

Enfermagem na equipa de saúde ocupacional

Nursing in the occupational health team

Salud laboral en enfermería

Mónica Santos*

Armando Almeida**

Resumo

A lei portuguesa não define com rigor as habilitações do Enfermeiro de Saúde Ocupacional nem o seu papel na Equipa de Saúde Ocupacional.

Pretende-se com esta revisão bibliográfica, que utiliza as palavras-chave: “Enfermagem do trabalho e Saúde do trabalhador”, nas bases de dados *MedLine with Full Text*, *MedicLatina*, *Academic Search Complete*, *CINAHL Plus with full text*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systemic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Nursing and Allied Health Collection*, *Health Technology Assess* e *NHS Economic Evaluation Database*, perceber qual o lugar que a Enfermagem tem na equipa de Saúde Ocupacional, descrevendo como esta é executada em diferentes países, com variadas perspetivas e objetivos.

A Saúde Ocupacional comporta hoje uma abordagem abrangente, onde se inserem aspetos não laborais que interferem com a saúde do trabalhador, podendo englobar a família e/ou comunidade. A nível internacional, as tarefas predominantemente curativas deram lugar a outras de prevenção e de gestão, sendo inúmeros os programas que o Enfermeiro de Saúde Ocupacional tem capacidade para orientar, assumindo um papel central, completo e integrativo dentro da equipa.

Finalmente, é fundamental quantificar custos, pré- e pós-ativação, para valorizar o seu trabalho financeiramente, perante a gestão da entidade empregadora.

Palavras-chave: enfermagem do trabalho; saúde do trabalhador

Abstract

Portuguese law does not define the precise qualifications of occupational health nurses or their role in the occupational health team.

A literature review was carried out using the keywords “nursing work and occupational health,” in the databases *Medline with Full Text*, *MedicLatina*, *Academic Search*, *CINAHL Plus with Full Text*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systemic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Nursing and Allied Health Collection*, *Health Technology Assess* and *NHS Economic Evaluation Database*. The aim was to understand the place of nursing in occupational health, describing how this is implemented in different countries with different perspectives and goals.

Occupational health now uses a comprehensive approach which includes non-work aspects that interfere with worker health and may include family and/or community. Internationally, predominantly curative tasks have given way to others centered on prevention and management, with numerous programs that the occupational health nurse is able to lead, assuming a central role, fully integrated within the team.

Finally, it is crucial to quantify costs, before and after activities, to evaluate the work financially for the management of the employer.

Keywords: occupational health nursing; occupational health

* Licenciada em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (Universidade do Porto). Especialista em Medicina Geral e Familiar (com formação disponibilizada pela ARS Norte). Mestre em Ciências do Desporto (área de Atividade Física e Saúde) pela Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Pós-graduada em Medicina do Trabalho pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Presentemente a exercer na Clwork, Medicisforma e Atlanticare. [s_monica_santos@hotmail.com]

** Licenciado em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de S. João. Pós-graduado em Supervisão Clínica de Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de S. João. Pós-graduado em Sistemas de Informação em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem do Porto. Mestre em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Doutorando em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Presentemente a exercer como Docente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ICSUCP) e no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS).

Resumen

La legislación portuguesa no define con rigor la cualificación de la enfermera de salud laboral ni tampoco su papel dentro del equipo de salud laboral.

Se pretende con esta revisión de la literatura, utilizando las palabras clave: “el trabajo de enfermería” y “salud en el trabajo” *MedLine with Full Text*, *MedicLatina*, *Academic Search Complete*, *CINAHL Plus with full text*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systemic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Nursing and Allied Health Collection*, *Health Technology Assess* e *NHS Economic Evaluation Database*, entender qué lugar ocupa la enfermería en el equipo de salud laboral y describir cómo esta se lleva a cabo en diferentes países con diversas perspectivas y objetivos.

La salud laboral incluye actualmente un enfoque integral, que abarca aspectos no laborales que interfieren en la salud del trabajador y puede englobar a la familia y/o a la comunidad. A nivel internacional, las tareas predominantemente curativas han dado paso a otras de prevención y de gestión, con numerosos programas que la enfermera de salud laboral está capacitada para dirigir, asumiendo así un papel central, completo e integrativo dentro del equipo.

Por último, es fundamental cuantificar los costes de las actividades previas y posteriores para valorizar su trabajo financieramente, atendiendo así a la gestión de la entidad empleadora.

Palabras clave: enfermería del trabajo; salud laboral

Recebido para publicação em: 10.09.11

Aceite para publicação em: 11.01.12

Introdução

A Saúde Ocupacional (SO) no nosso país (e em muitos outros) nem sempre é caracterizada por um elevado patamar de profissionalismo, conhecimentos, empenho ou ética; aliás, muitos dos que a executam não têm os conhecimentos mínimos desejáveis e/ou tal atividade apenas corresponde a um *part-time* para completar o rendimento mensal, sem qualquer gosto, formação ou aptidões específicas.

