



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS
CURSO DE DOUTORADO

MÔNICA OLIVEIRA DA SILVA E SOUZA

ESTRESSE LABORAL E CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PENITENCIÁRIO

Rio de Janeiro - RJ

2024



MÔNICA OLIVEIRA DA SILVA E SOUZA

**ESTRESSE LABORAL E CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PENITENCIÁRIO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito final para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Linha de Pesquisa: Bases moleculares, celulares, fisiológicas e ambientais do cuidado em saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Joanir Pereira Passos.

Rio de Janeiro - RJ

2024

MÔNICA OLIVEIRA DA SILVA E SOUZA

**ESTRESSE LABORAL E CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PENITENCIÁRIO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem e Biociências, da Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, como requisito final para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovada em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Joanir Pereira Passos
Presidente

Dr. Elias Barbosa de Oliveira
1º Examinador

Dra. Renata da Silva Hanzelmann
2º Examinador

Dra. Giovana Cópio Vieira
3º Examinador

Dra. Érika Almeida Alves Pereira
4º Examinador

Dr. Daniel da Silva Granadeiro
Suplente

Dr. Paulo Sérgio Marcellini
Suplente

Catálogo informatizado pelo(a) autor(a)

O Oliveira da Silva e Souza, Mônica
 Estresse Laboral e Capacidade para o trabalho de
 profissionais de Enfermagem de um Hospital Penitenciário /
Mônica Oliveira da Silva e Souza. -- Rio de Janeiro, 2024.
 113 f

 Orientador: Joanir Pereira Passos.
 Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e
Biociências, 2024.

 1. . I. Pereira Passos, Joanir , orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus eterno, imortal, invisível, mas real e que tem me ajudado até aqui. A Ele toda a honra, glória e louvor.

Aos meus amados pais, Edvaldo Oliveira e Cleonice Maria dos Santos Oliveira (*in memoriam*), por tanto cuidado que tiveram comigo ao longo da minha vida até as suas partidas, incentivando-me e fazendo-me acreditar na educação como o caminho possível para transformação da realidade social do nosso país. Minha saudade é eterna!

Aos meus amados filhos Sofia e Enzo e ao meu amado Luiz Fernando por toda a compreensão e apoio nesta trajetória.

As minhas amadas irmãs Verônica e Érica e amados sobrinhos: Alexandre Junior, Sarah, Ester e Rute, pelas orações constantes e pela força.

A minha orientadora Joanir Pereira Passos, que me acompanha desde a graduação, acreditando sempre em mim, valorizando o meu trabalho e incentivando o meu crescimento profissional. A você querida, toda a minha gratidão.

A minha amiga irmã Maria Gilda Alves Oliveira pelo incentivo contínuo, pela sua escuta atenta, pelos seus abraços nos momentos de choro e por tamanha generosidade para comigo.

As minhas amigas irmãs que me incentivam diariamente e que estão comigo na jornada da vida, sempre me apoiando e me dando força para prosseguir: Alessandra Santana, Ana Letícia Abrantes, Anabel Mota, Andréa Lemos, Camila Santos, Cláudia Chagas, Daiane Rodrigues, Dayse Martins, Eleonora Antunes, Gabriela Miranda, Joyce Beker, Léa Carvalho, Márcia Rocha, Malu Santos, Noemi Lannes, Rosana Correa e Selma Almeida.

A todos os amigos da Enfermagem da SEAP, não tenho como nomeá-los para não ser injusta e, em especial, àqueles que participaram desta pesquisa. A vocês, minha admiração e gratidão.

À amiga Ludmila Abrantes, policial penal, do setor de qualidade de vida do servidor da SEAP, que se mobilizou desde o início para que esta pesquisa fosse realizada, acreditando que é possível fazermos mudanças através das pesquisas. Gratidão pela parceria!

Aos queridos, Keila Mara Cassiano pelo seu apoio e paciência na elaboração dos dados estatísticos e ao bibliotecário Raphael Duarte Chança, ambos fundamentais neste processo de construção da tese.

À Escola de Gestão Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro e a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro (SEAP) pelo apoio à pesquisa.

A minha amada Igreja Batista Itacuruça e ao grupo RUAH, pelas orações constantes e pelo incentivo.

A todos os professores da UniRio, por todo acolhimento nesta trajetória.

A todos os queridos amigos do Pensat, em especial, aos amigos Ana Rita Ferreira, Maria Isabel Santos, Milton Domingues, Renato Tonole e Ronan dos Santos, meus companheiros de luta.

Aos doutores que participaram da Banca examinadora, gratidão pelas valiosas contribuições na construção desta Tese: Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira, Prof.^a Dr.^a Renata da Silva Hanzelmann, Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva, Prof. Dr. Paulo Sérgio Marcellini, Prof. Dr. Daniel da Silva Granadeiro, Prof.^a Dr.^a Giovana Cópio Vieira e Prof.^a Dr.^a Érika Almeida Alves Pereira.

Aos amigos da Escola de Formação Técnica em Saúde Enfa. Izabel dos Santos, pelo companheirismo e incentivo de sempre.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a construção desta tese. A todos vocês, minha gratidão!

Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas (Romanos 11:36)

SOUZA, Mônica Oliveira da Silva. **Estresse laboral e capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem de um hospital penitenciário**. Orientadora: Joanir Pereira Passos. 2024. 113 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

RESUMO

Introdução: O trabalho de enfermagem é caracterizado por questões como a responsabilidade com a vida humana, com o sofrimento e a morte, além de ser uma profissão que enfrenta uma série de desafios, incluindo sobrecarga de trabalho, jornadas extensas, quantitativo deficiente de pessoal e condições precárias. A relevância desta pesquisa se dá pelo fato da necessidade de conhecermos como o estresse laboral e a capacidade para o trabalho podem impactar a saúde do trabalhador de enfermagem de uma unidade hospitalar prisional. **Objetivos:** Mensurar o estresse laboral dos profissionais de enfermagem de uma unidade hospitalar prisional; Classificar o índice de capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem de uma unidade hospitalar prisional; Analisar a associação e a correlação entre o estresse laboral e o índice de capacidade para o trabalho dos profissionais de uma unidade hospitalar prisional. **Metodologia:** Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa e do tipo descritivo. O campo de estudo foi uma unidade hospitalar prisional localizada no estado do Rio de Janeiro. A população de estudo foram 46 profissionais de enfermagem. Essa pesquisa se utilizou de três instrumentos: o questionário sociodemográfico ocupacional, a Escala de Estresse no Trabalho (EET) e o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). **Resultados:** Os pesquisados apresentaram estresse laboral moderado, 24 (52,2%) e o índice de capacidade para o trabalho foi moderado, 20 (43,5%). A maioria dos pesquisados, 26 (56,5%) se encontram na categoria inadequada e demonstram que há necessidade de uma intervenção, seja na melhoria ou na restauração da capacidade para o trabalho. O estresse laboral e a capacidade para o trabalho não estão correlacionados. A lesão de pés e a gastrite aparecem como lesão/doença associadas ao estresse. A falta de treinamento específico está associada à capacidade para o trabalho. **Conclusão:** Há necessidade de uma qualificação para os trabalhadores de enfermagem, há necessidade de reconhecimento desses trabalhadores como área técnica do sistema prisional e de recomposição das perdas salariais. Esta pesquisa recomenda o uso do ICT como uma ferramenta importante para o acompanhamento dos trabalhadores pelo serviço de saúde ocupacional.

Palavras-chave: Avaliação da Capacidade de Trabalho; Saúde do Trabalhador; Prisões; Estresse Laboral; Enfermagem.

SOUZA, Mônica Oliveira da Silva. **Work stress and work capacity of nursing professionals in a penitentiary hospital.** Advisor: Joanir Pereira Passos. 2024. 113 f. Thesis (Doctorate in Nursing and Biosciences) – Postgraduate Program in Nursing and Biosciences, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

ABSTRACT

Introduction: Nursing work is characterized by issues such as responsibility for human life, suffering and death, in addition to being a profession that faces a number of challenges, including overwork, extensive working hours, insufficient staff and poor conditions. The relevance of this research is due to the need to know how work stress and work capacity can impact the health of nursing workers in a prison hospital. **Objectives:** To measure the work stress of nursing professionals in a prison hospital unit; To classify the index of capacity for work of nursing professionals in a prison hospital unit; To analyze the association and correlation between labor stress and the index of work capacity of professionals in a prison hospital unit. **Methodology:** This is a study with quantitative and descriptive approach. The field of study was a prison hospital unit located in the state of Rio de Janeiro. The study population was 46 nursing professionals. This research was used three instruments: the sociodemographic occupational questionnaire, the Work Stress Scale and the Work ability Index (WAI). **Results:** The respondents presented moderate labor stress, 24 (52.2%) and the index of ability to work was moderate, 20 (43.5%). The majority of respondents, 26 (56.5%) are in the inadequate category and demonstrate that there is a need for intervention, either in improving or restoring the ability to work. Work stress and ability to work are not correlated. Foot injury and gastritis appear as injury/disease associated with stress. The lack of specific training is associated with the ability to work. **Conclusion:** There is a need for qualification of nursing workers, there is a need for recognition of these workers as technical area of the prison system and for the recovery of wage losses. This research recommends the use of ICT as an important tool for the follow-up of workers by the occupational health service.

Keywords: Work Capacity Evaluation; Occupational Health; Prisons; Occupational Stress; Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma PRISMA da fase de seleção dos estudos	25
Figura 2	Itens do ICT, número de questões e escore das respostas	44
Figura 3	Demonstrativo da perda salarial do auxiliar de enfermagem da SEAP de dez./1998 a dez./2023, Rio de Janeiro	57
Figura 4	Distribuição de frequência dos 23 itens da EET, em ordem decrescente da soma das frequências das respostas 3 (concordo parcialmente), 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente)	67
Figura 5	Distribuição de frequências das lesões/doenças que acometem pelo menos 10% dos profissionais (diagnosticadas por médico e autorreferidas), Rio de Janeiro, 2023	77
Figura 6	Escore final das respostas, nível de capacidade e medidas necessárias	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Total de profissionais por sexo, faixa etária, estado civil e tempo de trabalho, Rio de Janeiro, 2023	49
Tabela 2 –	Total de profissionais por raça/cor, Rio de Janeiro, 2023	51
Tabela 3 –	Total de profissionais por escolaridade e categoria profissional, Rio de Janeiro, 2023	52
Tabela 4 –	Total de profissionais por instituição empregadora, Rio de Janeiro, 2023	53
Tabela 5 –	Total de profissionais por setor e carga horária semanal na instituição, Rio de Janeiro, 2023	53
Tabela 6 –	Total de profissionais por vínculo e carga horária total de trabalho, Rio de Janeiro, 2023	54
Tabela 7 –	Total de profissionais por adicionais de insalubridade e de periculosidade, Rio de Janeiro, 2023	55
Tabela 8 –	Total de profissionais por renda e renda familiar, Rio de Janeiro, 2023	57
Tabela 9 –	Total de profissionais quanto à percepção de preconceito, Rio de Janeiro, 2023	58
Tabela 10 –	Total de profissionais quanto ao prazer, à satisfação, à realização profissional no trabalho, às dificuldades para serem reconhecidos e ao desejo de sair do trabalho, Rio de Janeiro, 2023	60
Tabela 11 –	Total de profissionais quanto ao treinamento específico, Rio de Janeiro, 2023	61
Tabela 12 –	Total de profissionais quanto à prática de atividade física por horas semanais, de lazer e números de atividades de lazer mensais Rio de Janeiro, 2023	63
Tabela 13 –	Distribuição de frequências do escore de estresse dos profissionais, Rio de Janeiro, 2023	64
Tabela 14 –	Distribuição de frequências das respostas da escala de Likert para cada item da ETT, para a amostra total de participantes (N=46), Rio de Janeiro, 2023	68

Tabela 15 –	Distribuição de frequências da capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida, Rio de Janeiro, 2023	69
Tabela 16 –	Distribuição de frequências da autoclassificação da capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas e mentais, Rio de Janeiro, 2023	69
Tabela 17 –	Distribuição de frequências e estatísticas do número de lesões/doenças dos profissionais, Rio de Janeiro, 2023	71
Tabela 18 –	Distribuição de frequências das lesões/doenças dos profissionais, Rio de Janeiro, 2023	72
Tabela 19 –	Distribuição de frequências quanto à perda estimada para o trabalho por causa de lesões/doenças, Rio de Janeiro, 2023	76
Tabela 20 –	Distribuição de frequências quanto à falta ao trabalho por lesões/doenças no último ano, Rio de Janeiro, 2023	76
Tabela 21 –	Distribuição de frequências quanto ao auto prognóstico da capacidade para o trabalho, Rio de Janeiro, 2023	77
Tabela 22 –	Distribuição de frequências quanto aos recursos mentais, Rio de Janeiro, 2023	78
Tabela 23 –	Distribuição dos profissionais, segundo índice de capacidade para o trabalho – ICT, Rio de Janeiro, 2023	79
Tabela 24 –	Principais estatísticas das distribuições das variáveis quantitativas avaliadas no estudo, Rio de Janeiro, 2023	81
Tabela 25 –	Distribuição cruzada das classificações do Escore de Estresse e do Índice de Capacidade para o Trabalho, Rio de Janeiro, 2023	82
Tabela 26 –	Matriz de Correlação entre as variáveis ordinais e quantitativas do estudo, Rio de Janeiro, 2023	83
Tabela 27 –	Análise de associação entre fatores qualitativos e o Índice de Capacidade para o trabalho, Rio de Janeiro, 2023	84
Tabela 28 –	Análise de associação entre fatores qualitativos e o escore de estresse, Rio de Janeiro, 2023	86
Tabela 29 –	Análise de associação do Escore de Estresse com as principais lesões/doenças, Rio de Janeiro, 2023	88
Tabela 30 –	Análise de associação do ICT com as principais lesões/doenças, Rio de Janeiro, 2023	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Banco de Dados em Enfermagem
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CINAHL	<i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DESIPE	Departamento do Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro
EET	Escala de Estresse no Trabalho
eAPP-I	Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo I
eAPP-II	Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo II
eAPP-III	Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo III
IBECS	<i>Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud</i>
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
INFOPEN	Sistema de Informações Penitenciárias
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NLM	<i>National Library of Medicine</i>
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PNSST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PENSAT	Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologias, Saúde e Trabalho
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores
SEAP	Secretaria de Administração Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro
SENAPPEN	Secretaria Nacional de Políticas Penais
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>

SISDEPEN	Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Considerações Iniciais	17
1.2 Problematização	18
1.3 Objetivos	22
1.4 Hipóteses	22
1.5 Justificativa e Relevância do Estudo	22
2. APROXIMAÇÃO TEMÁTICA	27
2.1 Organização do Trabalho em Saúde e a Enfermagem no Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro	27
2.2 Estresse Ocupacional	33
2.3 Capacidade para o Trabalho	36
2.4 Saúde do Trabalhador	38
3. MATERIAL E MÉTODO	42
3.1 Delineamento do Estudo	42
3.2 Local do Estudo	42
3.3 População do Estudo	42
3.4 Instrumentos	43
3.5 Coleta de Dados	45
3.6 Análise e Interpretação de Dados	46
3.6.1 Metodologia da Análise Estatística	46
3.7 Aspectos Éticos	47
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	49
4.1 Caracterização Sociodemográfica e Ocupacional dos Participantes do Estudo	49
4.2 Análise da Escala de Estresse no Trabalho - EET	64
4.3 Análise do Índice de Capacidade para o Trabalho	68
4.4 Análise de Correlação e Associação	82
5. CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	
Apêndice 1- Questionário Sociodemográfico – Ocupacional	102
Apêndice 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	105
ANEXOS	
Anexo 1- Índice de Capacidade para o Trabalho - ICT	108
Anexo 2- Escala de Estresse no Trabalho - EET	111
Anexo 3- Anuência da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária – RJ	112
Anexo 4- Parecer Consubstanciado do CEP– UNIRIO	113

APRESENTAÇÃO

A presente tese é fruto de minhas inquietações quanto ao trabalho em saúde no sistema penitenciário. Estas inquietações surgiram a partir de minha atuação como enfermeira deste sistema, no estado do Rio de Janeiro.

Meu trabalho tem início em 1998, quando fui classificada no concurso promovido pelo referido Estado, para profissionais de saúde do Departamento do Sistema Penitenciário (DESIPE), que à época se encontrava vinculado à Secretaria de Estado de Justiça e do Interior.

Devido aos bons salários relacionados aos cargos a serem providos por esse concurso, muitos profissionais se mostraram interessados pelo trabalho em um ambiente praticamente desconhecido para a grande maioria. Eu era um desses que muito pouco ou nada conhecia sobre esse ambiente.

Durante minha graduação em enfermagem, no início da década de 1990, o currículo não contemplava as questões relacionadas aos privados de liberdade e nem tampouco a assistência à saúde desta população. Eu desconhecia totalmente a realidade hospitalar do sistema penitenciário e o trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar na realidade intramuros, composta por profissionais de várias categorias como: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos de diversas especialidades, odontólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, biólogos, nutricionista, técnicos de laboratório e de Raio X.

Ao tomar posse, fui lotada no Hospital Central Penal Fábio Soares Maciel, que ficava dentro do extinto Complexo Penitenciário da Frei Caneca, na região central do Rio de Janeiro.

O hospital possuía capacidade instalada de 100 leitos em enfermarias e cubículos, que eram celas individuais destinadas aos pacientes em isolamento por medida de segurança ou por risco de infecção. Ainda existia um centro cirúrgico com três salas, um ambulatório com capacidade de 100 atendimentos por dia para diversas especialidades e uma farmácia com dispensação de medicamentos para os internados e para os usuários do ambulatório.

Neste espaço de trabalho foi que tomei contato e aprendi as especificidades da população privada de liberdade e do trabalho em saúde junto a esta população. Uma parte desse aprendizado foi obtida através da observação e do compartilhamento de conhecimentos, realizado pelos colegas mais antigos. Aprendi, como um elemento fundamental de meu trabalho, a linguagem da “cadeia”, o vocabulário em si, as gírias, a forma de comunicação entre as pessoas, verbal e não verbal. Aprendi, principalmente, a observar o ambiente prisional, onde por vezes até o silêncio extremo, queria dizer alguma coisa.

Essa experiência tornou-se algo tão instigante que me suscitou questões sobre as especificidades da prática de enfermagem no ambiente prisional. Então, em 2005, decidi transformar minhas indagações laborais em questões de pesquisa. Ingressei no mestrado e defendi a dissertação “A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades” (Souza, 2006).

Embora tenha me exonerado do cargo de enfermeira em 2009, optando na ocasião, pela carreira docente, ao longo dos anos, sempre me mantive interessada no sistema penitenciário como objeto de estudo, participando de fóruns e encontros sobre a temática. É impossível conhecer este sistema, que é tão fechado, que se encontra tão perto e tão longe ao mesmo tempo, com realidade tão própria, e não ser provocada pelas inquisições que envolvem o trabalho dos profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem.

Então, em 2021, ingressei no doutorado, interessada, dessa vez, nas condições de saúde dos profissionais de enfermagem do sistema penitenciário, mais especificamente no estresse laboral e na sua capacidade para o trabalho.

Durante os meus anos de trabalho no Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro, e por meio das relações de amizade, de estudo e de trabalho com alguns de seus profissionais de saúde, tenho tido a interpretação de que os trabalhadores de enfermagem, por se exporem as cargas físicas e psíquicas do trabalho no sistema penitenciário, encontram-se susceptíveis aos efeitos nocivos do estresse ocupacional com repercussões para a saúde física e mental e prejuízos da capacidade para o trabalho. Este entendimento foi, então, transformado em uma tese que busquei provar por meio da investigação desenvolvida junto a uma unidade prisional, e que ora lhes apresento.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Iniciais

A enfermagem em seu conjunto, constitui a maior categoria profissional atuando no campo da saúde em nosso país, presente em todos os municípios e fortemente inserida no Sistema Único de Saúde (Machado *et al.*, 2017). De acordo com os dados do Conselho Federal de Enfermagem, a enfermagem totaliza um quantitativo de 3.012.698 profissionais, sendo 1.785.084 técnicos de enfermagem, 464.139 auxiliares de enfermagem, 384 parteiras e 763.091 enfermeiros (COFEN, 2023).

A Enfermagem, assim como a Medicina, é uma das profissões centrais em qualquer sistema de saúde de qualidade, sendo uma profissão indispensável, um bem público e tem um valor social inegável (Machado *et al.*, 2017). Assim, pesquisas sobre os trabalhadores e trabalhadoras da enfermagem são de extrema importância, permitindo não apenas o conhecimento acerca do perfil dos profissionais que atuam nas mais diferentes áreas da saúde, mas também oferecendo subsídios para a implementação de ações que facilitem os processos de trabalho da profissão e, conseqüentemente, melhorem a qualidade de vida dos trabalhadores e trabalhadoras.

Apesar dos números expressivos de profissionais e da relevância da profissão para a sociedade, as lutas da enfermagem por melhorias acompanham a categoria há anos, constituindo uma agenda de reivindicações que englobam a diminuição da carga horária para 30 horas sem a diminuição do salário, a implementação do piso mínimo nacional e a valorização profissional (COFEN, 2023).

Os profissionais de enfermagem enfrentam uma série de desafios, incluindo sobrecarga de trabalho, jornadas extensas, insuficiência de recursos humanos e materiais, remuneração inadequada, conflitos interpessoais, comunicação prejudicada, intensidade laboral, condições de trabalho precárias, pressão por prazos e metas de produtividade. Esses fatores convergem para tornar a profissão de enfermagem uma fonte significativa de estresse, resultando em desgaste físico e mental e diminuição da capacidade de desempenho no trabalho (Silva *et al.*, 2019).

