialmente agravando a sintomatologia ao longo do dia, ou durante períodos de maior exigência física, podendo manifestar-se por sintomatologia leve a quadros patológicos com maior complexidade, de forma isolada ou em simultaneidade (Direção Geral da Saúde, 2008; Moura et al., 2019; Serranheira, Cotrim, Rodrigues, Nunes & Sousa-Uva, 2012a).

A dor localizada ou com irradiação, edema, diminuição da força muscular e da amplitude articular (Direção Geral da Saúde, 2008; Fonseca & Serranheira, 2006; Moura et al., 2019), parestesias numa área localizada ou próxima à lesão, desconforto e fadiga são sintomatologias musculoesqueléticas descritas como indiciadoras de LMERT (Direção Geral da Saúde, 2008; Fonseca & Serranheira, 2006).

1.1.1. Fatores de Risco

De acordo com Pombeiro (2011) os fatores de risco associados às LMERT encontram-se muitas vezes associados às condições laborais ou atividades desempenhadas. Este refere ainda que o facto de existirem fatores de risco, por si só, não implica que existirá uma LMERT, mas deve ser tido em conta para diminuir a sua exposição. No seguimento do referido, importa salientar que o fator de risco apresenta três dimensões: intensidade, frequência e duração. Quanto mais intensa, frequente e duradoura for a atividade, maior será o risco de lesão (Direção Geral da Saúde, 2008).

Segundo a European Agency for Safety and Health at Work (2019) , as LMERT resultam da combinação de diversos fatores, nomeadamente de movimentos repetidos, posturas inadequadas, aplicação de forças e *stress* relacionado com o ambiente laboral.

As LMERT têm origem multifatorial, sendo os fatores de risco (Tabela 1) agrupados em fatores físicos/relacionados com atividade, fatores individuais (conhecimento e formação), e fatores organizacionais e psicossociais. (Direção Geral da Saúde, 2008; European Agency for Safety and Health at Work, 2007, 2019).

Tabela 1 – Fatores de Risco das LMERT

Fatores físicos/ relacionados com a atividade	Fatores individuais	Fatores organizacionais e psicossociais
- Postura inadequada durante longo período de tempo; - Exposição a forças, transporte e movimentação de cargas; - Repetição de atividades; - Exposição a elementos mecânicos, como a utilização de ferramentas ou equipamentos que produzam vibração.	- Sexo e idade; - Características antropométricas: peso, altura, índice de massa corporal; - Comorbilidades: diabetes <i>mellitus</i> , doenças do foro reumatológico ou antecedentes de traumatismo; - Estilo de vida: atividade física e hábitos tabágicos.	- Trabalho repetitivo e monótono; - Horários por turnos; - Ausências de pausas durante o período laboral.

1.1.1.1. Fatores de Risco em Ambientes de Prestação de Cuidados de Saúde

As instituições de saúde encontram-se estruturadas em função das necessidades da população e abrangem equipas multidisciplinares constituídas por profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, Assistentes Operacionais), profissionais administrativos, gestores, informáticos, entre outros (Mendes & Areosa, 2016).

Na área da saúde, nomeadamente em contexto hospitalar, os profissionais de saúde encontram-se em ambientes de prestação de cuidados com especificidades e riscos, fatores esses muitas vezes associados a acidentes de trabalho ou doenças profissionais (Freire, 2019).

Relativamente aos fatores de risco em ambientes de prestação de cuidados de saúde, identificam-se cinco categorias – riscos de natureza biológica, riscos de natureza física, riscos de natureza química, riscos ergonómicos, riscos inerentes à organização do trabalho e riscos psicossociais (Freire, 2019; Mendes & Areosa, 2016; Santos & Almeida, 2016).

Os riscos de natureza biológica encontram-se relacionados com o elevado risco de contacto com fluidos orgânicos, através do contato direto com o utente ou material cortoperfurante (Freire, 2019; Santos & Almeida, 2016).

Os riscos de natureza física estão relacionados com a possibilidade de exposição a radiações, com necessidade de utilizar equipamentos próprios assim como diminuir o tempo de exposição a estas radiações (Freire, 2019). Outros fatores de risco de natureza física são o ruído e condições de iluminação deficitária, fatores fundamentais para a prevenção de possíveis erros ou acidentes (Freire, 2019; Mendes & Areosa, 2016).

Os riscos de natureza química surgem através do manuseamento de produtos e agentes químicos, nomeadamente produtos de limpeza e citostáticos (Freire, 2019).

Os riscos ergonómicos estão associados a posicionamentos e transferências de utentes, transporte de macas, longos períodos em posição ortostática e posturas inadequadas. É fundamental que exista adaptação dos espaços físicos, aquisição de equipamentos adequados e, por outro lado é necessário que os profissionais executem as recomendações ergonómicas para desempenhar determinado procedimento ou atividade (Freire, 2019; Mendes & Areosa, 2016; Santos & Almeida, 2016).

Os riscos organizacionais dizem respeito às características estruturais e da organização do trabalho. Aqui incluem-se fatores como sobrecarga de trabalho, horário de trabalho rotativo, défice de recursos humanos, condições físicas e equipamentos inadequados (Freire, 2019; Mendes & Areosa, 2016; Santos & Almeida, 2016).

Por fim, os riscos psicossociais encontram-se relacionados com exigências a nível psicológico, nomeadamente relações conflituosas entre os elementos da equipa, agressão verbal e física dos utentes aos profissionais de saúde, lidar diariamente com processos de

doença grave e morte, assim como outras situações de *stress* (Freire, 2019; Mendes & Areosa, 2016).

Os Enfermeiros e os Assistentes Operacionais, prestadores de cuidados diretos ao utente, são os grupos profissionais mais expostos aos fatores de risco acima descritos, com registo de um elevado número de acidentes nos locais de trabalho (Freire, 2019; Mendes & Areosa, 2016).

1.2. LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO NO SETOR DA SAÚDE

No setor da saúde, a sintomatologia musculoesquelética e LMERT são uma questão de extrema importância, dado que se encontram muitas vezes associadas à incapacidade e absentismo laboral (European Agency for Safety and Health at Work, 2020).

Um estudo realizado por Inocência e Silva (2021), com o objetivo de caracterizar o absentismo relacionado com problemas de saúde nos profissionais de saúde de um hospital em Sergipe (Brasil), relata que o grupo profissional mais exposto às principais causas de absentismo laboral são os Enfermeiros, consequência de patologias do aparelho respiratório e patologias do sistema musculoesquelético.

Lima (2014), num estudo de avaliação do impacto das LMERT, em Enfermeiros e Assistentes Operacionais, do Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão, constatou que entre 2009 e 2013, existiu uma diminuição de produtividade na instituição, com um custo total estimado de 222 mil euros, associado ao absentismo e presentismo.

Como referido anteriormente, existe uma diversidade de fatores de riscos num ambiente de prestação de cuidados de saúde, sendo os fatores ergonómicos, associada a elevada carga de trabalho físico, em conjunto com os fatores individuais, os fatores organizacionais e psicossociais, que contribuem para o desenvolvimento de sintomatologia musculoesquelética e o surgimento de LMERT nos profissionais de saúde (European Agency for Safety and Health at Work, 2020).

No que concerne aos fatores de risco ergonómicos, a European Agency for Safety and Health at Work (2020) enumera os posicionamentos e transferência de utentes, as características dos mesmos, nomeadamente o Índice de Massa Corporal (IMC) e o grau de dependência, como potenciadores de surgimento de sintomatologia

musculoesquelética e consequentes LMERT. Para além disso, o facto de não existirem equipamentos e dispositivos auxiliares, ou por outro lado, existirem e os profissionais não terem informação ou formação suficiente para a sua utilização, surge como novo foco potenciador dessa mesma sintomatologia.

Relativamente aos fatores organizacionais e psicossociais, estes contribuem de forma indireta para o desenvolvimento de sintomatologia musculoesquelética e LMERT, através da elevada carga de trabalho, escassez de recursos humanos e materiais, horários rotativos e *stress* associado às situações de conflito, agressão física e/ou verbal (European Agency for Safety and Health at Work, 2020).

Por fim, e não menos importante, surgem os fatores individuais, nomeadamente a idade, estilo de vida, e os fatores psicológicos, como ansiedade ou depressão. Também o facto de existir um aumento gradual da idade da reforma, contribui para que os profissionais de saúde apresentem diminuição da sua capacidade física, aumento das doenças crónicas e necessidade de adaptação às exigências da sua atividade profissional (European Agency for Safety and Health at Work, 2020).

Vários são os estudos desenvolvidos ao longo dos anos, no âmbito da sintomatologia musculoesquelética e presença de LMERT, envolvendo alguns profissionais de saúde e alguns locais de prestação de cuidados de saúde.

Num estudo realizado por Lelis et al. (2012) revelou existir relação entre o desenvolvimento sintomatologia musculoesquelética e LMERT em Enfermeiros e as condições organizacionais e ambientes de trabalho inadequados.

Numa outra investigação sobre a incidência de sintomatologia musculoesquelética e LMERT nas Auxiliares de Ação Médica, de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção, realizada por Nobre (2017), observou-se que este grupo profissional se encontra exposto a riscos de natureza física e de natureza individual.

Também Machado e Araújo (2015), numa amostra de 14 profissionais de saúde, dos quais 7 Enfermeiros e 7 Assistentes Operacionais, concluíram que as condições e características do ambiente físico, fatores de natureza organizacional, psicossocial e biomecânica têm impacto na saúde dos profissionais, nomeadamente no que se refere ao desenvolvimento de sintomatologia musculoesquelética.

Já num estudo nacional de Fonseca e Serranheira (2006), cuja amostra foi constituída por 507 Enfermeiros de cinco hospitais e de diferentes serviços, nomeadamente medicina e neonatologia, revela que 84% dos inquiridos referiram sintomatologia musculoesquelética, sendo a região lombar a mais afetada (com uma prevalência de 65%) seguida da região cervical (com uma prevalência de 55%), dorsal (com uma prevalência de 37%), ombros (com uma prevalência de 34%) e punho/mão (com uma prevalência de 30%). Neste mesmo estudo concluíram que os Enfermeiros que trabalham mais do que 40 horas semanais, com realização de horas extraordinárias, apresentaram mais frequentemente sintomatologia musculoesquelética, demonstrando uma relação estatisticamente significativa entre esta presença, a região corporal e o serviço onde desempenham funções.

Moura et al. (2019), no âmbito do seu estudo, revelaram que dos 260 Enfermeiros, que desempenham funções em serviços hospitalares, 67,31% referiram sensação de dor nos últimos 12 meses, em pelo menos um dos segmentos corporais, sendo a coluna lombar, cervical e dorsal as mais enunciadas. Estes autores referem também o género feminino, o aumento da idade, o IMC, o tempo de exercício profissional e a carga horária como potenciadores de agravamento da sintomatologia musculoesquelética.

Numa amostra de 2140 Enfermeiros, onde 71,3% desempenhavam funções em hospitais e os restantes em cuidados de saúde primários, cuidados continuados integrados, cuidados paliativos, emergência pré-hospitalar e estruturas residenciais para pessoas idosas, cerca de 98% referiram sintomatologia musculoesquelética em pelo menos um segmento corporal, sendo as mais prevalentes na região lombar. Estes profissionais referiram também absentismo, relacionado com esta sintomatologia em 5,51% dos casos. Os mesmos autores identificaram associações estatisticamente significativas entre as atividades desempenhadas, nomeadamente posicionamento de utentes, prestação de cuidados de higiene no leito e administração de terapêutica (Serranheira et al., 2012a).

Resultados em linha com os obtidos num outro trabalho de investigação de Serranheira et al. (2015), que numa amostra de 1396 Enfermeiros que desempenham funções em ambiente hospitalar, 88% relatou pelo menos uma sintomatologia musculoesquelética, sendo a dor lombar a queixa mais frequente (60,9%).

Surge num outro estudo, composto por uma amostra de 120 Enfermeiros, resultados que comprovam que 6 em cada 7 Enfermeiros apresentam sintomatologia musculoesquelética

nos últimos 12 meses, sendo as queixas mais comuns a nível da coluna lombar (Jerónimo & Cruz, 2014).

Na investigação de Pereira (2021), composta por 104 Enfermeiros que desempenhavam funções em serviços de internamento hospitalares, foram evidenciadas taxas de prevalência de sintomatologia musculoesquelética mais acentuada sobre a região lombar, dorsal e cervical. Neste mesmo estudo foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre a prevalência de sintomatologia musculoesquelética e fatores de risco como fumar, idade, IMC, tempo de serviço e horas de trabalho semanal.

Do mesmo modo que em Portugal, também a nível internacional existem cada vez mais trabalhos de investigação no âmbito da sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde.

Um estudo realizado por Hipólito et al. (2011), no Brasil, que contou com a participação de 113 profissionais, nomeadamente Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem, concluíram que a dor lombar foi a sintomatologia musculoesquelética mais evidenciada, demonstrando a falta de conhecimento sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas como motivo para a ocorrência destas.

Estes dados encontram-se de acordo com a revisão integrativa realizada por Castelôa, Luís, Romeiro e Oliveira (2019), tendo por base 24 estudos, onde afirmam que se observa uma elevada prevalência de sintomatologia musculoesquelética e consequente LMERT nos Enfermeiros.

Num outro estudo de investigação, realizado na Grécia, que englobou a participação de 394 Enfermeiros, concluiu que a prevalência de sintomatologia musculoesquelética foi de aproximadamente 98%, sendo a sintomatologia maioritariamente associada à região das ancas, seguida da região cervical e dorso-lombar (Passali, Maniopoulou, Apostolakis & Varlamis, 2018).

No norte de Taiwan, numa outra investigação que envolveu 1803 Enfermeiros, que desempenhavam funções em serviços hospitalares, revelou uma prevalência elevada de sintomatologia musculoesquelética nos ombros (85%), seguida da região cervical, punho e região lombar (Lin, Lin, Liu, Fang & Lin, 2020).

De acordo com Tinubu, Mbada, Oyeyemi e Fabunmi (2010), os Enfermeiros com maior tempo de experiência profissional, que adotam a mesma posição por longos períodos de tempo e que realizam posicionamentos e transferências de utentes dependentes,

apresentam uma probabilidade superior de desenvolver sintomatologia musculoesquelética.

No Zimbabué, num estudo que também envolveu Enfermeiros na sua amostra, foi identificado que o nível de literacia, a formação no âmbito da ergonomia e o tempo de experiência profissional estavam associados ao surgimento de sintomatologia musculoesquelética (Chiwariidzo, Makotore, Dambi, Munambah & Mhlanga, 2018).

Dong, Zhang, Liu, Shao e Xu (2019), identificaram ainda que 91,2% dos profissionais de saúde, em hospitais na China, apresentavam sintomatologia musculoesquelética, em pelo menos uma região corporal, sendo as regiões mais afetada a lombar, seguida dos joelhos, ombros e pescoço.

Identificados que estão os diversos fatores de risco, percentagens de incidências e prevalências de sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde dos diversos serviços de saúde, é importante realizar uma revisão daquilo que poderá ser desenvolvido para prevenir o surgimento deste tipo de sintomas e, quando presentes, desenvolver estratégias por forma a favorecer a sua recuperação.

1.3. PREVENÇÃO DE SINTOMATOLOGIA E LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO

No que diz respeito à prevenção de sintomatologia musculoesquelética e consequentes LMERT, Serranheira, Sousa-Uva e Sacadura-Leite (2012b) referem que existem três níveis de prevenção sobre o qual é possível atuar.

A prevenção primária encontra-se associada a medidas de redução e evitação da exposição dos trabalhadores aos fatores de risco durante o seu período laboral. Neste âmbito surgem programas de vigilância do estado de saúde dos trabalhadores, sendo adequada aos profissionais que ainda não desenvolveram sintomatologia musculoesquelética (Serranheira et al., 2012b).

A prevenção secundária é aplicável aos trabalhadores, que através da vigilância ativa do seu estado de saúde, foram detetadas alterações, com sintomatologia musculoesquelética, com o objetivo de evitar a progressão ou a incapacidade, através de medidas concretas no seu posto de trabalho e diminuição da exposição aos fatores de risco (Serranheira et al., 2012b).

A prevenção terciária é adequada aos trabalhadores que desenvolveram sintomatologia musculoesquelética, ou foram diagnosticadas lesões, através da implementação de programas de tratamento e reabilitação, com o objetivo de evitar a incapacidade laboral, muitas das vezes com necessidade de alocação a novos postos ou funções (Serranheira et al., 2012b).

Para que a implementação de medidas preventivas no âmbito da sintomatologia musculoesquelética e LMERT seja realizada com sucesso é crucial a participação de todos os trabalhadores, incluindo órgãos de gestão (Direção Geral da Saúde, 2008).

Neste contexto é importante que existam procedimentos nas instituições que visem a redução do risco de lesão, constituídos por quatro componentes (Barreto, 2011; Direção Geral da Saúde, 2008; Serranheira, 2007).

A análise do trabalho, baseada na observação e análise detalhada do trabalho e funções desempenhadas, foca-se na aplicação de forças, frequência dos movimentos e a postura adotada. Esta permite a conceção de planos e programas de prevenção de sintomatologia musculoesquelética (Direção Geral da Saúde, 2008; Serranheira, 2007).

Por outro lado, a avaliação do risco de sintomatologia musculoesquelética, é fundamental e a forma mais rápida de definir postos de trabalho, em função de diferentes níveis de risco (Direção Geral da Saúde, 2008; Serranheira, 2007). Para esta avaliação de risco existe uma diversidade de métodos e procedimentos, nomeadamente questionários de autopreenchimento, relacionados com sintomatologia sentida e a atividade executada, listas de verificação para identificação da presença ou ausência de fatores de risco, métodos observacionais, assim como recurso a sistemas instrumentais com utilização de registos de vídeo, eletromiografia entre outros (Serranheira & Sousa-Uva, 2010).

A vigilância da saúde do trabalhador diz respeito à recolha e análise de dados que permitam caracterizar o estado de saúde dos trabalhadores. Permite estabelecer relação entre potenciais fatores de risco e, conseqüentemente desenvolver programas de prevenção com base no diagnóstico precoce (Direção Geral da Saúde, 2008). É essencial e recomendada uma vigilância contínua, inclusivamente com a realização de exames médicos periódicos, através de uma intervenção próxima dos trabalhadores com o objetivo de detetar sintomatologia musculoesquelética (Direção Geral da Saúde, 2008).

Outro componente essencial é a informação e formação dos trabalhadores, sendo o déficit de conhecimento e de formação um fator de risco para o desenvolvimento desta sintomatologia e possíveis LMERT (Direção Geral da Saúde, 2008; Serranheira, 2007).

Um estudo realizado por Hipólito et al. (2011) demonstrou resultados neste sentido, tendo sido enunciada a falta de conhecimento sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas como contributo para a ocorrência de sintomatologia musculoesquelética e consequentes LMERT.

1.3.1. Prevenção de Sintomatologia e Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho no setor da saúde

Tendo em conta a literatura consultada, relacionada com a incidência de sintomatologia musculoesquelética e LMERT no setor da saúde, fatores de risco e implicações, destaca-se a necessidade de adotar ações preventivas.

Segundo Sousa-Uva e Serranheira (2014) existe cada vez mais a preocupação na prevenção da sintomatologia musculoesquelética e LMERT nos profissionais de saúde, através de programas de saúde e segurança, com enfoque no equipamento e condições de trabalho, adequando zonas de trabalho, equipamentos e os aspetos posturais na realização das atividades e procedimentos.

Apesar desta preocupação, a maioria dos profissionais de saúde não reconhece a importância de alguns fatores de risco a que se encontram expostos, desvalorizando, por vezes, as medidas de proteção preconizadas (Santos & Almeida, 2016).

É importante realizar avaliações de risco regularmente, identificar fatores de risco, planear medidas e ações preventivas, implementar essas mesmas medidas e monitorizar as mesmas, adequando sempre que necessário (European Agency for Safety and Health at Work, 2020).