Entre outros técnicos (como o Médico, Técnico de Higiene e Segurança ou até o Cardiopneumologista), estão envolvidos, muito frequentemente, Enfermeiros. A lei define que estes últimos devem ter habilitações adequadas a tal atividade (sendo obrigatória a sua presença nas grandes empresas) mas, por outro lado, não define com rigor que habilitações são essas. Assim, no contexto de uma empresa de medicina de trabalho, prestadora de serviços externos, executam punções venosas (para hemograma e bioquímica) e outros exames auxiliares de diagnóstico como o eletrocardiograma, audiograma, espirometria e testes de acuidade visual. Quando trabalham diretamente na ou para a empresa cliente, prestam habitualmente primeiros socorros, quantificam a tensão arterial, administram fármacos e/ou desenvolvem atividades de promoção e educação para a saúde.

Apesar da variabilidade curricular da licenciatura em enfermagem, genericamente, não é dado grande destaque à SO, não existindo formação pós-graduada direcionada às necessidades específicas destes profissionais. Pretende-se assim, com esta revisão bibliográfica, perceber qual o lugar que a Enfermagem tem na equipa de SO, descrevendo ainda como esta é executada em diferentes países, com variadas perspetivas e objetivos.

Metodologia

A pesquisa foi realizada em maio de 2011, nas bases de dados *CINAHL plus with full text*, *Medline with full text*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Nursing and Allied Health Collection: comprehensive*, *MedicLatina e Academic Search Complete*; com as palavras-chave *nurses e occupational health*. Dos 1449 artigos

obtidos, utilizando como critérios de seleção o acesso preferencial a texto completo, língua inglesa e data de publicação igual ou superior ao ano 2000, foram escolhidos 21, em função da qualidade metodológica e da pertinência para o objetivo da revisão. Exceionalmente foram também considerados outros artigos dos autores, já publicados.

Saúde Ocupacional - revisão da literatura

Consoante o país, a SO é vista com ângulos muito diferentes: pois se, em alguns casos, esta é encarada como a abordagem restrita às alterações na saúde que as condições laborais podem acarretar, noutras ela é vista como um conceito muito mais abrangente, onde também se inserem outros aspetos não laborais que interferem com a saúde do trabalhador e/ou até mesmo englobando a própria família e/ou comunidade (Tavares e Nunes, 2007).

O Enfermeiro de Saúde Ocupacional (ESO) deve deixar claro que o seu trabalho é fundamental para aumentar a produtividade; diminuir os acidentes de trabalho, faltas/tempo perdido de trabalho; diminuindo assim os custos (diretos e indiretos) da instituição (Rietz e McCullagh, 2010). Para além disso, pode ter um papel de destaque na reabilitação do funcionário e seguimento da atividade da seguradora/médico assistente (Wallace, 2009) (cuja forma de trabalhar é geralmente sigilosa para os restantes intervenientes, sendo difícil perceber por vezes os diagnósticos suspeitos/concretizados, exames, tratamentos e prognósticos), sendo ainda desejável que tenha um bom conhecimento acerca da legislação laboral que lhe permita fazer a gestão do caso (Wallace, 2009).

O próprio acompanhamento direto do trabalhador (via telefone ou por visita domiciliária) facilita a cura, aumenta a satisfação do funcionário e encurta a ausência ao trabalho e eventuais limitações profissionais posteriores, tenha a situação de base etiologia laboral ou não (segundo alguns autores) e referenciando para serviços de saúde mais especializados, quando necessário (Wallace, 2009).

É também da sua competência antecipar os principais problemas laborais que previsivelmente ocorram no futuro, como o envelhecimento dos trabalhadores e a evolução global dos mercados, por exemplo. Bem como determinar as áreas em que poderão ser diminuídos os custos de saúde, de forma a aplicar tais valores em áreas mais carenciadas. Pode, ainda,

inserir-se em projetos diversos, mesmo que não totalmente dentro do seu ramo de atuação, de forma a demonstrar o seu empenho, capacidade de trabalho e valor para a entidade empregadora, pelo que, deverá estar presente nas reuniões mais importantes, ainda que não convidado inicialmente (após informar sobre o seu desejo em participar e ser aceite).

Por último, dado o teor dos assuntos existentes entre funcionário e entidade empregadora, parte dos quais alvo de sigilo médico, o ESO está em posição privilegiada para, sem nunca quebrar esse ponto, defender os interesses de todas as partes, sobretudo quando contraditórios. Por vezes, em reuniões que os envolvidos estão presentes, a sua mediação permite resolver a questão, expondo tantos detalhes quanto as partes envolvidas queiram e reunindo consensos. Assim, para melhor assegurar e clarificar o seu papel, o ESO deve delimitar a sua área de trabalho (para diminuir conflitos interprofissionais ou insatisfação com os resultados da parte da entidade empregadora), criar expectativas/metast a atingir (pertinentes para os objetivos da empresa e para os trabalhadores), negociar a interação com os outros departamentos da instituição e adquirir os meios/espaco necessários à execução das tarefas.