O trabalho de enfermagem é caracterizado por questões como responsabilidade pelo trato com a vida humana, contato frequente com dor, sofrimento e morte, relacionamentos interpessoais conflituosos, cargas físicas intensas, baixo reconhecimento e/ou valorização, intensificação no uso de novas tecnologias, relações trabalhistas deterioradas e, especificamente

para os enfermeiros, também há o aumento nas exigências por competências gerenciais (Martinez; Latorre; Fischer, 2017).

Sendo assim, para entender as relações e a organização dos processos de trabalho da enfermagem, é necessário realizar uma reflexão sobre o contexto trabalhista do Brasil, em que as corporações passaram a ditar salários cada vez mais baixos, com condições de trabalho mais precarizadas pela flexibilização, pela intensificação do trabalho e pela perda de direitos trabalhistas.

A reforma trabalhista de 2017, sob a forma da Lei n.º 13.467, de 13 de julho de 2017, representa um retrocesso, apagando as conquistas trabalhistas dos últimos 100 anos no Brasil, devido a inúmeras mudanças no documento legal da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que implicaram na restrição de direitos para os trabalhadores no país (Farias *et al.*, 2021).

Desta forma, a meta dos modelos de gestão atual é produzir mais utilizando menos recursos e em menos tempo. Sob o discurso da busca pela excelência e melhoria contínua, os empregados são cooptados e chamados de "colaboradores", com o objetivo de esconder a dominação capitalista sobre o trabalho humano (Gaulejac, 2007).

Esse fenômeno facilita as demissões, fragiliza a capacidade organizativa dos profissionais de enfermagem, desencoraja a denunciar burlas trabalhistas como a inexistência de proteção trabalhista e o não pagamento por jornadas extras, desconstruindo o sonho do emprego estável e produzindo adoecimento.

1.2 Problematização

No mundo do trabalho, os profissionais de enfermagem em sua prática diária prestam assistência direta ao paciente e estão expostos a vários riscos correlacionados à atividade laboral, por consequência, podem ser acometidos por diversos agravos, dentre eles, o estresse ocupacional.

O trabalhador de enfermagem prisional é responsável, juntamente com outros profissionais, pela atenção à saúde de uma população privada de liberdade e que vem crescendo no Brasil, onde atualmente se registra, no estado do Rio de Janeiro, o número de aproximadamente 48.198 presos, em um cenário em que se observa um déficit de 16.559 vagas (Brasil, 2022).

Esses números configuram um quadro de superlotação que, por sua vez, juntamente com outros fatores, contribui para caracterização das prisões no Brasil como um ambiente violento. Esta caracterização é demonstrada por Minayo (2015) numa pesquisa com pessoas reclusas, em

que 46,4% dos homens e 55,4% das mulheres relataram sofrer algum tipo de agressão seja física, psicológica, verbal ou sexual.

Estudos têm demonstrado que a violência é um importante agravo à saúde, quando observada relativamente ao ambiente das prisões, entretanto não tem sido circunscrita aos privados de liberdade. Desta forma, corrobora com esta afirmativa, a pesquisa sobre a violência e a insatisfação referida pelos trabalhadores penitenciários no estado de São Paulo, em que 68,2% de seus entrevistados relataram sofrer agressões físicas, verbais ou ameaças no trabalho, essa ainda revela que faz parte da vida cotidiana desses trabalhadores, o temor de sofrer violências (Alves; Binder, 2014).

Em uma pesquisa envolvendo agentes penitenciários de Belo Horizonte, o autor destaca que a ausência de segurança representa a principal privação no dia a dia desses profissionais. Ele observa que, embora haja registros de agressões físicas por parte dos detentos, essas ocorrências são consideravelmente menos frequentes em comparação com os casos de assédio e ameaças, elementos intrínsecos à realidade laboral dentro dos muros da instituição (Lourenço, 2010).

Observa-se também que, para além da violência, a superlotação das celas tem outras implicações para a saúde dos trabalhadores das prisões. Estudos comprovam que quanto maior o tempo de encarceramento, maior a susceptibilidade do preso para as doenças pulmonares e respiratórias, o que reforça o risco que a insalubridade das celas, que via de regra não possui ventilação, representa para os profissionais destes estabelecimentos, suas respectivas famílias e as pessoas que visitam as unidades prisionais.

Outra característica importante do trabalho no ambiente das prisões é que todas as pessoas se encontram isoladas da realidade extramuros, inclusive os profissionais de enfermagem e demais profissionais prisionais enquanto desempenham as suas funções laborais.

Ademais, no contexto contemporâneo, com determinadas tecnologias incorporadas à mente humana (Mochcovitch; Dias, 2021), no interior dos presídios, é vedado o uso de celulares e de alguns objetos pessoais, como tablets e computadores portáteis, pois não é permitida a comunicação livre entre estas duas realidades, sem que se tenha uma prévia autorização.

Registre-se ainda que, na realidade de um hospital prisional, diariamente, os pacientes são conferidos pelos policiais penais, por meio de uma lista nominal, denominada de “Confere”, que é sempre checada a cada troca de plantão. É um momento importante, durante a troca de plantão dos policiais, cada apenado é chamado e comparado com a lista recebida. Caso esta lista não esteja de acordo com o número de pessoas internadas no hospital, o alarme do hospital

prisional é acionado, impossibilitando a saída e entrada de pessoas. O momento do “Confere” é sempre portador de alguma tensão.

Essa e outras situações frequentemente recordam ao profissional prisional que a segurança é sempre a prioridade, sendo imperativo lembrar que estão lidando com indivíduos que cometeram algum delito. Dentro de uma unidade hospitalar prisional, a ênfase na segurança muitas vezes prevalece sobre o cuidado, gerando potenciais conflitos entre a equipe de enfermagem e a segurança. Essa dinâmica pode resultar em momentos de estresse, especialmente quando ocorrem situações como transferências não anunciadas de internos em tratamento. Essas transferências, necessárias de acordo com as demandas do sistema prisional ou por questões de segurança, podem interferir no tratamento dos detentos e no fluxo de trabalho da equipe de saúde.

Outra situação, é o comportamento muito peculiar das pessoas privadas de liberdade, durante a sua permanência dentro do Sistema. Estas são orientadas a permanecer a certa distância das demais, sempre se dirigindo às pessoas não custodiadas com uma linguagem muito formal, com as suas mãos sempre voltadas para trás do corpo, mantendo sempre a cabeça voltada para baixo, de forma que a face do interlocutor não seja vista, demonstrando assim, uma forma de rendição, ou de não estar oferecendo risco aos demais.

Esse comportamento, inicialmente, nos causa certa estranheza, pois é próprio do cuidado em enfermagem uma proximidade corpórea entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. No cenário hospitalar prisional, no entanto, há uma limitação desta proximidade em relação à pessoa privada de liberdade. Um afastamento é exigido, nem sempre de forma explícita, mas é esperado dos profissionais de enfermagem que tal aproximação não aconteça, sob a alegação de que a segurança deve ser mantida, corroborando para que o profissional apreenda uma nova forma de cuidar, que não interfira nas determinações éticas e legais de seu exercício profissional, mas que assegure a assistência à saúde desta população, apesar das limitações e da observância da segurança.

Todas essas situações que de alguma maneira envolvem o trabalho da enfermagem em uma unidade hospitalar prisional, cooperam para que os trabalhadores de enfermagem, atuem de forma muito atenta a tudo que está acontecendo a sua volta, tanto sob o ponto de vista da execução da sua prática profissional quanto relativamente às questões inerentes à segurança.

Assim, objetos cortantes ou perfurantes que no trabalho em enfermagem são objetos de preocupação em relação às questões de biossegurança, tornam-se no trabalho intramuros, objetos de preocupação também em relação à segurança. É necessário estar vigilante para que nada seja esquecido, tudo o que é utilizado deve ser rigorosamente resguardado.

Ademais, todos esses esforços despendidos no trabalho de enfermagem nas unidades hospitalares do sistema prisional podem resultar em estresse laboral, o que pode ser nocivo para a saúde do trabalhador, a partir das cargas de trabalho inerente ao ambiente prisional.

Segundo Selligmann-Silva (2011), as cargas “representam o conjunto de esforços despendidos pelo trabalhador para atender às exigências da tarefa, incluindo esforços físicos, cognitivos e os psicoafetivos, que agem de forma integrada”. A carga quantitativa (demasiado trabalho, atenção concentrada e contínua pressão de tempo e outros) diz respeito ao volume de trabalho mental exigido dentro de determinada unidade de tempo. A carga qualitativa, por sua vez, se refere ao nível de complexidade da atividade e à possibilidade de aplicação, concomitantemente com interesses significativos, experiências, capacidades e potenciais do trabalhador.

O estresse laboral, por sua vez, aparece quando o trabalhador avalia as demandas do trabalho como superiores a seus recursos e não consegue emitir uma resposta adequada a essas, o que gera um desgaste anormal e/ou uma diminuição da capacidade do organismo para o trabalho (Stacciarini; Trócoli, 2001).

Em um estudo na Inglaterra, os autores afirmam que os enfermeiros que atuam como profissionais de cuidado de ambientes como as prisões e os serviços de saúde mental forenses foram identificados como estando em risco de sofrer de estresse ocupacional e até mesmo de desenvolver altas taxas de Burnout (Dickinson; Wright, 2008).

Registre-se ainda que o trabalhador de enfermagem das unidades prisionais sofre com o desgaste mental pela falta de reconhecimento, pois desempenham as suas atividades com pessoas que a sociedade julga como não portadora de direitos. O que é muito conflitante, para o trabalhador, pois desempenhar bem as suas funções, que seria algo louvável para o profissional, pode ser visto como demérito pela sociedade, pois é visto como quem recupera àqueles que desorganizam a sociedade, os ditos “inimigos” da sociedade.

O trabalhador de enfermagem das prisões se encontra esquecido nesta realidade, encurralado entre as funções de cuidar, com os constantes embates com o serviço de segurança, sempre na tentativa de demonstrar que a saúde é um direito inalienável, sem valorização profissional, com baixos salários e com a desconfiança contínua que um bom trabalho pode estar relacionado com algum tipo de receptação indevida. Este trabalhador executa as suas funções com o mínimo possível num contexto totalmente desfavorável, insalubre e violento.

Diante do exposto, o entendimento do estresse como nocivo à saúde da equipe de enfermagem de uma unidade prisional e a necessidade de conhecer como essa enfermagem se julga capaz para este trabalho, fez emergir a motivação para investigar o nível de estresse

ocupacional e sua capacidade para o trabalho, a fim de obter subsídios para instaurar ações que preservem a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida destes trabalhadores.

1.3 Objetivos

- Mensurar o estresse laboral dos profissionais de enfermagem de uma unidade hospitalar prisional;
- Classificar o índice de capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem de uma unidade hospitalar prisional;
- Analisar a associação e a correlação entre o estresse laboral e o índice de capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem de uma unidade hospitalar prisional.

1.4 Hipóteses

- **Hipótese 1:** O estresse laboral dos trabalhadores de enfermagem é alto;
- **Hipótese 2:** A capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem é baixa;
- **Hipótese 3:** O estresse laboral influencia na capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem da unidade prisional pesquisada;
- **Hipótese 4:** O estresse laboral está associado a doenças físicas e mentais;
- **Hipótese 5:** O índice de capacidade para o trabalho está associado a doenças físicas e mentais.

1.5 Justificativa e Relevância do Estudo

Esta pesquisa encontra-se inserida no campo da saúde do trabalhador, que se destina à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e está em consonância com um dos objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), qual seja, conhecer a realidade da classe trabalhadora, independentemente da sua forma de inserção no mundo do trabalho e do vínculo trabalhista (Brasil, 2012a).

Embora a PNSTT contemple toda a população brasileira, esta preconiza as pessoas e grupos em maior vulnerabilidade, como no caso dos trabalhadores informais, as crianças e os adolescentes em situações de trabalho infantil e os trabalhadores que desenvolvem suas atividades em situações precárias de trabalho.

Ao introduzir a ideia de trabalho precário, deve-se pensar em questões que remetem à vulnerabilidade, cujo sentido léxico da palavra vulnerável de acordo com Houaiss (2009), assume o sentido de "ferido", "sujeito a ser atacado", "derrotado", "frágil", "prejudicado ou ofendido".

Os estudos envolvendo o sistema prisional, via de regra são sobre a população privada de liberdade ou sobre os profissionais de segurança. Essa pesquisa amplia o conhecimento sobre esse lugar ao olhar para o trabalhador da enfermagem que divide com o pessoal da segurança a responsabilidade sobre a população que ali se encontra.

O estudo sobre o estresse ocupacional entre trabalhadores de enfermagem se justifica uma vez que esses profissionais, em sua atividade laboral no contexto hospitalar, enfrentam uma exigência emocional adicional devido a uma série de estressores, tais como: problemas de relacionamento e interação com membros de outras equipes, mudanças tecnológicas, falta de recursos humanos e de material, assistência de enfermagem que envolve a dor, a morte e as situações de urgência e interferência na vida pessoal, entre outros (Schimidt, 2013).

Sendo assim, a fim de conhecer a produção científica sobre estresse laboral e capacidade para o trabalho no cenário prisional hospitalar, realizou-se em julho de 2023, uma revisão de escopo nas bases de dados PUBMED, SCOPUS, CINAHL, LILACS e BDTD correlacionando os descritores *Occupational Stress, Nursing, Nursing Care, Nurses, Prisons* e termos livres sinônimos. Nesta etapa da busca, a pesquisadora necessitou de um suporte técnico de um profissional da área de biblioteconomia.

Para identificação dos termos de busca foram consultados os vocabulários controlados da área da saúde DeCs (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*). Não foram aplicados filtros de data, idioma e/ou desenho de estudo. O processo de elaboração das estratégias de busca atendeu às recomendações do *Peer Review of Electronic Search Strategies* (PRESS).

A pergunta de pesquisa elaborada foi: O estresse laboral no sistema prisional influencia a capacidade laboral de trabalhadores de enfermagem nas unidades prisionais hospitalares? Foi utilizada a representação da pergunta no acrônimo PCC, onde: P = População – Trabalhadores de enfermagem do Sistema prisional, C = Conceito – Influência do estresse laboral na capacidade para o trabalho e C = Contexto – Unidades prisionais hospitalares.

Após a realização da busca nas bases de dados, 91 registros foram identificados e exportados para o gerenciador de referências *EndNote Web*, sendo removidas 31 duplicatas e totalizando 60 registros.

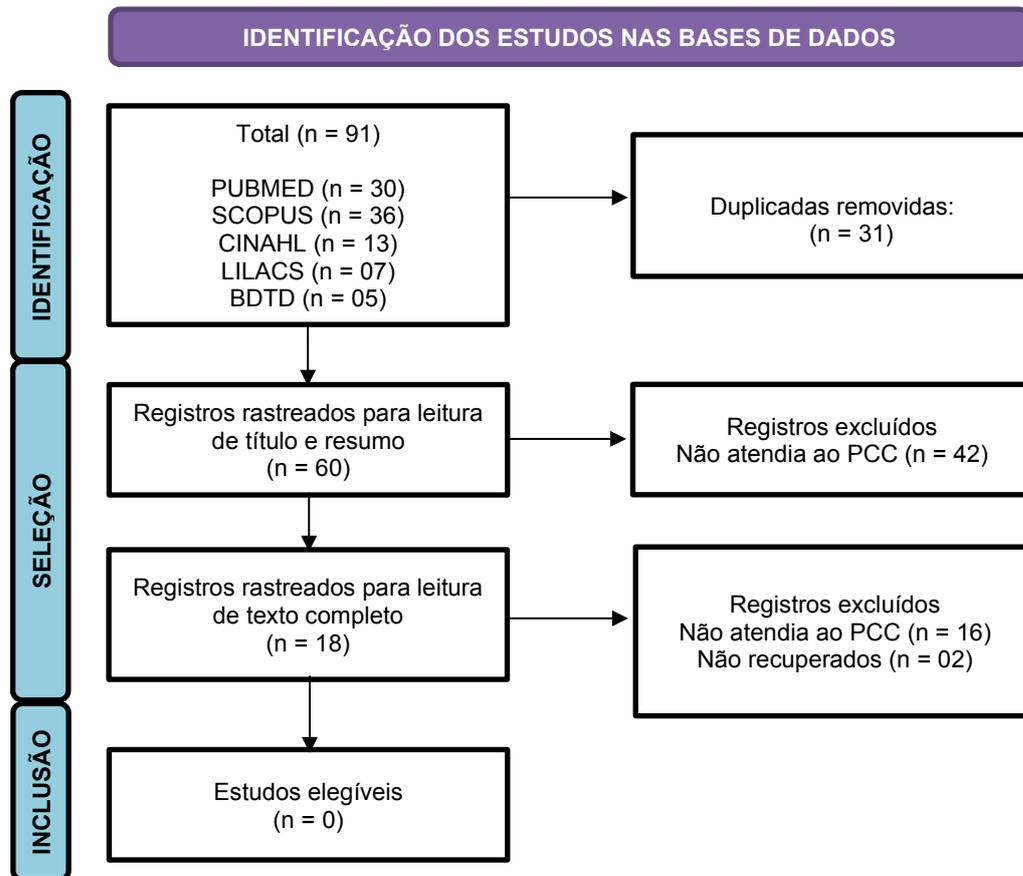
A seleção dos estudos foi realizada através do software Rayyan. Após leitura de títulos e resumos, aplicando os critérios de elegibilidade pré-definidos, 18 estudos foram selecionados para leitura na íntegra, entretanto 02 estudos não foram encontrados na íntegra. Ao final do processo nenhum estudo foi incluído na revisão, conforme o fluxograma PRISMA (Figura 1), apresentado na próxima página.

Após a leitura dos 16 textos selecionados, os achados estavam todos relacionados ao estresse e suas consequências para o trabalhador, porém associados à Síndrome de Burnout, à satisfação no trabalho e ao estresse moral no cenário hospitalar prisional, entretanto se encontravam dissociados da capacidade para o trabalho, que faz parte do objeto desta pesquisa.

Pode-se observar a existência de uma lacuna do conhecimento no que tange o estresse no trabalho e a capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem que atuam no cenário prisional. Esse fato é ressaltado pelo escasso número de publicações científicas voltadas ao assunto, o que torna imprescindível uma investigação acerca dessa temática.

Os resultados desta pesquisa poderão estimular a realizações de outros estudos desta natureza, ampliando deste modo o olhar acerca do trabalho de enfermagem nas unidades hospitalares prisionais e as repercussões sobre a capacidade para o trabalho diante do enfrentamento do estresse laboral.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA da fase de seleção dos estudos



Fonte: PRISMA, 2023.

Deste modo, abre-se a possibilidade para a realização de projetos institucionais voltados para a promoção da saúde e prevenção de agravos, a diminuição do estresse laboral, o aprimoramento da capacidade para o trabalho junto aos trabalhadores de enfermagem, o que pode minimizar a exposição aos riscos inerentes a função, o absenteísmo, o adoecimento e a consequente melhoria da qualidade de vida do trabalhador.

Na esfera educacional, poderá favorecer a discussão acerca da introdução da temática na formação de futuros enfermeiros e técnicos de enfermagem visando preparar esses profissionais para enfrentar os desafios e explorar as oportunidades de atuação no ambiente prisional.

Acrescenta-se a ampliação da produção científica da Linha de Pesquisa - Bases Moleculares, Celulares, Fisiológicas e Ambientais do Cuidado em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, como também, do Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologias, Saúde e Trabalho (PENSAT), da Universidade Federal do Estado

do Rio de Janeiro (UNIRIO), além de contribuir com o estado da arte na produção de artigos, capítulos de livros, apresentação dos resultados em eventos e realização de projetos de extensão.

A relevância da pesquisa é ressaltada devido à natureza e particularidades do trabalho dos profissionais de enfermagem que atuam no ambiente prisional, demandando uma análise e investigação aprofundadas. Isso se revela essencial, considerando que a realidade nas instituições penitenciárias é um domínio marcado por questões que ainda carecem de exploração na literatura nacional e internacional.

2 APROXIMAÇÃO TEMÁTICA

2.1 A Organização do Trabalho em Saúde e a Enfermagem no Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro

O Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro é gerido pela Secretaria de Administração Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro (SEAP), criada através do Decreto n.º 32.621, de 01 janeiro de 2003, como órgão da administração direta. Por ocasião de sua criação a SEAP incorporou o acervo patrimonial, o conjunto de funcionários, bem como as dotações orçamentárias e competências dos órgãos das estruturas relacionadas às prisões até então existentes, em especial, do extinto Departamento do Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro (DESIPE) (Rio de Janeiro, 2003).

A SEAP tem como finalidade, de acordo com o Decreto n.º 47.926, de 19 de janeiro de 2022, desenvolver, coordenar e acompanhar a política criminal e penitenciária do estado do Rio de Janeiro, observando os objetivos da Lei de Execução Penal (Rio de Janeiro, 2022a).

A SEAP também se dedica à reinserção dos egressos do sistema penitenciário, assim como à observação cautelar dos liberados condicionais e dos beneficiados pela suspensão condicional da pena. Adicionalmente, a organização e promoção do trabalho remunerado dos apenados do Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro são metas estabelecidas. Por fim, a SEAP mantém um relacionamento permanente e integrado com o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública e demais instituições afins, com o objetivo de melhor alcançar as metas impostas pela política criminal e penitenciária.

Os estabelecimentos penais são divididos em penitenciárias, cadeias públicas, colônias agrícolas e industriais, as casas de albergado e os hospitais de custódia e os de tratamento psiquiátrico. As penitenciárias são destinadas ao condenado com pena de reclusão em regime fechado; as cadeias públicas, aos presos provisórios; as colônias agrícolas, industriais e similares, aos detentos em regime semiaberto; as casas de albergado, ao cumprimento de pena privativa de liberdade em regime aberto e da pena de limitação de fim de semana e os hospitais de custódia são para presos provisórios ou que estão condenados (Brasil, 1984).

O acesso da população privada de liberdade às ações e aos serviços de assistência à saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080/1990 que regulamenta o SUS e pela Lei de Execução Penal n.º 7.210/1984.