Identificados os fatores de risco é importante evitar a sua exposição, ou mesmo eliminá-los, não descorando que existem riscos não modificáveis como o sexo, idade ou comorbilidades associadas. No entanto a possibilidade de intervir nos fatores relacionados com a atividade profissional e fatores psicossociais e organizacionais devem ser enfatizados (European Agency for Safety and Health at Work, 2007, 2020).

Neste contexto, algumas medidas poderão passar por adaptar o local de trabalho, em termos ergonômicos, alternar entre atividades que exijam maior ou menor esforço, evitar movimentos repetitivos, evitar posturas incorretas ou permanecer durante longos períodos em posição ortostática ou sentado e planejar o trabalho incluindo pausas e rotação de trabalhadores ou atividades. Também a existência de equipamentos e dispositivos adequados, nomeadamente camas com altura ajustável, cadeira de rodas, *transfer*, elevador hidráulico e outras ajudas técnicas adequadas, contribuem para a diminuição de sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde (European Agency for Safety and Health at Work, 2007, 2020).

Relativamente à implementação de programas de prevenção de LMERT, Abreu, Borges e Queirós (2020) no seu estudo, concluíram que estes programas, independentemente do nível de prevenção em que se inserem, têm efeitos benéficos nos profissionais de Enfermagem, aumentando a produtividade das instituições, contribuindo para a segurança dos utentes.

A adoção de estilos de vida saudável, nomeadamente a prática de exercício físico no local de trabalho, denominada ginástica laboral, é também um fator que contribui para a prevenção e redução da incidência de sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde (European Agency for Safety and Health at Work, 2020; Santos & Almeida, 2016).

A ginástica laboral refere-se à prática de diversos exercícios de cariz preventivo, realizados no local de trabalho. Os exercícios realizados devem ter em conta a função e atividades desempenhada pelo trabalhador, com o objetivo principal de promover a saúde e bem-estar dos mesmos, contribuindo também para a redução do risco de sintomas musculoesqueléticos (Branco et al., 2015).

São programas com vista a promoção da saúde dos trabalhadores e aumento da produtividade, que incluem pausas laborais e realização de exercícios de fortalecimento muscular, correção postural, consciencialização corporal, exercícios respiratórios e de relaxamento, com duração de 15 a 20 minutos, por forma colmatar os efeitos negativos da atividade laboral e melhorar ou manter a capacidade física dos trabalhadores (Cruz et al., 2021).

Consoante o objetivo e os horários definidos, os programas de ginástica laboral podem ser nomeados de Ginástica Laboral de Preparação/ Preparatória, de Compensação/ Compensatória e de Relaxamento (Branco et al., 2015).

A Ginástica Laboral de Preparação é realizada no início da jornada de trabalho, de modo a preparar o trabalhador para a sua atividade, incidindo nos grupos musculares que irão ser mais solicitados. Ginástica Laboral de Compensação diz respeito à realização de exercícios, durante a jornada de trabalho, por forma a compensar os esforços e tensões, consequência de trabalho repetitivo, esforço físico e posturas incorretas adotadas. E por fim a Ginástica Laboral de Relaxamento que se realiza ao fim da jornada de trabalho, incidindo maioritariamente em exercícios de relaxamento e alongamentos (Branco et al., 2015).

Fernandes e Santos (2019) concluíram que a ginástica laboral contribui para a qualidade de vida e melhoria do estado de saúde dos trabalhadores, tal como Duarte, Gonçalves, Nunes, Ferreira e Cunha (2017) constataram um decréscimo de 77,5% de sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde, após a implementação de um programa de ginástica laboral, num hospital do Luxemburgo.

Numa amostra constituída por pessoal administrativo de um serviço hospitalar, concluiu-se que um programa de ginástica laboral reduziu significativamente os níveis de *burnout* e sintomatologia musculoesquelética dos participantes (Santos, 2017).

Magalhães et al. (2021) acrescentam ainda que a ginástica laboral aumenta a boa disposição e motivação dos profissionais, promove o bem-estar e fomenta o espírito de equipa.

Relativamente à utilização de dispositivos e equipamentos auxiliares, não basta as instituições adquirirem o material, sendo fundamental existir a formação dos profissionais sobre a sua correta utilização, assim como sobre ergonomia e técnicas de posicionamentos e transferências de utentes (Direção Geral da Saúde, 2008; European Agency for Safety and Health at Work, 2020; Serranheira et al., 2012b).

O défice de conhecimento e formação no âmbito da ergonomia, prevenção de sintomatologia e lesões musculoesqueléticas encontra-se associada ao surgimento desta sintomatologia, sendo esta uma componente essencial na redução do risco das mesmas (Chiwariidzo et al., 2018; Direção Geral da Saúde, 2008; Hipolito et al., 2011).

Um estudo realizado por Neves e Serranheira (2014) indica que os programas de intervenção multifatorial, assentes numa abordagem sistémica e integrada, devem ser utilizados em detrimento dos programas de formação exclusiva de posicionamentos e transferências de utentes, obtendo melhores resultados na prevenção de sintomatologia musculoesquelética.

Os programas de intervenção multifatorial baseiam-se, não só na formação sobre os procedimentos, mas também na análise e intervenção ergonómica e a relação do profissional com a sua função e condições de trabalho, promovendo o equilíbrio entre a saúde e segurança do trabalhador (Neves & Serranheira, 2014).

Esta abordagem inclui medidas como a adequação dos espaços físicos à atividade, permitindo flexibilidade e adaptabilidade, fundamental em ambientes de prestação de cuidados de saúde, adequar os equipamentos utilizados à função e utilizador, introdução de ajudas técnicas, dispositivos e equipamentos para diminuição da possibilidade de erro e implementação de programas relacionados com a promoção saúde e segurança dos profissionais, gestão do *stress*, incentivo à prática de exercício físico e formação (Neves & Serranheira, 2014).

Além da prevenção primária, é também necessário focalizar a atuação na prevenção secundária e terciária, contribuindo para a reabilitação e reintegração dos trabalhadores portadores de sintomatologia musculoesquelética e LMERT, permitindo a manutenção da sua atividade (European Agency for Safety and Health at Work, 2007).

1.4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERANTE SINTOMATOLOGIA E LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEER, a reabilitação trata-se de uma especialidade multidisciplinar, portadora de conhecimentos e procedimentos próprios, cujo objetivo principal é a maximização funcional e promoção da independência do indivíduo com doença aguda, crónica ou sequelar (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O EEER tem um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de complicações, através do diagnóstico precoce e ações preventivas, tratamento e reabilitação, baseado em planos de enfermagem de reabilitação diferenciados (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Além da responsabilidade profissional, ética e legal, o EEER possui competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, competências estas subjacentes às Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Relativamente às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, o EEER deve assumir um papel dinamizador, desenvolvendo práticas de qualidade e dando o seu contributo em programas de melhoria contínua. No âmbito da gestão de cuidados, o EEER é responsável por gerir os cuidados, otimizando a articulação entre os diferentes elementos da equipa, adaptando o seu estilo de liderança e gestão de recursos tendo em conta as necessidades, incidindo na garantia da qualidade dos cuidados. No que diz respeito ao domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, o EEER desenvolve a sua prática e assume o processo de tomada de decisão baseado no conhecimento científico (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Tendo em conta as competências específicas do EEER e face às implicações relacionadas com a incidência de sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde, é pertinente a intervenção do EEER na prevenção das LMERT, ou quando instaladas, incidir na sua reabilitação.

A promoção da saúde dos trabalhadores deve ser uma preocupação das instituições de saúde, devendo existir articulação entre os profissionais de saúde com competências na identificação dos riscos, planeamento e implementação de medidas preventivas (Lelis et al., 2012).

Tendo em conta a formação específica e competências do EEER, assim como o que foi enunciado sobre os diferentes níveis de prevenção de sintomas musculoesqueléticos no setor da saúde, a articulação do EEER com uma equipa multidisciplinar e órgãos de gestão pode ser fundamental na prevenção deste tipo de sintomatologia (Jerónimo, 2013).

Segundo Olson (2011), o EEER tem um papel fundamental na avaliação dos locais de trabalho, devendo contribuir para o desenvolvimento de programas de prevenção que envolvam a organização, o ambiente e os postos de trabalho.

O EEER deve diagnosticar precocemente o risco de lesão e desenvolver ações preventivas no âmbito da sintomatologia musculoesquelética e não apenas direcionadas para o tratamento ou alívio de sintomas. Deve promover formações em contexto de trabalho, sensibilizando os profissionais de saúde para os fatores de risco, e realizar sessões de

ginástica laboral e correção postural (Jerónimo, 2013; Machado & Araújo, 2015; Moura et al., 2019).

Se a lesão já se encontra instalada, o EEER assume igualmente um papel fundamental na promoção da funcionalidade e autonomia, controlo e alívio da sintomatologia associada. Deve planear e implementar cuidados diferenciados, incidir em técnicas não farmacológicas no alívio da dor, gerir e planear a atividade física, ensinar técnicas de conservação de energia e técnicas de relaxamento muscular (Olson, 2011).

Com recurso ao enquadramento teórico enunciado, é possível constatar que a grande maioria da literatura científica consultada, nacional e internacionalmente, referente à prevalência de sintomatologia musculoesquelética ou LMERT nos profissionais de saúde, dizem respeito aos Enfermeiros predominantemente a desempenhar funções em serviços de internamento.

Desta forma, identifica-se a necessidade de desenvolver trabalhos de investigação no âmbito da sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde, abrangendo outras categorias profissionais, assim como outros serviços de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente em serviços de urgência.

2. METODOLOGIA

Este trabalho de investigação incidiu sobre os profissionais de saúde do SUMC do HSA, realizando uma caracterização dos mesmos, relacionando determinadas variáveis com a existência de sintomatologia musculoesquelética, assim como estudou a necessidade de intervenção do EEER nestes mesmos profissionais.

Este trabalho apresenta as seguintes questões de investigação: *Qual é a incidência de sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde do SUMC do HSA?* e *Quais são as necessidades de intervenção do EEER nos profissionais de saúde do SUMC do HSA com sintomatologia musculoesquelética?*

Por forma a desenvolver este estudo foi definida a seguinte metodologia: definição de objetivos e tipo de estudo, identificação da população e amostra, construção do instrumento de recolha de dados, definição dos procedimentos formais e éticos, e identificação dos tratamentos de dados.

2.1. OBJETIVOS E TIPO DE ESTUDO

O objetivo de um estudo indica o porquê de realizar determinada investigação e caracteriza-se por um enunciado declarativo onde se encontram as variáveis e a população alvo, assim como o sentido e orientação da investigação (Fortin, 2009; Freixo, 2012).

Para este estudo foram formulados os seguintes objetivos gerais:

- Identificar a incidência de sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde do SUMC do HSA;
- Identificar as necessidades de intervenção do EEER nos profissionais de saúde do SUMC do HSA com sintomatologia musculoesquelética.

Tendo em consideração os objetivos gerais foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar os profissionais de saúde do SUMC do HSA em termos pessoais, académicos e profissionais;

- Caracterizar a percepção do estado geral de saúde dos profissionais de saúde do SUMC do HSA;
- Identificar as regiões corporais mais afetadas por dor, desconforto ou dormência descritas pelos profissionais de saúde do SUMC do HSA;
- Analisar a relação entre as variáveis pessoais, acadêmicas, profissionais e a percepção do estado geral de saúde, e a incidência de sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde do SUMC do HSA por região corporal.

Tendo em conta os objetivos estabelecidos nesta investigação, optou-se por um estudo de abordagem quantitativa, descritiva, de natureza correlacional. Este tipo de estudo procura conhecer as características de determinada população e estabelecer relação entre variáveis (Vilelas, 2009).

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população diz respeito a elementos que possuem características semelhantes, pessoas, grupos ou objetos. Uma vez que não é possível estudar uma população por inteiro, é necessário construir uma amostra tendo por base um método de amostragem (Fortin, 2009; Freixo, 2012).

Neste estudo foram envolvidos todos os profissionais de saúde do SUMC do HSA, tendo os dados sido recolhidos com recurso a uma técnica de amostragem não probabilística, por conveniência.

Os participantes deste estudo de investigação foram os profissionais de saúde que desempenhavam funções no SUMC do HSA e que cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos, nomeadamente:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Desempenhar funções no SUMC do HSA há pelo menos 12 meses completos;
- Não estar ausente do SUMC do HSA por incapacidade temporária laboral.

2.2.1. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital de Santo André

O HSA é parte integrante do Centro Hospitalar de Leiria, do qual também fazem parte o Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes Oliveira – Alcobaça e o Hospital Distrital de Pombal – Pombal, contendo uma área de influência que abrange aproximadamente uma população de 400.000 habitantes (Centro Hospitalar de Leiria, 2021).

O SUMC do HSA é composto por especialidades hospitalares como Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Bloco Operatório, Imagiologia e Patologia Clínica.

O SUMC do HSA apresenta uma média anual de atendimento de utentes que ronda os 200.000 episódios anuais (Administração Regional de Saúde do Centro, 2019).

Este serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar, que englobava, à data da recolha de dados, 75 Assistentes Operacionais, 112 Enfermeiros(as) e 15 Assistentes Técnicas. Relativamente ao grupo profissional dos(as) Médicos(as) e Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT), estes profissionais de saúde não desempenham funções exclusivamente no SUMC, representando um número variável ao longo do tempo, pelo que a sua contabilização total não foi conseguida.

2.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO

Uma variável diz respeito a uma característica ou qualidade da realidade que pode assumir diferentes valores. Estas podem ter várias classificações, sendo as mais comuns, variável dependente ou independente (Fortin, 2009; Freixo, 2012; Vilelas, 2009).

A variável dependente que foi definida para esta investigação foi a sintomatologia musculoesquelética. No que concerne às variáveis independentes foram definidas:

- Idade, sexo, peso, estatura, IMC e membro dominante – Caracterização pessoal;
- Habilitações académicas, grupo profissional, tempo atual de profissão, tempo de exercício no serviço atual, atividades desempenhadas diariamente, carga horária de trabalho semanal, e atividade profissional noutra local – Caracterização académica e profissional;
- Doenças crónicas, prática de exercício físico, utilização do computador fora do contexto de trabalho, licença médica por incapacidade temporária laboral,

medicação para queixas álgicas, e familiares com dependência a seu cargo (adultos ou idosos, com necessidade de ajuda na satisfação de pelo menos uma atividade de vida diária) – Caracterização da percepção do estado geral de saúde.

2.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados diz respeito à recolha de informação pertinente, de forma sistematizada, junto dos indivíduos que constituem a amostra, utilizando para o efeito um instrumento de recolha de dados (Fortin, 2009; Freixo, 2012; Vilelas, 2009). O método de recolha de dados assim como o instrumento a utilizar deve ser selecionado de acordo com os objetivos da investigação.

Para esta investigação foi construído um instrumento de recolha de dados constituído por (Apêndice I):

- Dados de caracterização da amostra: caracterização pessoal, académica e profissional;
- Dados de caracterização da percepção do estado geral de saúde;
- Dados da quantificação da sintomatologia musculoesquelética: Questionário Nórdico Musculoesquelético.

2.4.1. Questionário Nórdico Musculoesquelético

O *Standardized Nordic Musculoskeletal Questionnaire* (Kuorinka et al., 1987) trata-se de um questionário adaptado e validado para a população portuguesa por Mesquita, Ribeiro e Moreira (2010), intitulado Questionário Nórdico Musculoesquelético (QNM).

O QNM é um instrumento de autopreenchimento que permite a identificação e quantificação da sintomatologia musculoesquelética (dor, desconforto ou dormência), associando a mesma à região corporal afetada.

É constituído por uma figura posterior do corpo humano dividida em nove regiões anatómicas: pescoço, ombros, região torácica, cotovelos, região lombar, punhos/ mãos, ancas e coxas, joelhos, tornozelo/ pés.

O QNM é composto por questões de escolha dicotómica (sim ou não) sobre a ocorrência de sintomatologia musculoesquelética, nos últimos 12 meses e últimos 7 dias, nas nove

regiões anatómicas referidas anteriormente, assim como se o participante sentiu limitação nas atividades profissionais ou pessoais nos últimos 12 meses.

No que diz respeito à mensuração da dor, o QNM permite a sua quantificação através da Escala Numérica da Dor, através de uma régua horizontal dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima), onde o participante indica a intensidade da dor sentida nas diferentes regiões anatómicas.

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

As investigações no âmbito da saúde incidem maioritariamente em aspetos relacionados com a prestação de cuidados, estado de saúde, atividade e comportamentos humanos. Neste contexto foi necessário assegurar os princípios inerentes à investigação científica, nomeadamente o direito ao anonimato e confidencialidade (Vilelas, 2009).

Assim, nesta investigação foram assegurados estes mesmos princípios éticos, onde os dados recolhidos foram tratados e apresentados de forma que não fossem identificados os participantes.

Para a concretização desta investigação foram realizados pedidos de autorização às seguintes entidades, todos eles com aval positivo:

- Parecer do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (Anexo I);
- Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (Anexo II);
- Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo III).

Foi também solicitado o Consentimento Informado, Esclarecido e Livre, assinado pelos participantes, onde declararam que foram fornecidas todas as informações necessárias e que tomaram a decisão de participar livremente neste trabalho de investigação (Apêndice II).

Foi igualmente solicitada autorização à autora do QNM, traduzido e validado para a população portuguesa, de forma a ser utilizado neste trabalho de investigação (Anexos IV e V).

A utilização dos dados recolhidos destinou-se apenas a fins científicos, sendo que os instrumentos de recolha de dados preenchidos foram destruídos no final do estudo.

2.6. TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento dos dados foi realizado com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Science 28.0*, sendo realizada uma análise estatística descritiva e inferencial.

Relativamente às técnicas de estatística descritiva foram calculadas frequências absolutas e relativas, e medidas de tendência central. No que diz respeito à estatística inferencial foram aplicados testes não paramétricos, nomeadamente o Teste Qui-Quadrado (Q^2) para avaliação de associações entre variáveis nominais, quando cumpridos os critérios de Cochran, ou o Teste de Fisher (F), e o Teste de Mann-Whitney (U), para amostras independentes, para avaliação de diferenças estatisticamente significativas entre variáveis nominais e quantitativas. Foram utilizados níveis de significância $p \leq 0,05$ que confere uma diferença/associação estatisticamente significativa (Marôco, 2014; Pestana & Gageiro, 2014).

3. RESULTADOS

Através da aplicação do instrumento de recolha de dados foi possível aceder a uma amostra de profissionais de saúde do SUMC composta por 109 elementos, dos quais 32 Assistentes Operacionais, 15 Médicos(as), 7 Assistentes Técnicas, 2 TSDT e 53 Enfermeiros(as), sendo este o grupo profissional com maior representatividade na amostra (48,62%).

Esta amostra de profissionais de saúde do SUMC apresenta aproximadamente uma média global de idades de 39 anos ($38,44 \pm 10,23$), das quais se destaca uma mediana de 53 anos na categoria profissional de Assistentes Técnicas e 34 anos nos(as) Enfermeiros(as) (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos Profissionais de Saúde do SUMC em termos de idade

Variável		Grupo Profissional					Total
		Assistente Operacional	Enfermeiro	Médico	Assistente Técnica	TSDT	
Idade	Média	41,78	35,00	39,13	46,43	43,00	38,44
	Desvio-Padrão	12,71	6,86	10,75	10,49	9,90	10,23
	Mediana	43,50	34,00	35,00	53,00	43,00	36,00
	Moda	27	35	29	55	36	35
	Mínimo	23	26	28	33	36	23
	Máximo	64	58	60	56	50	64

Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica.