Paralelamente, deverá criar medidas/variáveis que permitam quantificar/avaliar facilmente o valor do seu trabalho (Mellor e St John, 2009) quantificando todos os custos, antes e durante a sua atuação (Wallace, 2009) e apresentando estatísticas dos resultados obtidos (por exemplo, número de consultas dadas, número de referências, número de alterações comportamentais/redução do risco), traduzindo os benefícios económicos para a empresa. Só assim poderá ser erradicado o falso conceito de que contratar empresas externas prestadoras de serviços ocupacionais fica mais económico (ainda que o trabalho sumário desenvolvido não se compare ao que os profissionais de saúde internos produzem).

Infelizmente nem todas as instituições conseguem perceber que a ausência de um programa organizado de SO é extremamente dispendiosa; aliás, estima-se, até, que os custos indiretos (muito frequentemente esquecidos) são cerca de cinco vezes superiores aos diretos. Portanto, é vital tentar quantificar aproximadamente estes valores para cada empresa, pois o que não é medido não chama a atenção e não se pode gerir o que não foi medido logo, demonstrando

e provando bons resultados, a equipa de SO conquista o apoio necessário da gestão da empresa cliente.

Alguns exemplos de atividades/ programas desenvolvidos pelo ESO

Programas de amamentação

É desejável que, antes mesmo do programa se iniciar, exista um documento escrito da empresa, onde esteja descrito o programa e se explique o porquê da sua existência (Rietz e McCullagh, 2010).

Algumas empresas desenvolveram estes programas porque perceberam que, além de a população ativa ser constituída, cada vez mais, pelo sexo feminino, a existência deste programa permite o regresso mais precoce ao trabalho (Rietz e McCullagh, 2010), maior qualidade de vida, maior satisfação com a entidade empregadora e, por isso, maior produtividade e melhor imagem social (interna e externa). Os benefícios fisiológicos para a mãe e para o bebé já estão por demais divulgados e não são do âmbito deste trabalho. Para além disso, os custos são (em função dos benefícios) muito escassos e a dificuldade técnica na criação das condições adequadas é diminuta. Um dos estudos consultados (num país com diferente legislação pós-parto) quantificou que cerca de 94% das mães a trabalhar em empresas com programas de amamentação regressam ao seu posto pouco depois do parto e, em muitos casos, com outros filhos anteriores (ou seja, com mais responsabilidades familiares) (Rietz e McCullagh, 2010).

Estes programas permitem também manter o funcionário na empresa por um período de tempo mais extenso, diminuindo os custos na seleção de novos candidatos e formação dos mesmos podendo tornar-se-á mais fácil recrutar novos funcionários. Para além disso, acredita-se que a descendência dos trabalhadores será mais saudável, pelo que os pais estarão ausentes menos dias no trabalho para lhes prestar cuidados de saúde, e os custos médicos associados também diminuem (consultas, exames, fármacos, internamentos, seguros) (Rietz e McCullagh, 2010).

Permite, ainda, aumentar a taxa de amamentação que, sendo elevada no pós-parto imediato, diminui bastante nas semanas/meses seguintes devido (entre outros motivos) ao regresso ao trabalho, sobretudo se a tempo inteiro, pois a quantidade de leite produzida

varia com o ritmo de remoção do mesmo da mama, ou seja, com um menor número de mamadas (por exemplo, só quando a mãe estiver em casa, junto do bebé) e sem extração por bomba no horário de trabalho (existem empresas onde as funcionárias têm de fazer a recolha do leite na casa de banho, por não existir nenhum outro sítio melhor), a quantidade de leite começa a diminuir rapidamente.

A sala para a recolha de leite apenas necessita de uma mesa, cadeira, tomada elétrica, porta com possibilidade de encerramento interior, bem como frigorífico e banca/lavatório. Geralmente a bomba de extração do leite é individual e propriedade da funcionária. Será desejável que o ambiente seja acolhedor (por exemplo, proporcionando música agradável e/ou fotografias afixadas dos bebés) (Rietz e McCullagh, 2010).

É importante que a recolha de leite ocorra por cerca de 15 a 20 minutos, por cada 3 a 4 horas, o que por vezes pode ser compatível com as pausas já instituídas para as refeições. Assim, o programa de amamentação pode ser acrescido de uma maior flexibilidade de horários da mãe, de modo a facilitar a coordenação de tarefas profissionais, familiares, domésticas e pessoais. Os principais obstáculos à amamentação (nas instituições que não têm este programa) são, justamente, os horários rígidos de trabalho e pausas, bem como privacidade insuficiente para fazer a recolha do leite (Rietz e McCullagh, 2010).

O ESO responsável pelo programa pode ainda dar apoio técnico ao processo em si, uma vez que muitas mães sentem dificuldade em iniciar e/ou manter o aleitamento e/ou a transitarem para o leite de fórmula, quando assim o desejam (Rietz e McCullagh, 2010).