Em 2003, por meio da Resolução n.º 7, de 14 de abril do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), foi recomendada a todos os sistemas penitenciários do

território nacional a implementação de um conjunto mínimo de ações em saúde para a população privada de liberdade, como meio de promover a valorização da cidadania. Além disso, essa medida garantiria que o acesso à saúde no sistema prisional funcionasse como um atenuante para as tensões inerentes ao cárcere (Brasil, 2003a).

Como parte dessa recomendação, ficou determinado que, ao ingressar no sistema prisional, os detentos deveriam passar por uma avaliação de saúde. Tal avaliação visaria conhecer a história pregressa de saúde de cada indivíduo, identificar possíveis riscos de doenças e estabelecer um diagnóstico, possibilitando, se necessário, o início de um tratamento precoce (Brasil, 2003a). Essa abordagem não apenas reforça a importância da atenção à saúde da população carcerária, mas também destaca a perspectiva preventiva e a busca por intervenções eficazes desde o ingresso no sistema prisional.

Adicionalmente, estava prevista uma abordagem de caráter preventivo por meio da realização de exames para a detecção precoce de doenças e agravos, incluindo tuberculose, HIV/AIDS, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes. Além disso, contemplava-se a imunização contra a hepatite B e o tétano (Brasil, 2003a). Essa estratégia preventiva complementa a iniciativa de avaliação de saúde no ingresso ao sistema prisional, reforçando o compromisso com a promoção da saúde e prevenção de doenças entre a população carcerária.

Ainda no contexto das medidas estabelecidas em 2003, pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), todas as informações referentes à saúde dos presos, obtidas por meio da avaliação de saúde ao ingressar no sistema prisional, deveriam ser registradas em prontuário individualizado. Essa prática assegurava o respeito ao sigilo de todas as informações coletadas. Em situações de transferência do preso para outra unidade prisional, ficou determinado que seu prontuário acompanhasse o detento para garantir a continuidade do cuidado e a manutenção do histórico de saúde (Brasil, 2003a).

Ainda no mesmo ano de 2003, os Ministérios da Saúde e da Justiça e Segurança Pública introduziram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), estabelecido por meio da Portaria Interministerial n.º 1.777/2003. Esse plano marcou uma mudança significativa ao considerar a saúde nas prisões como uma política pública de saúde. Ele delineou a implementação de diversas ações voltadas para a promoção de saúde e atenção básica, abrangendo aspectos como saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como serviços essenciais como assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais. O propósito central desse plano era contribuir ativamente para o controle e/ou redução dos agravos mais comuns à saúde da população penitenciária brasileira (Brasil, 2003b).

Diante das críticas direcionadas ao PNSSP e do esgotamento desse modelo, surgiu uma percepção urgente da necessidade de integrar as Pessoas Privadas de Liberdade ao SUS. Esse movimento foi fundamentado nos princípios da integralidade da atenção, equidade em saúde e participação popular. Assim, todas as diretrizes e ações relacionadas à saúde dessas pessoas passaram a ser guiadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (Brasil, 2014a). Essa mudança reflete um novo paradigma, buscando aprimorar o cuidado com a saúde da população carcerária no Brasil.

A PNAISP foi instituída pela Portaria Interministerial n.º 01, de 02 de janeiro de 2014, e sua respectiva operacionalização, pela Portaria n.º 482, em 1º de abril de 2014. O objetivo geral desta Política é de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral no SUS (Brasil, 2014b).

Os princípios da PNAISP incluem o respeito aos direitos humanos e à justiça social, a busca pela integralidade na atenção à saúde da população privada de liberdade e a promoção da equidade, ao reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos. A PNAISP inclui, também, a implementação de iniciativas para criar ambientes humanizados e saudáveis, a corresponsabilidade interfederativa na organização dos serviços, levando em consideração a complexidade das ações desenvolvidas e a valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão das políticas de saúde para as pessoas privadas de liberdade (Brasil, 2014a).

Esta Política tem como diretrizes a promoção da cidadania e a inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança, a atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional, o respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômico sociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero, e a intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde (Brasil, 2014a).

Em termos assistenciais, a PNAISP preconiza a inserção de uma unidade de saúde nas penitenciárias, com equipe multidisciplinar adequada a quantidade de apenados, devendo ser composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, assistente de consultório dentário, psicólogo e assistente social (Brasil, 2014a).

A partir da PNAISP, as prisões passam a ser compreendidas como parte de um determinado território. E se o presídio faz parte do território, as equipes de saúde que nele atuam precisam alcançar as pessoas privadas de liberdade. As equipes de saúde que atendem às populações em situação prisional são denominadas de equipes de atenção primária prisional. De caráter multiprofissional são organizadas conforme o número de pessoas custodiadas e o perfil epidemiológico dos apenados, sendo divididas, a partir desses critérios, em cinco modalidades, a saber:

- Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo I (eAPP-I);
- Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo I com Saúde Mental (eAPP-I com Saúde Mental);
- Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo II (eAPP-II);
- Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo II com Saúde Mental (eAPP-II com Saúde Mental);
- Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo III (eAPP-III).

Por se tratar de uma Política de adesão, é necessária uma pactuação do estado através de assinatura de Termo de Adesão, de elaboração de Plano de Ação Estadual para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade e de encaminhamento da respectiva documentação ao Ministério da Saúde para aprovação.

Ainda em 2014, em atendimento aos preceitos da Lei n.º 10.216/2001, através da Portaria n.º 94/2014, foi instituído o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais avanços são considerados um grande feito para a garantia da saúde como um direito de todos e para a defesa dos direitos humanos no Brasil (Brasil, 2001; Brasil, 2014c).

Atualmente, de acordo com o 14º ciclo - período de janeiro a julho de 2023 da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), o Estado do Rio de Janeiro dispõe de 50 unidades prisionais, que abrigam uma população de 47.619 pessoas, sendo 46.082 homens e 1.537 mulheres. A capacidade dos presídios do Estado do Rio de Janeiro é de 32.247 pessoas e há um déficit de 15.372 vagas, o que torna o ambiente prisional extremamente insalubre e propício para a propagação de doenças (Brasil, 2022).

O Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN) é uma ferramenta de uso gratuito, fornecida pelo Ministério da Justiça, que visa ao cumprimento da

Lei n.º 12.714, de 14 de setembro de 2012, com a finalidade de coletar informações padronizadas para um mapeamento do sistema penitenciário no país. Seu objetivo é o apoio à gestão prisional, fornecendo subsídios para a formulação de políticas públicas e permitindo o acompanhamento do cumprimento da pena privativa de liberdade, da prisão cautelar e da medida de segurança. As informações são atualizadas a cada ciclo de seis meses.

Em cada uma dessas unidades há um ambulatório. Para as unidades que foram contempladas pela PNAISP, os ambulatórios estão sendo geridos pelas gestões municipais da saúde dos territórios em que se encontram, conforme aponta a política (Brasil, 2014a).

Para a atenção à saúde da população privada de liberdade, o Estado do Rio de Janeiro conta, ainda, com três unidades hospitalares. Duas dessas unidades prisionais hospitalares são destinadas aos portadores de transtorno mental: o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo e o Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros (Rio de Janeiro, 2022b).

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo está situado em Niterói, é a unidade responsável pelo atendimento dos pacientes em cumprimento da medida de segurança e pela prestação do atendimento das intercorrências psiquiátricas das unidades prisionais de Niterói e das unidades próximas (Rio de Janeiro, 2022b).

O Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros está situado no Complexo de Gericinó. É a unidade responsável pelo atendimento dos que ingressam no sistema penitenciário e aguardam a determinação da medida de segurança, pela custódia das mulheres em cumprimento da medida de segurança e pela prestação dos atendimentos das intercorrências psiquiátricas das unidades prisionais de Bangu, que não puderam ser providos pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (Rio de Janeiro, 2022b).

A terceira unidade hospitalar prisional é o Sanatório Penal, que é uma unidade para tratamento de tuberculose. Os doentes com um quadro de suspeita desta doença são encaminhados ao Sanatório Penal para confirmação do diagnóstico e início do tratamento medicamentoso, e seguem com acompanhamento contínuo, com medicação ininterrupta, durante, no mínimo, seis meses, e observação diária nas unidades prisionais de origem (Rio de Janeiro, 2022b).

Completando o quadro de unidades de atenção à saúde para população privada de liberdade há, conforme referido acima, uma UPA. A UPA Hamilton Agostinho Vieira de Castro está instalada dentro do complexo de Gericinó, ocupa uma área de 827 m², com capacidade para receber até 300 pacientes por dia, possui sala de emergência (vermelha), salas de observação masculina com 20 leitos e feminina com 6 leitos, unidade intermediária com 5 leitos, além de

cinco consultórios clínicos e um odontológico, salas de gesso, raio-X e ultrassonografia (Rio de Janeiro, 2022b).

Essa unidade atende casos de urgência e internações clínicas da população carcerária, não sendo necessária a transferência dos apenados para os hospitais da rede pública nos casos de emergência (Rio de Janeiro, 2022b).

O trabalho nessas unidades em que se opera a atenção à saúde no Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro é realizado por uma equipe multidisciplinar e distribuído entre auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, técnicos em saúde bucal, técnicos de Raio-X, técnicos de equipamentos médicos, enfermeiros, médicos, odontólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, fisioterapeutas e biólogos, com diversas inserções institucionais. Em relação à enfermagem, são 430 profissionais conforme informações no Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (Brasil, 2022).

Sob o ponto de vista das inserções institucionais dos trabalhadores de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem), temos o seguinte quadro no Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro: trabalhadores terceirizados, temporários, efetivos e comissionados, com diferentes cargas horária, planos de cargos e salários e, muito provavelmente, de relação com o trabalho (Brasil, 2022).

Até 1998, os profissionais de saúde que atuavam no Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro eram oriundos de diferentes esferas, com predomínio dos profissionais advindos da Secretaria de Saúde, a partir do referido ano, aos profissionais cedidos somam-se os profissionais concursados para servir à Secretaria de Estado de Justiça e do Interior, então responsável pela gestão do sistema na ocasião.

Entretanto, com a municipalização de alguns hospitais estaduais, ocorrida em 2016, adensou o número de cedidos dessa secretaria, na medida em que alguns trabalhadores desses hospitais foram lotados nos ambulatórios prisionais e nos hospitais de custódia (Rio de Janeiro, 2016).

O início da implantação da PNAISP, em 2019, implicou no aumento da diversidade de inserções institucionais dos profissionais de saúde com atuação no Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro. Com a PNAISP, os funcionários outrora lotados nos ambulatórios prisionais, foram redirecionados para as unidades hospitalares prisionais, devido à passagem desses ambulatórios para a gestão municipal de saúde.

O processo de trabalho destes profissionais e a assistência aos apenados devem estar fundamentadas nos princípios da Lei Orgânica da Saúde (LOS) com o intuito de incluir os

apenados no SUS, visando à resolubilidade da assistência e o respeito à cidadania, tendo em vista o reconhecimento dos variados problemas de saúde que decorrem da situação de confinamento (Brasil, 2014a).

Os profissionais de enfermagem que prestam a assistência de saúde dentro das unidades prisionais devem resguardar os mesmos princípios, deveres e direitos dos profissionais de enfermagem que atuam fora dos limites do sistema prisional, pautando suas ações de acordo com o código de ética de enfermagem, garantindo que a assistência seja isenta de danos resultantes de imperícia, negligência e imprudência.

O que corrobora com Souza (2006), que ressalta que a equipe de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem) que atua na realidade das prisões, além de possuir o Código de Ética Profissional como um elemento norteador, deve atentar para os outros códigos que permeiam essa prática, tais como: a Declaração Universal dos Direitos Humanos; a legislação internacional e os direitos das pessoas sob custódia da justiça; a legislação nacional e direitos humanos que constam na Constituição Federativa do Brasil; a Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984, que institui a Lei de Execução Penal e a Declaração do Conselho Internacional dos Enfermeiros, de 1983.

2.2 Estresse Ocupacional

A teoria do estresse foi formulada nos anos 1930 pelo endocrinologista canadense Selye. Segundo Seligman-Silva (2011), este é o modelo que mais se adequa a formulação de bases de dados para estudos quantitativos e tem sido utilizado em estudos epidemiológicos que procuram identificar os estressores (fatores de risco) em diferentes áreas da economia e ocupações, e este modelo tem como referencial básico a fisiologia.

Em 1936, Hans Selye publicou o seu experimento com ratos, após expô-los a diferentes agentes, tais como: frio, lesões, choques, exercícios em excesso, intoxicações por diversas drogas e descreveu que o organismo respondia ao dano através de um conjunto de reações não específicas desencadeadas quando o organismo é exposto a um estímulo ameaçador à manutenção da homeostase. A esse conjunto de reações, ele denominou de Síndrome de Adaptação Geral (SAG), que se apresenta em três estágios:

O primeiro estágio é conhecido como estágio de alarme, que ocorre quando a pessoa percebe algo estressante e o corpo inicia uma resposta de luta ou fuga, que ocorre de 6 a 48 horas após a exposição ao agressor. O segundo estágio é conhecido como resistência e ocorre se o estresse percebido continuar, trata-se da tentativa de retomada da homeostasia. O terceiro

e último estágio é o de esgotamento, em que o organismo continua recebendo os estímulos agressores, os sinais de alarme reaparecem, mas agora são irreversíveis, podendo desencadear alguma doença (Selye, 1936).

A autora Lipp (2005) descreve as etapas do estresse de forma semelhante a Selye (1936), porém ela descreve o processo de estresse em 4 etapas: alarme, resistência, quase-exaustão e exaustão. A diferenciação das etapas ocorre pela exposição da ação do estressor e pelo aparecimento de sintomas físicos e psicológicos.

Para Lipp (2005), a etapa de alarme será a primeira resposta do organismo perante o estressor, em que são iniciadas várias reações fisiológicas para a sobrevivência, dentre elas o aumento da pressão arterial e do nível de atenção. A etapa da resistência acontece quando o fato estressor permanece, possibilitando o indivíduo a desenvolver hipertensão arterial, podendo também, produzir comportamento de isolamento social. A quase-exaustão é caracterizada pelo começo do enfraquecimento do organismo em virtude do estresse, possibilitando o aparecimento de doenças. A etapa de exaustão se ressalta em virtude da impossibilidade de resistência ao estressor, levando o indivíduo a desenvolver patologias graves, de ordem orgânica e/ou psíquica. Nessa etapa podem ser observadas algumas doenças autoimunes, doenças cardíacas, depressão, entre outras-

Contudo, apesar do trabalho de Selye ter sido amplamente aceito, algumas críticas foram apresentadas à sua posição, devido ao conceito de estresse como resposta fisiológica não específica. Alguns autores não discordam totalmente da ideia do estresse como resposta fisiológica ao estressor, mas compreendem que existe uma reação emocional concomitante às situações que são julgadas como estressantes (Stacciarini; Tróccoli, 2002).

Alguns autores acreditam que os pesquisadores tendem a dividir o estresse em três tipos básicos: sistêmico ou fisiológico, psicológico e social. O sistêmico diz respeito aos distúrbios dos sistemas e tecidos corporais. O estresse psicológico está associado aos fatores cognitivos e o estresse social com o comprometimento de uma unidade ou sistema social. Mesmo assim, estes autores não estão convictos sobre esta definição e acreditam que o estresse é um processo psicológico no qual variáveis cognitivas afetam a compreensão dos eventos estressantes e o que define o estresse é a percepção do indivíduo sobre a situação (Stacciarini; Tróccoli, 2002).

O estresse ocupacional é aquele proveniente do ambiente de trabalho, ou seja, é um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador e que, por este motivo, podem afetar a saúde. Os principais fatores estressores presentes no ambiente de trabalho envolvem os aspectos da organização, administração e sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas, porém a quantidade de estresse que cada pessoa experimenta pode ser

modulada por fatores como sua experiência no trabalho, o nível de habilidade, o padrão de personalidade e a autoestima (Lipp, 2001).

O estresse no trabalho afeta não só a saúde do trabalhador, mas também a economia dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Vários estudos foram realizados sobre os efeitos do estresse nas organizações e no adoecimento do trabalhador, podendo ser a causa do desenvolvimento de diversas doenças ou estar relacionado a outras patologias que determinam o absenteísmo do profissional de enfermagem causando prejuízo tanto para o trabalhador quanto para o empregador (Schmidt, 2013; Moraes Filho; Almeida, 2016).

Esse, também está associado a aspectos que envolvem percepções e reações típicas individuais no contexto profissional, além de situações e características do ambiente de trabalho. Pesquisas demonstram que o estresse ocupacional, a satisfação no trabalho, as características de personalidade, as estratégias de coping e o bem-estar físico e mental estão interligados (Stacciarini; Tróccoli, 2002).

Essas relações complexas entre as condições do trabalho, condições externas ao trabalho e características do trabalhador, nas quais as demandas do trabalho ultrapassam as habilidades do trabalhador para enfrentá-las, causam desgaste anormal e/ou diminuição da capacidade do organismo para o trabalho, em consequência da sua incapacidade para tolerar, superar ou se adaptar às exigências de natureza psicológica, percebidas como demasiadas, intransponíveis e intermináveis (Stacciarini; Tróccoli, 2002).

A preservação da saúde mental de um trabalhador está relacionada à percepção do mundo exterior e aos recursos que dispõe para atender às demandas e aos estímulos aos quais está exposto. Quanto maior a compreensão e o controle das pressões e das situações que o influenciam melhor será a adaptação e as respostas que esse trabalhador produzirá. No entanto, se o estresse permanecer, seu efeito sobre o indivíduo será contraproducente, desestimulando a realização de tarefas, provocando sentimentos de solidão, impotência, desânimo e diminuindo sua capacidade para o trabalho (Trindade, 2007).

As atividades na enfermagem são marcadas por estressores provenientes de sobrecargas físicas e mentais, os quais estão relacionados a resultados adversos, tais como abandono da profissão, lesões e enfermidades, ausências no trabalho, insatisfação profissional, deterioração na qualidade de vida e diminuição da capacidade laboral (Martinez; Latorre; Fischer, 2017).

2.3 Capacidade para o Trabalho

A capacidade para o trabalho é a autopercepção do trabalhador em relação a sua condição para a execução do trabalho e é o resultado das relações entre os recursos individuais (capacidade física e mental, habilidade e conhecimento, estilos de vida, condições sociodemográficas e valores), demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, cultura organizacional e o ambiente do trabalho (Ilmarinen, 2009).

O *Finnish Institute of Occupational Health* (FIOH) – Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional – desempenhou um papel crucial na abordagem do envelhecimento da população trabalhadora na Finlândia. A partir dos anos oitenta, o FIOH desenvolveu estudos pioneiros que estabeleceram uma base teórica sólida sobre os determinantes, consequências e medidas de intervenção relacionadas a esse fenômeno (Martinez; Latorre; Fischer, 2010).

Esses estudos não apenas aumentaram a compreensão dos desafios enfrentados pela população trabalhadora em envelhecimento, mas também forneceram conhecimentos valiosos para informar políticas governamentais. Com base nas descobertas desses estudos, o governo finlandês pôde formular e implementar políticas destinadas a manter e promover a capacidade de trabalho dos trabalhadores (Martinez; Latorre; Fischer, 2010).

Durante os anos noventa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um relatório sobre o assunto. Esse relatório considerou que a capacidade para o trabalho deveria ser entendida no sentido amplo e abrangente de todas as capacidades funcionais, físicas, mentais e sociais. E afirmou que a combinação entre a capacidade para o trabalho visando à execução de um determinado trabalho específico e as demandas da tarefa executada influenciam na produtividade e podem ser causa de estresse, de doenças e de incapacidades ligadas à profissão (OMS, 1993).

No ano de 2000, a OMS incluiu a promoção da capacidade para o trabalho como um dos objetivos da promoção da saúde no local de trabalho. Desde então, pesquisadores em vários países têm conduzido estudos sobre o tema (Martinez; Latorre; Fischer, 2010; WHO, 2000).

Outros autores acrescentam que a capacidade para o trabalho é importante sob ponto de vista do indivíduo, da organização do trabalho e da sociedade e argumentam que ter uma boa capacidade para o trabalho, aumenta o bem-estar e apoia a manutenção do indivíduo no emprego, sendo alguns fatores, determinantes para a manutenção de uma boa capacidade para o trabalho e que devem ser observados, tais como: os aspectos sociodemográficos, a saúde, o estilo de vida, a educação, a expertise e as condições de trabalho (Cordeiro; Araújo, 2016; Gould *et al.*, 2008).

Outros estudos apontaram que observar e priorizar a promoção da capacidade para o trabalho como uma necessidade, melhoraram a própria capacidade para o trabalho, a saúde e o preparo do trabalhador para a execução de suas tarefas, e que tal fato reverberou na produtividade e na qualidade de vida dos trabalhadores, proporcionando um envelhecimento mais saudável que é fruto de um investimento de longos anos em promoção da capacidade para o trabalho (Ilmarinen, 2006; Tuomi *et al.*, 2010).

A avaliação da capacidade para o trabalho tem ganhado destaque no âmbito da saúde ocupacional devido aos impactos na força de trabalho, decorrentes do envelhecimento precoce e da transição demográfica, causados pelo envelhecimento da população. Essa avaliação fundamenta iniciativas e planos para preservação e/ou aprimoramento da capacidade do trabalho, com o intuito de promover condições laborais e qualidade de vida mais saudáveis (Cordeiro; Araújo, 2016).

Em uma pesquisa na região Sul do Brasil, com trabalhadores de enfermagem no pronto-socorro, as autoras destacam que, a capacidade para o trabalho tem sido objeto de investigação em pesquisas nacionais e internacionais, demonstrando o interesse dos pesquisadores em desvelar as situações que podem afetar a saúde dos trabalhadores no contexto laboral e estabelecer estratégias de ação para a promoção da saúde (Magnago *et al.*, 2013).