Os profissionais de saúde do SUMC abrangidos nesta amostra são maioritariamente do sexo feminino (72,50%), sendo mais evidente esta diferença no grupo profissional das Assistentes Técnicas (100%), nos(as) Assistentes Operacionais (81,30%) e nos(as) Enfermeiros(as) (67,90%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por sexo

Variável	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Assistente Operacional	6	18,80	26	81,30
Enfermeiro(a)	17	32,10	36	67,90
Médico(a)	6	40,00	9	60,00
Assistente Técnica	0	0	7	100,00
TSDT	1	50,00	1	50,00
Total	30	27,50	79	72,50

Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; N – Amostra; % - Percentagem.

No que concerne ao IMC dos profissionais de saúde do SUMC que compõem a amostra em estudo, observa-se que globalmente apresentam em média um IMC de 24 quilogramas por metro quadrado (Kg/m^2) ($24,05 \pm 3,37$), sendo que o IMC mais elevado corresponde ao do grupo profissional dos(as) Médicos(as) (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por índice de massa corporal

Variável		Grupo Profissional					
		Assistente Operacional	Enfermeiro	Médico	Assistente Técnica	TSDT	Total
IMC	Média	24,07	23,96	24,92	23,59	21,42	24,05
	Desvio-Padrão	3,35	3,14	3,95	4,50	0,27	3,37
	Mediana	23,34	23,53	25,47	23,23	21,42	23,53
	Mínimo	17,97	19,47	16,81	16,73	21,23	16,73
	Máximo	34,29	33,33	31,25	30,30	21,60	34,29

Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; IMC – Índice de Massa Corporal.

Relativamente ao membro dominante dos profissionais de saúde do SUMC, para a realização das atividades de vida diárias, verifica-se que a amostra na sua predominância apresenta ser dextra (94,50%).

A amostra de profissionais de saúde do SUMC que compõe esta investigação apresenta maioritariamente formação superior, respetivamente 29,36% dos profissionais são licenciados, 27,52% são mestres, e 23,90% concluíram o ensino secundário.

Quanto ao tempo atual de profissão, com recurso à Tabela 5, observa-se que a amostra de profissionais de saúde do SUMC globalmente apresenta uma média de 13 anos de profissão ($12,67 \pm 8,77$). O grupo profissional com menor número de anos de prática de cuidados é a Enfermagem ($11,60 \pm 6,21$).

No que concerne ao tempo de exercício no SUMC, verifica-se que, de forma generalizada, em média trabalham neste serviço há pelo menos 7 anos e 5 meses ($7,41 \pm 6,83$), dos quais de destacam com média superior os(as) Médicos(as) com aproximadamente 10 anos.

Tabela 5 – Caracterização dos Profissionais de Saúde do SUMC em tempo atual de profissão e em tempo de exercício no serviço

Variável		Grupo Profissional					
		Assistente Operacional	Enfermeiro	Médico	Assistente Técnica	TSDT	Total
Tempo de Profissão (anos)	Média	13,63	11,60	13,20	13,29	19,50	12,67
	DP	11,33	6,21	9,27	11,90	9,19	8,77
	Mediana	9,50	11,00	10,00	5,00	19,50	10,00
	Moda	2	10	5	5	13	10
	Mínimo	1	3	2	3	13	1
	Máximo	40	31	33	32	26	40
Tempo Exercício no Serviço (anos)	Média	8,16	6,57	9,93	5,29	6,50	7,41
	DP	7,31	6,18	8,26	6,40	3,54	6,83
	Mediana	6	5	6	4	6,50	5
	Moda	6	1	5	1	4	1
	Mínimo	1	1	1	1	4	1
	Máximo	30	30	29	19	9	30

Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; DP – Desvio-Padrão.

Aprofundando a investigação sobre a amostra que compõe este estudo, verifica-se que os profissionais de saúde do SUMC desenvolvem a sua atividade numa mediana de 35 horas de trabalho semanal, existindo alguns grupos profissionais que praticam 35 horas de serviço, enquanto outros praticam 40 horas de trabalho semanal (Tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por número de horas de trabalho semanal

Variável		Grupo Profissional					
		Assistente Operacional	Enfermeiro	Médico	Assistente Técnica	TSDT	Total
Número de Horas de Trabalho Semanal	Média	38,06	35,38	44,20	39,29	35,00	37,62
	DP	3,33	2,16	8,59	1,89	0,00	4,90
	Mediana	40	35	42	40	35	35
	Moda	35	35	40	40	35	35
	Mínimo	35	35	24	35	35	24
	Máximo	48	50	60	40	35	60

Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; DP – Desvio-Padrão.

Relativamente à questão dos profissionais de saúde desenvolverem atividade noutros locais, observa-se que apenas 37,60% apresentam atividades extralaborais ao SUMC. Dos profissionais que prestam serviços fora do SUMC, verifica-se que a maior percentagem são de Médicos(as) (80,00%), TSDT (50,00%) e Enfermeiros(as) (45,30%). Salienta-se ainda que, dos profissionais de saúde que exercem atividades noutro local, realizam em média 14 horas e 30 minutos (14,41±6,97) de trabalho semanal extra.

No que diz respeito às atividades que cada grupo profissional desenvolve diariamente na sua prática no SUMC, e analisadas na Tabela 7, extrai-se que globalmente as atividades mais realizadas são: posicionamento de utentes no leito (73,40%), prestação de cuidados de higiene e conforto no leito (69,70%) e transferência de utentes de maca para maca (63,30%). No entanto, através de uma análise mais detalhada, constata-se que existem diferenças substanciais de atividades consoante o grupo profissional. Concretamente observa-se que os(as) Assistentes Operacionais realizam atividades que envolvem um maior esforço físico (posicionamento de utentes no leito; transporte de utentes em maca; transporte de utentes em cadeira de rodas; e preparar macas para os utentes), enquanto os(as) Médicos(as) desenvolvem atividades com menor desgaste físico (realização de procedimentos invasivos – gasometria, punção venosa, entre outras; trabalho ao computador que envolva mais que 4 horas por turno; atividades que envolvem estar sentado mais que 4 horas por turno). Quanto aos(às) Enfermeiros(as), constata-se uma maior proximidade aos utentes, tal como documentado no grupo profissional dos(as) Assistentes Operacionais.

Tabela 7 – Caracterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por atividades que realizam diariamente

Variável		Grupo Profissional											
		Assistente Operacional		Enfermeiro		Médico		Assistente Técnica		TSDT		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atividade	Cuidados de higiene e conforto no leito	26	81,3	50	94,3	0	0	0	0	0	0	76	69,7
	Posicionamento de utentes no leito	28	87,5	52	98,1	0	0	0	0	0	0	80	73,4
	Posicionamento de utentes em cadeirão	24	75,0	24	45,3	0	0	0	0	0	0	48	44,0
	Transfêrencia de utentes de maca para cadeira de rodas (ou vice-versa)	26	81,3	40	75,5	0	0	0	0	0	0	66	60,6
	Transfêrencia de utentes de cadeira de rodas-cadeirão (ou vice-versa)	26	81,3	34	64,2	0	0	0	0	0	0	60	55,0
	Transfêrencia de utentes de maca para maca	28	87,5	40	75,5	0	0	0	0	1	50,0	69	63,3
	Transporte de utentes em maca	28	87,5	26	49,1	0	0	0	0	0	0	54	49,5
	Transporte de utentes em cadeira de rodas	28	87,5	33	62,3	0	0	0	0	0	0	61	56,0
	Alimentar utentes	28	87,5	21	39,6	0	0	0	0	0	0	49	45,0
	Preparar macas para os utentes	28	87,5	5	9,4	0	0	0	0	0	0	33	30,3
	Realização de procedimentos invasivos (gasometria, punção venosa, ...)	0	0	52	98,1	15	100	0	0	0	0	67	61,5
	Atendimento telefónico que envolva mais que 4 horas por turno	4	12,5	7	13,2	1	6,7	1	14,3	0	0	13	11,9
	Trabalho ao computador que envolva mais que 4 horas por turno	6	18,8	36	67,9	15	100	7	100	2	100	66	60,6
	Atividades que envolvem estar sentado mais que 4 horas por turno	4	12,5	15	28,3	11	73,3	6	85,7	1	50,0	37	33,9
	Atividades que não envolvem contacto direto com os utentes (gestão, ...)	7	21,9	9	17,0	5	33,3	1	14,3	0	0	22	20,2
Realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica	5	15,6	11	20,8	6	40,0	0	0	2	100	24	22,0	

Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; N – Amostra; % - Percentagem.

Neste estudo, a totalidade dos profissionais demonstrou ter conhecimento sobre a existência de equipamentos ou dispositivos de apoio no serviço, tais como tábuas de transferência de utentes ou cadeira de rodas.

Os profissionais de saúde do SUMC foram também questionados sobre a presença de doenças crónicas na sua condição de saúde. Constatou-se uma maior prevalência de doenças crónicas nos Enfermeiros(as) (8,26%) e no(as) Assistentes Operacionais (7,34%), não tendo sido documentadas doenças crónicas nas Assistentes Técnicas.

No que concerne à prática de exercício físico, 51,40% dos profissionais de saúde do SUMC respondeu afirmativamente (Tabela 8). As atividades desportivas mais desenvolvidas pelos profissionais de saúde são realizadas em ginásios (13,80%), na forma de caminhadas (11,00%) e de corridas (5,50%).

Da totalidade de profissionais de saúde do SUMC que pratica exercício físico observa-se que 78,60% (N=44) realizam atividades entre 1 e 2 horas por semana, enquanto 21,40% (N=12) dedicam mais de 4 horas à prática de exercício.

A análise destes mesmos resultados demonstra também que 73,20% dos profissionais de saúde do SUMC (N=41) nunca apresentou lesões associadas à prática dos exercícios físicos enunciados.

Com recurso ainda à Tabela 8, observa-se que a maioria dos profissionais de saúde do SUMC recorre ao computador fora do contexto de trabalho (60,60%), concretamente, observa-se que os(as) Médicos(as) e as Assistentes Técnicas são os profissionais que o utilizam com maior frequência.

Para além disso, analisando a variável número de horas por dia de utilização do computador fora do contexto de trabalho, destaca-se que 89,40% (N=59) dos profissionais de saúde despende entre 1 e 2 horas diárias ao computador e apenas 10,60% (N=7) mais de 4 horas diárias.

Tabela 8 – Caracterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por prática de exercício físico e por utilização de computador fora do contexto de trabalho

Variável	Prática de Exercício Físico			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Assistente Operacional	13	40,60	19	59,40
Enfermeiro(a)	28	52,80	25	47,20
Médico(a)	11	73,30	4	26,70
Assistente Técnica	3	42,9	4	57,10
TSDT	1	50,0	1	50,0
Total	56	51,40	53	48,60
Variável	Utiliza regularmente o computador fora do contexto de trabalho			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Assistente Operacional	16	50,00	16	50,00
Enfermeiro(a)	32	60,40	21	39,60
Médico(a)	12	80,00	3	20,00
Assistente Técnica	5	71,40	2	28,60
TSDT	1	50,00	1	50,00
Total	66	60,60	43	39,40
Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; N – Amostra; % - Percentagem.				

Relativamente à emissão de certificado de incapacidade temporária laboral por acidente de trabalho constata-se que apenas 16,50% dos profissionais de saúde necessitaram de recorrer ao mesmo. Os(as) Assistentes Operacionais (21,90%), seguidos dos(as) Enfermeiros(as) (18,90%), são os grupos profissionais que mais recorreram ao certificado de incapacidade temporária laboral na amostra em estudo (Tabela 9).

Dos profissionais de saúde que evidenciaram ter tido licença médica por incapacidade temporária laboral relacionada com acidentes de trabalho, observa-se que nos(as) Assistentes Operacionais é revelada uma maior percentagem de lesões associadas à região dos tornozelos / pés (42,90%) e região lombar (28,60%), comparativamente aos(as) Enfermeiros(as), onde a região lombar é a localização mais evidenciada (40,00%).

Na globalidade dos profissionais de saúde que tiveram de licença médica, por incapacidade temporária laboral relacionada com acidentes de trabalho, destaca-se que

66,60% dos problemas estão relacionados com a região lombar e tornozelos / pés, em igual percentagem.

Associada as estas lesões musculoesqueléticas referidas pelos profissionais de saúde do SUMC observa-se que existe uma necessidade de tomar medicação para colmatar as queixas álgicas decorrentes das mesmas. Cerca de 16,50% dos profissionais tomam medicação para as dores, apresentando uma maior percentagem no grupo dos(as) Assistentes Operacionais (31,30%). Os(as) Médicos(as) e os TSDT não referiram qualquer administração de terapêutica para colmatar queixas álgicas.

Tabela 9 – Caracterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por incapacidade temporária laboral por acidente de trabalho e por toma de medicação para queixas álgicas

Variável	Incapacidade Temporária Laboral por Acidente de Trabalho			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Assistente Operacional	7	21,90	25	78,10
Enfermeiro(a)	10	18,90	43	81,10
Médico(a)	0	0	15	100
Assistente Técnica	1	14,30	6	85,70
TSDT	0	0	2	100
Total	18	16,50	91	83,50
Variável	Toma de Medicação para Queixas Álgicas			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Assistente Operacional	10	31,30	22	68,80
Enfermeiro(a)	7	13,20	46	86,80
Médico(a)	0	0	15	100
Assistente Técnica	1	14,30	6	85,70
TSDT	0	0	2	100
Total	18	16,50	91	83,50
Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; N – Amostra; % - Percentagem.				

Da totalidade dos profissionais de saúde, da presente amostra, que afirmaram tomar medicação para queixas álgicas, constata-se que 38,90% dos mesmos tomam medicação 3 vezes por semana e 33,30% afirmam tomar 2 vezes por semana. Destes, observa-se ainda que a maioria dos profissionais de saúde que tomam medicação 3 vezes por semana

são Assistentes Operacionais e a maioria dos profissionais que tomam medicação 2 vezes por semana são Enfermeiros(as).

Analisando a variável prática de cuidados a familiares com grau de dependência (adultos ou idosos, com necessidade de ajuda na satisfação de pelo menos uma atividade de vida diária), verifica-se que apenas 11,90% (N=13) dos profissionais de saúde do SUMC tem pessoas dependentes a seu cargo e a quem prestam cuidados de saúde informais. Os(as) Assistentes Operacionais demonstram ser um dos grupos que maior número de profissionais evidenciou essa prática de cuidados informais a familiares com grau de dependência (Tabela 10).

Tabela 10 – Caracterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por prática de cuidados a familiares com grau de dependência

Variável	Familiares com Grau de Dependência			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Assistente Operacional	7	21,90	25	78,10
Enfermeiro(a)	2	3,80	51	96,20
Médico(a)	1	6,70	14	93,30
Assistente Técnica	2	28,60	5	71,40
TSDT	1	50,00	1	50,00
Total	13	11,90	96	88,10

Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; N – Amostra; % - Percentagem.

Na sua globalidade, com base nos resultados apresentados na Tabela 11, a amostra em estudo dos profissionais de saúde do SUMC revelou uma percepção do estado geral de saúde de nível bom (33,00%) a muito bom (33,00%). O grupo profissional dos(as) Médicos(as) foi o que revelou a maior percentagem em termos de nível excelente (26,70%), enquanto os(as) Enfermeiros(as) demonstraram a maior percentagem referente ao nível muito bom (52,80%). Já os(as) Assistentes Operacionais evidenciaram maiores percentagens nos níveis razoável (59,40%) e mau (3,10%).

Tabela 11 – Caracterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por percepção do estado geral de saúde

Variável	Percepção do Estado Geral de Saúde									
	Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Excelente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AO	1	3,10	19	59,40	8	25,00	1	3,10	3	9,40
Enfermeiro(a)	0	0	2	3,80	20	37,70	28	52,80	3	5,70
Médico(a)	0	0	1	6,70	4	26,70	6	40,00	4	26,70
AT	0	0	2	28,60	4	57,10	1	14,30	0	0
TSDT	0	0	1	50,00	0	0	0	0	1	50,00
Total	1	0,90	25	22,90	36	33,00	36	33,00	11	10,10

Notas: AO – Assistente Operacional; AT – Assistente Técnica; TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; N – Amostra; % - Percentagem.

Detalhando um pouco mais a análise, relativamente aos últimos 12 meses, os profissionais de saúde do SUMC identificaram problemas predominantemente localizados nas regiões do pescoço (56,00%), ombros (50,50%) e de forma mais evidente na região lombar (66,10%) (Tabela 12).

Os(as) Assistentes Operacionais, das localizações enunciadas como as mais problemáticas, demonstraram valores superiores para cada uma delas, nomeadamente a presença de problemas no pescoço em 65,60% dos casos, nos ombros em 62,50% e na região lombar em 81,20% das situações.

Já nos(as) Enfermeiros(as), os problemas evidenciados nos últimos 12 meses, encontram-se localizados maioritariamente na região do pescoço (52,80%) e na região lombar (62,30%).

No grupo profissional das Assistentes Técnicas observa-se uma percentagem superior de problemas na região dos ombros e lombar (ambas com 57,10%).

Tabela 12 – Caracterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por evidência de problemas nos últimos 12 meses

Variável			Grupo Profissional											
			AO		Enfermeiro		Médico		AT		TSDT		TOTAL	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Local	Pescoço	Não	11	34,40	25	47,20	8	53,30	4	57,10	0	0	48	44,00
		Sim	21	65,60	28	52,80	7	46,70	3	42,90	2	100	61	56,00
	Ombros	Não	12	37,50	29	54,70	9	60,00	3	42,90	1	50,00	54	49,50
		Sim, no ombro direito	6	18,80	8	15,10	1	6,70	2	28,60	1	50,00	18	16,50
		Sim, no ombro esquerdo	0	0	9	17,00	2	13,30	0	0	0	0	11	10,10
		Sim, em ambos	14	43,80	7	13,20	3	20,00	2	28,60	0	0	26	23,90
	Cotovelos	Não	23	71,90	50	94,30	13	86,70	5	71,40	2	100	93	85,30
		Sim, no cotovelo direito	4	12,50	1	1,90	1	6,70	2	28,60	0	0	8	7,30
		Sim, no cotovelo esquerdo	1	3,10	1	1,90	1	6,70	0	0	0	0	3	2,80
		Sim, em ambos	4	12,50	1	1,90	0	0	0	0	0	0	5	4,60
	Punhos/Mãos	Não	18	56,30	42	79,20	10	66,70	4	57,10	1	50,00	75	68,80
		Sim, no punho/mão direitos	6	18,80	3	5,70	3	20,00	2	28,60	1	50,00	15	13,80
		Sim, no punho/mão esquerdos	1	3,10	2	3,80	1	6,70	0	0	0	0	4	3,70
		Sim, em ambos	7	21,90	6	11,30	1	6,70	1	14,30	0	0	15	13,80
	Região Torácica	Não	26	81,30	44	83,00	15	100	6	85,70	1	50,00	92	84,40
		Sim	6	18,80	9	17,00	0	0	1	14,30	1	50,00	17	15,60
	Região Lombar	Não	6	18,80	20	37,70	8	53,30	3	42,90	0	0	37	33,90
		Sim	26	81,30	33	62,30	7	46,70	4	57,10	2	100	72	66,10
	Ancas/Coxas	Não	19	59,40	43	81,10	13	86,70	6	85,70	1	50,00	82	75,20
		Sim	13	40,60	10	18,90	2	13,30	1	14,30	1	50,00	27	24,80
Joelhos	Não	20	62,50	42	79,20	13	86,70	5	71,40	0	0	80	73,40	
	Sim	12	37,50	11	20,80	2	13,30	2	28,60	2	100	29	26,60	
Tornozelos/Pés	Não	18	56,30	46	86,80	12	80,00	7	100	1	50,00	84	77,10	
	Sim	14	43,80	7	13,20	3	20,00	0	0	1	50,00	25	22,90	

Notas: AO – Assistente Operacional; AT – Assistente Técnica; TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; N – Amostra; % - Percentagem.