O “gestor de saúde” e programas globais de educação e promoção para a saúde

Muitas empresas acreditam que se conseguirem alterar o estilo de vida dos seus funcionários (no sentido de diminuir/eliminar comportamentos não saudáveis), terão funcionários mais satisfeitos, com maior qualidade de vida, menor absentismo e, por isso, mais produtivos (Huffman, 2010).

A mudança comportamental tem eficácia superior quando se aplicam entrevistas motivacionais, em comparação com a técnica clássica, por vezes paternalista e/ou autoritária, em que o profissional de saúde é que sabe o que é melhor, diminuindo o contributo do indivíduo. Ou seja, em vez de

simplesmente dar dados teóricos, este tenta que o funcionário perceba a sua ambivalência/falta de motivação para alterar algo que ele mesmo já sabia estar errado. Deve-se começar a abordagem pelo item que o trabalhador mais valoriza/está preocupado, em relação ao seu estado de saúde, mesmo que tenha menor relevância fisiológica que outros problemas óbvios. Esse item pode ser encontrado perguntando o que o trabalhador gostaria de alterar no seu estilo de vida e/ou qual a sua maior preocupação nesse contexto, estabelecendo-se assim uma empatia. O conhecimento das diferentes fases de preparação para a mudança do modelo de Prochaska e Diclemente são também muito relevantes neste sentido (Huffman, 2010; Carlson e Murphy, 2010).

Além de fornecer informação e proporcionar um profissional de saúde que oriente estes programas, a entidade empregadora ainda pode dar incentivos extras à alteração do estilo de vida (Huffman, 2010) (como prémios, acréscimos salariais, folgas, férias).

Os temas mais tipicamente abordados neste contexto são o sedentarismo/atividade física, diabetes, obesidade, hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares (Huffman, 2010; Carlson e Murphy, 2010); bem como, ansiedade/*stress* e respetivo *copping*, mais recentemente. Nesse sentido, o ESO poderá, por exemplo, sugerir/orientar quais os alimentos e bebidas a disponibilizar em serviços de bar e/ou máquinas de venda automática.

Para além da promoção de um estilo de vida saudável, o ESO deverá monitorizar as doenças crónicas já diagnosticadas (Wallace, 2009; Huffman, 2010); até porque a população ativa está cada vez mais envelhecida.

A primeira etapa na execução destes programas é o estudo dos fatores de risco existentes, por exemplo, analisando a informação obtida em questionários (Carlson e Murphy, 2010). Os trabalhadores devem ser sempre envolvidos na elaboração dos programas e os resultados, devem ser alvo de avaliação fácil.

Algumas empresas têm nos seus quadros internos Enfermeiros de Saúde Ocupacional ou contratam os serviços destes através de uma empresa externa, para que os seus funcionários tenham disponível (pessoalmente ou via telefone) o apoio de enfermagem para orientar questões de saúde (profissionais e pessoais); de forma a minorar o absentismo, facilitar a referência para outros serviços de saúde e aumentar a qualidade de vida

e satisfação do funcionário (e sua família), com uma ótima relação custo benefício. Nesse sentido, alguns autores defendem que o âmbito de atuação do ESO deveria ser alargado aos familiares dos trabalhadores (Primm, 2010), acrescentado que as visitas domiciliares podem proporcionar informações valiosas acerca do indivíduo, família e comunidade.

O ESO pode, ainda, ser o elo de contacto ideal entre a entidade empregadora, serviços de saúde externos e o trabalhador, facilitando intensamente a reabilitação pós-acidente, doença ou cirurgia e o retorno ao trabalho, mais rapidamente e em melhores condições, como já se mencionou (Weiss, 2009).

Cessação tabágica

O ESO pode orientar quase todos os casos de desabituação tabágica, melhorando a saúde global do trabalhador, a qualidade do ar interior e a produtividade, diminuindo também o risco de alguns acidentes (Santos, 2011a).

Geralmente a principal barreira à atuação no campo da toxicodependência, por parte dos profissionais de saúde, é a pouca/nenhuma formação de base, o que obviamente gera as desagradáveis sensações de inexperiência e insegurança (Santos, 2011a).

As abordagens terapêuticas breves (ATBs) têm o objetivo de diminuir o primeiro consumo; se este já tiver ocorrido, contribuir, então, para que tal seja apenas esporádico e não se transforme em dependência. As abordagens consistem em sessões curtas de 5 a 15 minutos e a maioria dos autores considera que apresentam uma boa relação custo-efetividade (Santos, 2011a).

Para tabagistas que fumem até 10 cigarros por dia e/ou com baixo patamar de dependência, a primeira opção terapêutica implica o não uso de fármacos, como as técnicas de paragem abrupta (mas eventualmente com abstinência mais intensa) ou redução de um cigarro por dia/semana (muito melhor aceite e tolerada), acrescidas das técnicas comportamentais altamente eficazes. Nos 99% dos casos que exigirão medicação, esta é de venda livre, pelo que não é necessária a prescrição médica (Santos, 2011a).