O instrumento utilizado para a avaliação da capacidade para o trabalho é o questionário de Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Este questionário foi desenvolvido pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, sendo traduzido e adaptado para o português por pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Departamento de Saúde Ambiental, da Universidade Federal de São Carlos: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP: Departamento de Medicina Preventiva e Social (Tuomi *et al.*, 2010)

Esse índice foi validado por Martinez, Latorre e Fischer (2009), podendo ser utilizado tanto em abordagens individuais quanto de grupo, apresenta uma combinação de várias dimensões da capacidade para o trabalho, o que torna a pesquisa vantajosa (Gould *et al.*, 2008), pode ser usado para avaliar, promover, manter a capacidade para o trabalho e ainda acompanhar trabalhadores que precisam lidar com uma limitação ou doença no trabalho, podendo também ser utilizado na reabilitação e tratamento dos mesmos (Tuomi *et al.*, 2010).

Em um estudo sobre a capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Brasil, as autoras relatam que vários são os fatores associados à prevalência da capacidade para o trabalho e que influenciam na redução deste e consequente incapacidade. Entretanto, o estilo de vida dos trabalhadores é um marcador da capacidade para o trabalho, sendo os trabalhadores que adotam

hábitos saudáveis como atividades de lazer e atividades físicas, o não uso de bebidas alcoólicas e do tabaco apresentam uma maior capacidade para o trabalho (Cordeiro; Araújo, 2016).

Cordeiro e Araújo (2016) observam que os fatores ligados à capacidade para o trabalho apresentaram variações entre diferentes categorias profissionais. No entanto, destacam a correlação entre os fatores individuais, relacionados à saúde, e os elementos associados ao ambiente de trabalho e à organização laboral como determinantes dos indicadores de capacidade para o trabalho.

Sendo assim, os serviços de saúde do trabalhador devem estar atentos tanto para a participação do trabalhador, nas questões relacionadas à sua saúde, quanto na dinâmica de determinação social, política e histórica, ajuizando que a associação destes elementos influencia a capacidade para o trabalho e o processo de saúde/adoecimento (Tuomi *et al.*, 2010). E nessa perspectiva, devem ser promovidas ações e vigilância à saúde, bem como incentivar a construção de uma conduta direcionada ao bem-estar individual e à adoção de um modelo de vida saudável.

2.4 Saúde do Trabalhador

A saúde do trabalhador configura-se como uma área de práticas e saberes estratégicos interdisciplinares (técnicos, sociais, políticos, humanos), multiprofissionais e interinstitucionais, voltada para analisar e intervir nas relações de trabalho causadoras de adoecimentos e agravos. Os seus quadros de referência são os da saúde pública, ou seja, promoção, prevenção e vigilância (Minayo Gomez; Thedim-Costa, 1997).

A atenção à saúde do trabalhador não é algo novo no Brasil. Internacionalmente, suas origens remontam à medicina do trabalho, que surgiu na Inglaterra no século XIX, com a Revolução Industrial, surgiu como uma especialidade médica. À época, os trabalhadores eram submetidos a uma produção acelerada e desumana, o qual não poderia permanecer desta forma, pois era incompatível com a sobrevivência e com o próprio processo de trabalho (Mendes, 1991).

A medicina do trabalho, no entanto, demonstrava uma preocupação com os interesses do capital, pois eram serviços dirigidos por pessoas da total confiança do empresariado, além de serem serviços centrados na figura do médico, que abarcava todos os serviços desde a prevenção dos danos à saúde até a responsabilidade pelos demais problemas de saúde (Mendes; Dias, 1991).

O contexto econômico do pós-guerra ocasionou um custo alto para os trabalhadores que permaneceram trabalhando em condições extremamente adversas, o que ocasionou o aumento das doenças ocupacionais, dos acidentes do trabalho e com muitos outros desdobramentos, demonstrando a insuficiência da medicina do trabalho na resolução de problemas de saúde relacionados aos processos de produção (Mendes; Dias, 1991).

Desta forma, a saúde ocupacional, tenta suprir esta lacuna com uma característica multiprofissional e interdisciplinar e voltada para a higiene industrial (Mendes; Dias, 1991).

Embora, algumas mudanças tenham ocorrido na legislação trabalhista brasileira, com o acréscimo das equipes multidisciplinares nos locais de trabalho, nos termos da Portaria n.º 3.214/78, a saúde ocupacional ainda apresentava características do modelo da medicina do trabalho e ainda era destinada ao trabalhador formal (Brasil, 1978).

A partir da institucionalização do SUS, a saúde do trabalhador vem se firmando como um campo da saúde coletiva, sendo definida como um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, com vistas à recuperação e à reabilitação da saúde daqueles que estão expostos aos riscos e agravos adquiridos em função de suas condições do trabalho (Brasil, 1990).

O primeiro marco na construção do que se conhece hoje como saúde do trabalhador é a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (RENAST), instituída através da Portaria n.º 1.679, de 20 de setembro de 2002, do Conselho Nacional de Saúde. Sua criação determinou que as secretarias estaduais de saúde elaborassem um plano estadual de saúde do trabalhador, com o objetivo de organizar e implantar ações de saúde na rede de atenção básica, na rede assistencial de média e alta complexidade, bem como criar uma rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (Brasil, 2002).

A RENAST é uma rede de serviços de assistência e vigilância em saúde do trabalhador no âmbito do SUS e têm como objetivo ampliar o acesso e executar ações de promoção, proteção e de vigilância em saúde com vistas à qualificação das ações de saúde do trabalhador nos diversos territórios (Brasil, 2002).

Os CEREST são responsáveis pela articulação (intra e intersetorialmente) das ações voltadas à saúde do trabalhador, em todos os âmbitos, fornecendo suporte técnico e apoio ao SUS. Ainda, realiza a prevenção, vigilância em saúde do trabalhador e elabora o perfil epidemiológico dos trabalhadores por região de saúde.

A cada quadriênio, o Plano Nacional de Saúde (PNS) estabelece metas e indicadores a serem observados pelos CEREST. Além disso, a saúde do trabalhador conta com o Plano Plurianual, em que são definidas as principais intervenções neste campo. Tais intervenções

englobam inspeções sanitárias, investigações de acidentes de trabalho e orientações a trabalhadores tanto de forma individual quanto coletiva.

Os CEREST existem para atender aos trabalhadores formais dos setores público e privado, trabalhadores autônomos, trabalhador informal e trabalhador desempregado acometido por doença relacionada ao trabalho realizado.

O amadurecimento desses espaços de construção da atenção à saúde do trabalhador leva à principal referência normativa na saúde do trabalhador que é a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSST), homologada em 2012.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora encontra-se em consonância com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador, e aponta o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (Brasil, 2012a).

A saúde do trabalhador, através da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), desempenha suas ações em dois grandes eixos: a vigilância epidemiológica das doenças e agravos relacionados ao trabalho e a vigilância dos ambientes e processo de trabalho, com as funções de identificar os perfis sociodemográficos e de morbimortalidade da população trabalhadora, realizar a análise e o monitoramento da morbimortalidade dos trabalhadores e dos fatores de risco associados às doenças e dos agravos relacionados ao trabalho e identificar o perfil produtivo do território, descrevendo a população trabalhadora de acordo com a ocupação, a atividade econômica, os riscos dos ambientes e os processos de trabalho, mapeando a rede de suporte social e de serviços de saúde que prestam assistência integral aos trabalhadores (Brasil, 2022).

A vigilância dos processos e dos ambientes de trabalho é uma das ações da saúde do trabalhador que pode ser realizada através de inspeções nos locais de trabalho, com entrevistas com os trabalhadores, familiares, empregadores, exames ocupacionais, através da análise de documentos como prontuários, de Programa de Prevenção a Riscos Ocupacionais, do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional, entre outros com o objetivo de promover e proteger a saúde dos trabalhadores, tornando o ambiente de trabalho saudável (Bahia, 2014).

Esta vigilância dos processos e dos ambientes do trabalho é necessária para o conhecimento da saúde dos trabalhadores. Podemos perceber que esta tem sido uma preocupação da recém-criada Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), que por meio da sua Coordenação Nacional de Saúde, em junho de 2023, fez uma chamada em seu sítio para que os servidores penitenciários de todo o país compartilhassem suas experiências em Saúde e Qualidade de Vida. Esta iniciativa teve como objetivo, dar visibilidade às ações

realizadas no sistema penitenciário nacional e compartilhar as experiências exitosas que possam inspirar outros profissionais a promover a qualidade de vida dos servidores penitenciários (agentes, policiais penais, profissionais da saúde, profissionais da educação, entre outros).

No mês de junho 2023, a Coordenação Nacional de Saúde da SENAPPEN realizou um Webinar Nacional de Lançamento do Projeto VALORIZA - SAÚDE EM FOCO. Este evento foi direcionado aos gestores e aos servidores que atuam no sistema prisional, inclusive aqueles que trabalham diretamente nas unidades prisionais.

Este projeto tem como parceria a Fundação Oswaldo Cruz, que apresentou a campanha nacional de valorização e promoção da saúde dos servidores penitenciários, com a apresentação dos resultados oriundos dos grupos focais realizados nas cinco regiões do país e a sensibilização quanto à importância da adesão à pesquisa qualitativa, que foi realizada do dia 24 de julho a 15 de outubro de 2023, nacionalmente sobre as condições de trabalho físico e mental dos servidores do sistema prisional de todo o país e entre outros temas.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, transversal com abordagem quantitativa.

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em uma unidade hospitalar prisional localizada no Estado do Rio de Janeiro.

3.3 População do Estudo

A população deste estudo é definida como sendo o total de profissionais da saúde que trabalham na instituição e elegíveis, com tamanho $N=51$.

Para consecução dos resultados de interesse realizou-se uma amostra aleatória do universo definido anteriormente, como determina a teoria estatística em Medronho *et al.* (2009), considerando-se uma seleção por amostragem aleatória simples e margem de erro global resultante de no máximo 5% para as proporções estimadas neste estudo, o tamanho mínimo da amostra (n), estimado pelo tamanho da população N , é determinado pela fórmula:

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{z^2 pq}{Nd^2}}$$

Aqui, z refere-se ao valor da variável aleatória com distribuição normal padrão para o qual o valor da função de distribuição acumulada é igual a $(1-\alpha)/2$ (α = nível de confiança). Sendo assim, o valor de z está intimamente ligado ao intervalo de confiança desejado para as proporções de interesse. No presente caso, usamos um intervalo de confiança de 95%, cujo valor correspondente a esta área na curva normal é de 1,96; P é a estimativa preliminar da proporção de interesse e $q = 1 - P$. Devido à insuficiência preliminar de estimativa para as proporções desejadas e o interesse de se estimar várias proporções no estudo, o produto pq foi

substituído pelo seu valor máximo: 0,25 e d refere-se a margem de erro (no caso, 0,05). Portanto, o tamanho mínimo da amostra para este trabalho, foi assim calculado:

$$n = \frac{\frac{1,96^2 \cdot 0,25}{0,05^2}}{1 + \frac{1,96^2 \cdot 0,25}{51 \cdot 0,05^2}} \cong 46 \text{ profissionais.}$$

O tamanho amostral mínimo necessário foi cumprido e a pesquisa está assim sujeita a erros máximos de 5% nas proporções estimadas, ao nível de 95% de confiança, baseando-se no tamanho populacional elegível.

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem) que se encontram lotados na referida unidade hospitalar prisional. A população total foi de 46 servidores, sendo 02 enfermeiros, 21 técnicos de enfermagem e 23 auxiliares de enfermagem.

A pesquisa teve como critério de inclusão profissionais de enfermagem que estavam atuando há mais de 12 meses. Foram excluídos da pesquisa, os trabalhadores de enfermagem que se encontravam licenciados ou em férias no momento da pesquisa.

3.4 Instrumentos

Para a execução desta pesquisa foram utilizados três instrumentos de coleta autoaplicáveis: o Questionário Sociodemográfico Ocupacional (Apêndice 1), o Questionário *Work ability index* (WAI) ou Índice da Capacidade no Trabalho (ICT) (Anexo 1) e a Escala Estresse do Trabalho (EET) (Anexo 2).

O Questionário Sociodemográfico Ocupacional visou à coleta de dados sobre as características pessoais e ocupacionais (idade, sexo, categoria profissional, raça/cor, escolaridade, inserção institucional e situação laboral).

O Questionário ICT apresenta sete itens, sendo cada item avaliado por uma ou mais questões, conforme a Figura 2 abaixo.

Figura 2 - Itens do ICT, número de questões e escore das respostas

Itens	N.º de Questões	Quantidade de pontos (escore)
1. Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida	1	0-10 pontos, valor assinalado no questionário
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	2	Número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho
3. Número atual de doenças diagnosticadas por médico	1 (lista de 51 doenças)	Pelo menos 5 doenças = 1 ponto 4 doenças = 2 pontos 3 doenças = 3 pontos 2 doenças = 4 pontos 1 doença = 5 pontos Nenhuma doença = 7 pontos
4. Perda estimada para o trabalho por causa de doenças	1	1-6 pontos (valor circulado no questionário; o pior valor será escolhido)
5. Falta ao trabalho por doenças no último ano (12 meses)	1	1-5 pontos (valor circulado no questionário)
6. Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	1	1, 4 ou 7 pontos
7. Recursos mentais	3	Os pontos da questão são somados e o resultado é contado da seguinte forma: Soma 0 - 3 = 1 ponto Soma 4 - 6 = 2 pontos Soma 7 - 9 = 3 pontos Soma 10 - 12 = 4 pontos

Fonte: Tuomi *et al.*, 2010.

O item 1 vale de zero a 10 pontos e remete à capacidade atual comparada com a melhor de toda a vida, ou seja, o trabalhador deverá dar uma nota em sua capacidade atual comparada com a época que ele considerava a melhor capacidade para o trabalho (Tuomi *et al.*, 2010).

O próximo item, refere-se à natureza física e mental do trabalho, ou seja, as notas variam de acordo com a natureza do trabalho. Quando a exigência mental for maior que a física, a ponderação será a quantidade de pontos da exigência física multiplicado por 0,5, somado a quantidade de pontos da exigência mental multiplicado por 1,5. Caso seja o inverso, a ponderação da exigência física será 1,5 e da mental 0,5. Para os trabalhos com exigências físicas e mentais, a quantidade de pontos permanece inalterada (Tuomi *et al.*, 2010).

E nesta pesquisa foi adotado que o trabalho de enfermagem prisional apresenta as exigências físicas e mentais. O item 3, envolve o número de doenças que o avaliado apresenta.

Quanto maior o número de doenças e lesões, menor será a pontuação deste item. O item 4 pergunta o quanto essas doenças e lesões impedem a realização do trabalho (Tuomi *et al.*, 2010).

No item 5 é investigado o número de afastamentos do trabalhador em um tempo de 12 meses. O penúltimo item, refere-se a uma prospecção realizada pelo trabalhador, relativamente a sua capacidade para o trabalho dentro de dois anos, comparativamente a avaliação que faz de sua capacidade no presente (Tuomi *et al.*, 2010).

Por fim, o último item refere-se aos recursos mentais do pesquisado. Este item engloba três perguntas, sendo elas, de apreciação das atividades diárias, se o trabalhador é ou não ativo e está sempre alerta, e qual é a esperança para o futuro (Tuomi *et al.*, 2010).

Para a avaliação do estresse no trabalho, a escala utilizada foi a adaptada por Paschoal e Tamayo (2004), constituída por 23 questões dispostas em escala tipo *likert* de cinco pontos, variando de (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) concordo em parte, (4) concordo, (5) concordo totalmente. A EET possui características psicométricas satisfatórias e pode contribuir tanto para pesquisas sobre o tema quanto para o diagnóstico do ambiente organizacional, completando informações advindas de outros instrumentos.

A versão utilizada foi validada considerando o seu fator geral, contando com todos os itens que atribuem escores variando de 23 a 115 pontos, sendo que o indicador 1 representa a resposta mais negativa, enquanto o indicador 5 representa a resposta mais positiva (Paschoal; Tamayo, 2004).

3.5 Coleta de Dados

O período da coleta de dados foi realizado do dia 23 de agosto a 06 de outubro de 2023, numa unidade hospitalar prisional, situada no estado do Rio Janeiro. Para a coleta dos dados foi distribuído um envelope pardo tamanho A4 contendo em seu interior: duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), sendo uma cópia para o participante e outra para a pesquisadora e o instrumento autoaplicável, constituído de três partes conforme descrição acima. Estimou-se que a duração para preenchimento dos instrumentos tenha sido de 40 a 50 minutos.

A pesquisadora esteve presencialmente no local da pesquisa por diversas vezes para realizar a coleta de dados devido a alguns profissionais trabalharem na forma de plantões e em dias diferentes a cada semana. Sendo a pesquisa realizada da seguinte forma: os participantes foram orientados quanto ao teor da pesquisa, após essas orientações, os pesquisados foram convidados a participar da pesquisa e somente após o aceite, eles recebiam um envelope,

preenchiam e assinavam o TCLE, em duas vias, sendo orientados a lacrar o envelope após o preenchimento das questões e a deixarem no setor previamente combinado.

3.6 Análise e Interpretação de Dados

Os dados coletados foram inseridos em planilha eletrônica do *software Excel 2013* e analisados pelo Software IBM-SPSS, versão 20.0.

O ICT foi calculado pelo somatório de pontos obtidos para cada um dos sete itens. O índice busca indicar quão bem está, ou estará, um trabalhador no presente ou em breve. Para isso, ele atua de forma preventiva, avaliando a percepção do colaborador e a realização do seu trabalho em função das exigências de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais (Tuomi *et al.*, 2010). Os resultados foram classificados em quatro categorias de capacidade para o trabalho e variam de 7 a 49 pontos: Baixa (7 a 27 pontos); Moderada (28 a 36 pontos); Boa (37 a 43 pontos); Ótima (44 a 49 pontos).

Para a análise de dados da Escala de Estresse no Trabalho foi realizado o somatório dos escores atribuídos a cada item e, dividido pelo número total de itens da escala, obtendo-se a média aritmética. A partir da média, os participantes do estudo foram classificados quanto à intensidade de estresse. Tendo em vista que a escala oferece cinco opções de respostas com valores variáveis de um a cinco, a análise foi realizada de acordo com a intensidade dos escores, apresentando indicativo de estresse ocupacional: baixo, moderado ou alto. O ponto de corte foi estabelecido pela mediana dos profissionais, após responderem o instrumento. A pontuação referência foi considerada de baixo estresse (1,00 a 2,00), de moderado estresse (2,01 a 3,00) e de alto estresse (3,01 a 5,00).

3.6.1 Metodologia da Análise Estatística

A análise descritiva dos resultados foi feita baseada em gráficos, distribuições de frequências, tabelas cruzadas e cálculo de estatísticas descritivas (proporções de interesse, mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação – *CV*) e teve como objetivo sintetizar e caracterizar o comportamento das variáveis e traçar o perfil dos profissionais. A variabilidade da distribuição de uma variável quantitativa foi considerada baixa se $CV < 0,20$; moderada se $0,20 \leq CV < 0,40$ e alta se $CV \geq 0,40$.

Na análise inferencial do comportamento das variáveis de caracterização da amostra foram realizados testes de significância estatística para analisar se são significativas as

diferenças encontradas entre estatísticas (proporções e médias) de grupos distintos e para analisar a significância da associação entre variáveis.

Na Análise Inferencial das Distribuições de Variáveis Qualitativas, a significância da associação entre duas variáveis ou a diferença entre a distribuição das proporções em grupos independentes foi investigada pelo teste Qui-quadrado, ou alternativamente, quando o teste Qui-quadrado se mostrou inconclusivo, pelo teste Exato de Fisher. A comparação da distribuição de uma variável quantitativa ou de uma variável ordinal, em dois grupos independentes, foi feita pelo Teste de Mann-Whitney devido ao pequeno tamanho amostral dos subgrupos.

A associação entre duas variáveis quantitativas e/ou ordinais foi analisada pelo cálculo do Coeficiente de Correlação de Ordem de Spearman. A significância dos coeficientes de Correlação foi atestada pelo Teste do Coeficiente de Correlação, pelo qual um coeficiente é significativamente não nulo se o p-valor do Teste de correlação for menor que o nível de significância. A correlação entre duas variáveis foi considerada forte somente se o coeficiente de correlação apresentasse valor absoluto maior que 0,7.

Todas as análises foram feitas considerando nível de 95% de confiança e nível de significância de 5%, ou seja, foi adotada a seguinte regra de decisão nos testes: rejeição da hipótese nula sempre que o p-valor associado ao teste foi menor que 0,05. Detalhes da metodologia proposta podem ser encontrados em Fávero *et al.* (2009); Medronho *et al.* (2009); Pagano e Gauvreau, (2004).

3.7 Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu aos preceitos da Resolução n.º 466/2012 do CNS, baseando-se nas Normas de Pesquisa com Seres Humanos (Brasil, 2012b). Os objetivos e as finalidades da pesquisa foram esclarecidos e assegurado o anonimato dos participantes. Cada participante foi convidado a assinar o TCLE, impresso em duas vias. Após a assinatura do TCLE, uma via foi entregue ao participante e a outra guardada em separado pelo pesquisador.

Para a realização desta pesquisa, foi solicitado a anuência à Secretaria de Administração Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro via tramitação de processos SEI n.º 210008/000338/2023, foi autorizada em 29 de junho de 2023, conforme parecer em anexo (Anexo 3), submetida ao CEP da UNIRIO e aprovada sob o parecer consubstanciado n.º: 6.230.778 (Anexo 4).

Declaro que não foi realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos participantes da pesquisa. Tratou-se de uma pesquisa com risco mínimo do tipo psico-intelectual relacionado à possibilidade de o participante cometer algum equívoco durante a análise dos instrumentos e se sentir tensionado ou constrangido durante as respostas ao questionário. Assim, os participantes foram orientados que não estariam se submetendo a nenhum tipo de avaliação técnica e que as respostas não o afetariam moralmente ou profissionalmente, apenas fariam parte de uma pesquisa, não havendo nenhum tipo de punição.