Relativamente aos resultados obtidos da caracterização da localização identificada como problemática pelos profissionais de saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, e que fez evitar a prática de atividades destaca-se que, de uma forma generalizada, a região lombar é a principal causa de inatividade por queixas álgicas (32,10%), seguida da região do pescoço (23,90%) e região dos ombros (21,10%) (Tabela 13). Em termos de análise por grupo profissional, verifica-se que os(as) Assistentes Operacionais são o grupo que apresenta a maior percentagem de inatividade por lesões associadas à região lombar, com limitação em 43,80% das situações. Esta percentagem é seguida da região do pescoço, com 34,40% dos casos. No que concerne aos(as) Enfermeiros(as), de uma forma menos expressiva quando comparados com os(as) Assistentes Operacionais, surgem as regiões lombar e do pescoço, respetivamente com valores de 32,10% e 22,60% das situações referidas como limitativas. No grupo profissional das Assistentes Técnicas é de salientar que 42,90% das profissionais referem a região dos ombros como problemática e que limitou a prática de atividades nos 12 meses precedentes à recolha de dados.

Observando a Tabela 14, e analisando a evidência de problemas apenas nos 7 dias anteriores ao preenchimento do questionário de recolha de dados, extrai-se que as regiões corporais mais problemáticas, de forma global, são a região lombar (30,30%), seguida da região do pescoço (23,90%). A região torácica é identificada como a menos problemática pelos profissionais de saúde com 94,50% de respostas negativas para sintomatologia como dor, desconforto ou dormências. Os(as) Assistentes Operacionais identificaram como regiões mais problemáticas nos últimos 7 dias, a região lombar (46,90%), joelhos (34,40%), pescoço e ombros (ambas com 31,30%). Os(as) Enfermeiros(as) revelam igualmente como região mais problemática a região lombar (28,30%). No que diz respeito aos(as) Médicos(as) verifica-se que a região enunciada como mais problemática, nos últimos 7 dias, são os ombros (26,70%) e os punhos/mãos (20,00%). A mesma região dos ombros é também descrita pelas Assistentes Técnicas como a mais problemática para o mesmo período temporal, com 57,10%.

De acordo com a Tabela 15, onde são caracterizadas as queixas álgicas relacionadas com os problemas evidenciados pelos profissionais de saúde do SUMC, numa escala de 0 a 10, constata-se que as regiões que revelam mais dores são a região lombar, mediana de 3, e a região do pescoço, mediana de 2. Os(as) Assistentes Operacionais são o grupo profissional que demonstra uma mediana mais elevada (5) para queixas álgicas na região lombar.

Tabela 13 – Caracterização da localização problemática que fez evitar a prática de atividades dos Profissionais de Saúde do SUMC nos últimos 12 meses

Variável			Grupo Profissional											
			AO		Enfermeiro		Médico		AT		TSDT		TOTAL	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Local	Pescoço	Não	21	65,60	41	77,40	15	100	5	71,40	1	50,00	83	76,10
		Sim	11	34,40	12	22,60	0	0	2	28,60	1	50,00	26	23,90
	Ombros	Não	23	71,90	44	83,00	14	93,30	4	57,10	1	50,00	86	78,90
		Sim, no ombro direito	2	6,30	2	3,80	0	0	3	42,90	1	50,00	8	7,30
		Sim, no ombro esquerdo	0	0	6	11,30	0	0	0	0	0	0	6	5,50
		Sim, em ambos	7	21,90	1	1,90	1	6,70	0	0	0	0	9	8,30
	Cotovelos	Não	27	84,40	51	96,20	15	100	6	85,70	2	100	101	92,70
		Sim, no cotovelo direito	1	3,10	1	1,90	0	0	1	14,30	0	0	3	2,80
		Sim, no cotovelo esquerdo	1	3,10	1	1,90	0	0	0	0	0	0	2	1,80
		Sim, em ambos	3	9,40	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2,80
	Punhos/Mãos	Não	24	75,00	50	94,30	14	93,30	6	85,70	1	50,00	95	87,20
		Sim, no punho/mão direitos	4	12,50	0	0	0	0	1	14,30	1	50,00	6	5,50
		Sim, no punho/mão esquerdos	1	3,10	1	1,90	0	0	0	0	0	0	2	1,80
		Sim, em ambos	3	9,40	2	3,80	1	6,70	0	0	0	0	6	5,50
	Região Torácica	Não	30	93,80	50	94,30	15	100	7	100	1	50,00	103	94,50
		Sim	2	6,30	3	5,70	0	0	0	0	1	50,00	6	5,50
	Região Lombar	Não	18	56,30	36	67,90	14	93,30	5	71,40	1	50,00	74	67,90
		Sim	14	43,80	17	32,10	1	6,70	2	28,60	1	50,00	35	32,10
	Ancas/Coxas	Não	26	81,30	49	92,50	14	93,30	7	100	1	50,00	97	89,00
		Sim	6	18,80	4	7,50	1	6,70	0	0	1	50,00	12	11,00
Joelhos	Não	23	71,90	48	90,60	14	93,30	6	85,70	1	50,00	92	84,40	
	Sim	9	28,10	5	9,40	1	6,70	1	14,30	1	50,00	17	15,60	
Tornozelos/Pés	Não	26	81,30	50	94,30	14	93,30	7	100	1	50,00	98	89,90	
	Sim	6	18,80	3	5,70	1	6,70	0	0	1	50,00	11	10,10	

Notas: AO – Assistente Operacional; AT – Assistente Técnica; TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; N – Amostra; % - Percentagem.

Tabela 14 – Caracterização dos Profissionais de Saúde do SUMC por evidência de problemas nos últimos 7 dias

Variável			Grupo Profissional											
			AO		Enfermeiro		Médico		AT		TSDT		TOTAL	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Local	Pescoço	Não	22	68,80	46	86,80	13	86,70	7	100	0	0	88	80,70
		Sim	10	31,30	7	13,20	2	13,30	0	0	2	100	21	19,30
	Ombros	Não	22	68,80	45	84,90	11	73,30	4	57,10	1	50,00	83	76,10
		Sim, no ombro direito	3	9,40	3	5,70	1	6,70	2	28,60	1	50,00	10	9,20
		Sim, no ombro esquerdo	0	0	3	5,70	1	6,70	0	0	0	0	4	3,70
		Sim, em ambos	7	21,90	2	3,80	2	13,30	1	14,30	0	0	12	11,00
	Cotovelos	Não	26	81,30	53	100	14	93,30	7	100	2	100	102	93,60
		Sim, no cotovelo direito	1	3,10	0	0	1	6,70	0	0	0	0	2	1,80
		Sim, no cotovelo esquerdo	1	3,10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,90
		Sim, em ambos	4	12,50	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3,70
	Punhos/Mãos	Não	25	78,10	50	94,30	12	80,00	6	85,70	1	50,00	94	86,20
		Sim, no punho/mão direitos	5	15,60	0	0	2	13,30	1	14,30	1	50,00	9	8,30
		Sim, no punho/mão esquerdos	0	0	1	1,90	0	0	0	0	0	0	1	0,90
		Sim, em ambos	2	6,30	2	3,80	1	6,70	0	0	0	0	5	4,60
	Região Torácica	Não	31	96,90	51	96,20	15	100	7	100	2	100	106	97,20
		Sim	1	3,10	2	3,80	0	0	0	0	0	0	3	2,80
	Região Lombar	Não	17	53,10	38	71,70	15	100	5	71,40	1	50,00	76	69,70
		Sim	15	46,90	15	28,30	0	0	2	28,60	1	50,00	33	30,30
	Ancas/Coxas	Não	23	71,90	49	92,50	15	100	7	100	1	50,00	95	87,20
		Sim	9	28,10	4	7,50	0	0	0	0	1	50,00	14	12,80
Joelhos	Não	21	65,60	48	90,60	15	100	5	71,40	1	50,00	90	82,60	
	Sim	11	34,40	5	9,40	0	0	2	28,60	1	50,00	19	17,40	
Tornozelos/Pés	Não	24	75,00	49	92,50	14	93,30	7	100	1	50,00	95	87,20	
	Sim	8	25,00	4	7,50	1	6,70	0	0	1	50,00	14	12,80	

Notas: AO – Assistente Operacional; AT – Assistente Técnica; TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; N – Amostra; % - Percentagem.

Tabela 15 – Caracterização das queixas algícas relacionadas com os problemas evidenciados pelos Profissionais de Saúde do SUMC

Variável		Grupo Profissional						
		AO	Enfermeiro	Médico	AT	TSDDT	TOTAL	
Local	Pescoço	M	3,00	2,06	1,27	1,57	6,50	2,28
		DP	2,81	2,25	1,62	2,30	0,71	2,45
		Med	3	2	0	0	6,50	2
		Mín.	0	0	0	0	6	0
		Máx.	10	8	4	6	7	10
	Ombros	M	3,03	1,55	1,80	3,71	4	2,20
		DP	2,94	2,01	2,43	4,19	5,66	2,66
		Med	3	0	0	2	4	1
		Mín.	0	0	0	0	0	0
		Máx.	9	7	7	10	8	10
	Cotovelos	M	1,56	0,15	0,53	1,57	0	0,71
		DP	2,69	0,632	1,41	2,82	0	1,84
		Med	0	0	0	0	0	0
		Mín.	0	0	0	0	0	0
		Máx.	8	3	4	7	0	8
	Punhos / Mãos	M	2,31	0,62	1,07	2,29	3,00	1,33
		DP	3,01	1,39	1,62	3,15	4,24	2,29
		Med	0	0	0	0	3	0
		Mín.	0	0	0	0	0	0
		Máx.	9	6	4	8	6	9
	Região Torácica	M	0,91	0,70	0	0,57	2,50	0,69
		DP	2,09	1,64	0	1,51	3,54	1,69
		Med	0	0	0	0	2,50	0
		Mín.	0	0	0	0	0	0
		Máx.	7	6	0	4	5	7
	Região Lombar	M	4,59	2,55	1,67	3,43	5,00	3,13
		DP	3,03	2,41	2,13	4,08	4,24	2,87
		Med	5	3	0	2	5	3
		Mín.	0	0	0	0	2	0
		Máx.	9	8	5	9	8	9
	Ancas / Coxas	M	2,06	0,74	0,53	0,86	3,50	1,16
		DP	2,93	1,71	1,81	2,27	4,95	2,30
Med		0	0	0	0	3,50	0	
Mín.		0	0	0	0	0	0	
Máx.		8	8	7	6	7	8	
Joelhos	M	2,31	0,79	0,47	1,43	4,50	1,30	
	DP	3,38	1,65	1,25	2,51	6,36	2,50	
	Med	0	0	0	0	4,50	0	
	Mín.	0	0	0	0	0	0	
	Máx.	10	6	4	6	9	10	
Tornozelos / Pés	M	2,03	0,45	0,73	0	3,00	0,97	
	DP	2,78	1,38	1,71	0	4,24	2,07	
	Med	0	0	0	0	3	0	
	Mín.	0	0	0	0	0	0	
	Máx.	8	8	6	0	6	8	

Notas: AO – Assistente Operacional; AT – Assistente Técnica; TSDDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; M – Média; DP – Desvio-Padrão; Med – Mediana; Mín. – Mínimo; Máx. – Máximo.

Tendo em consideração os resultados obtidos, por decisão dos autores deste trabalho de investigação, desenvolveu-se uma estatística inferencial perante os profissionais que evidenciaram uma taxa de resposta, por grupo profissional, superior a 40%. Neste sentido, foram identificados os(as) Assistentes Operacionais (42,67%), as Assistentes Técnicas (46,67%) e os(as) Enfermeiros(as) (47,32%). Foi igualmente tida em consideração a avaliação da sintomatologia musculoesquelética nos últimos 12 meses.

De forma a dar resposta aos objetivos definidos na metodologia e dado que na maioria das variáveis em estudo não se constata uma distribuição normal e homogeneidade da amostra, definiu-se que seriam aplicados testes não paramétricos (Marôco, 2014; Pestana & Gageiro, 2014). Assim, aplicou-se o Teste Qui-Quadrado (Q^2) para avaliação de associações entre variáveis nominais, quando cumpridos os critérios de Cochran, ou o Teste de Fisher (F), e o Teste de Mann-Whitney (U), para amostras independentes, para avaliação de diferenças estatisticamente significativas entre variáveis nominais e quantitativas. Teve-se também em consideração a contagem de células superior ou igual a 5, ser menor ou igual a 20%. Apresentam-se de seguida apenas os resultados que evidenciaram diferenças ou associações estatisticamente significativas por região corporal.

- **Região do Pescoço**

Através da aplicação do teste estatístico U de Mann-Whitney observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o *tempo atual de profissão* dos(as) Enfermeiros(as) e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região do pescoço (Tabela 16).

Tabela 16 – Relação entre a variável tempo atual de profissão e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região do Pescoço, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico U de Mann-Whitney

Grupo Profissional	Variável	Sintomatologia Musculoesquelética na Região do Pescoço				U	p
		Não		Sim			
		N	PM	N	PM		
Enfermeiro(a)	Tempo atual de profissão	25	22,36	28	31,14	234,000	0,038*

Notas: N – Amostra; PM – Posto Médio; U – Teste Estatístico de Mann-Whitney; p – nível de significância igual ou inferior a 0,05.

Com recurso à Tabela 17, observam-se ainda associações estatisticamente significativas entre a *transferência de utentes de maca para cadeira de rodas (ou vice-versa)* realizadas pelos(as) Enfermeiros(as) e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região do pescoço, assim como a utilização de *medicação para queixas álgicas* pelos(as) Assistentes Operacionais e a presença da mesma sintomatologia.

Tabela 17 – Associação entre variáveis nominais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região do Pescoço, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico Qui-Quadrado ou Fisher, consoante cumprimento dos critérios

Grupo Profissional	Variável	Sintomatologia Musculoesquelética na Região do Pescoço	
		Q^2	p
Enfermeiro(a)	Atividade 4 – Transferência de utentes de maca para cadeira de rodas (ou vice-versa)	4,012	0,045*
Grupo Profissional	Variável	Sintomatologia Musculoesquelética na Região do Pescoço	
		F	p
AO	Medicação para queixas álgicas	7,619	0,006*

Notas: AO – Assistente Operacional; Q^2 – Teste Estatístico Qui Quadrado; F – Teste Estatístico de Fisher; p – nível de significância igual ou inferior a 0,05.

- **Região dos Ombros**

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis quantitativas e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região dos ombros, dos Profissionais de Saúde do SUMC, assim como não foram encontradas associações entre as variáveis nominais e esta mesma sintomatologia.

- **Região dos Cotovelos**

No que concerne à região dos cotovelos evidenciam-se diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética nesta região e o *tempo de exercício no SUMC* dos(as) Assistentes Operacionais (Tabela 18).

Tabela 18 – Relação entre a variável tempo de exercício no serviço e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região dos Cotovelos, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico U de Mann-Whitney

Grupo Profissional	Variável	Sintomatologia Musculoesquelética na Região dos Cotovelos				U	p
		Não		Sim			
		N	PM	N	PM		
AO	Tempo de exercício no serviço	23	14,37	9	21,94	54,500	0,039*

Notas: AO – Assistente Operacional; N – Amostra; PM – Posto Médio; U – Teste Estatístico de Mann-Whitney; p – nível de significância igual ou inferior a 0,05.

Constatam-se ainda associações estatisticamente significativas entre a utilização de *medicação para queixas álgicas* pelos(as) Assistentes Operacionais e pelos(as) Enfermeiros(as) e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região dos cotovelos. Para além disso, observa-se também uma associação com resultados estatisticamente significativos entre as Assistentes Técnicas praticarem cuidados a *familiares com grau de dependência* e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região dos cotovelos (Tabela 19).

Tabela 19 – Associação entre variáveis nominais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região dos Cotovelos, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico de Fisher

Grupo Profissional	Variável	Sintomatologia Musculoesquelética na Região dos Cotovelos	
		F	p
AO	Medicação para queixas álgicas	12,617	0,001*
Enfermeiro(a)	Medicação para queixas álgicas	20,897	0,001*
AT	Familiares com grau de dependência	7,000	0,048*

Notas: AO – Assistente Operacional; AT – Assistente Técnica; F – Teste Estatístico de Fisher; p – nível de significância igual ou inferior a 0,05.

- **Região dos Punhos/Mãos**

Na análise da Região dos Punhos/Mãos, entre as variáveis quantitativas e a presença de sintomatologia musculoesquelética, dos Profissionais de Saúde do SUMC, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas.

No entanto, foram observadas associações com resultados estatisticamente significativos entre a presença de *doenças crônicas*, a utilização de *medicação para queixas álgicas*, a prestação de cuidados a *familiares com grau de dependência* por parte dos(as) Enfermeiros(as) e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região dos punhos/mãos (Tabela 20).

Tabela 20 – Associação entre variáveis nominais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região dos Punhos/Mãos, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico de Fisher

Grupo Profissional	Variável	Sintomatologia Musculoesquelética na Região dos Punhos/Mãos	
		<i>F</i>	<i>p</i>
Enfermeiro(a)	Doenças crônicas	13,894	0,001*
	Medicação para queixas álgicas	12,592	0,003*
	Familiares com grau de dependência	7,936	0,040*

Notas: *F* – Teste Estatístico de Fisher; *p* – nível de significância igual ou inferior a 0,05.

- **Região Torácica**

Relativamente à presença de sintomatologia musculoesquelética na região torácica, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e a variável *IMC* dos(as) Assistentes Operacionais. Evidencia-se assim que a presença ou ausência de sintomas musculoesqueléticos nos(as) Assistentes Operacionais está diretamente relacionado com a sua variação de IMC (Tabela 21).

Tabela 21 – Relação entre a variável IMC e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região Torácica, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico U de Mann-Whitney

Grupo Profissional	Variável	Sintomatologia Musculoesquelética na Região Torácica				U	p
		Não		Sim			
		N	PM	N	PM		
AO	IMC	26	18,54	6	7,67	25,000	0,010*

Notas: AO – Assistente Operacional; IMC – Índice de Massa Corporal; N – Amostra; PM – Posto Médio; U – Teste Estatístico de Mann-Whitney; p – nível de significância igual ou inferior a 0,05.

Em termos de associação entre as variáveis nominais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região torácica, dos Profissionais de Saúde do SUMC, não foram identificadas associações com resultado estatisticamente significativo.

- **Região Lombar**

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis quantitativas e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região lombar, dos Profissionais de Saúde do SUMC.

Pelo contrário, constata-se que existem associações estatisticamente significativas entre a realização das atividades *1 – cuidados de higiene e conforto no leito* e *6 – transferência de utentes de maca para maca*, desenvolvidas pelos(as) Enfermeiros(as), e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região lombar (Tabela 22).

Tabela 22 – Associação entre variáveis nominais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região Lombar, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico de Fisher

Grupo Profissional	Variável	Sintomatologia Musculoesquelética na Região Lombar	
		<i>F</i>	<i>p</i>
Enfermeiro(a)	Atividade 1 – Cuidados de higiene e conforto no leito	5,247	0,049*
	Atividade 6 – Transferência de utentes de maca para maca	7,272	0,010*

Notas: *F* – Teste Estatístico de Fisher; *p* – nível de significância igual ou inferior a 0,05.

- **Região das Ancas/Coxas**

Não foram igualmente identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis quantitativas e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região das ancas/coxas, dos Profissionais de Saúde do SUMC.

No entanto, destacam-se associações com resultados estatisticamente significativos entre a realização de *exercício físico* pelos(as) Assistentes Operacionais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região das ancas/coxas, assim como o *sexo* dos(as) Enfermeiros(as) e a presença de sintomatologia musculoesquelética na mesma região corporal (Tabela 23).