A semiologia mais característica da abstinência tabágica é a ansiedade e irritabilidade; muito menos frequentemente observam-se insónia, palpitações, depressão, entre outras condições. Uma pequena percentagem de fumadores nunca a sente e outra pequena percentagem vive-a de forma intensíssima e

por várias semanas; a grande maioria experienciar-a de forma moderada e por alguns dias e poucas semanas - daí que alguns fumadores parem de fumar sozinhos, sem qualquer problema, e outros só o consigam fazer com apoio profissional (Santos, 2011a).

Deve ser avaliada a dependência através do questionário de Fagerstrom e a fase de preparação para a mudança em que o fumador está (segundo o Modelo de Prochaska e Diclemente), ou seja: não interessado no assunto/agressivo, em pré-contemplação (acha importante mas não dará esse passo nos próximos seis meses), contemplação (planeia dar nos seis meses seguintes), preparação (já tentou ou pretende tentar no próximo mês) e ação (no decorrer do processo); há ainda a fase da recaída em alguns casos (Santos, 2011a).

Para consumos superiores a dez cigarros por dia e/ou um patamar de dependência superior, poderá estar recomendada a abordagem farmacológica. No nosso país dispomos de métodos altamente eficazes como a terapia de reposição de nicotina (transdérmicos/pastilhas); noutros países existe ainda no formato de spray nasal e por inalação, mas o que dispomos já é perfeitamente suficiente. Nos últimos anos surgiram também fármacos “estabilizadores do humor”, relacionados com os antidepressivos clássicos, que também podem ser recomendados em alguns casos.

Sustentabilidade ambiental

Alguns investigadores também consideram que o ESO pode ter um papel determinante no programa ambiental da empresa, trabalhando com os funcionários temas como a redução da produção de desperdícios, mantendo o lucro, saúde e segurança; dando ainda particular destaque também à reciclagem e reutilização. Para a obtenção das normas ISO correspondentes é necessário que toda a política ambiental da instituição esteja oficialmente definida em documento escrito. Os funcionários sentem-se mais importantes e a empresa fica com melhor imagem interna e externa (Weiss, 2009).

Saúde do viajante

O ESO deve demonstrar competências nesta área, no sentido de informar o funcionário das obrigações legais, quais os serviços de saúde locais que pode recorrer e/ou atitudes de prevenção e medicação/utensílios a levar, para viagens realizadas quer a serviço da empresa, quer a nível pessoal.

Layoffs/despedimentos

Caso seja necessário dispensar temporária ou definitivamente os serviços de alguns funcionários, pode caber ao ESO (juntamente com os recursos humanos) orientar parte do processo, passando a informação aos funcionários e atuando imediatamente nos casos de ansiedade/depressão eventualmente consequentes e/ou proporcionando algum apoio vocacional na procura de novos postos de trabalho (Tompkins, 2009).

Higiene e segurança no trabalho

O ESO pode ainda ter um papel fulcral na avaliação de riscos, sugestão/execução de medidas de proteção coletiva e individual (Weiss, 2009), de forma a diminuir as doenças profissionais e os acidentes de trabalho. Em alguns países é também este profissional que realiza parte dos exames de admissão, vigilância periódica e os exames ocasionais de regresso ao trabalho (após doença, cirurgia ou acidente); sendo, por vezes, também o responsável pela elaboração e execução parcial do plano de emergência, desde que tenha formação adequada.

Síndrome pré-menstrual/dismenorreia

Estas situações, quando intensas, têm um impacto considerável na estabilidade emocional e na atividade laboral, diminuindo a produtividade e aumentando o absentismo. Existem questionários que permitem quantificar o grau de disfunção criado, podendo alguns casos serem atenuados com o uso de anticoncepcionais orais e/ou anti-inflamatórios não esteroides, situações essas que o ESO pode orientar prestando informações e/ou referenciar para consulta médica.

Obesidade

A obesidade está a tornar-se cada vez mais frequente devido a uma interação de variáveis, algumas diretamente ligadas à atividade laboral. As profissões estão cada vez mais sedentárias (face aos nossos antepassados que praticavam a caça, agricultura, pecuária) e a atividade física, fora do tempo laboral, é também muito escassa e totalmente desadequada à ingestão alimentar. Ou seja, não só existe agora muito maior facilidade em adquirir comida, como também surgiram produtos novos nefastos para a nossa saúde, quer pelos seus constituintes, quer por serem excessivamente calóricos (existem