Em nenhum momento foi feita a identificação e/ou invasão à intimidade dos participantes. Os participantes puderam solicitar esclarecimentos em qualquer momento, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, além de total liberdade para recusar a participação antes e/ou durante qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer tipo de prejuízo junto à pesquisadora ou à instituição participante.

Os dados da pesquisa serão publicados, assegurando o sigilo da identidade, ou seja, os nomes dos participantes não serão divulgados, oferecendo total privacidade e anonimato das informações quando divulgadas/publicadas em eventos, livros e artigos científicos. Não houve nenhuma despesa por parte dos participantes da pesquisa e nenhum tipo de ressarcimento financeiro pela participação na pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Na presente seção serão apresentados os resultados da pesquisa relativos às características sociodemográficas e ocupacionais da amostra.

4.1 Caracterização Sociodemográfica e Ocupacional dos Participantes do Estudo

Os resultados desta pesquisa são baseados numa amostra de 46 profissionais de enfermagem, trabalhadores de uma unidade hospitalar prisional, no município do Rio de Janeiro.

Na Tabela 1, dados referentes ao sexo, faixa etária, estado civil e tempo de trabalho dos pesquisados.

Tabela 1 - Total de profissionais por sexo, faixa etária, estado civil e tempo de trabalho, Rio de Janeiro, 2023

Característica	Global (N=46)		
	N	%	
Sexo	Feminino	40	87,0
	Masculino	6	13,0
Faixa etária (anos)	47 -51	2	4,4
	51 -63	33	71,7
	63 -75	11	23,9
	Casado(a)/União estável	26	56,5
Estado civil	Divorciada	4	8,7
	Solteira	13	28,3
	Viúva	3	6,5
	06 - 10	4	8,7
Tempo de trabalho (anos) no SP*	10 - 14	0	0,0
	14 - 18	0	0,0
	18 - 22	0	0,0
	22 - 26	22	47,8
	26 - 30	18	39,1
	30 - 34	2	4,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2023 * Sistema Penal

Com base nas respostas, pode-se afirmar que a maioria dos profissionais de enfermagem que trabalha nesta unidade é do sexo feminino (87,0%).

Uma característica do setor saúde é a presença marcante da divisão sexual do trabalho, em que as mulheres, majoritariamente, assumem funções relacionadas aos cuidados. A prática de cuidados é comumente percebida e reconhecida como algo natural e próprio das mulheres, o que conduz em algumas instâncias a condições de trabalho precárias (Borges; Detoni, 2017).

Assim, o resultado da presente investigação está em consonância com a referida pesquisa sobre as mulheres no setor saúde e com a investigação de Machado *et al.*, (2017) sobre o perfil da enfermagem no cenário brasileiro, em que se observa também um predomínio do sexo feminino.

No que concerne à idade, 33 (71,7%) dos profissionais entrevistados se encontram entre 51 e 63 anos, conforme Tabela 1. Este resultado difere da referida pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil, que encontrou uma enfermagem majoritariamente composta por jovens, em que 61,7 % dos trabalhadores se encontravam em idade até 40 anos (Machado *et al.*, 2017).

A partir do constructo da sociologia das profissões, que divide a vida profissional em fases, considerando a idade e os anos de formação até a sua entrada no mercado de trabalho, tem-se que a 1ª fase é a do início da vida profissional, até 25 anos; a 2ª fase é a de pós-formação profissional, de 26 a 35 anos; a 3ª fase é a de maturidade profissional, para os indivíduos que estão entre 36 e 50 anos; a 4ª fase é a da desaceleração profissional, para os indivíduos entre 51 a 60 anos e a 5ª fase é a da aposentadoria, para os indivíduos maiores de 60 anos (Machado *et al.*, 2017).

Observando-se a faixa etária predominante entre os profissionais pesquisados, a maioria destes se encontra entre as fases da desaceleração profissional e da aposentadoria (Machado *et al.*, 2017). Na desaceleração encontram-se os profissionais que não se disponibilizam para qualquer trabalho, emprego ou mudanças radicais em sua vida profissional, estão na preparação para deixar a vida produtiva (Machado *et al.*, 2017).

Na fase da aposentadoria encontram-se os profissionais que se retiraram do mercado de trabalho, parcial ou totalmente ou ainda estão se preparando para sair. Este é o momento do fim gradual e definitivo da vida profissional. Nessa fase, as pessoas buscam se engajar em atividades e tarefas criativas que proporcionem conforto, prazer e reconhecimento pessoal. Suas escolhas são movidas pela vontade e desejo de fazer o que lhes agrada e dá sentido ao fazer (Machado *et al.*, 2017).

Quanto à conformação do estado civil, a amostra apresenta um perfil predominante de casados/união estável (56,5%) conforme Tabela 1, contrariamente à pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil, de Machado *et al.* (2017), que não apresenta um perfil típico de estado civil.

Quanto ao tempo de trabalho na instituição, tem-se que 40 (86,9%) dos respondentes da pesquisa se encontram entre 22 e 30 anos. Quando somados esses respondentes aos que têm mais de 30 anos de trabalho, o percentual de pesquisados com mais 22 anos de exercício profissional é de 42 (91,2 %).

Utilizando-se da mesma classificação de fases da vida profissional anteriormente referida (Machado *et al.*, 2017), tem-se, no grupo observado, a identificação entre a faixa etária predominante e o tempo de trabalho: de fato, os pesquisados se encontram, em sua maioria, nas fases de desaceleração profissional e aposentadoria.

Na Tabela 2 encontra-se o perfil sociodemográfico dos pesquisados quanto à característica raça/cor.

Tabela 2 - Total de profissionais por raça/cor, Rio de Janeiro, 2023

Característica	N	%
Branca	12	26,1
Parda	22	47,8
Preta	12	26,1
Amarelo	0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Segundo Barata (2009), do ponto de vista estritamente biológico, não há sustentação científica para a noção de raça. Embora não seja útil como indicador de diferenças biológicas, a raça pode ser um marcador importante de desigualdades e injustiças sociais. Portanto, a raça/etnia é oficialmente vista como uma construção sociopolítica em vez de uma categoria baseada em diferenças biológicas.

Alguns autores afirmam que a raça tem impactos significativos na saúde e que usar a raça como uma variável social é essencial para entender melhor como as relações raciais contribuem para as desigualdades sociais em saúde (Barata, 2009; Cunha, 2008; Oliveira, 2004; Gondim, 2020).

Então, em função das observações acima sobre raça, decidiu-se avaliar o perfil étnico racial dos entrevistados e verificar as relações desse fator com o estresse laboral e a capacidade para o trabalho dos pesquisados.

A composição étnico racial dos pesquisados apresenta uma divisão entre os grupos branco e negro¹, em que o primeiro corresponde a 26,1% dos profissionais e o segundo a 73,9%, conforme Tabela 2.

Esses dados convergem com a pesquisa divulgada, em 2017, pelo Conselho Federal de Enfermagem, que analisou o perfil da enfermagem brasileira. Obteve-se como resultado, na

¹ Raça negra se constitui pelo somatório da população preta e parda.

referida pesquisa, que 53% dos profissionais são de origem negra, 42% brancos, 1,9% amarelos e 0,6% indígenas (Machado, *et al.*, 2017).

A Tabela 3 refere-se aos dados quanto à escolaridade e categoria funcional.

Tabela 3 - Total de profissionais por escolaridade e categoria profissional, Rio de Janeiro, 2023

Característica	Global (N=46)		
	N	%	
Escolaridade	Ensino Médio completo	26	56,5
	Ensino Superior incompleto	1	2,2
	Ensino Superior completo	10	21,7
	Pós-graduação	9	19,6
Categoria Funcional	Auxiliar de Enfermagem	23	50,0
	Enfermeiro(a)	2	4,3
	Técnico(a) de Enfermagem	21	45,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Antes da exposição dos dados da presente pesquisa em relação à distribuição dos profissionais quanto à categoria funcional é preciso registrar que a enfermagem é exercida privativamente pelo enfermeiro, pelo técnico de enfermagem, pelo auxiliar de enfermagem e pela parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação da Lei n.º 7.498/1986 (Brasil, 1986).

A amostra revelou que 50% dos entrevistados são auxiliares de enfermagem, 45,7% técnicos de enfermagem e 4,3% enfermeiros. Quanto à escolaridade, a maioria dos entrevistados possui ensino médio completo (56,5%), conforme Tabela 3. Embora o nível de escolaridade exigido para o auxiliar de enfermagem seja o de nível fundamental completo, o concurso SEAP de 1998, determinava que os candidatos para esse cargo, apresentassem a escolaridade mínima de ensino médio, o que talvez, justifique essa aparente dissonância entre as principais frequências para a categoria funcional e a escolaridade.

A amostra revela que 19 (41,3 %) profissionais apresentam nível superior, somados ao de pós-graduação. Entretanto, observa-se uma discrepância nas características dos profissionais por escolaridade e por categoria profissional, uma vez que 2 (4,3%) são enfermeiros (nível superior) e acredita-se que dos demais 17 (37%) pesquisados com nível superior sejam técnicos

ou auxiliares de enfermagem, com cursos na própria enfermagem ou em outras áreas de conhecimento, sem haver alteração na categoria funcional.

Na Tabela 4, constata-se os dados ocupacionais quanto ao vínculo institucional.

Tabela 4 - Total de profissionais por instituição empregadora, Rio de Janeiro, 2023

Característica	Global (N=46)	
	N	%
Vínculo institucional	Servidor SEAP	33 71,7
	Servidor SES	13 28,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Todos os trabalhadores entrevistados eram servidores públicos, porém com vínculos institucionais diferentes, o que implica em diferentes cargas horárias e diferentes planos de cargos e salários, com suas respectivas possibilidades de crescimento profissional. Seus vínculos institucionais encontram-se divididos entre servidores da Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP), que totalizam 33 (71,7%) e os servidores da Secretaria de Estado de Saúde (SES) 13 (28,3%), conforme Tabela 4.

Os profissionais da SEAP são oriundos do concurso para esta secretaria, profissionais selecionados especificamente para trabalhar nas unidades prisionais do Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro, enquanto os funcionários da SES foram relatados para o sistema prisional após a municipalização de alguns hospitais estaduais.

Na Tabela 5, registra-se os dados ocupacionais referentes ao setor e carga horária semanal.

Tabela 5 - Total de profissionais por setor e carga horária semanal na instituição, Rio de Janeiro, 2023

Característica	Global (N=46)	
	N	%
Setor	Ambulatório	29 63,0
	Internação	17 37,0
	20	2 4,3
	24	25 54,3
Carga Horária Semanal	30	9 19,6
	32	9 19,6
	36	1 2,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Os entrevistados encontram-se em sua maioria 29 (63%) trabalhando no ambulatório e os demais 17 (37%) trabalham no setor de internação. A equipe de enfermagem que atua no ambulatório realiza atividades e ações nos programas de tuberculose, hanseníase e vacinação, como também presta atendimento aos apenados em outras unidades prisionais.

Quanto à carga horária semanal, destaca-se que os resultados foram autorreferidos. Desta forma, deve-se observar que a carga horária informada, não corresponde, necessariamente, à carga horária legislada pelos concursos que os pesquisados prestaram, e pode ter sido referida pela carga horária que o pesquisado realiza na instituição.

Como resultados, têm-se que 25 (54,3%) respondentes têm uma carga horária de 24 horas. Observa-se que, autorreferida ou legislada, essa carga horária é menor que aquela pela qual a enfermagem vem lutando.

A profissão de enfermagem ainda não possui uma carga horária regulamentada e a luta pelas 30 horas persiste há anos. A jornada de 30 horas para trabalhos como o da enfermagem é um preceito Constitucional. A Constituição Brasileira, no artigo 7º, inciso XIV, estabelece a jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva (Brasil, 1988).

É importante ressaltar que o trabalho da enfermagem se distingue pela necessidade de uma presença contínua e ininterrupta na prestação de cuidados diretos aos pacientes e usuários dos serviços de saúde, características que diferem das outras profissões da área da saúde.

Na Tabela 6, verifica-se as características quanto ao duplo vínculo e a carga horária total semanal.

Tabela 6 - Total de profissionais por vínculo e carga horária total de trabalho, Rio de Janeiro, 2023

Característica		Global (N=46)	
		N	%
Possui outro vínculo	Não	19	41,3
	Sim	27	58,7
Carga horária total semanal	24 – 30	12	26,1
	30 – 42	9	19,6
	42 – 54	6	13,0
	54 – 60	19	41,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Dos entrevistados 27 (58,7 %) possuem duplo vínculo empregatício. Considerando o duplo vínculo, observa-se que a maioria dos profissionais pesquisados, 25 (54,3%), têm uma carga horária entre 42 e 60 horas semanais, conforme Tabela 6. Esses dados referentes à carga horária são semelhantes àqueles da pesquisa sobre o perfil da enfermagem brasileira, em que a maioria dos profissionais de enfermagem (61,2%) têm jornadas de trabalho de 31 a 60 horas semanais (Machado *et al.*, 2017).

A duplicação de vínculos empregatícios intensifica a exposição dos trabalhadores de enfermagem, sujeitando-os aos riscos físicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes, reduzindo o tempo do descanso e lazer, do convívio familiar e social e do tempo para o cuidado de si e de sua saúde (Rodrigues *et al.*, 2010; Cordeiro, 2012; Souza *et al.*, 2018).

Na Tabela 7, observa-se os resultados quanto à insalubridade e periculosidade.

Tabela 7 - Total de profissionais por adicionais de insalubridade e de periculosidade, Rio de Janeiro, 2023

Característica		Global (N=46)	
		N	%
Recebe adicional de insalubridade	Não	6	13,0
	Sim	40	87,0
Recebe adicional de periculosidade	Não	40	87,0
	Sim	6	13,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

De acordo com a Tabela 7, quanto à percepção do adicional de salário, 40 (87%) dos profissionais recebem o adicional de insalubridade e 6 (13%) o adicional de periculosidade.

O artigo 189 da CLT define as atividades insalubres como aquelas que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixados em razão da natureza e da intensidade do agente, além do tempo de exposição aos seus efeitos (Brasil, 1943).

O adicional de insalubridade corresponde a um acréscimo de 10%, 20% ou 40% sobre o salário mínimo, segundo a classificação nos graus mínimo, médio e máximo, respectivamente, conforme prevê o artigo 192 da CLT (Brasil, 1943). Este adicional é devido a todos os trabalhadores que exercem atividades insalubres, conforme definido pela Norma Regulamentadora n.º 15 (NR-15) do Ministério do Trabalho e Emprego (Brasil, 1978).

O adicional de periculosidade, por sua vez, é um benefício concedido a trabalhadores que desempenham atividades consideradas perigosas, conforme definido pela legislação trabalhista em cada país. Este benefício tem o objetivo de compensar o trabalhador pelo risco

adicional que ele enfrenta no exercício de suas funções. O seu percentual será de 30% sobre o salário base.

No Brasil, o artigo 193 da CLT, na segunda seção, estabelece que o empregado não pode receber cumulativamente os adicionais de insalubridade e periculosidade, devendo optar por um deles caso esteja exposto a ambas as condições. O empregado pode escolher o adicional que considerar mais vantajoso (Brasil, 1943).

A enfermagem quando exercida em ambiente hospitalar se encontra exposta a agentes nocivos, fazendo jus à percepção do adicional de insalubridade. Quando se trata de um ambiente hospitalar prisional, este adicional é mais necessário ainda. O ambiente hospitalar prisional não dispõe de trabalhadores especializados em higiene hospitalar. Este serviço é realizado pelos próprios apenados que se encontram internados e realizam a higiene das suas enfermarias ou pelos “faxinas”² que realizam a limpeza das outras áreas fora das enfermarias.

Trabalhando num ambiente prisional, o profissional de enfermagem também faz jus ao adicional de periculosidade. Então, os pesquisados deveriam ter a oportunidade de optar por um ou outro adicional.

No entanto, de acordo com o caderno de remuneração do Estado do Rio de Janeiro, de janeiro de 2024, consta que o trabalhador de enfermagem, independentemente do seu vínculo ser da SES ou da SEAP, recebe o valor de 100,00 de insalubridade, pois esta questão ainda não foi regulamentada (Rio de Janeiro, 2024).

Apesar de 6 (13%) pesquisados referirem perceber o adicional de periculosidade, o caderno de remuneração do Estado não faz menção a este adicional para o servidor de saúde prisional, SEAP ou SES. O que nos leva a inferir que pode ter havido compreensão equivocada do respondente sobre esse adicional.

Na Tabela 8, evidencia-se as características quanto às condições de renda.

O profissional de enfermagem dessa unidade prisional tem renda típica maior ou igual a 1.700 reais, e menor que 4.072 reais. Tendo como base o salário mínimo de 2023 (R\$ 1.320,00), tem-se que a maioria dos respondentes se encontra entre 1,3 a 3 salários mínimos.

² Faxinas - são os apenados que realizam algum tipo de trabalho no ambiente prisional, seja um trabalho administrativo ou de limpeza. O que os garante a redução de pena pelo trabalho executado.

Tabela 8 - Total de profissionais por renda e renda familiar, Rio de Janeiro, 2023

Característica	Global (N=46)		
	N	%	
	1700 – 4072	32	69,5
Renda (R\$)	4072 – 6444	12	26,1
	6444 – 10002	2	4,4
	1971 – 5409	30	65,2
Renda Familiar	5409 – 8847	9	19,5
	8847 – 14004	7	15,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

*Salário mínimo base em 2023 (R\$ 1.320,00).

A renda familiar típica é maior ou igual a 1.971 reais e menor que 5.409 reais. De acordo com a mesma base, tem-se que a renda familiar está entre 1,4 e 4,09 salários mínimos, conforme Tabela 8.

Para os profissionais de enfermagem vinculados à SEAP, os vencimentos iniciais em 1998, para o auxiliar era de R\$ 922,00 e para o enfermeiro, de R\$ 1.120,00. Não houve concurso para técnico de enfermagem à época.

Tomando por base o salário do auxiliar de enfermagem vinculado à SEAP e tendo como indicadores: o câmbio, o salário mínimo, o valor da cesta básica e o índice nacional de preços ao consumidor amplo (IPCA), avalia-se a perda salarial de dezembro de 1998 a dezembro de 2023, conforme Figura 3, abaixo.

Figura 3 - Demonstrativo da perda salarial do auxiliar de enfermagem da SEAP de dez./1998 a dez./2023, Rio de Janeiro

Salário	Câmbio R\$/US\$ ³	SM (R\$) ⁴	Cesta básica ⁵	IPCA ⁶
Dezembro/1998	1,2087 (dólar)	130,00	100,87 (valor em R\$)	922,00
Salário R\$ 922,00 equivale a	US\$ 762,8	7,09	9,14 (unidades)	---
Dezembro/2023	4,8413 (dólar)	1320,00	738,61 (valor)	4.296,82
Salário R\$ 1.700,00 equivale a	US\$ 333,6	1, 29	2,30 (unidades)	---
Perda salarial	- 56%	- 82%	-75%	- 39,6 %

Fonte: Elaborada pela pesquisadora, 2024.

³ Taxa de Câmbio R\$/US\$ - <https://www.bcb.gov.br/estabilidadefinanceira/historicocotacoes>

⁴ SM - Salário Mínimo - <http://www.ipeadata.gov.br/ExibeSerie.aspx?serid=1739471028>

⁵ Cesta básica - <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/2023/202305cestabasica.pdf>

⁶ IPCA - tem por objetivo medir a inflação de um conjunto de produtos e serviços comercializados no varejo, referentes ao consumo pessoal das famílias.

Observa-se que, independentemente do indicador utilizado, é nítida a perda salarial da categoria auxiliar de enfermagem da SEAP, que de acordo com o indicador mais conservador, o IPCA, apresenta uma perda salarial de 39,6%. Isso indica uma diminuição significativa no poder de compra deste trabalhador ao longo do tempo.

É relevante mencionar a aprovação da Lei n.º 14.434, de 4 de agosto de 2022, que estabelece um piso salarial para os profissionais de enfermagem. Conforme essa legislação, os enfermeiros têm um piso de R\$ 4.750,00, enquanto os técnicos de enfermagem recebem 70% desse valor, e os auxiliares de enfermagem e parteiras recebem 50% (Brasil, 2022a).

Destaca-se que a distribuição dos recursos para os órgãos federais, estaduais e municipais foi publicada em 12 de maio de 2023, por meio da Lei n.º 14.581/23, que assegura uma fonte de recursos para o pagamento do piso nacional da Enfermagem (Brasil, 2023a). Mesmo assim, parte dos pesquisados ainda se encontravam abaixo do piso salarial da enfermagem à época da coleta da pesquisa, que foi de agosto a outubro de 2023.

Na Tabela 9, apresentam-se os dados quanto à percepção do preconceito no trabalho.

Tabela 9 - Total de profissionais quanto à percepção de preconceito, Rio de Janeiro, 2023

Característica		Global (N=46)	
		N	%
Já percebeu algum tipo de preconceito quanto ao seu trabalho no sistema prisional	Não	29	63,0
	Sim	17	37,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Na Tabela 9, constata-se que 17 (37%) participantes perceberam algum tipo de preconceito por trabalhar no sistema prisional.

A hostilidade inerente ao sistema penal e os efeitos deixados nos indivíduos que nele ingressam são amplamente reconhecidos (Carnelutti, 2013; Foucault, 2011; Oliveira, 2011). O contato com o ambiente prisional não é socialmente aceito devido à sua característica como instituição que lida com pessoas consideradas indesejáveis pela sociedade.

A subvalorização do trabalho penitenciário é ilustrada por meio do relato de um agente. Ele narra o caso de um colega que optou por realizar o concurso somente após o falecimento de sua mãe, a qual não concordava com a ideia de seu filho "passar a vida no meio de criminosos" (Varella, 2012, p. 154).