Tabela 23 – Associação entre variáveis nominais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região das Ancas/Coxas, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico Qui-Quadrado ou Fisher, consoante critério

Grupo Profissional	Variável	Sintomatologia Musculoesquelética na Região das Ancas/Coxas	
		<i>Q</i> ²	<i>p</i>
AO	Exercício físico praticado	5,783	0,016*
Grupo Profissional	Variável	<i>F</i>	<i>p</i>
Enfermeiro(a)	Sexo	5,820	0,021*

Notas: AO – Assistente Operacional; *Q*² – Teste Estatístico Qui Quadrado; *F* – Teste Estatístico de Fisher; *p* – nível de significância igual ou inferior a 0,05.

- **Região dos Joelhos**

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis quantitativas e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região dos joelhos, dos Profissionais de Saúde do SUMC.

Por outro lado, através da aplicação do teste estatístico de Fisher, observa-se que existem associações estatisticamente significativas entre a realização, pelos(as) Enfermeiros(as), das atividades 5 – *transferência de utentes de cadeira de rodas-cadeirão (ou vice-versa)* e 16 – *realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica* e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região dos joelhos (Tabela 24).

Tabela 24 – Associação entre variáveis nominais e a presença de sintomatologia musculoesquelética na Região dos Joelhos, dos Profissionais de Saúde do SUMC, nos últimos 12 meses, através do teste estatístico de Fisher

Grupo Profissional	Variável	Sintomatologia Musculoesquelética na Região das Ancas/Coxas	
		<i>F</i>	<i>p</i>
Enfermeiro(a)	Atividade 5 – Transferência de utentes de cadeira de rodas-cadeirão (ou vice-versa)	4,660	0,041*
	Atividade 16 – Realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica	5,149	0,037*

Notas: *F* – Teste Estatístico de Fisher; *p* – nível de significância igual ou inferior a 0,05.

- **Região dos Tornozelos/Pés**

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis quantitativas e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região dos tornozelos/pés, dos Profissionais de Saúde do SUMC, assim como associações com resultado estatisticamente significativo entre as variáveis nominais e esta mesma região corporal.

4. DISCUSSÃO

Após a apresentação e análise dos dados é necessário interpretar os mesmos, de forma a retirar possíveis conclusões, relacionando estes mesmos dados com estudos já realizados no âmbito da temática em estudo.

Importa salientar que, da literatura consultada, não foram encontrados estudos com resultados isolados por grupo profissional dos(as) Assistentes Operacionais, Assistentes Técnicas, Médicos(as) e Técnicos(as) Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, de forma a discutir os resultados deste trabalho de investigação. Assim, foram utilizados maioritariamente trabalhos de investigação com amostras de Enfermeiros(as) e resultados relativos a grupos profissionais de saúde no seu global.

a) Caracterização pessoal, académica e profissional dos profissionais de saúde do SUMC do HSA

Os profissionais de saúde que constituem a amostra deste estudo apresentam uma idade média global de 39 anos, muito próxima da média global das idades dos trabalhadores que integram o Serviço Nacional de Saúde, que é de 44 anos (Ministério da Saúde, 2019).

A maioria dos participantes são do sexo feminino (72,50%), um valor exatável uma vez que a percentagem de trabalhadores do sexo feminino, em Portugal, relativa aos recursos humanos das unidades de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde é de 76,50% (Ministério da Saúde, 2019). Estes dados são também suportados pela Ordem dos Enfermeiros e Ordem dos Médicos que referem que, à data de 31 de dezembro de 2021, dos 80 379 Enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros, 82,37% são do sexo feminino, e dos 59 545 médicos inscritos na Ordem dos Médicos, 56,65% são do sexo feminino (Ordem dos Enfermeiros, 2022; Ordem dos Médicos, 2022).

Quanto ao IMC dos profissionais de saúde desta amostra, conclui-se que a maioria apresenta um IMC dentro dos limites considerados padrão normal, com uma média global de 24 Kg/m². Este valor encontra-se em linha com os valores médios de IMC obtidos nos estudos de Yasobant e Rajkumar (2014) (25,1 Kg/m²), de Moura et al. (2019)

(25,8 Kg/m² no sexo masculino e 23,9 Kg/m² no sexo feminino) e de Pereira (2021), onde é referido que 67,6% da amostra apresenta valores de IMC dentro do limite padrão normal.

Na amostra em estudo constatou-se que 94,50% de profissionais de saúde são dextros, 3,70% esquerdinos e 1,80% ambidextros, dados que se encontram de acordo com os da população mundial, onde apenas 10,60% são esquerdinos (Papadatou-Pastou et al., 2020).

No que diz respeito à constituição da amostra, por grupo profissional, obteve-se um maior número de respostas a nível dos(as) Enfermeiros(as), valor esse que vai ao encontro do referido no relatório anual emitido pelo Ministério da Saúde (2019) (33,20% dos profissionais de saúde são Enfermeiros). De acordo com este relatório, 21,60% dos profissionais de saúde são Médicos(as), 19,70% são Assistentes Operacionais, 12,20% são Assistentes Técnicos(as) e 6,30% são TSDT (Ministério da Saúde, 2019).

Por outro lado, a amostra em estudo é maioritariamente constituída por profissionais licenciados, resultados que também se encontram de acordo com os dados revelados pelo Ministério da Saúde (2019), onde é enunciado que aproximadamente 64% dos profissionais de saúde possuem curso superior.

Relativamente ao tempo atual de profissão dos profissionais de saúde, que constituem a amostra, apresentam uma média global de 13 anos de profissão, sendo a média de permanência no SUMC do HSA de 7 anos e 5 meses. Este valor, relativo ao tempo médio de profissão, é ligeiramente superior ao encontrado noutros estudos, em diferentes grupos profissionais, com médias globais de 10,7 anos, 8,6 anos e 8,6 anos, respetivamente, nos estudos de Dong et al. (2019), Mbada et al. (2012) e Yasobant e Rajkumar (2014).

No que concerne às atividades desenvolvidas, pelos profissionais de saúde inquiridos, globalmente observou-se uma maior percentagem nas atividades: posicionamentos de utentes no leito, prestação de cuidados de higiene e conforto no leito, e transferência de utentes de maca para maca.

Por grupo profissional, no que diz respeito aos(as) Assistentes Operacionais, observaram-se maiores percentagens, nos posicionamentos de utentes no leito, transporte de utentes em maca, transporte de utentes em cadeira de rodas e preparar macas para os utentes; nos(as) Enfermeiros(as) maiores percentagens nos posicionamentos de utentes no leito, prestação de cuidados de higiene e conforto no leito e realização de procedimentos invasivos; nos(as) Médicos(as), realização de procedimentos invasivos, trabalho ao

computador e que envolvem estar sentado mais que 4 horas por turno. Estas últimas duas atividades também referidas em maior percentagem pelas Assistentes Técnicas.

Os dados do presente estudo não se encontram de acordo com o trabalho de investigação desenvolvido por Serranheira et al. (2012a), no que diz respeito à frequência das atividades desenvolvidas pelos(as) Enfermeiros(as), em diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde, onde foram obtidas maiores percentagens na realização de trabalho informatizado, realização de procedimentos invasivos e administração de terapêutica. Neste estudo as percentagens menores foram atribuídas ao posicionamento de utentes e prestação de cuidados de higiene (Serranheira et al., 2012a). Esta divergência poderá estar relacionada com o facto de que, no estudo de Serranheira et al. (2012a) foram obtidos dados de diversos serviços e níveis de prestação de cuidados, enquanto no presente estudo foram recolhidos dados de um só serviço de prestação de cuidados de saúde.

Os profissionais de saúde deste estudo referem uma média de 35 horas de trabalho semanal, sendo os(as) Médicos(as) o grupo profissional que pratica uma carga horária superior (média de 40 horas), dados corroborados pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2019).

Quando questionados sobre o desenvolvimento da sua atividade profissional noutros locais, 37,60% dos participantes, maioritariamente Médicos(as) responderam afirmativamente. Estes dados vão de encontro às conclusões referidas no artigo de Martins et al. (2003), onde é enunciado que a maioria dos profissionais de saúde prestam serviços no setor privado e público em simultâneo.

b) Caracterização da perceção do estado geral de saúde dos profissionais de saúde do SUMC do HSA

No que diz respeito à presença de doenças crónicas, onde se incluem doenças reumáticas, neuromusculares ou deformidades ósseas, dos profissionais de saúde inquiridos, apenas 17,43% responderam afirmativamente. Este resultado é substancialmente inferior ao enunciado no estudo de Serranheira et al. (2012a) (29,10%), revelando que a presença de doenças crónicas poderá estar relacionada com serviço de prestação de cuidados.

No entanto, observa-se uma divergência maior quando comparado o resultado com a população ativa em Portugal, uma vez que 43,90% da população com idade igual ou superior a 16 anos, em 2021, referiu ser portadora de patologia crónica ou problema de

saúde prolongado (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Este resultado deverá ser analisado com cautela, dado que apenas estão a ser analisados os profissionais de saúde de um serviço, comparativamente à população portuguesa global.

Relativamente à prática de exercício físico, 51,40% dos profissionais de saúde responderam afirmativamente, sendo a sua maioria em ginásio, dados semelhantes aos obtidos no estudo desenvolvido, com uma amostra de Enfermeiros(as), por Pereira (2021), em que dos 51% Enfermeiros(as) que praticavam exercício físico, 24,03% praticavam no ginásio. Passali et al. (2018) e Serranheira et al. (2012a) obtiveram percentagens semelhantes, com valores referentes à prática regular de exercício físico pelos(as) Enfermeiros(as) inquiridos de 45,40% e 50,80%, respetivamente. Num outro estudo, extraiu-se uma percentagem igualmente próxima, com 50,40% dos(as) Enfermeiros(as) a praticar exercício físico ocasionalmente (Jerónimo, 2013). O resultado evidenciado, na presente amostra em estudo, é ainda assim ligeiramente superior ao obtido por Yasobant e Rajkumar (2014), onde refere que apenas 35% dos profissionais de saúde inquiridos, de diversas categorias profissionais, praticam algum tipo de exercício físico.

Neste estudo demonstrou-se também que 60,60% dos profissionais de saúde utilizam o computador fora do contexto laboral, destacando-se uma percentagem de 89,40% dos indivíduos com utilização do computador entre 1 e 2 horas diárias. Este valor é próximo do obtido por Jerónimo (2013), que refere que 78,30% da sua amostra utiliza o computador, em média 2 horas e meia por dia.

No que diz respeito à ausência ao serviço, por incapacidade temporária laboral, por acidente de trabalho, apenas 16,50% dos profissionais de saúde responderam afirmativamente, sendo os(as) Assistentes Operacionais, seguidos dos(as) Enfermeiros(as), os profissionais que mais necessitaram de recorrer ao certificado de incapacidade temporária laboral. Estes dados encontram-se de acordo com os do Ministério da Saúde (2019), onde se observa que durante o ano de 2018 os(as) Enfermeiros(as) foram os profissionais de saúde que registaram um maior número de ausências ao serviço, seguido dos(as) Assistentes Operacionais.

Quando questionada a amostra sobre a necessidade de recorrer a medicação analgésica, apenas 16,50% refere essa necessidade, resultado oposto ao obtido no estudo de Magalhães et al. (2021), onde referiram que 68% da amostra necessitou de recorrer a terapêutica analgésica. No entanto não pode ser descurado o facto da amostra do estudo

de Magalhães et al. (2021) ser composta apenas por os(as) Enfermeiros(as) e Assistentes Operacionais. Num outro estudo, de Chiwaridzo et al. (2018), numa amostra constituída apenas por Enfermeiros(as), observa-se um valor igualmente superior, com 3 em cada 4 participantes a referirem necessidade de recorrer a analgesia devido a sintomatologia musculoesquelética.

Relativamente à prática de cuidados a familiares com grau de dependência (adultos ou idosos, com necessidade de ajuda na satisfação de pelo menos uma atividade de vida diária), 11,90% da amostra em estudo respondeu afirmativamente, percentagem superior à encontrada no estudo de Jerónimo (2013), onde apesar de 45,40% dos participantes possuírem familiares dependentes a seu cargo, apenas 0,80% diz respeito à prática de cuidados aos pais, sendo a grande maioria relativa à prestação de cuidados aos filhos menores.

No que concerne à perceção do estado geral da saúde dos profissionais de saúde da amostra, revelam-se, de uma forma global, níveis a oscilar entre o bom e o muito bom, com percentagens de 33% em ambos. O grupo profissional dos(as) Médicos(as) foi o que revelou uma maior percentagem do nível excelente e o grupo profissional dos(as) Assistentes Operacionais o que evidenciou maiores percentagens do nível razoável e mau. Estes resultados encontram-se em linha com os obtidos no Inquérito às Condições de Vida e Rendimentos, realizado em 2021, onde 50,20% da população com idade igual ou superior a 16 anos avalia o seu estado de saúde como bom ou muito bom (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Estes dados são igualmente corroborados pelo estudo de Martiniano (2017), que demonstrou, globalmente, um estilo de vida muito bom dos profissionais de saúde.

c) Identificação das regiões corporais mais afetadas por dor, desconforto ou dormência descritas pelos profissionais de saúde do SUMC do HSA

Através dos resultados obtidos, constata-se que 84,40% dos profissionais de saúde que constituem a amostra referem pelo menos uma região corporal afetada por dor, desconforto ou dormência. Estes resultados estão em linha com os obtidos noutros estudos compostos por Enfermeiros(as), com percentagens a oscilar entre os 65% e 98% (Attar, 2014; Jerónimo & Cruz, 2014; Moura et al., 2019; Passali et al., 2018; Serranheira et al., 2012a; Sousa et al., 2020). Surgem do mesmo modo percentagens elevadas, em

amostras que incluem diferentes grupos profissionais, com valores acima dos 51%, podendo atingir os 91% num dos estudos (Dong et al., 2019; Yasobant & Rajkumar, 2014).

De uma forma geral, os profissionais de saúde que referem maior percentagem de sintomatologia musculoesquelética pertencem ao grupo profissional dos(as) Enfermeiros(as), com 41,18% do total dos participantes que respondeu ter pelo menos uma região corporal afetada por dor, desconforto ou dormência. Este valor vai de encontro ao evidenciado por Magalhães et al. (2021); Mbada et al. (2012); Yasobant e Rajkumar (2014), que referem que os Enfermeiros(as) são, de todos os profissionais de saúde em estudo, os que enunciam maior percentagem de sintomatologia musculoesquelética.

Globalmente, os profissionais de saúde envolvidos neste estudo referiram que as regiões corporais mais afetadas por dor, desconforto ou dormência foram a região lombar (66,10%), seguida da região do pescoço (56,00%) e ombros (50,50%).

Em relação às diferentes categorias profissionais observou-se que nos(as) Assistentes Operacionais as regiões corporais mais problemáticas são a região lombar (81,20%), pescoço (65,60%), ombros (62,50%) e tornozelos/pés (43,80%). Já nos(as) Enfermeiros(as) e Médicos(as) a região lombar, seguida da região do pescoço, foram as que evidenciaram maiores percentagens de sintomatologia musculoesquelética, respetivamente 62,30% e 52,80% nos(as) Enfermeiros(as) e 46,70% em ambas as regiões nos(as) Médicos(as). Nas Assistentes Técnicas observou-se uma percentagem superior de sintomatologia musculoesquelética direcionada à região lombar e ombros, ambas com percentagens de 57,10%.

Relativamente ao grupo profissional dos(as) Enfermeiros(as), estes resultados encontram-se em linha com os obtidos por Jerónimo e Cruz (2014) e Moura et al. (2019), onde referem maiores percentagens de dor ou desconforto na região lombar (67,5% e 76,9%) seguida da região cervical (52,80% e 75,4%). Internacionalmente, a região corporal mais problemática nos(as) Enfermeiros (as) foi igualmente a região lombar (Attar, 2014; Chiwaridzo et al., 2018).

Estes resultados surgem em sentido contrário aos enunciados por Lin et al. (2020), que referem maior percentagem de sintomatologia musculoesquelética na região dos ombros, seguida da região do pescoço, e por Passali et al. (2018), que referem as regiões mais afetadas como sendo as ancas, seguida da região cervical e dorso-lombar. Esta

divergência de resultados poderá estar relacionada com o facto de serem analisados vários serviços de prestação de cuidados, comparativamente ao presente estudo onde apenas são analisados os profissionais de saúde do SUMC.

No que diz respeito à sintomatologia a nível da região torácica observam-se resultados opostos, onde se obteve uma percentagem de apenas de 15,60% no presente estudo, contrastando com uma percentagem de 59,2% no estudo de Moura et al. (2019), que tal como enunciado anteriormente realizou a sua investigação com vários serviços de prestação de cuidados.

Noutros trabalhos de investigação, que envolveram vários grupos profissionais da área da saúde, salientam-se resultados semelhantes aos identificados pelo presente estudo, no que refere às regiões com percentagens superiores de sintomatologia musculoesquelética, nomeadamente na região lombar, nos ombros, nos(as) punhos/ mãos e no pescoço (Cardoso, 2017). Dong et al. (2019) e Mbada et al. (2012) referem também a região lombar, dos ombros e do pescoço como as mais problemáticas.

Na identificação da região corporal afetada por dor, desconforto ou dormência, e que se encontra relacionada com o impedimento da realização das suas atividades habituais, salienta-se a região lombar com uma percentagem de 32,10% de respostas afirmativas, seguida da região do pescoço e ombros.

Relativamente ao grupo profissional Assistentes Operacionais e Enfermeiros(as), apresentam uma percentagem de inatividade por sintomatologia musculoesquelética na região lombar de 43,80% e 32,10%, respetivamente, seguida da região do pescoço em ambos os grupos, com 34,40% e 22,60%, respetivamente. Nas Assistentes Técnicas a região dos ombros foi a mais referida como problemática e que limitou a sua atividade habitual, com uma percentagem de 42,90%. Já no grupo profissional dos(as) Médicos(as) obtiveram-se percentagens muito semelhantes em todas as regiões corporais, sem que nenhuma delas tenha sobressaído.

Jerónimo e Cruz (2014) e Pereira (2021), no que diz respeito aos(às) Enfermeiros(as), obtiveram resultados semelhantes aos identificados neste trabalho, relativamente à região lombar como sendo a região que apresenta a maior percentagem de inatividade relacionada com sintomatologia musculoesquelética, no entanto em ambos os estudos a região dos punhos/mãos é a segunda causa identificada.

No que concerne à sintomatologia musculoesquelética referida nos últimos 7 dias, à semelhança dos resultados obtidos para os últimos 12 meses, os participantes deste estudo referem maiores percentagens de sintomatologia na região lombar (30,30%) e pescoço (23,90%), sendo a região torácica a que obteve menos respostas afirmativas.

As respostas dos(as) Assistentes Operacionais da amostra em estudo revelam maior sintomatologia musculoesquelética nos últimos 7 dias na região lombar (46,90%), joelhos (34,40%), pescoço e ombros (ambas com 31,30%). Também nos(as) Enfermeiros(as) foram referidas percentagens superiores na região lombar (28,30%), ombros (15,20%) e pescoço (13,20%). Já no grupo profissional dos(as) Médicos(as), a região mais problemática, nos 7 dias antes da aplicação do questionário, foram os ombros, seguida da região dos punhos/ mãos, com percentagens de 26,70% e 20,00% respetivamente. As Assistentes Técnicas referem a região dos ombros, como aquela onde sentiram maior dor, desconforto ou dormência, nos últimos 7 dias, com uma percentagem de 57,10%. Estes resultados vão de encontro aos identificados noutros estudos, com recurso a uma amostra composta por Enfermeiros(as) (Jerónimo & Cruz, 2014; Pereira, 2021; Serranheira et al., 2012a; Serranheira et al., 2015).

No que diz respeito à caracterização das queixas algícas, por região corporal, através da escala numérica da dor, com pontuação de 0 a 10, os profissionais de saúde deste estudo, na sua globalidade, referem mais dor na região lombar, com uma mediana de 3, e na região do pescoço, com uma mediana de 2. Os(as) Assistentes Operacionais e os(as) Enfermeiros(as) apresentam uma mediana mais elevada para a dor na região lombar, 5 e 3 respetivamente, enquanto as Assistentes Técnicas apresentam medianas mais elevadas para as regiões lombares e ombros, ambas com mediana de 2. Os(as) Médicos(as) apresentam mediana 0 em todas as regiões corporais.