pequenos *snacks*/bebidas, que têm só por si quase as calorias necessárias para 24 horas de um indivíduo sedentário). Ainda por cima, estes alimentos são de digestão e absorção rápidas e fáceis, pelo que mais rapidamente o indivíduo sentirá fome e necessitará de comer novamente. Emagrecer torna-se assim complicado, porque quem já tem um estilo de vida verdadeiramente saudável, está sensibilizado para o tema e não precisa de emagrecer e quem não o tem, nem quer ter, não está recetivo a mudar. Contudo, o processo não tem quaisquer segredos - o problema é que quase todos os indivíduos procuram soluções rápidas, fáceis e miraculosas, parte das quais sem qualquer fundamento científico, sem qualquer efeito ou então, proporcionando apenas resultados discretos e/ou a curto prazo, dado não terem recetividade para a única coisa que funciona: um estilo de vida saudável, ou seja, alimentação e exercício físico adequados. Só ocorre emagrecimento significativo e mantido quando todos os dias as calorias na ingestão são inferiores às gastas pelo somatório entre metabolismo, atividades quotidianas e desporto. Se este último não for razoavelmente elevado, só passando fome é que se conseguiria esse balanço negativo de calorias, mas tal não é obviamente saudável emocionalmente (Santos, 2011b).

Os indivíduos, normalmente, ou não têm consciência das consequências da obesidade (aumenta muito a probabilidade de surgirem diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial, enfarte agudo do miocárdio, acidente isquémico transitório/acidente vascular cerebral (AVC) e mais intensa degeneração articular... até alguns cancros são mais frequentes em obesos) ou não se querem envolver num processo de mudança. Como consequência, o síndrome metabólico interfere na saúde global do trabalhador, diminuindo a sua capacidade de desempenho e produtividade, condicionando inclusive a resposta individual para alguns tipos de trabalho (por incapacidade física ou proibição médica), aumentando a probabilidade de surgirem algumas doenças profissionais e/ou acidentes de trabalho, o absentismo, e as reformas antecipadas. As faltas, as doenças crónicas e as incapacidades dos trabalhadores obesos irão não só sobrecarregar os restantes funcionários, como exigir mais recursos da empresa para seleção e formação de novos trabalhadores (para os substituir) (Santos, 2011b).

Assim, o ESO pode ser um elemento chave na implementação e desenvolvimento destes programas. Alguns autores defendem que um programa de perda de peso laboral tem maior aceitabilidade e sucesso, quando comparado aos desenvolvidos noutros contextos; além de que, a relação custo/eficácia para a entidade empregadora é muito vantajosa, pelas razões atrás assinaladas.

Preparação para a reforma

A maior parte dos trabalhadores chega a esta fase sem planos específicos, pelo que se podem sentir desorientados. O ESO, também neste contexto, está em posição ideal para trabalhar o tema, envolvendo eventualmente parte dos que se reformaram anteriormente, para que falem da sua própria experiência (atuando terapêuticamente de forma bilateral). Pode ainda conciliar as necessidades destes funcionários com horários mais flexíveis e/ou em *part-time*, de forma a facilitar a transição e, simultaneamente, proporcionar um acréscimo salarial; por sua vez, para a entidade empregadora isto poderá ser bem menos dispendioso que recrutar, contratar e formar novos funcionários (Zinner, 2006). O ESO poderá também sugerir que estes funcionários reformados participem em ações de voluntariado diversificado ou até que funcionem como orientadores vocacionais dos mais jovens; além de incentivar, claro, a realização dos sonhos ainda não atingidos. A exploração do eventual novo papel familiar também poderá ser abordada por este profissional de saúde (Zinner, 2006).

Ginástica Laboral

Ginástica Laboral (GL) é um conjunto de exercícios, selecionados em função dos riscos do trabalho, de forma a compensar as estruturas mais utilizadas e a ativar as não usadas, podendo ser classificada em preparatória, compensatória e relaxante e incluir exercícios de alongamento/flexibilidade, respiratórios e/ou posturais.

O programa acarreta inúmeros benefícios diretos para o trabalhador e para a entidade empregadora. A principal desvantagem é o facto de que se poderá considerar que o trabalhador é inadequado para o posto, pelo que se torna necessário torná-lo mais apto, em vez de alterar a tarefa e organização do trabalho (Santos, 2011c).

As lesões músculo-esqueléticas (na Europa constituem a doença profissional mais frequente) associam-se a força excessiva, posturas incorretas, repetibilidade, duração e velocidade de execução. A semiologia mais frequente é a dor/desconforto, parestesias, astenia, ansiedade e síndrome depressivo, com maior intensidade nos funcionários mais insatisfeitos. A sua prevenção baseia-se na conjugação da ergonomia com a Ginástica Laboral (Santos, 2011d).

Para elaborar um programa de GL tem de se conhecer o processo produtivo e a organização do trabalho. O número recomendado de sessões varia entre três por semana a várias por dia, executadas no local/horário de trabalho. Não necessita de roupa especial podendo as sessões serem orientadas por um ESO. A adesão é determinada pelas crenças dos funcionários pois a maioria nem sequer pensa nas consequências negativas para a saúde que o trabalho pode acarretar, sendo complicado convencer o funcionário a ter uma atitude de prevenção nestes casos (Santos, 2011e).