Em um estudo com agentes penitenciárias sobre estigma e discriminação, verificou-se que o estigma penitenciário, não atinge somente às pessoas que ingressam no sistema para cumprir pena, mas também àquelas que nela trabalham (Rudnicki; Schäfer; Silva, 2017).

Para Erving Goffman (2008, p.13), “estigma” é “[...] um tipo de relação entre atributo e estereótipo [...]”. E completa:

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser – incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real (Goffman, 2008, p. 12).

O estigma associado às pessoas encarceradas é também um fator restritivo para as políticas de saúde no ambiente prisional, uma vez que uma grande parte da sociedade mantém preconceitos significativos em relação ao *status* jurídico desses indivíduos, influenciados por discursos legais e de ordem que sugerem que a prática criminal justifica a privação de direitos (Argüello, 2005).

O discurso de lei e ordem, além de interferir na aplicabilidade das políticas públicas, também reflete na falta de interesse por parte dos profissionais de saúde (e de outras políticas) em atuar no sistema prisional, principalmente ao considerarmos que o estigma também pode recair sobre o trabalhador do cárcere e culminar em sua exclusão social (Rudnicki; Schäfer; Silva, 2017).

Outra pesquisa, também com agentes penitenciários, reforça que o preconceito devido ao trabalho no cárcere, aliado à extensa jornada, às situações perigosas e insalubres, ao sentimento de insegurança, ao medo da violência e ao trabalho com equipamentos obsoletos podem contribuir para o adoecimento físico e mental desse trabalhador (Jaskowiak; Fontana, 2015).

Na Tabela 10, constatam-se os dados quanto ao prazer e à satisfação no trabalho, à realização profissional no trabalho, à dificuldade de reconhecimento e ao desejo de sair do trabalho.

Tabela 10 - Total de profissionais quanto ao prazer, à satisfação, à realização profissional no trabalho, às dificuldades para serem reconhecidos e ao desejo de sair do trabalho, Rio de Janeiro, 2023

Característica		Global (N=46)	
		N	%
Sente prazer e satisfação com seu trabalho	Não	28	60,9
	Sim	18	39,1
Se sente realizado profissionalmente	Não	29	63,0
	Sim	17	37,0
Enfrentam dificuldades para serem reconhecidos e respeitados como profissionais qualificados	Não	2	4,3
	Sim	44	95,7
Já desejou sair do trabalho	Não	15	32,6
	Sim, às vezes	29	63,0
	Sim, sempre	2	4,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A satisfação no trabalho pode ser definida como o nível de apreço que um trabalhador tem pela sua atividade profissional. Esta dimensão psicológica tem sido interpretada dessa maneira desde os primeiros estudos de Richard Uhrbrock, em 1934. No entanto, foi apenas em 1976 que Edwin Locke introduziu um modelo teórico abrangente, que se tornou uma referência na Psicologia do Trabalho e das Organizações (PT&O), para a análise da satisfação no trabalho (Hora; Ribas Júnior; Souza, 2018).

Locke (1976) define satisfação no trabalho como o resultado da avaliação que o trabalhador tem sobre o seu trabalho ou a realização de seus valores por meio dessa atividade, sendo uma emoção positiva de bem-estar. Trata-se de um estado emocional, porque a emoção deriva da avaliação dos valores do indivíduo, e por tratar-se de um estado emocional, a satisfação possui dois fenômenos: o de alegria (satisfação) e o de sofrimento, desprazer (insatisfação) (Locke, 1976).

A satisfação profissional tem sido abordada no Brasil e no exterior por ser considerada um dos indicadores de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). A QVT é delineada como o conjunto de atributos do trabalhador e elementos no âmbito do trabalho (Schmidt; Dantas, 2006).

Na presente pesquisa, relativamente ao sentimento de prazer, satisfação profissional e realização profissional, 28 (60,9%) entrevistados não sentem prazer no trabalho e ou satisfação no trabalho e 29 (63%) não se sentem realizados profissionalmente, conforme Tabela 10.

Ter mais da metade dos pesquisados insatisfeitos no trabalho, leva a inferir o quão impactante este dado pode ser na saúde emocional e na qualidade de vida deste trabalhador. A satisfação no trabalho, destemida e sem apreensão, permite que o trabalhador apresente atitudes

positivas de enfrentamento à vida e encontre significado em sua atividade laboral (Dejours, 2018; Seligmann-Silva, 1995).

Em um estudo sobre satisfação de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva, relata-se que a presença contínua de insatisfação do enfermeiro com a sua atividade profissional, associada aos agentes estressores e aos escores de sintomas, sugere o quadro de Burnout, caracterizado como aumento do grau de insatisfação, interferindo em sua saúde e qualidade de vida (Cavalheiro, 2008).

Quanto ao reconhecimento da sua atividade profissional, 44 (95,7 %) participantes declaram que enfrentam dificuldades para serem reconhecidos e respeitados como profissionais qualificados e 31 (67,3%) já desejou sair do trabalho, conforme Tabela 10.

A falta de reconhecimento e a insatisfação dos pesquisados corroboram para o desejo de sair do trabalho, que também é retratado em um estudo fluminense sobre o enfermeiro e a intenção de sair do trabalho. Neste estudo, a autora afirma que o desinteresse dos enfermeiros pela profissão e a intenção de abandono podem estar ligados às diversas ações desenvolvidas por este trabalhador, associadas às exigências do mercado de trabalho, da estrutura das organizações, da equipe de trabalho e dos pacientes (Oliveira, 2014).

Na Tabela 11, denotam-se os dados quanto ao treinamento específico para trabalhar no sistema prisional.

Tabela 11 - Total de profissionais quanto ao treinamento específico, Rio de Janeiro, 2023

Característica		Global (N=46)	
		N	%
Recebeu treinamento específico para trabalhar no sistema prisional	Não	26	56,5
	Sim	20	43,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Conforme a Tabela acima, 26 (56,5%) pesquisados relatam não ter recebido treinamento específico. Destaca-se que não foi especificado o tipo de treinamento oferecido/recebido. Foram, então, considerados quaisquer treinamentos, instruções e cursos realizados para qualificar os profissionais da unidade pesquisada.

No Brasil, com o SUS, a formação dos trabalhadores da saúde passa a ter maior ênfase. No artigo 200 da Constituição Federal fica estabelecido que ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de profissionais no setor (Brasil, 1988).

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que assumiu a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores, da gestão, da provisão, da negociação e da regulação do trabalho no SUS (Brasil, 2003c).

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), através da Portaria n.º 198/GM, de 13 de maio de 2004. Essa política tem como um dos seus objetivos identificar as necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão no setor (Brasil, 2004).

O profissional de enfermagem que atua na unidade hospitalar prisional é um trabalhador que não é visto como um profissional da área técnica da SEAP. A invisibilidade deste profissional permite que ele atue nas unidades prisionais do Estado do Rio de Janeiro, sem uma qualificação específica, o que pode gerar ansiedade e levar ao estresse.

A área de saúde também está presente dentro das unidades prisionais, sendo necessário que a política de educação permanente em saúde alcance os profissionais de saúde dessas unidades, pois não há no Estado do Rio de Janeiro um curso de qualificação para trabalhadores de saúde do sistema prisional. Esses trabalhadores precisam saber lidar com situações que são próprias do sistema como possibilidades de fugas/rebeliões, como se resguardar quanto ao uso de objetos cortantes durante a realização dos cuidados e como proceder caso o próprio profissional de enfermagem se torne um refém/vítima durante o exercício profissional.

Sendo assim, todas essas peculiaridades devem ser discutidas, elucidadas e aprendidas pelo trabalhador de enfermagem antes do seu ingresso no sistema penitenciário.

A ausência dessa qualificação/treinamento pode impactar na capacidade para o trabalho. Essa perspectiva é confirmada por um estudo na Itália, sobre o sofrimento moral em enfermeiros correcionais, em que os autores relatam que a ausência de um treinamento específico para o trabalho prisional contribuiu para o aumento do sofrimento no trabalho e para a escassez de profissionais no setor (Lazzari *et al.*, 2020).

Desta forma, deduz-se que a lacuna deixada pela ausência de treinamento/qualificação pode produzir um impacto negativo sobre a saúde individual e coletiva destes trabalhadores prisionais e ter sérias repercussões em sua vida laboral, produzindo agravos para a sua saúde.

Na Tabela 12, demonstra-se os dados quanto à atividade física, às horas semanais de prática de atividade física por semana, às atividades de lazer e ao número de vezes de atividade de lazer.

Tabela 12 - Total de profissionais quanto à prática de atividade física por horas semanais, de lazer e números de atividades de lazer mensais, Rio de Janeiro, 2023

Característica	Global (N=46)		
	N	%	
Realiza atividade física	Não	25	54,3
	Sim	21	45,7
Horas por semana	0	25	54,3
	1 a 4	15	32,6
	6	5	10,9
	9	1	2,2
Realiza atividade de Lazer	Não	13	28,2
	Sim	33	71,4
Atividades de lazer mensais	0	13	28,3
	1 a 4	25	54,3
	5 a 12	8	17,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A prática de atividade física, quer seja no trabalho, no deslocamento, nas atividades do ambiente doméstico ou no lazer, configura-se como importante fator para a redução das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), como hipertensão, diabetes e obesidade (Brasil, 2023).

As DCNTs são um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo. Segundo a OMS, as DCNTs foram responsáveis por cerca de 74% das mortes ocorridas globalmente em 2019 (WHO, 2022). No Brasil, as DCNTs são igualmente relevantes, tendo sido responsáveis, em 2019, por 54,7% do total de óbitos registrados, correspondendo a mais de 730 mil óbitos (Brasil, 2023).

De acordo com um estudo com docentes do Ceará sobre as práticas de atividade de lazer, os autores relatam o lazer como um elemento importante para o desenvolvimento humano e que pode ter reflexos em diversas áreas da vida da pessoa, proporcionando satisfação e qualidade de vida (Araújo Pessoa; Nascimento, 2008).

No documento acima, evidencia-se que parte considerável da população brasileira se encontra fisicamente inativa, inclusive no tempo de lazer (Brasil, 2023). Na presente pesquisa, observa-se quanto aos hábitos de atividade física que os profissionais de enfermagem da unidade investigada, em sua maioria, não realizam atividade física 25 (54,3%). Esses achados são semelhantes ao da pesquisa de Machado *et al.* (2017) segundo a qual, mais da metade da equipe de enfermagem pesquisada não realizava nenhum tipo de esporte ou atividade física.

Em contrapartida e contrariamente à referida pesquisa sobre a população brasileira, os pesquisados em sua maioria realizam atividade de lazer, 33 (71,41%) tipicamente de 1 a 4 vezes por mês, conforme Tabela 12.

4.2 Análise da Escala de Estresse no Trabalho - EET

Para a investigação do estresse no trabalho para os profissionais da unidade prisional pesquisada, utilizou-se a Escala de Estresse no Trabalho (EET) proposta por Paschoal e Tamayo (2004), que apresenta 23 itens e três categorias de classificação do escore: baixo, médio e alto. O escore baixo de estresse varia entre 1,0 e 2,0, o escore médio de estresse varia entre 2,01 e 3,0 e o escore de estresse alto varia entre 3,01 e 5,0.

A observação desses resultados nos permite encontrar o escore de estresse dos profissionais de enfermagem da unidade prisional investigada, apresentado na Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição de frequências do escore de estresse dos profissionais, Rio de Janeiro, 2023

Escore	Global (N=46)		
	N	%	
1,0 – 2,0 (Estresse Baixo)	15	32,6	
Escore de Estresse	2,01 – 3,0 (Estresse Moderado)	24	52,2
	3,01 – 5,0 (Estresse Alto)	7	15,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Segundo Paschoal e Tamayo (2004, p. 46), o estresse ocupacional é caracterizado "como um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais, ao exceder sua habilidade de enfrentamento, provocam no sujeito reações negativas".

Assim, de acordo com a Tabela 13 a distribuição das frequências do escore de estresse dos respondentes, mostram uma maioria composta pelo escore moderado, 24 (52,2%) respondentes, sendo a prevalência de estresse alto igual a 7 (15,2%).

No estudo comparativo que investigou 454 enfermeiros de um sistema prisional estadual do Nordeste dos Estados Unidos, com o objetivo de avaliar o nível de satisfação e estresse desses profissionais, a autora relatou que os enfermeiros correcionais funcionam sob alto estresse no ambiente de trabalho. Este alto estresse é explicado devido à natureza de seus clientes (apenados) e ao conflito entre a necessidade de segurança e a necessidade de cuidados de saúde. Este conflito é denominado como custódia versus cuidado (Flanagan, 2006).

Na Europa, especificamente em Portugal, registra-se uma pesquisa com 95 enfermeiros que trabalham nas prisões centrais portuguesas. Os autores afirmam que os enfermeiros que

trabalham em prisões têm níveis de *Burnout* mais elevados do que os enfermeiros em geral, bem como níveis elevados de exaustão emocional e física (Mendes; Claro; Robazzi, 2014).

Ainda no continente europeu, um estudo com 36 profissionais de saúde e agentes de segurança de uma prisão na Inglaterra revelou que o trabalho no ambiente estressante prisional e a exposição a eventos traumáticos podem tornar vulneráveis os profissionais de saúde e os agentes penitenciários, levando-os ao esgotamento, à fadiga por compaixão e à satisfação por compaixão (Bell; Hopkin; Forrester, 2019).

E, ainda, dada a importância da temática, considerou-se pertinente destacar os componentes da escala de estresse, com registro de maior frequência na visão dos investigados.

Na Tabela 14 estão descritas as frequências de respostas da escala de Likert para cada item da EET, para a amostra dos 46 participantes.

Os componentes da Escala de Estresse no Trabalho (EET) foram criados com base na revisão da literatura sobre fatores de estresse psicossocial no ambiente de trabalho, assim como nas respostas psicológicas ao estresse ocupacional, além da análise de instrumentos estabelecidos (Paschoal; Tamayo, 2004).

Cada componente da EET aborda tanto um estímulo de estresse quanto a reação correspondente. A decisão de integrar o estímulo com a resposta é baseada na relevância da percepção como um mediador do impacto do ambiente laboral (Paschoal; Tamayo, 2004).

As principais frequências estão marcadas em negrito, mostrando que os estressores 1, 2, 3, 5, 12, 13, 15 e 16 apresentam as frequências principais típicas nas respostas maiores ou iguais a 3, sendo 3 (concordo parcialmente), 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente). Nos demais itens as frequências típicas se concentram nas respostas menores ou iguais a 3.

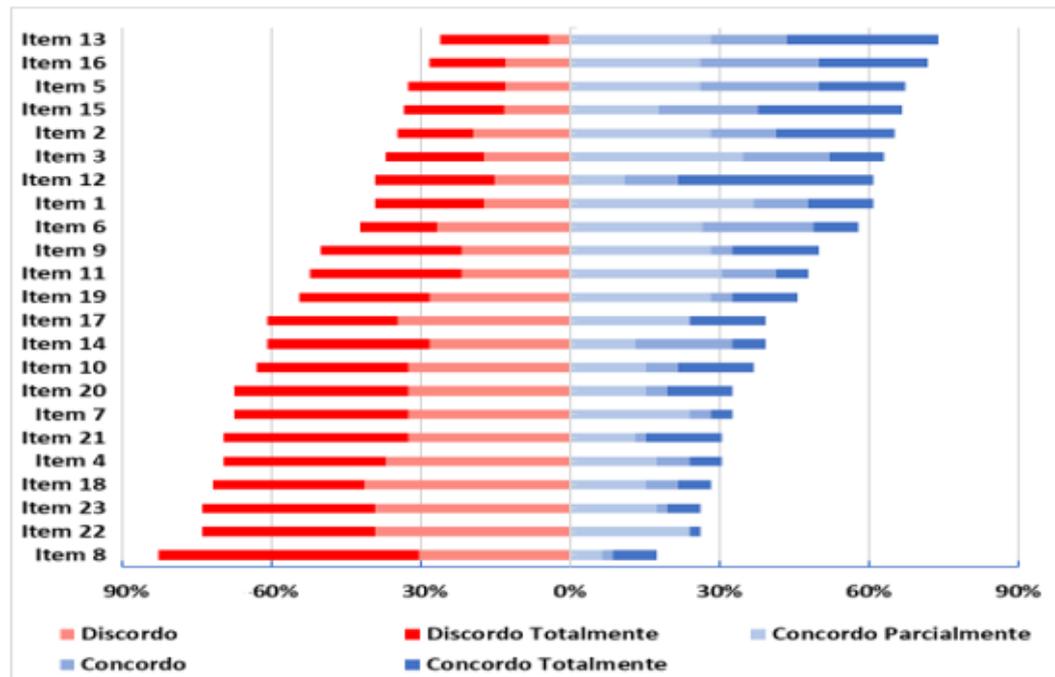
Tabela 14 - Distribuição de frequências das respostas da escala de Likert para cada item da ETT, para a amostra total de participantes (N = 46), Rio de Janeiro, 2023

Item Estressor	Frequência Relativa das Respostas					Soma das respostas 3, 4 e 5
	1	2	3	4	5	
1. A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	21,7%	17,4%	37,0%	10,9%	13,0%	60,9%
2. O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita	15,2%	19,6%	28,3%	13,0%	23,9%	65,2%
3. A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante	19,6%	17,4%	34,8%	17,4%	10,9%	63,0%
4. Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho	32,6%	37,0%	17,4%	6,5%	6,5%	30,4%
5. Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais	19,6%	13,0%	26,1%	23,9%	17,4%	67,4%
6. Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho	15,6%	26,7%	26,7%	22,2%	8,9%	57,8%
7. A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado	34,8%	32,6%	23,9%	4,3%	4,3%	32,6%
8. Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho	52,2%	30,4%	6,5%	2,2%	8,7%	17,4%
9. Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além da minha capacidade	28,3%	21,7%	28,3%	4,3%	17,4%	50,0%
10. Fico de mau humor por ter que trabalhar muitas horas seguidas	30,4%	32,6%	15,2%	6,5%	15,2%	37,0%
11. Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	30,4%	21,7%	30,4%	10,9%	6,5%	47,8%
12. Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho	23,9%	15,2%	10,9%	10,9%	39,1%	60,9%
13. Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para a capacitação profissional	21,7%	4,3%	28,3%	15,2%	30,4%	73,9%
14. Fico de mau humor por me sentir isolado na organização	32,6%	28,3%	13,0%	19,6%	6,5%	39,1%
15. Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores	20,0%	13,3%	17,8%	20,0%	28,9%	66,7%
16. As poucas perspectivas de crescimento têm me deixado angustiado	15,2%	13,0%	26,1%	23,9%	21,7%	71,7%
17. Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade	26,1%	34,8%	23,9%	0,0%	15,2%	39,1%
18. A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor	30,4%	41,3%	15,2%	6,5%	6,5%	28,3%
19. A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação	26,1%	28,3%	28,3%	4,3%	13,0%	45,7%
20. Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias	34,8%	32,6%	15,2%	4,3%	13,0%	32,6%
21. Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas	37,0%	32,6%	13,0%	2,2%	15,2%	30,4%
22. O tempo insuficiente para realizar o meu volume de trabalho deixa-me nervoso	34,8%	39,1%	23,9%	0,0%	2,2%	26,1%
23. Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes	34,8%	39,1%	17,4%	2,2%	6,5%	26,1%

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A Figura 4 mostra a distribuição da frequência dos 23 itens da EET, em ordem decrescente da soma das frequências das respostas 3 (concordo parcialmente), 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente).

Figura 4 - Distribuição de frequência dos 23 itens da EET, em ordem decrescente da soma das frequências das respostas 3 (concordo parcialmente), 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente)



Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

Conforme observado na figura acima, os itens que mais estressam os profissionais de enfermagem da unidade pesquisada tiveram mais de 60% do somatório das respostas 3, 4 ou 5, a saber: 13 (Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para a capacitação profissional - 73,9%), 16 (As poucas perspectivas de crescimento têm me deixado angustiado - 71,7%), 5 (Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais - 67,4%), 15 (Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores - 66,7%), 2 (O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita - 65,2%), 3 (A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante - 63%), 12 (Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho - 60,9%), 1 (A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso - 60,9%).

A ausência de treinamento referida na Tabela 11, em que 26 (56,5%) dos pesquisados relatam não ter recebido treinamento específico, aparece como o elemento que mais estressa o trabalhador.

Quanto às poucas perspectivas de crescimento como fator estressor, pode-se inferir que a ausência de um plano de cargos e salários efetivo para estes trabalhadores, independentemente do vínculo, pode gerar estresse e frustração ao trabalhador. Para os trabalhadores da SES, o plano de cargos e salários foi parcelado em 4 anos e, para os vinculados à SEAP, o plano de cargos ainda tramita para ser aprovado.

Em relação à falta de autonomia e ao controle existente, um estudo relacionado à assistência de enfermagem no sistema penitenciário sinaliza que a equipe não detém as chaves e nem tem acesso direto as celas/enfermarias sem a presença do policial penal, dada a esta dependência, caracteriza a falta de autonomia e controle, podendo gerar uma situação estressora (Souza; Passos, 2008).

Por outro lado, em um estudo com agentes penitenciários, a falta de autonomia no trabalho é também revelada como um dos fatores que causam tensão a esses trabalhadores, gerando sofrimento e estresse (Bagalho; Moraes, 2017).

Os itens com 30% do somatório de respostas 3, 4 ou 5 correspondem aos menos estressores, sendo eles os itens: 8 (Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho - 17,4%), 22 (O tempo insuficiente para realizar o meu volume de trabalho deixa-me nervoso - 26,1%), 23 (Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes - 26,1%) e 18 (A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor - 28,3 %).

4.3 Análise do Índice de Capacidade para o Trabalho

Cada pesquisado foi questionado sobre a sua capacidade para o trabalho comparada com o melhor de toda a vida, em uma escala de 0 a 10, em que zero representa incapacidade para o trabalho e dez indica estar na melhor capacidade para o trabalho.

A distribuição da frequência das respostas a esta questão está representada na Tabela 15.