No que concerne aos(as) Enfermeiros(as), num outro estudo, são evidenciados resultados contraditórios, onde é afirmado que a maior intensidade de dor surge nas regiões das pernas e joelhos, e não na região lombar (Jerónimo & Cruz, 2014). No entanto os dados obtidos por Cardoso (2017), corroboram os resultados desta investigação, indicando a

região lombar como a que revela maior intensidade de dor, sendo neste caso seguido da região dos ombros e punhos/mãos e só depois a região do pescoço.

d) Relação entre as variáveis em estudo e a incidência de sintomatologia musculoesquelética, nos últimos 12 meses, nos profissionais de saúde do SUMC do HSA, por região corporal

A discussão relativamente à relação entre as variáveis em estudo e a presença de sintomatologia musculoesquelética, nos 12 meses prévios à recolha de dados, surge de seguida, organizada pelas diferentes regiões corporais em análise.

A **região do pescoço** revela diferenças estatisticamente significativas entre o tempo atual de profissão dos Enfermeiro(as) e presença de sintomatologia musculoesquelética, corroborando Lin et al. (2020), mas contrário ao obtido por Moura et al. (2019).

Neste estudo não se evidenciaram diferenças e/ou associações estatisticamente significativas relativamente às variáveis pessoais em estudo, dado que diverge dos resultados obtidos por Passali et al. (2018), que referem diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética na região do pescoço e o sexo, enquanto Lin et al. (2020) e Pereira (2021) referem existir, relacionado com a idade.

Em diversos estudos, relativamente às variáveis de caracterização profissional, existiram diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente com a carga horária diária e semanal (Lin et al., 2020), tempo de serviço e número de horas semanais laborais (Pereira, 2021), dados contrários aos obtidos neste trabalho de investigação.

Observaram-se também associações com resultado estatisticamente significativo entre a transferência de utentes de maca para cadeira de rodas (ou vice-versa) realizadas pelos(as) Enfermeiros(as), assim como a utilização de medicação para queixas álgicas pelos(as) Assistentes Operacionais e a presença desta sintomatologia. Resultado oposto surge no estudo de Cardoso (2017), relativamente à toma de medicação, no entanto refere existirem diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética na região do pescoço e a presença de doenças que provocam algias.

No estudo de Serranheira et al. (2015) não foram identificadas variáveis com diferenças estatisticamente significativas com a sintomatologia na região do pescoço. No entanto,

no estudo de Pereira (2021), foram identificados resultados com associação estatisticamente significativa entre sintomatologia musculoesquelética na região do pescoço e a prestação de cuidados de higiene e conforto, e a realização de posicionamentos no leito, situação que não ocorreu no presente estudo.

Relativamente à presença de sintomatologia musculoesquelética na **região dos ombros**, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com as variáveis estudadas, resultados corroborados por Moura et al. (2019) e Serranheira et al. (2015). No entanto existem estudos com resultados contrários onde referem existir diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética na região dos ombros e o tempo atual de profissão (Passali et al., 2018), a idade, carga horária diária e prática de exercício físico (Lin et al., 2020). Cardoso (2017) refere também existirem diferenças estatisticamente significativas entre esta sintomatologia musculoesquelética e a toma de medicação regularmente.

Neste trabalho de investigação evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética na **região dos cotovelos** e o tempo de exercício no SUMC dos(as) Assistentes Operacionais, assim como associações estatisticamente significativas com a utilização de medicação para queixas algícas pelos(as) Assistentes Operacionais e pelos(as) Enfermeiros(as). Resultado contrário ao obtido por Cardoso (2017), relativamente à toma de analgesia, no entanto este autor refere existirem diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética na região dos cotovelos e a presença de doenças que provocam algias.

Estes dados são igualmente corroborados por Serranheira et al. (2015), que referem que as atividades desenvolvidas pelos(as) Enfermeiros(as) não evidenciam diferenças estatisticamente significativas na presença de sintomatologia musculoesquelética na região cotovelos.

Outros estudos, com amostras de Enfermeiros(as), revelam existir diferenças estatisticamente significativas com outras variáveis, mas que não foram evidenciadas neste estudo, tais como carga horária semanal, tempo atual de profissão (Lin et al., 2020; Moura et al., 2019), idade (Lin et al., 2020; Moura et al., 2019), tempo de exercício no serviço atual, IMC, prática de exercício físico (Lin et al., 2020), e atividades desempenhadas, nomeadamente transferência de utentes e atividades de higiene e deambulação (Moura et al., 2019).

No que diz respeito à sintomatologia musculoesquelética na **região dos punhos/mãos**, observaram-se associações com resultados estatisticamente significativas com a presença de doenças crónicas, a utilização de medicação para queixas álgicas e prestação de cuidados a familiares com grau de dependência pelos(as) Enfermeiros(as), não tendo sido reveladas diferenças estatisticamente significativas com as atividades desenvolvidas.

Estes dados surgem em sentido contrário ao obtido por Serranheira et al. (2015), onde foi referido existir relação entre a sintomatologia musculoesquelética nesta região e a realização de procedimentos invasivos, administração de terapêutica e posicionamento de utentes no leito. Pereira (2021) acrescenta ainda que existe esta relação com diferença estatisticamente significativa entre a prestação de cuidados de higiene e conforto no leito e a sintomatologia musculoesquelética na região dos punhos/mãos.

Relativamente às variáveis pessoais, existem estudos que referem diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética na região dos punhos/ mãos e o sexo dos(as) Enfermeiros(as) (Passali et al., 2018), assim como o IMC (Lin et al., 2020), e a idade do participante (Cardoso, 2017; Lin et al., 2020).

Moura et al. (2019) refere ainda resultados estatisticamente significativos entre a sintomatologia musculoesquelética na região dos punhos/ mãos e variáveis relacionadas com a caracterização profissional como a carga horária semanal, tempo atual de profissão e tempo de exercício no serviço atual dos(as) Enfermeiro(as), situação não verificada no presente estudo.

Relacionado com a presença de sintomatologia musculoesquelética na **região torácica**, neste estudo apenas se obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre esta e a variável IMC dos(as) Assistentes Operacionais, dado semelhante ao obtido por Moura et al. (2019), numa amostra com Enfermeiros(as).

Além do IMC, Lin et al. (2020) e Moura et al. (2019), referem existir diferenças estatisticamente significativa entre a presença de sintomatologia musculoesquelética na região torácica e a idade do profissional de saúde, assim como o tempo atual de profissão. Também o sexo, carga horária semanal (Moura et al., 2019), o tempo de exercício no serviço atual (Lin et al., 2020), e determinadas atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros(as), nomeadamente cuidados de higiene e conforto no leito, posicionamentos de utentes no leito e administração de terapêutica (Serranheira et al.,

2015), apresentaram diferenças estatisticamente significativas, quando correlacionadas com a variável sintomatologia musculoesquelética na região torácica.

No que concerne à **região lombar**, obtiveram-se associações estatisticamente significativas entre a realização de cuidados de higiene e conforto no leito e transferência de utentes de maca para maca, desenvolvidas pelos(as) Enfermeiros(as), e a presença de sintomatologia musculoesquelética na região lombar. Estes resultados surgem em sentido contrário aos obtidos por Moura et al. (2019), onde não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das intervenções supracitadas.

No entanto, encontram-se em linha com os dados obtidos por Serranheira et al. (2015), que referem existir diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética na região lombar e o posicionamento de utentes no leito.

Relativamente a variáveis pessoais, alguns autores referem existir diferenças significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética na região lombar e o sexo (Dong et al., 2019; Passali et al., 2018), idade (Dong et al., 2019; Lin et al., 2020) e IMC (Lin et al., 2020).

A nível das variáveis de caracterização profissional, existem autores que referem a presença de diferenças estatisticamente significativas entre a sintomatologia musculoesquelética desta região e o tempo atual de profissão, tempo de exercício no serviço atual (Lin et al., 2020) e carga horária semanal dos profissionais envolvidos nos respetivos estudos (Dong et al., 2019; Lin et al., 2020).

Analisando a sintomatologia musculoesquelética sentida na **região das ancas/ coxas** identificam-se associações estatisticamente significativas com a realização de exercício físico pelos(as) Assistentes Operacionais e com o sexo dos(as) Enfermeiros(as).

Dado corroborado por Moura et al. (2019), relativamente ao sexo dos(as) Enfermeiros(as), no entanto este mesmo autor, assim como outros autores referem existir diferenças estatisticamente significativas com o tempo atual de profissão (Passali et al., 2018), idade, carga horária diária (Lin et al., 2020) e IMC dos profissionais e a sintomatologia musculoesquelética na região das ancas/ coxas (Cardoso, 2017).

Uma vez que não se evidenciou uma associação com resultado estatisticamente significativo entre a presença desta sintomatologia, com as atividades desenvolvidas, estes dados encontram-se de acordo com os resultados de Serranheira et al. (2015). No

entanto, contraditórios aos obtidos por Pereira (2021), que refere existir relação estatisticamente significativa com o posicionamento e transferência de utentes.

Cardoso (2017) refere também existirem diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética na região das ancas/ coxas com a presença de doenças que podem provocar algias e a toma regular de medicação.

Relativamente à sintomatologia musculoesquelética na **região dos joelhos** dos profissionais de saúde da amostra, observaram-se associações estatisticamente significativas entre esta e as atividades: transferência de utentes de cadeira de rodas- cadeirão (ou vice-versa) e realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica pelo(as) Enfermeiros(as). Dados opostos aos obtidos por Serranheira et al. (2015) que referem que as atividades desenvolvidas pelos(as) Enfermeiros(as) não demonstram diferenças estatisticamente significativas na presença de sintomatologia musculoesquelética nesta região corporal.

Neste estudo não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética na região dos joelhos e as variáveis pessoais, no entanto no estudo de Moura et al. (2019) foram evidenciadas diferenças relativamente ao sexo dos Enfermeiros(as), assim como à idade no estudo de Dong et al. (2019) e Lin et al. (2020) e ao IMC no estudo de Cardoso (2017), Dong et al. (2019), Lin et al. (2020) e Pereira (2021).

Cardoso (2017) refere também existirem diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética na região dos joelhos, a prática de exercício físico e a presença de doenças que podem provocar algias.

Relativamente às variáveis de caracterização profissional foram referidas diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética na região dos joelhos e o tempo de exercício profissional e no serviço atual (Lin et al., 2020) e carga horária semanal (Dong et al., 2019), dados que não foram enunciados na presente investigação.

No que diz respeito à presença de sintomatologia musculoesquelética na **região dos tornozelos/ pés**, não foram encontradas diferenças, nem associações, estatisticamente significativas com as variáveis estudadas. Este dado é contrariado pelo estudo realizado por Serranheira et al. (2015), que referem existir diferença estatisticamente significativa entre a presença desta sintomatologia e as atividades realizadas pelos(as)

Enfermeiros(as), como procedimentos invasivos e tratamento de feridas. Moura et al. (2019) acrescentam ainda existir essa associação com o tempo atual de profissão dos participantes.

Relativamente às variáveis pessoais e a percepção do estado geral de saúde, alguns autores referem também a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia musculoesquelética nesta região e o sexo (Passali et al., 2018), o IMC (Cardoso, 2017; Lin et al., 2020), a prática de exercício físico e a presença de doenças que podem provocar algias (Cardoso, 2017).

e) Necessidade de intervenção do EEER nos profissionais de saúde do SUMC do HSA com sintomatologia musculoesquelética

Através dos resultados evidenciados neste trabalho de investigação, observa-se a necessidade de intervenção a todos os níveis de prevenção, por a forma a reduzir as percentagens de sintomatologia musculoesquelética, ou alívio da mesma, evitando a sua progressão, nos profissionais de saúde do SMUC do HSA, que, na amostra em estudo, revelou 84,40% dos participantes, a referirem pelo menos uma região corporal afetada por dor, desconforto ou dormência, nos 12 meses prévios à recolha de dados, sendo a região mais afetada a região lombar (66,10%).

Relacionado com a necessidade de intervenção do EEER nos profissionais de saúde portadores de sintomatologia musculoesquelética, este profissional de saúde encontra-se habilitado, tendo em conta as competências específicas inerentes, a planear e implementar intervenções aos diversos níveis de prevenção.

Os programas de intervenção devem ser de origem multifatorial, englobando a análise das condições dos ambientes de prestação de cuidados de saúde e implementação de programas relacionados com a promoção da saúde, prática de exercício físico e formação (Neves & Serranheira, 2014).

As intervenções passíveis de serem planeadas e implementadas pelo EEER, contribuem não só para a prevenção de sintomatologia ou lesões musculoesqueléticas, mas também contribuem para a reabilitação e reintegração dos profissionais portadores de sintomatologia musculoesquelética (Olson, 2011).

Tendo em conta a literatura consultada, o EEER assume um papel fundamental no planeamento e implementação de programas de ginástica laboral, sendo este um profissional com formação dirigida à problemática da sintomatologia musculoesquelética e LMERT (Couto, et al., 2022).

Couto et al. (2022) definiram e avaliaram a validade de um programa de ginástica laboral para profissionais de saúde, onde referem que a frequência, duração e tipo de exercícios devem ser adequados à atividade laboral desenvolvida, e devem englobar exercícios de alongamentos, relaxamento, de mobilidade articular e correção postural, com duração de 10 a 15 minutos por sessão.

Coury, Moreira e Dias (2009), na sua revisão sistemática, concluíram que a prática de exercício físico nos locais de trabalho contribui para redução da dor musculoesquelética nas regiões cervical, lombar e ombros. No que diz respeito à dor lombar encontraram uma evidência moderada no que diz respeito aos profissionais que realizam atividades que envolvem o posicionamento ou transferência de utentes, em programas com duração igual ou superior a 10 semanas, e que envolvem exercícios com algum tipo de resistência. Relativamente à duração e frequência das sessões referem resultados positivos em sessões de 20 a 45 minutos, com uma frequência até 3 vezes por semana.

Nos profissionais de saúde que desenvolvem a sua atividade laboral, maioritariamente sentados, como é o caso das Assistentes Técnicas, estudos revelam resultados positivos na diminuição da frequência e intensidade da dor de costas, através da implementação de programas de ginástica laboral (Candotti, Stroschein & Noll, 2011).

Na prevenção e alívio de sintomatologia musculoesquelética nesta região corporal, os autores referem sessões de ginástica laboral, 3 vezes por semana, durante 15 minutos, englobando exercícios de alongamento, flexibilidade, resistência, relaxamento e mobilização articular, incidindo maioritariamente nos membros superiores e região cervical (Candotti, et al., 2011).

Noutro estudo realizado num serviço de Medicina de um hospital português, foram desenvolvidas sessões de ginástica laboral por EEER, onde se observou diminuição do absentismo consequente à diminuição da sintomatologia musculoesquelética, assim como maior motivação, satisfação e bem-estar no local de trabalho (Magalhães et al., 2021).

Outro estudo, onde se obtiveram maiores percentagens de sintomatologia musculoesquelética na região lombar dos participantes, foram propostos exercícios a

realizar em contexto de programas de ginástica laboral dirigidas a esta região corporal que englobam exercícios de alongamento e fortalecimento da musculatura dorso-lombar (Machado, 2008).

No entanto, uma revisão da literatura demonstrou que a realização de exercícios de alongamentos nos locais de trabalho, contribui para uma melhoria da flexibilidade e amplitude de movimento, mas por si só não previnem LMERT (Gasibat, Simbak & Aziz, 2017).

Relacionado com a sintomatologia musculoesquelética na região lombar, a prática de atividade física no local de trabalho não evidenciou diferenças estatisticamente significativas, contrariamente à região cervical e ombros, o que sugere a necessidade de realizar mais estudos relacionados com a eficácia da atividade física no local de trabalho na redução da sintomatologia musculoesquelética nesta região corporal (Moreira-Silva et al., 2016).

Autores referem que a formação aos profissionais de saúde é um dos componentes essenciais associados à redução do risco de sintomatologia ou lesão musculoesqueléticas, através da sensibilização para os fatores de risco e temáticas relacionadas com ergonomia, posicionamentos e transferência de utentes (Direção Geral da Saúde, 2008; Hipolito et al., 2011; Machado & Araújo, 2015).

No entanto, a formação exclusiva sobre técnicas de posicionamentos e transferências de utentes, por si só não demonstra evidência na prevenção de lesões musculoesqueléticas na região lombar, contrariamente aos programas multifatoriais, onde se inclui, além da formação dos profissionais, a análise e adequação dos contextos laborais e programas de promoção de saúde (Neves & Serranheira, 2014).

Assim, tendo em consideração o que foi exposto anteriormente, e face aos conhecimentos e competências do EEER, no âmbito da prevenção de sintomatologia musculoesquelética, assim como na redução ou alívio da mesma, evitando a sua progressão e favorecendo a sua recuperação, este profissional de saúde deve contribuir para o diagnóstico precoce e desenvolvimento de programas de prevenção e recuperação, sensibilizar os restantes profissionais de saúde relativamente aos fatores de risco associados, planeamento e adaptação dos locais de trabalho, formação e planeamento de sessões de ginástica laboral (Jerónimo, 2013; Machado & Araújo, 2015; Moura et al., 2019).

Tratam-se de intervenções essenciais, uma vez que a formação sobre prevenção de sintomatologia musculoesquelética e LMERT, assim como as sessões de ginástica laboral, contribuem significativamente para a diminuição da ocorrência destas mesmas lesões (Direção Geral da Saúde, 2008; European Agency for Safety and Health at Work, 2020; Hipolito et al., 2011; Santos & Almeida, 2016; Serranheira et al., 2012b).

Estes dados são corroborados pelos estudos de Duarte et al. (2017), Fernandes e Santos (2019) e Magalhães et al. (2021), que referem melhoria do estado de saúde, melhoria da qualidade de vida, redução da prevalência de sintomatologia musculoesquelética, aumento da motivação laboral e fomentação do espírito de equipa, após a implementação de um programa de ginástica laboral.

Limitações do estudo:

Em todos os trabalhos de investigação importa salientar a existência de limitações que devem ser tidas em conta na interpretação dos resultados, assim como em investigações futuras no âmbito desta temática. Assim, neste estudo, salientam-se as seguintes limitações:

- Tipo de amostragem e tamanho da amostra, tendo sido esta, selecionada através de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência;
- Recolha de dados efetuada apenas num serviço de prestação de cuidados;
- Especificidades de um SUMC, relativamente à imprevisibilidade e afluência de utentes, que se traduz, na grande maioria das vezes, em rácios de profissionais de saúde/ utentes menos adequados às reais necessidades, traduzindo-se numa maior sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde que lá desempenham funções;
- Trabalho de investigação desenvolvido durante a Pandemia Covid-19, que implicou a reestruturação do serviço, relativamente a alocação de recursos materiais e humanos, implicando que os profissionais com menos de 12 meses de serviço não pudessem participar no preenchimento do questionário, diminuindo a possibilidade da amostra ser superior.

CONCLUSÃO

A sintomatologia musculoesquelética e a presença de LMERT nos profissionais de saúde são duas das problemáticas mais comuns no setor da saúde, com consequências ao nível da produtividade e absentismo na atividade profissional.

Nos ambientes de prestação de cuidados, os profissionais de saúde encontram-se expostos a uma série de fatores de risco, inerentes à sua atividade profissional, e que muitas vezes estão associados à presença de sintomatologia musculoesquelética e consequentes LMERT.

Numa fase inicial, as lesões musculoesqueléticas manifestam-se por dor ou desconforto na região corporal afetada, sem lesão visível, sendo por isso muitas vezes desvalorizadas, contribuindo para o seu diagnóstico tardio.