A razão custo/benefício está quantificada em 1/6. Trata-se de uma ferramenta extremamente útil para a equipa de SO, na medida em que proporciona a diminuição de algumas doenças profissionais e acidentes de trabalho, bem como maior satisfação, motivação e produtividade do funcionário e, conseqüentemente, também beneficia muito a entidade empregadora (Santos, 2011e; Santos, 2011f).

A Saúde Ocupacional no mundo

A figura do ESO emerge dispersa por todos os continentes, ainda que a nível da legislação, certificação e exercício profissional haja uma grande disparidade entre eles (consultar quadro 1).

QUADRO 1 – Variabilidade da Enfermagem de Saúde Ocupacional, no mundo

País	Certificação	Legislação/competências
Finlândia	Com formação especializada. Existem cerca de 2000 ESO.	Os empregadores são obrigados a organizar o serviço de SO, mas apenas custeiam 40 a 50% do mesmo (o restante é suportado pela segurança social) (Naumanen e Liesivuori, 2009).
Reino Unido	Com formação especializada	O ESO existe desde o final do séc. XIX. A legislação não exige tal serviço da parte da entidade empregadora. Os ESO prestam serviços de saúde no local de trabalho e no domicílio dos funcionários.
USA	Existem Enfermeiros Ocupacionais, Enfermeiros Especialistas em SO, Enfermeiros gestores de casos e Enfermeiros gestores de segurança.	Surge no final do séc. XIX (nas grandes empresas) onde Médico e Enfermeiro realizam exames e prevenção/tratamento de acidentes. ASO é vista como fazendo parte da Saúde Pública, uma vez que os trabalhadores de uma empresa constituem parte da comunidade. A interação com a saúde comunitária permite uma melhor cooperação e orientação da reabilitação e/ou doenças crónicas; bem como dos projetos de promoção e educação para a saúde, bilateralmente (Schwem, 2009).
Canadá	Cerca de 65% dos que exercem têm certificação (válida por 5 anos) mas não é obrigatória.	Aqui o ESO assume os papéis de promotor/gestor para a saúde; em situação de catástrofe (natural ou não) também se considera a sua atuação (Alleyne e Bonner, 2009).
Brasil	Especialização em enfermagem do trabalho só acessível a enfermeiros licenciados.	Emerge em 1950, apesar de a legislação só ter surgido nove anos depois. As alterações na legislação fizeram com que mais empresas fossem obrigadas a dispor de um Enfermeiro do Trabalho, pelo que a procura destes profissionais tem vindo a aumentar (Marziale <i>et al.</i> , 2010). Um dos maiores problemas são os acidentes causados por máquinas antigas e menos seguras, pelo que se dedicam bastante à (in)formação nesta área. Segundo a Associação Nacional de Enfermeiros do Trabalho, os objetivos destes são realizar tarefas a nível da higiene, segurança e saúde.
Austrália	Com formação especializada	O ESO deslocou-se de uma perspetiva curativa para preventiva existindo agora outros profissionais com ambições de conquistar o seu papel na equipa de Saúde Ocupacional (como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros) (Mellor e St John, 2009).
África do Sul	Sem formação especializada	A ESO existe há cerca de oito décadas. Os recursos financeiros são escassos pelo que investir em segurança e saúde não é prioridade para a generalidade dos empresários. A maioria dos serviços de SO é privada e organizada diretamente pelo empregador. Inicialmente confinados apenas aos primeiros socorros e outros apoios curativos, nos últimos anos já analisam os riscos laborais e doenças crónicas (do indivíduo e família por vezes).
Líbano	Sem formação especializada	A legislação estabelece que empresas com mais de 20 trabalhadores têm de contratar um médico para os exames de admissão e periódicos. O médico e o enfermeiro praticamente só realizam atos de primeiros socorros.
Japão	Especialização em Enfermagem de Saúde Pública. Não é obrigatório.	Só acima de 50 funcionários existe obrigatoriedade de ter um programa de SO e contratar um médico e um “gestor de saúde”. O apoio prestado pelo enfermeiro de saúde pública mudou bastante nos últimos tempos, contemplando agora áreas como a evolução tecnológica, globalização, riscos das viagens laborais e diferenças culturais, terrorismo, envelhecimento da população e <i>stress</i> laboral (turnos prolongados; conflitos entre colegas e/ou chefias; grande exigência laboral e medo do desemprego).
Coreia	Apesar de terem patamares diferentes de formação, não existe certificação oficial dos mesmos. Existem cerca de 1700 profissionais.	O ESO atua como “Gestor de Saúde”. Inicialmente apenas prestava primeiros socorros no local de trabalho, passando no final do século passado a desenvolver programas preventivos, no sentido de diminuir as doenças profissionais e acidentes de trabalho e fazer avaliação de riscos, formação e investigação. A legislação exige que a entidade empregadora proporcione condições de trabalho seguras, executando exames anuais e vigilância regular, enviando tal informação para o ministro do trabalho. Acima de 50 funcionários, deverá existir um ou mais gestores de saúde ocupacional (Enfermeiro, Médico ou Higienista); se acima de 300 funcionários, este profissional deverá ser um trabalhador interno, a tempo inteiro.
Tailândia	Sem formação certificada; existe formação de um ano mas não é obrigatória	A lei exige que empresas com 200 até 999 funcionários tenham pelo menos um enfermeiro durante o horário de trabalho; acima deste valor, pelo menos dois enfermeiros e um Médico (pelo menos duas horas, durante o turno de trabalho).