Tabela 15 - Distribuição de frequências da capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida, Rio de Janeiro, 2023

Autoavaliação da capacidade de trabalho	Frequência	%
0	1	2,2
1	1	2,2
4	1	2,2
5	4	8,7
6	1	2,2
7	1	2,2
8	12	26,1
9	13	28,3
10	12	26,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

De acordo com o item 1 da escala, observa-se que 37 (80,5%) respondentes atribuem pontuações mais elevadas a sua autoavaliação para a capacidade para o trabalho, entre 8 e 10, e destaca-se que 7 (15,2%) dos pesquisados classificam sua capacidade como menor ou igual a 5 pontos.

A Tabela 16, apresenta a distribuição de frequências da autoclassificação quanto à capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas e mentais.

Tabela 16 - Distribuição de frequências da autoclassificação da capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas e mentais, Rio de Janeiro, 2023

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho?	Frequência	%	
Em relação às exigências físicas do trabalho	Muito baixa	2	4,3
	Baixa	2	4,3
	Moderada	11	23,9
	Boa	25	54,3
	Muito Boa	6	13,0
Em relação às exigências mentais do trabalho	Muito baixa	1	2,4
	Baixa	3	7,1
	Moderada	4	9,5
	Boa	23	54,8
	Muito Boa	11	26,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Conforme os dados apresentados na Tabela 16, observa-se uma tendência comum entre os profissionais de classificar sua capacidade atual para o trabalho como "boa" tanto em termos de exigências físicas 25 (54,3%) quanto em termos de exigências mentais 23 (54,8%).

No cenário desta pesquisa, temos as ações que são desenvolvidas no setor de internação e também nos ambulatórios. A maioria dos pacientes internados deambulam, sendo assim mais

autônomos e menos dependentes das ações de enfermagem, o que corrobora para que o profissional de enfermagem se desgaste menos fisicamente. Não há emergência, nem centro cirúrgico e nenhuma unidade de pacientes críticos, setores que demandariam mais fisicamente do profissional.

Destaca-se que apesar das inúmeras questões que envolvem o ambiente das prisões, tais como, o ambiente de trabalho em confinamento, as medidas de segurança em detrimento da saúde, as diversas formas de violência na relação usuário/profissional e os desafios de lidar com uma população que possui a garantia de seus direitos humanos violados, a maioria dos entrevistados 34 (81%) considera a sua capacidade para o trabalho, quanto às exigências mentais, como boa e muito boa.

Este fato pode estar relacionado aos anos de experiência dos pesquisados, que a maioria dos entrevistados 40 (86,9%) atuam na área de saúde correcional há mais de 20 anos. Sendo assim, pode-se inferir que o tempo de experiência pode ser um fator protetivo para este trabalhador, que adquiriu com o tempo a expertise do funcionamento do sistema penitenciário e, este conhecimento pode acabar blindando o trabalhador.

Semelhantemente, numa pesquisa na Inglaterra, quase metade dos entrevistados sofriam os efeitos emocionais do estresse, porque se sentiam sobrecarregados e exaustos pelo trabalho prisional, contudo se sentiam capazes de desempenhar suas funções da melhor maneira possível, trazendo um resultado positivo para o paciente (Oddie; Ousley, 2007).

A Tabela 17 apresenta o número de lesões/doenças dos profissionais de enfermagem, traz a distribuição de frequências e as estatísticas do número de lesões/doenças declaradas pelos participantes. Esse número variou de 0 a 29 lesões/doenças. Foram consideradas todas as doenças assinaladas, independentemente, com diagnóstico médico ou autorreferidas. Contudo, somente as que possuem diagnóstico médico foram contabilizadas para o escore do ICT.

A maior concentração de profissionais se encontra entre as faixas de 1 a 6 lesões/doenças, 27 respondentes (58,6%). A mediana é de 5 lesões/doenças e a média é de 6,6 lesões/doenças por profissional. O desvio padrão da distribuição do número de lesões/doenças é igual a 5,9, resultando num coeficiente de variação igual a 0,89, mostrando que o número de lesões/doenças do profissional apresenta alta variabilidade entre a equipe de enfermagem.

Tabela 17 - Distribuição de frequências e estatísticas do número de lesões/doenças dos profissionais, Rio de Janeiro, 2023

Número de lesões/doenças do profissional*	F	%
0	1	2,2
1	5	10,9
2	6	13,0
3	3	6,5
4	3	6,5
5	7	15,2
6	3	6,5
7	2	4,3
8	6	13,0
9	1	2,2
10	2	4,3
11	1	2,2
12	1	2,2
13	2	4,3
22	1	2,2
23	1	2,2
29	1	2,2
Média	6,6	
Mediana	5,0	
Desvio Padrão	5,8	
Coeficiente de Variação	0,89	

Fonte: Dados da pesquisadora, 2023.

*Os trabalhadores podem apresentar mais de uma doença.

A Tabela 18 mostra a distribuição de frequências das respostas dos profissionais às lesões/doenças.

Tabela 18 - Distribuição de frequências das lesões/doenças dos profissionais, Rio de Janeiro, 2023

Lesões/doenças	Não tem		Diagnosticado médico		Autorreferidas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
4.1 Lesão nas costas	32	69,6	8	17,4	6	13,0	14	30,4
4.2. Lesão nos braços/mãos	37	80,4	8	17,4	1	2,2	9	19,6
4.3. Lesão nas pernas/pés	36	78,3	7	15,2	3	6,5	10	21,7
4.4. Lesão em outra parte do corpo	40	87,0	5	10,9	1	2,2	6	13,0
4.5. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	31	67,4	12	26,1	3	6,5	15	32,6
4.6. Doença da parte inferior das costas com dores frequentes	29	63,0	11	23,9	6	13,0	17	37,0
4.7. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	27	58,7	16	34,8	3	6,5	19	41,3
4.8. Doença musculoesquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	35	76,1	9	19,6	2	4,3	11	23,9
4.9. Artrite reumatoide	41	89,1	1	2,2	4	8,7	5	10,9
4.10. Outra doença musculoesquelética	43	93,5	3	6,5	0	0,0	3	6,5
4.11. Hipertensão arterial (pressão alta)	30	65,2	14	30,4	2	4,3	16	34,8
4.12. Doença coronariana, dor no peito	41	89,1	4	8,7	1	2,2	5	10,9
4.13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	45	97,8	1	2,2	0	0,0	1	2,2
4.14. Insuficiência cardíaca	46	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4.15. Outra doença cardiovascular	44	95,7	2	4,3	0	0,0	2	4,3
4.16. Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	38	82,6	6	13,0	2	4,3	8	17,4
4.17. Bronquite crônica	41	89,1	5	10,9	0	0,0	5	10,9
4.18. Sinusite crônica	35	76,1	8	17,4	3	6,5	11	23,9
4.19. Asma	40	87,0	6	13,0	0	0,0	6	13,0
4.20. Enfisema	44	95,7	1	2,2	1	2,2	2	4,3
4.21. Tuberculose pulmonar	44	95,7	2	4,3	0	0,0	2	4,3
4.22. Outra doença respiratória	41	89,1	5	10,9	0	0,0	5	10,9
4.23. Distúrbio emocional severo (depressão severa)	43	93,5	2	4,3	1	2,2	3	6,5
4.24. Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	28	60,9	11	23,9	7	15,2	18	39,1
4.25. Problema ou diminuição da audição	41	89,1	3	6,5	2	4,3	5	10,9

Lesões/doenças	Não tem		Diagnosticado médico		Autorreferidas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
4.26. Doença ou lesão da visão (não assinala se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	41	89,1	2	4,3	3	6,5	5	10,9
4.27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	43	93,5	2	4,3	1	2,2	3	6,5
4.28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos	44	95,7	1	2,2	1	2,2	2	4,3
4.29. Pedras ou doença da vesícula biliar	40	87,0	4	8,7	2	4,3	6	13,0
4.30. Doença do pâncreas ou do fígado	43	93,5	3	6,5	0	0,0	3	6,5
4.31. Úlcera gástrica ou duodenal	42	91,3	3	6,5	1	2,2	4	8,7
4.32. Gastrite ou irritação duodenal	34	73,9	10	21,7	2	4,3	12	26,1
4.33. Colite ou irritação do cólon	42	91,3	3	6,5	1	2,2	4	8,7
4.34. Outra doença digestiva	44	95,7	2	4,3	0	0,0	2	4,3
4.35. Infecção das vias urinárias	41	89,1	3	6,5	2	4,3	5	10,9
4.36. Doença dos rins	45	97,8	1	2,2	0	0,0	1	2,2
4.37. Doença nos genitais e aparelho reprodutor (problemas nas trompas ou próstata)	44	95,7	2	4,3	0	0,0	2	4,3
4.38. Outra doença geniturinária	44	95,7	2	4,3	0	0,0	2	4,3
4.39. Alergia, eczema	40	87,0	6	13,0	0	0,0	6	13,0
4.40. Outra erupção	43	93,5	2	4,3	1	2,2	3	6,5
4.41. Outra doença de pele	40	87,0	5	10,9	1	2,2	6	13,0
4.42. Tumor benigno	44	95,7	2	4,3	0	0,0	2	4,3
4.43. Tumor maligno (câncer)	45	97,8	1	2,2	0	0,0	1	2,2
4.44. Obesidade	34	73,9	8	17,4	4	8,7	12	26,1
4.45. Diabetes	34	73,9	10	21,7	2	4,3	12	26,1
4.46. Bócio ou outra doença da tireoide	42	91,3	4	8,7	0	0,0	4	8,7
4.47. Outra doença endócrina ou metabólica	42	91,3	4	8,7	0	0,0	4	8,7
4.48. Anemia	46	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4.49. Outra doença do sangue	44	95,7	2	4,3	0	0,0	2	4,3
4.50. Doença Congênita	46	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4.51. Outro problema ou doença	42	91,3	4	8,7	0	0,0	4	8,7

Fonte: Dados da pesquisadora, 2023
Total = diagnosticado por médico + autorreferido.

Não há nenhuma lesão/doença típica, ou seja, que acometa mais de 50% dos profissionais. Observa-se, na Tabela 18, que três lesões/doenças autorreferidas apresentam frequência acima de 10%, sendo 7 (15,2%) distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia), 6 (13,0%) doença da parte inferior das costas com dores frequentes e 6 (13%) lesão nas costas.

Por outro lado, essa mesma frequência superior a 10%, encontra-se presente em 20 lesões/doenças diagnosticadas por médico: 16 (34,8%) dor nas costas que irradia para a perna (ciática), 14 (30,4%) hipertensão arterial, 12 (26,1%) doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes, 11 (23,9%) distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia), 11 (23,9%) doença da parte inferior das costas com dores frequentes, 10 (21,7%) gastrite ou irritação duodenal, 10 (21,7%) diabetes, 9 (19,6%) doença musculoesquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes, 8 (17,4%) lesão nas costas, 8 (17,4%) obesidade, 8 (17,4%) sinusite crônica, 8 (17,4%) lesão nos braços/mãos), 7 (15,2%) lesão nas pernas/pés, 6 (13,0%) infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda), 6 (13,0%) asma, 6 (13,0%) alergia, eczema, 5 (10,9%) lesão em outra parte do corpo, 5 (10,9%) outra doença de pele, 5 (10,9%) bronquite crônica e 5 (10,9%) outra doença respiratória.

A saúde⁷ está relacionada com a idade e, portanto, é evidente que o ICT que contém vários itens de saúde, apresentará um declínio com a idade. No entanto, uma boa saúde não garante uma boa capacidade para o trabalho (Ilmarinen, 2009).

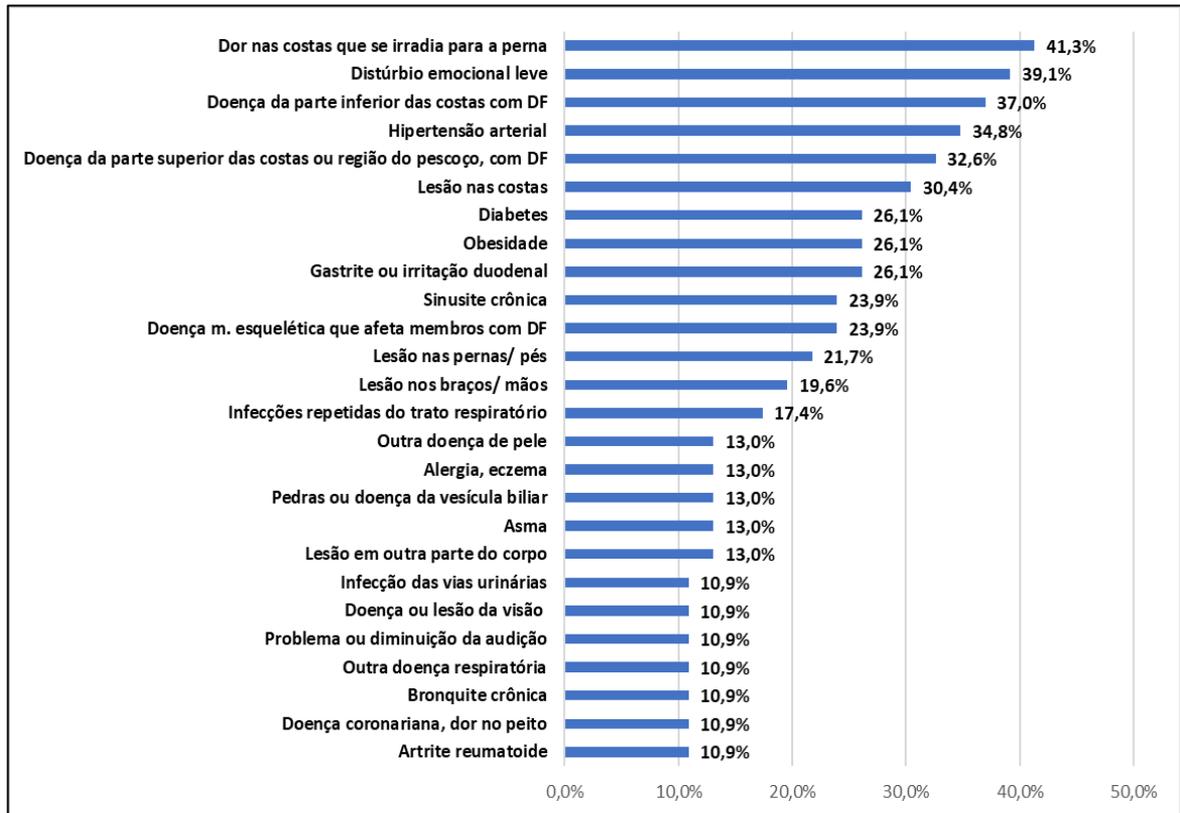
A Figura 5 mostra a distribuição de frequências das lesões/doenças que acometem pelo menos 10% dos profissionais, somadas às diagnosticadas por médico e autorreferidas.

Pode-se visualizar o somatório das frequências relativas das lesões/doenças diagnosticadas por médico e autorreferidas que ultrapassam 10%. Nota-se que das 51 lesões/doenças que compõem o item 3 do ICT, 26 foram listadas.

É preciso destacar, as principais doenças/lesões que acometem mais de 30% dos profissionais, ou seja, quase um terço dos pesquisados, são elas: 19 (41,3%) dor nas costas que irradia para a perna (ciática), 18 (39,1%) distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia), 17 (37%) doença na parte inferior das costas com dores frequentes, 16 (34,8%) hipertensão arterial, 15 (32,6%) doença da parte superior das costas ou região do pescoço com dores frequentes e 14 (30,4%) lesão nas costas.

⁷ A saúde, aqui considerada é a sob o ponto de vista biomédico.

Figura 5 - Distribuição de frequências das lesões/doenças que acometem pelo menos 10% dos profissionais (diagnosticadas por médico e autorreferidas), Rio de Janeiro, 2023



Fonte: Dados da pesquisadora, 2023.

Este quadro de múltiplas doenças apresentadas pelos pesquisados, seja por diagnóstico médico ou por doenças autorreferidas, demonstra o quanto esta equipe de enfermagem está adoecida e necessitando de cuidados. O estudo de Machado *et al.* (2017) corrobora com os dados desta pesquisa, por apresentar um certo adoecimento dos profissionais da equipe de enfermagem, visto que mais da metade, 56,7% dos pesquisados, precisaram de atendimento médico nos últimos doze meses.

A Tabela 19 se refere à percepção dos trabalhadores sobre os impedimentos ao trabalho causados pelas lesões/doenças. Essa percepção é referida como perda estimada.

Quando indagados se sua doença ou lesão era um impedimento para o trabalho atual, tivemos como respostas principais, 16 (36,4%) referiram não ter impedimentos e 11 (25,0%) relataram serem capazes de realizar o trabalho com alguns sintomas.

Tabela 19 - Distribuição de frequências quanto à perda estimada para o trabalho por causa de lesões/doenças, Rio de Janeiro, 2023

Questão	Resposta	F	%
Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual?	Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar	1	2,3
	Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial	2	4,5
	Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	6	13,6
	Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	8	18,2
	Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	11	25,0
	Não há impedimento/Eu não tenho doenças	16	36,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

No entanto, observa-se que 28 (63,6%) apresentam algum tipo de impedimento devido a lesões ou doenças. Sob o ponto de vista profissional, isto é preocupante, ter a maioria dos trabalhadores apresentando sinais de envelhecimento funcional, que é entendido, segundo Bellusci e Fischer (1999), como a perda da capacidade para o trabalho.

A Tabela 20 apresenta o número de faltas ao trabalho por doenças no último ano.

Tabela 20 - Distribuição de frequências quanto à falta ao trabalho por lesões/doenças no último ano, Rio de Janeiro, 2023

Questão	Resposta	F	%
Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?	De 100 a 365 dias	1	2,2
	De 25 a 99 dias	4	8,9
	De 10 a 24 dias	4	8,9
	Até 9 dias	6	13,3
	Nenhum	30	66,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Os dados deste estudo demonstram que mais da metade dos respondentes, 30 (66,7%), não se afastaram do trabalho nos últimos doze meses. Nota-se, no entanto, que isso acontece em um cenário de existência de 6, 6 lesões/doenças por profissional e em que mais da metade dos pesquisados apresentam algum tipo de limitação 28 (63,6%), conforme Tabela19.

Observa-se ainda, que isso acontece, também, em um contexto em que 28 (60,9%) dos investigados se sentem insatisfeitos com o trabalho; 29 (63%) não se sentem realizados profissionalmente e que 31 (67,3%) tiveram a intenção de sair do trabalho, conforme apresentado anteriormente na Tabela 10.

Considerando que o trabalhador que possui vínculo SES recebe a gratificação do Programa de Capacitação para Aperfeiçoamento (PCA), e que essa se encontra vinculada à permanência do trabalhador no exercício das suas funções, acredita-se que a permanência deste pesquisado no serviço, mesmo que se encontre doente ou apresentando lesões, relaciona-se com o impacto da ausência do valor monetário desta gratificação no orçamento do trabalhador do vínculo SES.

Ademais, os pesquisados por serem servidores públicos independentemente do seu vínculo ser da SES ou da SEAP, caso se afastem do serviço por mais de 90 dias, perdem a licença especial a que fazem jus, o que explicaria a permanência dos pesquisados no exercício de suas funções mesmo apresentando tantas limitações e ou lesões/doenças.

A Tabela 21 apresenta o auto prognóstico da capacidade para o trabalho nos próximos dois anos.

Tabela 21 - Distribuição de frequências quanto ao auto prognóstico da capacidade para o trabalho, Rio de Janeiro, 2023

Questão	Resposta	F	%
Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?	É improvável	9	19,6
	Não estou muito certo	17	37,0
	Bastante provável	20	43,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Quanto à avaliação da capacidade de estar realizando o mesmo trabalho daqui a dois anos, 20 (43,5%) achavam bastante provável e 17 (37,0%) não estavam muito certos se conseguiriam realizar o mesmo trabalho daqui a dois anos.

No entanto, ressalta-se que 26 (56,6 %), ou seja, mais da metade dos respondentes demonstram incerteza quanto à sua continuidade no desempenho das atividades laborais na unidade pesquisada.

Era de se esperar que os respondentes apresentassem uma avaliação melhor quanto ao seu auto prognóstico para daqui a 2 anos, devido à nota atribuída pela maioria para a sua capacidade atual para o trabalho comparado com o melhor de toda a vida, em que 37 (80,5%) deram nota entre 8 e 10.

Esta incongruência talvez tenha a ver com o quanto os profissionais vêm perdendo ao longo dos anos, com a falta de valorização profissional, os baixos salários, as baixas perspectivas de mudanças, a luta constante pelo reconhecimento e a permanência deste

trabalhador na invisibilidade. Por tudo isso, os pesquisados provavelmente se encontram em seu limite, refletindo essa situação na incerteza quanto à sua capacidade para o trabalho daqui a 2 anos.

A Tabela 22 se refere ao item 7 do ICT que apresenta a distribuição de frequências quanto aos recursos mentais e envolvem três perguntas do questionário ICT. Essas frequências são relativas aos aspectos emocionais do respondente.

Tabela 22 - Distribuição de frequências quanto aos recursos mentais, Rio de Janeiro, 2023

Questão	Resposta	F	%
Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?	Nunca	4	8,7
	Raramente	6	13,0
	Às vezes	12	26,1
	Quase sempre	16	34,8
	Sempre	8	17,4
Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?	Nunca	4	8,7
	Raramente	7	15,2
	Quase Sempre	19	41,3
	Sempre	16	34,8
Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?	Nunca	4	8,7
	Raramente	8	17,4
	Às vezes	10	21,7
	Quase sempre	9	19,6
	Continuamente	15	32,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Quando indagados se recentemente estavam conseguindo apreciar suas atividades diárias, obteve-se como as principais frequências, 12 respostas para “às vezes” (26,1%) e 16 respostas para “quase sempre” (34,8%). Questionados se estavam se sentindo ativos e alertas recentemente, as principais frequências foram 19 respostas para “quase sempre” (41,3%) e 16 respostas para “sempre” (34,8%). E por fim, quando averiguados se recentemente o profissional tinha se sentido cheio de esperança para o futuro, as principais frequências foram 15 respostas para “continuamente” (32,6%) e 9 respostas para “quase sempre” (19,6%).