Tendo em conta os constrangimentos e implicações da presença de sintomatologia musculoesquelética e lesões associadas, importa incidir nos diferentes níveis de prevenção, diagnosticar precocemente a presença desta sintomatologia nos profissionais de saúde, planear e implementar programas de tratamento e reabilitação.

Os objetivos gerais deste trabalho foram identificar a incidência de sintomatologia musculoesquelética e identificar as necessidades de intervenção do EEER nos profissionais de saúde do SUMC do HSA com sintomatologia musculoesquelética.

Este estudo foi constituído por uma amostra de 109 profissionais de saúde, que desempenham funções no SUMC do HSA, com 48,62% dos participantes pertencentes ao grupo profissional do(as) Enfermeiros(as).

Globalmente, as atividades mais desenvolvidas diariamente pelos profissionais de saúde do SUMC do HSA são o posicionamento de utentes no leito, prestação de cuidados de higiene e conforto no leito e transferência de utentes de maca para maca, com percentagens de 73,40%, 69,70% e 63,30% respetivamente.

Relativamente à perceção do estado geral de saúde, na sua globalidade, os participantes referiram um nível bom e muito bom, ambas com percentagens de 33,00%.

Salienta-se que 84,40% dos profissionais de saúde do SUMC do HSA, que constituem a amostra, referem sintomatologia musculoesquelética, dor, desconforto ou dormência, nos últimos 12 meses, em pelo menos uma região corporal, sendo a mais predominante a região lombar (66,10%), seguida da região do pescoço (56,00%) e ombros (50,50%).

Por grupo profissional, os(as) Assistentes Operacionais referem maior percentagem de sintomatologia musculoesquelética na região lombar (81,20%), do pescoço (65,60%) e ombros (62,50%). Resultados semelhantes aos obtidos nos(as) Enfermeiros(as) com percentagens de 62,30% na região lombar e 52,80% na região do pescoço. As Assistentes Técnicas evidenciam uma percentagem superior de sintomatologia musculoesquelética na região lombar e dos ombros (ambas com 57,10%). Na amostra em estudo, os profissionais mais acometidos por sintomatologia musculoesquelética foram os(as) Enfermeiros(as) (41,18%).

Por região corporal, foram encontradas diferenças e/ ou associações estatisticamente significativas entre algumas das variáveis em estudo e a presença de sintomatologia musculoesquelética, nos últimos 12 meses, em todas as regiões corporais, exceto na região dos ombros e dos tornozelos/pés.

No que diz respeito à necessidade de intervenção do EEER nos profissionais de saúde do SUMC do HSA, com sintomatologia musculoesquelética, através da pesquisa bibliográfica efetuada, salientam-se os conhecimentos e competências deste profissional de saúde no âmbito das LMERT, devendo assim intervir nos diferentes níveis de prevenção, nomeadamente no rastreio e diagnóstico precoce da sintomatologia musculoesquelética, participando ativamente no planeamento e implementação de programas de formação e ginástica laboral que, contribuem para uma redução e prevenção desta sintomatologia e lesões, do mesmo modo que se traduz num aumento da motivação dos profissionais de saúde.

Sugestões para Investigações futuras:

Após a análise e discussão dos resultados deste trabalho de investigação, constata-se que na sua maioria estão de acordo com o que a literatura científica, nacional e internacional consultada. Urge ainda a necessidade de continuar a desenvolver estudos relacionados com esta temática, uma vez que o número de estudos que engloba os diversos

profissionais de saúde são escassos, assim como os estudos que incidem sobre os serviços de urgências hospitalares.

No âmbito da temática da sintomatologia musculoesquelética e LMERT, sugere-se o desenvolvimento de estudos que contribuam para a prevenção primária, através do diagnóstico precoce, assim como a realização de estudos experimentais, de modo que se consiga avaliar a implementação de ações e programas de prevenção destes sintomas, tal como tratamento e reabilitação dos mesmos.

Sugere-se ainda a realização deste tipo de estudos, com amostras compostas por um maior número de participantes, abrangendo diversos grupos profissionais no âmbito da saúde e englobando vários SUMC ou tipologias de serviços de urgência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M., Borges, E., & Queirós, C. (2020). Programas de prevenção das lesões músculo-esqueléticas para a promoção de um trabalho decente para todos. In Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, *ICOHN 20 International Congress of Occupational Health Nursing Proceedings* (pp. 13–20). <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/31093/1/eBook%20ICOHN%202020%20Final.pdf>
- Administração Regional de Saúde do Centro. (2019). *Relatório de Atividades: 2018* (Administração Regional de Saúde do Centro, Ed.).
- Attar, S. (2014). Frequency and risk factors of musculoskeletal pain in nurses at a tertiary centre in Jeddah, Saudi Arabia: A cross sectional study. *BMC Research Notes*, 7(61), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-61>
- Barreto, R. (2011). *Avaliação do risco de Lesões Músculo-Esqueléticas Ligadas ao Trabalho nos Serventes da Construção Civil: contributos da Análise Macro-Postural* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Lisboa.
- Branco, A., Aguiar, L., Figueiredo, F., Olivatto, M., Cameiro, M., Tschoeke, R., & Costa, L. (2015). *Ginástica Laboral: Prerrogativa do Profissional de Educação Física*. Conselhos Federal e Regionais de Educação Física.
- Candotti, C., Stroschein, R., & Noll, M. (2011). Efeitos da Ginástica Laboral na Dor nas Costas e nos Hábitos Posturais Adotados no Ambiente de Trabalho. *Revista Brasileira de Ciências Do Esporte*, 33(3), 699–714. <https://doi.org/10.1590/S0101-32892011000300012>
- Cardoso, M. (2017). *Prevalência de lesões musculoesqueléticas em trabalhadores de instituições de apoio a idosos* [Relatório de Estágio]. Instituto Politécnico de Viseu.
- Castelôa, L., Luís, S., Romeiro, T., & Oliveira, I. (2019). Prevalência das Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o Trabalho dos Enfermeiros: Revisão Integrativa. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 2(1), 63–74.

- Centro Hospitalar de Leiria. (2021). *Centro Hospitalar de Leiria: Conheça-nos*. <http://www.chleiria.pt/o-hospital/conheca-nos-1/>
- Cheng, H., Wong, M., Yu, Y., & Ju, Y. (2016). Work-related musculoskeletal disorders and ergonomic risk factors in special education teachers and teacher's aides. *BMC Public Health*, 16(137). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2777-7>
- Chiwaridzo, M., Makotore, V., Dambi, J. M., Munambah, N., & Mhlanga, M. (2018). Work-related musculoskeletal disorders among registered general nurses: A case of a large central hospital in Harare, Zimbabwe. *BMC Research Notes*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3412-8>
- Coury, H., Moreira, R., & Dias, N. (2009). Efetividade do exercício físico em ambiente ocupacional para controle da dor cervical, lombar e do ombro: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(6), 461–479. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552009000600002>
- Couto, G., Ferreira, M., Teixeira, J., Gregório, S., Santos, L., & Sampaio, F. (2022). *Avaliação da Validade de Conteúdo de um Programa de Ginástica Laboral para Profissionais de Saúde: um estudo E-Delphi*. 13, 1–21. <https://doi.org/10.31252/RPSO.02.04.2022>
- Cruz, A. G., de Oliveira Parola, V. S., Neves, H. L., Batista Cardoso, D. F., Bernardes, R. A., & Diniz Parreira, P. M. (2021). Exercise programs for work-related musculoskeletal pain: a scoping review protocol. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6). <https://doi.org/10.12707/RV20092>
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho: Guia de Orientação para a Prevenção* (Ministério da Saúde, Ed.). www.dgs.pt
- Dong, H., Zhang, Q., Liu, G., Shao, T., & Xu, Y. (2019). Prevalence and associated factors of musculoskeletal disorders among Chinese healthcare professionals working in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(175). <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2557-5>
- Duarte, M., Gonçalves, N., Ferreira, G., & Cunha, R. (2017). O Impacto de um Programa de Ginástica Laboral Mensurado através do Questionário Nórdico de Sintomas.

- Revista Científica de Saúde Do Centro Universitário Belo Horizonte*, 10(1), 1–12.
www.unibh.br/revistas/escientia/
- European Agency for Safety and Health at Work. (2007). *Introdução às lesões músculo-esqueléticas*. <http://www.ishst.pt>.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2019). Work-related Musculoskeletal Disorders: Prevalence, Costs and Demographics in the EU. In *European Statistics on Accidents at Work*. <https://doi.org/10.2802/66947>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2020). *Discussion Paper Musculoskeletal Disorders in the Healthcare*. 1–23.
- Fernandes, C., & Santos, P. (2019). Ergonomia: Uma Revisão da Literatura acerca da Ginástica Laboral. *Nucleus*, 16(2), 211–220.
<https://doi.org/10.3738/1982.2278.3598>
- Fonseca, R., & Serranheira, F. (2006). Sintomatologia Musculoesquelética Auto-Referida por Enfermeiros em Meio Hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 6.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Lusodidacta, Ed.; 1ª Edição).
- Freire, C. (2019). *A Relação entre as Práticas de Saúde e Segurança no Trabalho, Clima de Segurança e Comportamentos de Segurança: Um Estudo na Área da Saúde* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Tomar.
- Freixo, M. (2012). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas* (I. Piaget, Ed.; 4ª Edição).
- Gasibat, Q., Simbak, N., & Aziz, A. (2017). Stretching Exercises to Prevent Work-related Musculoskeletal Disorders – A Review Article. *American Journal of Sports Science and Medicine*, 5(2), 27–37. <https://doi.org/10.12691/ajssm-5-2-3>
- Hipolito, R., Mauro, M., Maurício, V., Mendevil, C., Silva, L., & Gomes, S. (2011). A Incidência de Distúrbios Musculoesqueléticos em Trabalhadores da Equipe de Enfermagem em Campos Dos Goytacazes. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 3(2), 2015–2023.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750888018>

- Inocência, J., & Silva, S. (2021). Absenteísmo por problemas de saúde dos profissionais de um hospital universitário. *Research, Society and Development*, 10(10), e32101018507. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18507>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas da Saúde - 2020* (Instituto Nacional de Estatística, Ed.; Edição Digital). www.ine.pt
- Jerónimo, J. (2013). *Estudo da prevalência e fatores de risco de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Jerónimo, J., & Cruz, A. (2014). Estudo da Prevalência e Fatores de Risco de Lesões Musculoesqueléticas Ligadas ao Trabalho em Enfermeiros. *Revista de Investigação Em Enfermagem*, 9(2), 35–46. <http://www.latindex.unam.mx>.
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sørensen, F., Andersson, G., & Jørgensen, K. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, 18(3), 233–237. [https://doi.org/10.1016/0003-6870\(87\)90010-x](https://doi.org/10.1016/0003-6870(87)90010-x)
- Lelis, C., Battaus, M., Freitas, F., Rocha, F., Marziale, M., & Robazzi, M. (2012). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 477–482. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002012000300025>
- Lima, M. (2014). *O impacto (custo) das LMELT decorrente de acidentes de trabalho numa organização de saúde* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Nova de Lisboa.
- Lin, S., Lin, L., Liu, C., Fang, C., & Lin, M. (2020). Exploring the factors affecting musculoskeletal disorders risk among hospital nurses. *PLoS ONE*, 15(4), e0231319. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231319>
- Machado, A., & Araújo, C. (2015). As Perturbações Musculoesqueléticas no Trabalho em Saúde: As Dimensões Organizacional e Psicossocial. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 10(2), 17–25.
- Machado, L. (2008). *Proposta de um conjunto de exercícios de Ginástica Laboral, como resposta às principais Lesões Músculo–Esqueléticas Relacionadas ao Trabalho*

[Monografia, Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/14529>

Magalhães, A., Chamusca, D., Leitão, I., Capelo, J., Silva, M., & Pereira, V. (2021). Reabilitar quem Cuida: Um Projeto de Ginástica Laboral para Profissionais de Saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 73–82. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.173>

Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com SPSS Statistics* (ReportNumber, Ed.; 6ª Edição).

Martiniano, C. (2017). *Estilos de vida dos profissionais de saúde da unidade local de saúde do nordeste* [Relatório de Estágio]. Instituto Politécnico de Bragança.

Martins, J., Biscaia, A., Conceição, C., Fronteira, I., Hipólito, F., Carrolo, M., & Ferrinho, P. (2003). Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal: Parte II - Como estamos, onde estamos e como nos sentimos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 627–635.

Mbada, C., Obembe, A., Alade, B., Adedoyin, R., Awotidebe, T., Johnson, O., & Soremi, O. (2012). Work-Related Musculoskeletal Disorders among Health Workers in a Nigerian Teaching Hospital. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(5), 583–588. <https://doi.org/10.5455/pmb.1320331223>

Mendes, T., & Areosa, J. (2016). Quando o lugar da cura também causa danos: riscos e acidentes de trabalho num hospital de Lisboa. *International Journal on Working Conditions*, 12, 135–153. http://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.12_Mendes&Arosa_135.153.pdf

Mesquita, C., Ribeiro, J., & Moreira, P. (2010). Portuguese version of the standardized Nordic musculoskeletal questionnaire: Cross cultural and reliability. *Journal of Public Health*, 18(5), 461–466.

Ministério da Saúde. (2019). *Relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde - 2018* (Ministério da Saúde). https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relat%C3%B3rio-Social-MS_SNS-2018-002.pdf

Moreira-Silva, I., Teixeira, P. M., Santos, R., Abreu, S., Moreira, C., & Mota, J. (2016). The effects of workplace physical activity programs on musculoskeletal pain: A

systematic review and meta-analysis. *Workplace Health and Safety*, 64(5), 210–222. <https://doi.org/10.1177/2165079916629688>

Moura, M., Martins, M., & Ribeiro, O. (2019). Sintomatologia musculoesquelética dos enfermeiros no contexto hospitalar: contributo do enfermeiro de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 121–132.

Neves, M., & Serranheira, F. (2014). A formação de profissionais de saúde para a prevenção de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho a nível da coluna lombar: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 89–105. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.01.001>

Nobre, A. (2017). *A Reabilitação das Lesões Músculo-Esqueléticas relacionadas com o Trabalho em Saúde* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Olson, R. (2011). Função musculoesquelética. In Lusociência (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª, pp. 411–442).

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf?msclkid=33f155f3ce5c11ec95239f574be77fe5

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento N.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 4744–4750.

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento N.º 392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Anuário Estatístico 2021* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fordemenfermeiros.pt%2Farquivo%2Fbu%2Festatistica%2Facumulado%2F2021_Anu%25C3%25A1rioEstatisticos%2520_00_Nacional.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK

- Ordem dos Médicos. (2022). *Distribuição de Médicos por distritos, concelhos, idade e sexo*. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2022/01/ESTATISTICAS_DISTRITO_2021.pdf
- Papadatou-Pastou, M., Ntolka, E., Schmitz, J., Martin, M., Munafò, M., Ocklenburg, S., & Paracchini, S. (2020). Human handedness: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 146(6), 481–524. <https://doi.org/10.1037/bul0000229>
- Passali, C., Maniopoulou, D., Apostolakis, I., & Varlamis, I. (2018). Work-related musculoskeletal disorders among Greek hospital nursing professionals: A cross-sectional observational study. *Work*, 61(3), 489–498. <https://doi.org/10.3233/WOR-182812>
- Pereira, D. (2021). *As Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho nos Enfermeiros, em Cuidados de Saúde Diferenciados* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (Edições Sílabo, Ed.; 6ª Edição).
- Pombeiro, A. (2011). *A Utilização de Esquemas de Rotatividade de Tarefas na Prevenção das Lesões Músculo-Esqueléticas* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto.
- Santos, G. (2017). *Implementação e avaliação de um Programa de Ginástica Laboral: efeitos nos níveis de burnout e nos sintomas musculoesqueléticos* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Coimbra]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21417/1/vers%C3%A3oFINAL-11-12-%20Gustavo%20Jos%C3%A9%20Arouche%20Santos%5B2662%5D.pdf>
- Santos, M., & Almeida, A. (2016). Profissionais de saúde: principais riscos e fatores de risco, eventuais doenças profissionais e medidas de proteção recomendadas. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 2, 1–30. <https://doi.org/10.31252/rpso.26.10.2016>
- Serranheira, F. (2007). *Lesões Músculo-Esqueléticas Ligadas ao Trabalho: que métodos de avaliação do risco?* [Tese de Doutoramento]. Universidade Nova de Lisboa.
- Serranheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C., & Sousa-Uva, A. (2012a). Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do

ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 193–203. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.10.001>

Serranheira, F., & Sousa-Uva, A. (2010). LER/DORT: que métodos de avaliação do risco? WRULMSDs: Selection of risk assessment methods. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 314–326.

Serranheira, F., Sousa-Uva, A., & Sacadura-Leite, E. (2012b). Capacitar os trabalhadores para a prevenção das LMELT: contributos da abordagem participativa da Ergonomia. *Revista Saúde & Trabalho*, 23–46. <https://www.researchgate.net/publication/232175346>

Serranheira, F., Sousa-Uva, M., & Sousa-Uva, A. (2015). Hospital nurses tasks and work-related musculoskeletal disorders symptoms: A detailed analysis. *Work*, 51(3), 401–409. <https://doi.org/10.3233/WOR-141939>

Sousa, F., Tinoco, K., Siqueira, H., Oliveira, E., Silva, W., & Rodrigues, L. (2020). Lesões músculo esqueléticas relacionadas ao trabalho da enfermagem. *Research, Society and Development*, 9(1). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1656>

Sousa-Uva, A., & Serranheira, F. (2014). *Saúde do trabalhador, Ergonomia e Segurança do paciente* (pp. 115–138). *Segurança do Paciente: Criando Organizações de Saúde Seguras*. <https://www.researchgate.net/publication/268743545>

Tinubu, B., Mbada, C., Oyeyemi, A., & Fabunmi, A. (2010). Work-related musculoskeletal disorders among nurses in Ibadan, South-west Nigeria: A cross-sectional survey. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-12>

Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (Edições Sílabo, Ed.; 1ª Edição).

Yasobant, S., & Rajkumar, P. (2014). Work-related musculoskeletal disorders among health care professionals: A cross-sectional assessment of risk factors in a tertiary hospital, India. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 18(2), 75–81. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.146896>

APÊNDICES

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Este questionário surge no âmbito da investigação intitulada “*Sintomatologia Musculoesquelética Relacionada com o Trabalho nos Profissionais de Saúde do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC): Necessidade de Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)*”, realizada na unidade curricular Dissertação, do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. O estudo encontra-se a ser desenvolvido pela Enfermeira Especialista Joana Castanheira e sob a orientação da Professora Doutora Maria Clara Amado Ventura.

Este trabalho de investigação tem como principais objetivos identificar a incidência de sintomatologia musculoesquelética nos profissionais de saúde do SUMC do Hospital de Santo André (HSA) e identificar as necessidades de intervenção do EEER nos profissionais de saúde do SUMC do HSA com sintomatologia musculoesquelética.

Desta forma, solicito a sua colaboração no preenchimento deste Questionário, bastando para isso responder às questões apresentadas, colocando uma cruz (X) na opção que melhor corresponde à sua opinião ou através de resposta escrita nos espaços reservados para o efeito.

O preenchimento do questionário é voluntário, salvaguardando a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

Obrigada pela sua colaboração!