Conclusão

O ESO poderá ter um papel muito importante (para não dizer fundamental), completo e integrativo, numa equipa de SO, desde que bem explorado. Analisando a forma de trabalhar em diversos países, poder-se-á tentar replicar os aspetos mais positivos de cada local, de forma a construir o melhor perfil de competências. Contudo, são também necessárias ações de sensibilização para as empresas prestadoras de serviços nesta área e para as instituições clientes no sentido de estas perceberem esta potencialidade e assim se criar a necessidade real de existirem profissionais com estas características no mercado.

Referências bibliográficas

- ALLEYNE, J.; BONNER, A. (2009) - Occupational health nurses roles, credentials and continuing education in Ontario, Canada. *AAOHN Journal*. Vol. 57, nº 9, p. 389-395.
- CARLSON, E.; MURPHY, M. (2010) - Impacting health through on-the-job counseling: role for professional nurses. *Medsurg Nursing*. Vol. 19, nº 5, p. 295-299.
- HUFFMAN, M. (2010) - Health coaching - a fresh approach for improving health outcomes and reducing costs. *AAOHN Journal*. Vol. 58, nº 6, p. 245-251.
- MARZIALE, M. [et al.] (2010) - The roles and functions of occupational health nurses in Brazil and in the United States. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol 18, nº 2, p. 182-188.
- MELLOR, G.; ST JOHN, W. (2009) - Manager's perceptions of the current and future role of occupational health nurses in Australia. *AAOHN Journal*. Vol. 57, nº 2, p. 79-87.
- NAUMANEN, P.; LIESIVUORI, J. (2009) - Workplace promotion activities of Finnish occupational health nurses. *Public Health Nursing*. Vol. 26, nº 3, p. 218-228.
- PRIMM, R. (2010) - Professionalism among occupational health nurses. *AAOHN Journal*. Vol. 58, nº 7, p. 281-283.
- RIETZ, M.; MCCULLAGH, M. (2010) - Why breastfeeding matters to occupational health nurses and employers. *AAOHN Journal*. Vol. 58, nº 11, p. 458-461.
- SANTOS, M. (2011a) – Desabitação tabágica: o mito que não se entende... *Revista Segurança*. Nº 200, p. 5-6.
- SANTOS, M. (2011b) - Obesidade: saúde individual ou também saúde ocupacional?! *Revista Segurança*. Nº 201, p. 5-6.
- SANTOS, M. (2011c) - O que o médico do trabalho e o técnico de higiene e segurança precisam de saber sobre a ginástica laboral. Parte I. *Revista Segurança*. Nº 200, p. 28-32.
- SANTOS, M. (2011d) - O que o médico do trabalho e o técnico de higiene e segurança precisam de saber sobre a ginástica laboral. Parte II. *Revista Segurança*. Nº 201, p. 34-38.
- SANTOS, M. (2011e) - O que o médico do trabalho e o técnico de higiene e segurança precisam de saber sobre a ginástica laboral. Parte III. *Revista Segurança*. Nº 202, p. 22-24.
- SANTOS, M. (2011f) - Resultados de um programa de ginástica laboral numa empresa têxtil. *Revista Segurança*. Nº 203, p. 26-35.
- SCHWEM, M. (2009) - Generalized public health and industrial nurses work together. *AAOHN Journal*. Vol. 26, nº 4, p. 380-382.
- TAVARES, J.; NUNES, L. (2007) - Comportamentos de saúde e de evitamento do risco em operários fabris. *Referência*. Série 2, nº 5, p. 23-36.
- TOMPKINS, O. (2009) - Reduction in force perspectives - the occupational health nurse as the employer. *AAOHN Journal*. Vol. 57, nº 5, p. 216-217.
- WALLACE, M. (2009) - Occupational health nurses - the solution to absence management? *AAOHN Journal*. Vol. 57, nº 3, p. 122-127.
- WEISS, M. (2009) - Changing the conversation - the occupational health nurse's role in integrated HS. *AAOHN Journal*. Vol. 57, nº 7, p. 293-299.
- ZINNER, P. (2006) - Preparing the work force for retirement - the role of occupational health nurses. *AAOHN Journal*. Vol. 54, nº 12, p. 531-536.