Enfermeira Especialista Joana Castanheira

I. CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Peso: _____ Kg

4. Estatura: _____ metros

5. Membro dominante: Dextro(a) Esquerdino(a) Ambidextro(a)

II. CARACTERIZAÇÃO ACADÊMICA E PROFISSIONAL

6. Habilitações Acadêmicas (maior grau acadêmico concluído até ao momento):

- Ensino Primário
- Ensino Secundário
- Técnico Superior Profissional
- Licenciatura Qual? _____
- Pós-Graduação Qual? _____
- Pós-Licenciatura Qual? _____
- Mestrado Qual? _____
- Doutoramento Qual? _____

7. Grupo Profissional:

- Assistente Operacional
- Enfermeiro(a)
- Médico(a)
- Assistente Técnico(a)
- Técnico(a) Superior de Diagnóstico e Terapêutica
- Outro(a): _____

8. Tempo atual de profissão (anos completos): _____ ano(s)

9. Tempo de exercício no serviço atual (anos completos): _____ ano(s)

10. Assinale com uma cruz (X), quais as atividades que realiza diariamente:

Atividades que realiza diariamente	(X)
Cuidados de higiene e conforto no leito	
Posicionamento de utentes no leito	
Posicionamento de utentes em cadeirão	
Transferência de utentes de maca para cadeira de rodas (ou vice-versa)	
Transferência de utentes de cadeira de rodas-cadeira (ou vice-versa)	
Transferência de utentes de maca para maca	
Transporte de utentes em maca	
Transporte de utentes em cadeira de rodas	
Alimentar utentes	
Preparar macas para os utentes	
Realização de procedimentos invasivos (gasometria, punção venosa, entubação, ...)	
Atendimento telefónico que envolva mais que 4 horas por turno	
Trabalho ao computador que envolva mais que 4 horas por turno	
Atividades que envolvem estar sentado mais que 4 horas por turno	
Atividades que não envolvem contacto direto com os utentes (gestão / coordenação)	
Realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica	
Outras: _____	

11. Existem, no serviço onde desempenha funções, equipamentos ou dispositivos de apoio, tais como dispositivos de elevação de utente (elevador hidráulico), tábuas de transferência (*transfer*) ou cadeira de rodas? Sim Não

11.1. Se sim, quais? _____

12. Carga horária de trabalho semanal (em média): _____ horas

13. Exerce atividade profissional noutra local? Sim Não

13.1. Se sim, qual a carga horária de trabalho semanal (em média)? ____ horas

III. CARACTERIZAÇÃO DA PERCEÇÃO DO ESTADO GERAL DE SAÚDE

14. É portador de doenças crónicas (reumáticas, neuromusculares ou deformidades ósseas)? Sim Não

15. Pratica exercício físico regularmente? Sim Não

15.1. Se sim, qual o tipo de exercício físico que pratica? _____

15.2. Se sim, quantas horas por semana (em média)?

1-2 horas 2-4 horas > 4 horas

15.3. Se sim, algum desse(s) tipo(s) de exercício físico já lhe provocou alguma lesão?

Sim Não

16. Utiliza regularmente o computador fora do contexto de trabalho?

Sim Não

16.1. Se sim, quantas horas por dia (em média)?

1-2 horas 2-4 horas > 4 horas

17. Já esteve de licença médica, por incapacidade temporária laboral, por acidente de trabalho? Sim Não

17.1. Se sim, qual o motivo? _____

18. Tem necessidade de tomar medicação, regularmente, para as dores?

Sim Não

18.1. Se sim, quantas vezes por semana? _____

19. Possui familiares com algum grau de dependência a seu cargo, adulto ou idoso com necessidade de ajuda na satisfação de pelo menos uma atividade de vida diária?

Sim Não

20. Como caracteriza o seu estado geral de saúde:

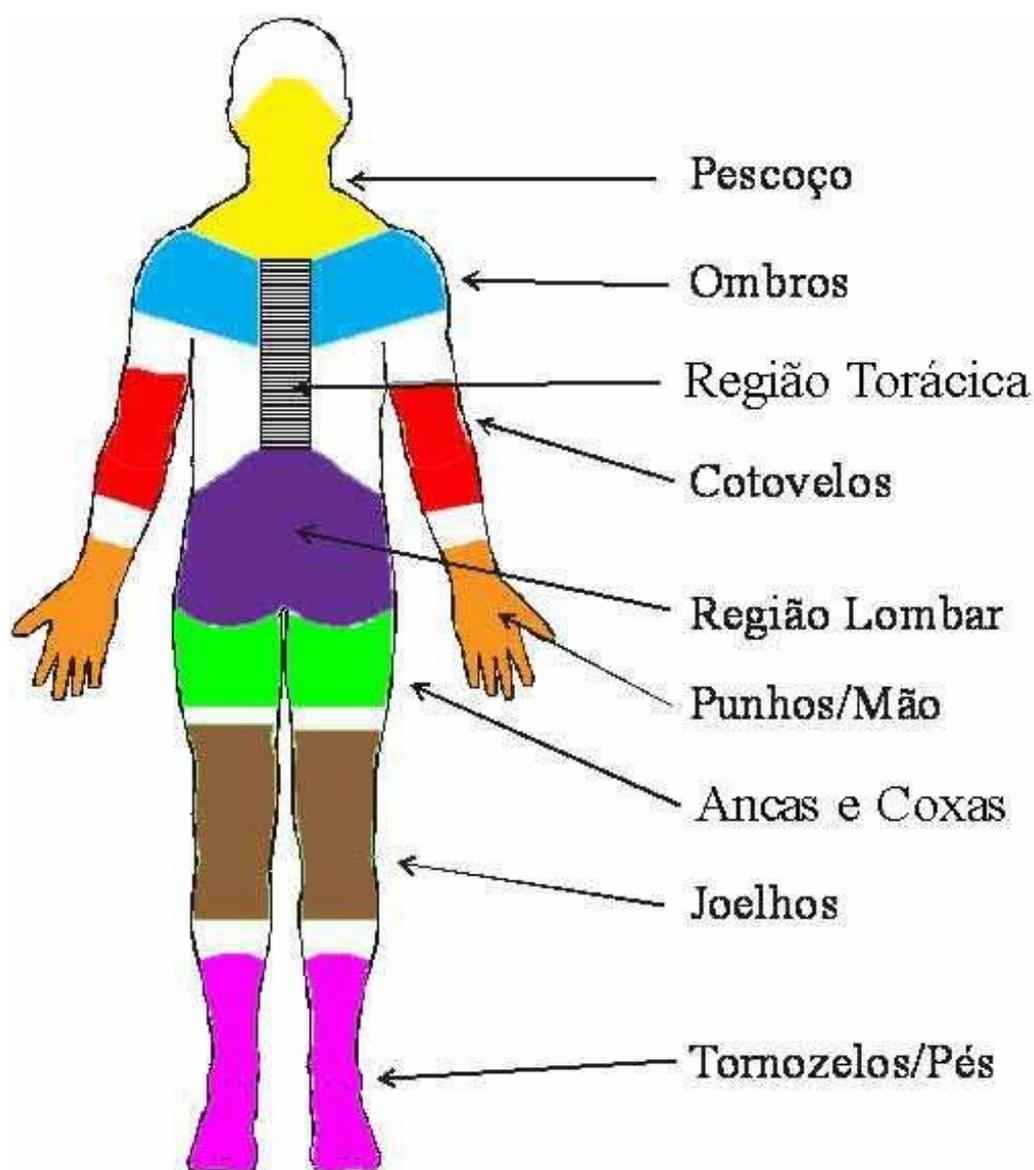
Mau Razoável Bom Muito bom Excelente

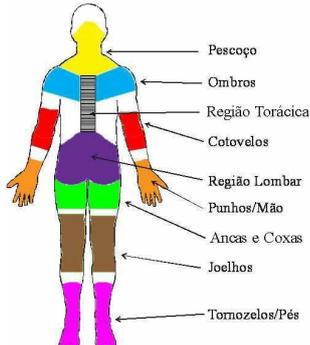
IV. QUESTIONÁRIO NÓRDICO MUSCULOESQUELÉTICO

(Versão Portuguesa: Mesquita, Ribeiro e Moreira, 2010)

Instruções para o preenchimento:

- Por favor, responda a cada questão assinalando com uma cruz (X) na caixa apropriada;
- Marque apenas uma cruz (X) por cada questão;
- Não deixe nenhuma questão em branco, mesmo se não tiver nenhum problema em qualquer parte do corpo;
- Para responder, considere as regiões do corpo conforme ilustra a figura abaixo.



Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões:	Responda, apenas, se tiver algum problema													
	Durante os últimos 12 meses teve de evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nas seguintes regiões:	Teve algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões:												
1. Pescoço? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	2. Pescoço? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	3. Pescoço? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	4. Sem Dor = 0 Dor Máxima = 10 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
5. Ombros? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim, no ombro direito <input type="checkbox"/> (3) Sim, no ombro esquerdo <input type="checkbox"/> (4) Sim, em ambos	6. Ombros? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim, no ombro direito <input type="checkbox"/> (3) Sim, no ombro esquerdo <input type="checkbox"/> (4) Sim, em ambos	7. Ombros? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim, no ombro direito <input type="checkbox"/> (3) Sim, no ombro esquerdo <input type="checkbox"/> (4) Sim, em ambos	8. Sem Dor = 0 Dor Máxima = 10 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
9. Cotovelo? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim, no cotovelo direito <input type="checkbox"/> (3) Sim, no cotovelo esquerdo <input type="checkbox"/> (4) Sim, em ambos	10. Cotovelo? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim, no cotovelo direito <input type="checkbox"/> (3) Sim, no cotovelo esquerdo <input type="checkbox"/> (4) Sim, em ambos	11. Cotovelo? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim, no cotovelo direito <input type="checkbox"/> (3) Sim, no cotovelo esquerdo <input type="checkbox"/> (4) Sim, em ambos	12. Sem Dor = 0 Dor Máxima = 10 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
13. Punho/Mãos? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim, no punho/mão direitos <input type="checkbox"/> (3) Sim, no punho/mão esquerdos <input type="checkbox"/> (4) Sim, em ambos	14. Punho/Mãos? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim, no punho/mão direitos <input type="checkbox"/> (3) Sim, no punho/mão esquerdos <input type="checkbox"/> (4) Sim, em ambos	15. Punho/Mãos? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim, no punho/mão direitos <input type="checkbox"/> (3) Sim, no punho/mão esquerdos <input type="checkbox"/> (4) Sim, em ambos	16. Sem Dor = 0 Dor Máxima = 10 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
17. Região Torácica? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	18. Região Torácica? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	19. Região Torácica? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	20. Sem Dor = 0 Dor Máxima = 10 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
21. Região Lombar? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	22. Região Lombar? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	23. Região Lombar? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	24. Sem Dor = 0 Dor Máxima = 10 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
25. Ancas/Coxas? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	26. Ancas/Coxas? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	27. Ancas/Coxas? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	28. Sem Dor = 0 Dor Máxima = 10 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
29. Joelhos? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	30. Joelhos? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	31. Joelhos? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	32. Sem Dor = 0 Dor Máxima = 10 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
33. Tornozelo/Pés? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	34. Tornozelo/Pés? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	35. Tornozelo/Pés? <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim	36. Sem Dor = 0 Dor Máxima = 10 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS da norma N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde, de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Eu, Joana Antunes Castanheira, Enfermeira Especialista e Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho por este meio solicitar a sua participação voluntária no trabalho de investigação, intitulado “*Sintomatologia Musculoesquelética Relacionada com o Trabalho nos Profissionais de Saúde do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica: Necessidade de Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*”, realizado sob orientação da Professora Doutora Maria Clara Amado Ventura.

Este trabalho de investigação tem como principais objetivos: identificar a incidência de sintomatologia musculoesquelética e identificar as necessidades de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos profissionais de saúde, do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital de Santo André, com sintomatologia musculoesquelética.

Ao concordar participar neste estudo será solicitado o preenchimento de um instrumento de recolha de dados – Questionário. A demora média de resposta é de 15 minutos. A recolha e tratamento dos dados será realizado pelos investigadores envolvidos, sendo a sua confidencialidade e anonimato garantidos e exclusivamente utilizados para a investigação e publicações científicas que dela decorram. No final do estudo todos os questionários serão destruídos.

Este trabalho de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética. Não é financiado por entidades externas aos investigadores e os participantes não receberão qualquer pagamento pela sua participação.

Se tiver dúvidas e necessitar de esclarecimentos adicionais antes, durante ou após o preenchimento do questionário poderá fazê-lo através do contato disponibilizado infra.

Ao participar neste estudo não sofrerá qualquer dano, risco ou desconforto. Pode recusar participar no estudo ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização.

Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Nome Legível do Investigador / Profissional de saúde:	Joana Antunes Castanheira	Serviço/Departamento: Urgência Geral
Data: 09/02/2021	Hora: 09H00	N.º Cédula Profissional: 82508
Contacto Institucional do investigador/profissional de saúde: joana.castanheira@chleiria.min-saude.pt Telefone: 968844383	Assinatura: _____	

Parte declarativa da pessoa que consente:

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela(s) pessoa(s) que acima assina(m) este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

AUTORIZO **NÃO AUTORIZO**, participar neste estudo e que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data: ___ / ___ / ___	Assinatura: _____
------------------------------	--------------------------

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

Autorização do estudo "Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho nos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Geral: Necessidade de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação"

De: **Sónia Guerra** <sonia.guerra@chleiria.min-saude.pt>

Para: <joana_castanheira@sapo.pt> +2 ▾

terça, 23 mar 2021 10:58

 Responder a Todos



Bom dia Enf.ª Joana Castanheira,

No seguimento do Vosso pedido, sobre o estudo em epígrafe, informamos V. Exa. que o **Conselho de Administração, na sua reunião de 2021.03.17, deliberou autorizar** o mesmo conforme solicitado.

Após conclusão do estudo, solicitamos o envio de um exemplar do trabalho final (preferencialmente em PDF, para o presente email).

Com os melhores cumprimentos,

Sónia Guerra

Técnica Superior

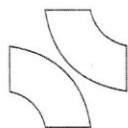
Centro Hospitalar de Leiria, EPE

Rua das Olhalvas, Pousos | 2410-197 Leiria | Portugal

Tel: 244817000 | Ext: 4002

<http://www.chleiria.pt>

ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

Comissão de Ética

Ref. CE – Nº 14/21

Exma. Senhora

Enf.ª Joana Antunes Castanheira

Serviço de Urgência Geral

Centro Hospitalar de Leiria

Leiria, 02 de março de 2021

Assunto: Trabalho Académico - Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho nos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Geral: Necessidade de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião desta Comissão realizada dia 2021.02.25 e enviado ao Gabinete de Apoio Técnico do Centro de Investigação Clínica, sobre o estudo mencionado em epígrafe:

- Foi rececionado nesta Comissão pedido de parecer submetido pela Enf.ª Joana Antunes Castanheira, a exercer funções no Serviço de Urgência Geral do CHL, para realização de um trabalho académico, no âmbito da sua tese de doutoramento, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, intitulado “Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho nos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Geral: Necessidade de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”. Este estudo terá como investigadora principal a proponente e será para realizar no Serviço de Urgência Geral. Após análise do estudo, esta Comissão decidiu dar parecer favorável à sua realização.

Mais se informa, que este estudo carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Sem outro assunto de momento

Com os melhores cumprimentos,

Paulo Lopes
Vice-Presidente

Rua das Olinhalvas
Pousos, 2410 – 197 Leiria
Telefone: 244817089 – Ext. 4605
Email: sec.comtecnicas@chleiria.min-saude.pt
www.chleiria.pt

Centro Hospitalar de Leiria Accredited by
Joint Commission International



ANEXO III – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnC)

Parecer Nº P858_03_2022

Título do Projecto: Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho nos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Geral: Necessidades de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Joana Antunes Castanheira.

Filiação Institucional: ESEnC; HSA-Leiria.

Investigador Responsável: Joana Antunes Castanheira.

Orientadores(es): Maria Clara Amado Ventura.

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

O estudo apresentado insere-se em Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESEnC, tendo como justificação o facto de que os profissionais de saúde se encontram "... *perante um conjunto de exigências físicas e psicológicas, fatores que afetam a sua saúde física e psicológica. Estes fatores de risco, nomeadamente fatores químicos, físicos, biológicos, psicossociais e organizacionais e ergonómicos, encontram-se associados a acidentes de trabalho ou desenvolvimento de doenças profissionais (Freire, 2019; Mendes & Areosa, 2016; Santos & Almeida, 2016; Sousa-Uva & Serranheira, 2019).*" Em concreto, segundo o "Instituto Canadano de Trabalho e Saúde (1999), citado pela Organização Internacional do Trabalho (2014), as lesões musculoesqueléticas são um dos problemas, no setor da saúde, mais comuns e que se traduzem num maior custo relacionado com a saúde e segurança no trabalho."

Tem como objetivos gerais "- Identificar a incidência de LMERT nos profissionais de saúde do *SUG*; - Identificar a necessidade de intervenção do *EEER* nos profissionais de saúde do *SUG*." Metodologicamente o estudo é definido como "... *quantitativo e descritivo, de natureza correlacional.*"

Os participantes "...*são os profissionais de saúde que desempenham funções no *SUG* do Hospital de Santo André (HSA)- Leiria e que cumpram os critérios de inclusão estabelecidos.*"

São apresentadas: a permissão da autora da versão portuguesa do Questionário Nórdico Musculoesquelético; a autorização do Conselho de Administração do HSA - Leiria; e o parecer positivo da Comissão de Ética do HSA - Leiria.

É a proponente que faz chegar, e recolhe, os instrumentos de recolha de dados.

Assim, e com base nos documentos submetidos:

- É justificada a pertinência e utilidade do estudo;
- Estão definidos os critérios de inclusão dos participantes;
- Está definida a metodologias de recolha de dados;
- Não há questões sobre a prática concreta de cuidados dos participantes;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Não são identificados danos para os participantes.

Pelo exposto, o parecer da Comissão de Ética da UICISA: E é favorável ao estudo tal como apresentado.

O relator: 

Data: 20/04/2022 A Presidente da Comissão de Ética: _____

ANEXO IV – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À AUTORA DO QUESTIONÁRIO NÓRDICO MUSCULOESQUELÉTICO

Pedido de autorização para aplicação do Questionário Nórdico Musculo-esquelético



De: <joana_castanheira@sapo.pt>

Para: <crisstmesquita@gmail.com> ▾

domingo, 27 dez 2020 18:02

Responder



Boa tarde Ex^{ma} Senhora Doutora Terapeuta Cristina Mesquita,

Sou Enfermeira e aluna do 2^o ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

No âmbito da Dissertação de Mestrado, irei abordar a temática das Lesões Musculoesqueléticas nos profissionais de saúde no Serviço de Urgência Geral.

Trata-se de um trabalho de investigação sob orientação da Professora Doutora Maria Clara Amado Ventura, cujos principais objetivos são identificar a incidência de lesões musculoesqueléticas nos profissionais de saúde no Serviço de Urgência Geral e identificar as necessidades de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Assim, venho por este meio, solicitar a Vossa Excelência a autorização para a aplicação da Versão validada para a população Portuguesa, do Questionário Nórdico Músculo-esquelético.

Grata pela atenção dispensada,
Fico ao dispor para informação sobre os resultados finais da investigação.

Votos de Boas Festas,
Com os melhores cumprimentos,
Joana Castanheira

Assinatura e Selo

ANEXO V – RESPOSTA AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À AUTORA DO QUESTIONÁRIO NÓRDICO MUSCULOESQUELÉTICO

Re: Pedido de autorização para aplicação do Questionário Nórdico Musculo-esquelético



De: **Cristina Mesquita** <ctmesquita@ess.ipp.pt>

Para: <joana_castanheira@sapo.pt> ▾

quarta, 6 jan 2021 16:41

Responder



2 Anexos ▾

Boa tarde Joana,

Junto envio a versão portuguesa do QNM e o respetivo paper de validação.

Bom trabalho.

Melhores cumprimentos,



POLITÉCNICO DO PORTO. **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

Cristina Mesquita

PhD, Prof. Adjunta ATC Fisioterapia

M RUA DR. ANTÓNIO BERNARDINO DE ALMEIDA, 400. 4200-072 PORTO. PORTUGAL

T +351 222 061 000 **F** +351 222 061 001