Em relação à Tabela 22 é preciso destacar as questões que ela suscita sobre a esperança. A esperança é frequentemente vista como um conceito que transcende as fronteiras disciplinares, sendo abordada de maneiras diversas por diferentes áreas de estudo. Sua complexidade é evidente nas múltiplas facetas, teorias e estratégias de pesquisa que a

investigam, revelando-se como um fenômeno multifacetado, com significados diversos (Querido, 2018).

A esperança tem um efeito benéfico na saúde mental das pessoas, melhorando o conforto e a qualidade de vida, e contribuindo para a redução da depressão e do suicídio. Além disso, ela diminui a tendência à dependência e ajuda a prevenir o esgotamento familiar, exercendo um papel importante no bem-estar subjetivo e na proteção da saúde mental (Querido; Dixe, 2016).

Quanto à esperança, somados os que quase sempre se encontram esperançosos, com aqueles que se encontram continuamente esperançosos, têm-se mais da metade dos respondentes como profissionais cheios de esperança para o futuro.

No entanto, é preciso destacar que, somando-se os que nunca e aqueles que raramente se sentem esperançosos, tem-se um pouco mais de um quarto dos respondentes (26,1 %) como pessoas desesperançosas.

Esse é um quadro preocupante, principalmente quando se considera que tanto a esperança quanto a desesperança são fatores cruciais para a saúde mental e que a desesperança é um sintoma primordial da depressão e de comportamentos suicidas (WHO, 2010).

Observadas as frequências relativas a cada um desses itens do índice de capacidade para o trabalho até aqui analisados, tem-se a Tabela 23 que demonstra a distribuição da equipe de enfermagem investigada quanto ao ICT.

Tabela 23 - Distribuição dos profissionais, segundo índice de capacidade para o trabalho – ICT, Rio de Janeiro, 2023

Classificação ICT	Score	N	%
Baixa	7-27	6	13
Moderada	28-36	20	43,5
Boa	37-43	16	34,8
Ótima	44-49	4	8,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Os resultados mostram que tipicamente 20 (43,5 %) profissionais de enfermagem investigados têm capacidade moderada, 16 (34,8 %) têm capacidade boa e que 6 (13 %) têm capacidade baixa para o trabalho.

Segundo Tuomi et al. (2010), para cada capacidade para o trabalho, há um conjunto de medidas a serem tomadas, como ilustra a Figura 6.

Figura 6 - Escore final das respostas, nível de capacidade e medidas necessárias

Pontos	Capacidade para o trabalho	Objetivos das medidas
7 a 27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho
28 a 36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37 a 43	Boa	Apoiar a capacidade para o trabalho
44 a 49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho

Fonte: Tuomi *et al.*, 2010.

Em 2016, Cordeiro e Araújo (2016) realizaram uma pesquisa bibliométrica sobre a capacidade para o trabalho entre os trabalhadores brasileiros no período de 1996 até 2013. Os artigos selecionados apresentavam resultados em que a capacidade para o trabalho era classificada a partir das quatro categorias citadas acima (baixa, moderada, boa e ótima). Os autores agrupam essas categorias identificadas em duas categorias: a categoria adequada com $ICT \geq 37$ pontos, em que foram somadas as frequências da categoria boa e ótima e a categoria inadequada com $ICT \leq 36$ pontos, em que foram somadas as frequências da categoria baixa e moderada (Cordeiro e Araújo, 2016).

Neste sentido, considerando tanto a classificação proposta por Tuomi *et al.* (2010) quanto as categorias classificadas por Cordeiro e Araújo (2016), indicam que a maioria dos pesquisados, 26 (56,5%) se encontram na categoria inadequada e demonstram que há necessidade de uma intervenção, seja na melhoria ou na restauração da capacidade para o trabalho.

Estas reflexões são importantes devido os pesquisados já se encontrarem, em sua maioria, nas fases de desaceleração profissional e aposentadoria. Feldt *et al.* (2009) apresentam em seu estudo que quanto melhor o índice de capacidade para o trabalho, mais tardia é a aposentadoria, com uma diferença de cerca de 6 anos.

Ilmarinen (2009) relata, sobre um estudo com funcionários municipais na Finlândia, que um índice de capacidade excelente ou bom antes da aposentadoria, foi significativamente relacionado a uma melhor capacidade para o trabalho físico, melhor condição de saúde e qualidade de vida em até cinco anos após a aposentadoria.

O referido autor revela em seus estudos que a qualidade do período ativo de uma pessoa após a aposentadoria depende provavelmente da qualidade de vida profissional e que o valor dessa será percebido durante o resto da vida do trabalhador (Ilmarinen, 2009).

Desta forma, ainda que a maioria dos pesquisados se encontrem nas fases de desaceleração profissional e aposentadoria, é necessário prevenir os efeitos nocivos de sua vida profissional e aumentar as suas características positivas, tendo-se em consideração que os fatos da vida laboral têm repercussões depois dela.

A Tabela 24 exhibe as principais estatísticas das distribuições das variáveis quantitativas avaliadas no estudo.

Tabela 24 - Principais estatísticas das distribuições das variáveis quantitativas avaliadas no estudo, Rio de Janeiro, 2023

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	DP	CV
Idade (anos)	47,0	72,0	58,3	58,5	5,4	0,09
Renda (R\$)	1.700,0	10.000,0	3.604,4	3.750,0	1.729,0	0,48
Renda Familiar (R\$)	1.971,0	14.000,0	5.445,0	4.400,0	3.032,9	0,56
Tempo de trabalho na instituição (anos)	6,0	33,0	24,0	24,5	6,1	0,26
Carga horária semanal de trabalho na instituição	20,0	36,0	26,9	24,0	4,0	0,15
Carga horária semanal de trabalho total	24,0	60,0	43,1	46,0	15,4	0,36
Tempo semanal dedicado à atividade física (horas)	0,0	9,0	1,7	0,0	2,4	1,37
Número de atividades de lazer por mês	0,0	12,0	3,0	2,5	3,1	1,05
Número de lesões/doenças	0	29	6,6	5,0	5,8	0,89
Índice de Capacidade para o Trabalho	14,0	47,0	34,7	35,0	7,2	0,21
Escore de Estresse	1,0	4,8	2,6	2,7	0,9	0,35

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Legenda: DP: Desvio Padrão; CV: Coeficiente de Variação.

Os Coeficientes de Variação (CV) mostram que os profissionais de enfermagem pesquisados são homogêneos, apresentam baixa variabilidade, apenas no que diz respeito à idade (CV=0,09) e à carga horária semanal de trabalho na instituição (CV=0,15). Todas as demais variáveis apresentam moderada ou alta variabilidade.

Em termos médios, os pesquisados têm 58,3 anos de idade; têm renda de R\$ 3.604,40, renda familiar de R\$ 5.445,00, trabalha há 24,0 anos na instituição prisional, têm uma carga horária semanal de 26,9 horas na instituição, têm uma carga horária semanal total de trabalho de 43,1 horas, dedicam semanalmente 1,7 horas para atividade física e fazem 3,0 horas de atividades de lazer por mês e têm 6,6 lesões/doenças.

4.4 Análise de Correlação e Associação

Como um dos objetivos desta pesquisa, buscou-se identificar a correlação e/ou associação entre o índice de capacidade para o trabalho e o estresse laboral dos pesquisados.

A Tabela 25 mostra a distribuição cruzada das classificações do índice de capacidade para o trabalho e da escala do estresse do trabalho.

Tabela 25 - Distribuição cruzada das classificações do Escore de Estresse e do Índice de Capacidade para o Trabalho, Rio de Janeiro, 2023

Classificação da Capacidade do Trabalho	Classificação do Estresse			Total
	Baixo	Moderado	Alto	
Baixa	2	3	1	6
Moderada	4	13	3	20
Boa	5	7	4	16
Ótima	2	0	2	4
Total	13	23	10	46

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Dos 6 (seis) profissionais que têm baixa capacidade para o trabalho, 2 (33,3%) tinham nível de estresse baixo, 3 (50,0%) tinham nível de estresse moderado e 1 (16,7%) tinha nível de estresse alto. O teste exato de Fisher para a distribuição conjunta das duas variáveis resultou em p-valor igual a 0,303, mostrando ausência de associação significativa entre as duas classificações.

A Tabela 26 exibe a matriz de correlação entre as variáveis quantitativas e ordinais do estudo. Nenhuma correlação forte ou moderada foi encontrada.

Tabela 26 - Matriz de Correlação entre as variáveis ordinais e quantitativas do estudo, Rio de Janeiro, 2023

Coefficiente de Correlação de ordem de Spearman (ρ)	Idade	Escolaridade	Renda Mensal	Renda Familiar	Número de pessoas que dependem da renda	Tempo semanal para atividade física	Atividades de lazer por mês	Tempo de trabalho na instituição	Carga horária semanal na instituição	Carga horária semanal com todos os vínculos	ICT	Escore de Estresse
Idade	1,00	0,10	0,00	-0,26	-0,33	-0,28	-0,06	0,31	0,15	-0,19	0,21	-0,11
Escolaridade	0,10	1,00	0,31	0,04	-0,32	0,03	0,19	-0,27	-0,03	0,16	-0,11	-0,01
Renda Mensal	0,00	0,31	1,00	0,45	-0,01	-0,04	0,33	-0,21	-0,11	0,41	-0,09	0,08
Renda Familiar	-0,26	0,04	0,45	1,00	0,17	-0,05	0,22	-0,07	0,00	0,43	0,02	0,26
Número de pessoas que dependem da renda	-0,33	-0,32	-0,01	0,17	1,00	0,11	-0,07	-0,02	0,20	0,15	-0,18	-0,04
Tempo semanal para atividade física	-0,28	0,03	-0,04	-0,05	0,11	1,00	0,19	-0,15	-0,15	-0,33	-0,06	-0,01
Atividades de lazer por mês	-0,06	0,19	0,33	0,22	-0,07	0,19	1,00	-0,13	0,08	0,02	0,06	0,03
Tempo de trabalho na instituição	0,31	-0,27	-0,21	-0,07	-0,02	-0,15	-0,13	1,00	-0,06	-0,26	0,24	0,04
Carga horária semanal na instituição	0,15	-0,03	-0,11	0,00	0,20	-0,15	0,08	-0,06	1,00	0,28	0,00	-0,13
Carga horária semanal somando todos os vínculos	-0,19	0,16	0,41	0,43	0,15	-0,33	0,02	-0,26	0,28	1,00	0,09	0,09
ICT	0,21	-0,11	-0,09	0,02	-0,18	-0,06	0,06	0,24	0,00	0,09	1,00	-0,08
Escore de Estresse	-0,11	-0,01	0,08	0,26	-0,04	-0,01	0,03	0,04	-0,13	0,08	-0,08	1,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Legenda: ICT - Índice de Capacidade para o Trabalho.

Convém ressaltar, então, que a capacidade para o trabalho e o estresse dos profissionais de enfermagem pesquisados não são correlacionados à idade, à escolaridade, à renda, à renda familiar, ao tempo semanal de atividade física, à quantidade de atividades de lazer, ao tempo de trabalho na instituição, à carga horária semanal de trabalho na instituição prisional, tampouco à carga semanal de trabalho total.

O ICT e o Escore de Estresse também não são correlacionados ($\rho=-0,08$; p -valor=0,607), ou seja, o estresse do profissional de enfermagem do sistema prisional independe do seu nível de capacidade para o trabalho.

A Tabela 27 traz a análise de associação entre os fatores qualitativos do levantamento sociodemográfico ocupacional e o ICT. Para tal análise, para cada fator avaliado, as distribuições do Índice de Capacidade para o Trabalho foram comparadas nos grupos onde o fator é ausente e onde o fator é presente.

Tabela 27 - Análise de associação entre fatores qualitativos e o Índice de Capacidade para o Trabalho, Rio de Janeiro, 2023

Fator	Estatísticas do Índice de Capacidade para o Trabalho no grupo com fator ausente			Estatísticas do Índice de Capacidade para o Trabalho no grupo com fator presente			p-valor do teste de Mann-Whitney
	Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP	
Sexo Masculino	34,7	35,5	7,4	34,3	34,0	5,6	0,836
Etnia Branca	35,9	37,0	6,7	31,1	33,0	7,4	0,051
Casado ou em união estável	34,2	35,0	7,6	35,0	35,0	7,0	0,947
Auxiliar de Enfermagem	35,9	38,0	6,7	33,5	34,0	7,5	0,428
Trabalha no ambulatório	34,2	36,0	8,1	35,0	35,0	6,7	0,793
Servidor SEAP	35,8	36,0	6,0	34,2	35,0	7,6	0,509
Tem outro vínculo	36,2	38,0	6,3	33,6	33,0	7,6	0,207
Realiza atividade física	34,6	35,5	7,2	34,8	34,5	7,3	0,991
Realiza atividade de lazer	34,3	35,0	9,7	35,0	35,0	6,2	0,959
Recebe adicional de insalubridade	33,4	33,0	7,3	34,6	35,0	7,1	0,713
Recebe adicional de periculosidade	33,8	34,0	7,3	38,5	40,0	3,8	0,079
Já percebeu algum tipo de preconceito quanto ao seu trabalho no SP*	34,0	34,0	7,3	35,8	38,0	6,9	0,445
Sente prazer e satisfação com seu trabalho	34,0	34,5	6,0	35,7	37,0	8,8	0,223
Se sente realizado profissionalmente	35,0	36,0	6,3	33,3	33,5	8,2	0,695
Recebeu treinamento específico para trabalhar no SP*	32,8	33,0	7,2	37,2	38,5	6,5	0,037
Já desejou sair do trabalho	33,7	34,0	8,6	35,1	36,0	6,5	0,769

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

*SP = Sistema Prisional

Os resultados dos testes de Mann-Whitney mostram que somente um fator está associado ao Índice de Capacidade para o Trabalho: o treinamento específico para trabalhar no sistema prisional (p-valor=0,037).

Comparando as estatísticas dos dois grupos, conclui-se que o grupo de profissionais que tiveram treinamento específico para trabalhar no sistema prisional apresenta média e mediana ao Índice de Capacidade para o Trabalho significativamente maiores que as do grupo dos profissionais que não tiveram treinamento específico, reafirmando a importância desse para a capacidade para o trabalho.

Para os demais fatores, não há diferença significativa entre as distribuições do Índice de Capacidade para o Trabalho dos subgrupos definidos pela ausência e presença dos fatores (p-valores maiores que 5%).

A Tabela 28 traz a análise de associação entre fatores qualitativos do levantamento sociodemográfico ocupacional e o escore de estresse. Para tal análise, para cada fator avaliado, as distribuições do escore foram comparadas nos grupos onde o fator é ausente e onde o fator é presente.

A seguir, é possível visualizar os resultados dos testes de Mann-Whitney mostrando os fatores que se encontram associados ao estresse de profissionais de Enfermagem da unidade pesquisada: ser auxiliar de enfermagem, perceber algum tipo de preconceito quanto ao trabalho no sistema prisional, não ter realização profissional e desejo de sair do trabalho (p-valores menores que 5%).

Tabela 28 - Análise de associação entre fatores qualitativos e o escore de estresse, Rio de Janeiro, 2023

Fator	Estatísticas do escore de estresse no grupo com fator ausente			Estatísticas do escore de estresse no grupo com fator presente			p-valor do teste de Mann-Whitney
	Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP	
Sexo Masculino	2,6	2,7	0,9	2,5	2,7	0,9	0,886
Etnia Branca	2,5	2,7	0,9	2,8	2,8	0,8	0,276
Casado ou em união estável	2,5	2,7	0,9	2,6	2,7	0,9	0,610
Auxiliar de Enfermagem	2,9	2,8	0,9	2,3	2,5	0,8	0,025
Trabalha no ambulatório	2,7	2,8	1,0	2,5	2,7	0,9	0,368
Servidor SEAP	2,3	1,9	1,1	2,7	2,7	0,8	0,102
Tem outro vínculo	2,6	2,7	0,9	2,5	2,7	0,9	0,885
Realiza atividade física	2,6	2,6	1,0	2,5	2,7	0,7	0,887
Realiza atividade de lazer	2,5	2,7	0,6	2,6	2,7	1,0	0,590
Recebe adicional de insalubridade	2,2	2,7	0,7	2,6	2,7	0,9	0,493
Recebe adicional de periculosidade	2,7	2,7	0,9	2,0	1,8	0,5	0,074
Já percebeu algum tipo de preconceito quanto ao seu trabalho no SP*	2,3	2,5	0,8	2,9	3,0	1,0	0,013
Sente prazer e satisfação com seu trabalho	2,6	2,7	0,8	2,5	2,5	1,0	0,362
Se sente realizado profissionalmente	2,8	2,7	0,9	2,1	2,0	0,7	0,014
Recebeu treinamento específico para trabalhar no SP*	2,5	2,6	1,0	2,7	2,7	0,8	0,492
Já desejou sair do trabalho	2,0	1,9	0,7	2,8	2,7	0,9	0,006

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

*SP = Sistema Prisional

Comparando as estatísticas dos grupos onde esses fatores são ausentes e presentes, conclui-se que:

- O grupo de profissionais que são auxiliares de enfermagem apresenta média e mediana do escore de estresse significativamente menores que as do grupo de profissionais que não são auxiliares de enfermagem (p-valor=0,025);
- O grupo de profissionais que já percebeu algum tipo de preconceito quanto ao seu trabalho no sistema prisional apresenta média e mediana do escore de estresse significativamente maiores que as do grupo de profissionais que não teve percepção de preconceito (p-valor=0,013);
- O grupo de profissionais que se sente realizado profissionalmente apresenta média e mediana do escore de estresse significativamente menores que as do grupo de profissionais que não se sente realizado profissionalmente (p-valor=0,014);
- O grupo de profissionais que já desejou sair do trabalho apresenta média e mediana do escore de estresse significativamente maiores que as do grupo de profissionais que não desejou sair do trabalho (p-valor=0,006).

Para os demais fatores elencados na Tabela 28, em que o p-valor é maior que 5%, não há diferença significativa entre as distribuições do escore de estresse dos subgrupos definidos pela ausência e presença dos fatores.

A Tabela 29 traz a análise de associação do escore de estresse com as principais lesões/doenças dos profissionais encontradas neste trabalho (com frequências maiores que 20%).

Pelos p-valores do teste, todos maiores que 5%, comparando as distribuições do escore de estresse nos subgrupos onde a lesão/doença é ausente e a lesão/doença é presente, tem-se que nenhuma lesão/doença do profissional de enfermagem da unidade pesquisada está associada ao estresse laboral. Observa-se que para todas as lesões/doenças avaliadas, não há diferença significativa entre o escore de estresse de profissionais que não têm lesão/doença e o escore de profissionais que têm a lesão/doença.

Tabela 29 - Análise de associação do Escore de Estresse com as principais lesões/doenças, Rio de Janeiro, 2023

Lesões/doenças	Estatísticas do Escore de Estresse quando a lesão/doença é ausente			Estatísticas do Escore de Estresse quando a lesão/doença é presente			p-valor do teste de Mann-Whitney
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
Dor nas costas que se irradia para a perna	2,4	2,6	0,9	2,8	2,9	0,9	0,123
Distúrbio emocional leve	2,4	2,7	0,9	2,8	2,8	0,9	0,246
Doença da parte inferior das costas com DF*	2,6	2,7	1,0	2,6	2,8	0,7	0,665
Hipertensão arterial	2,7	2,7	1,0	2,3	2,5	0,7	0,258
Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com DF*	2,5	2,7	0,9	2,7	2,7	0,9	0,519
Lesão nas costas	2,4	2,6	0,9	2,9	2,8	0,8	0,081
Gastrite ou irritação duodenal	2,5	2,6	1,0	2,9	2,8	0,4	0,143
Obesidade	2,6	2,7	0,9	2,5	2,7	0,9	0,548
Diabetes	2,6	2,7	1,0	2,6	2,7	0,6	0,812
Doença musculoesquelética que afeta membros com dores frequentes	2,7	2,7	0,9	2,1	2,1	0,7	0,094
Sinusite crônica	2,6	2,7	0,9	2,6	2,8	0,9	0,757
Lesão nas pernas/pés	2,4	2,6	0,9	2,9	2,8	0,8	0,336

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

*DF = Dores Frequentes

A Tabela 30 traz a análise de associação do Índice de Capacidade do Trabalho com as principais lesões/doenças dos profissionais encontradas neste trabalho com frequências maiores que 20%.

Pelos p-valores do teste, comparando as distribuições do ICT nos subgrupos onde a lesão/doença é ausente e a lesão/doença é presente, observa-se que a gastrite ou irritação duodenal e a lesão nas pernas/pés impactam significativamente o Índice de Capacidade para o Trabalho.

Tabela 30 - Análise de associação do ICT com as principais lesões/doenças, Rio de Janeiro, 2023

Lesões/ doenças	Estatísticas do ICT quando a lesão/doença é ausente			Estatísticas do ICT quando a lesão/doença é presente			p-valor do teste de Mann-Whitney
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
Dor nas costas que se irradia para a perna	34,5	34,0	7,7	34,9	35,0	6,5	0,947
Distúrbio emocional leve	35,5	36,0	6,8	33,4	34,0	7,8	0,338
Doença da parte inferior das costas com DF	36,1	38,0	6,7	32,3	34,0	7,5	0,129
Hipertensão arterial	36,1	38,0	6,8	32,1	33,0	7,4	0,061
Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com DF	34,8	35,0	7,5	34,5	34,0	6,7	0,851
Lesão nas costas	35,6	35,5	6,5	32,6	32,5	8,5	0,287
Gastrite ou irritação duodenal	36,5	37,0	5,4	29,4	28,5	9,1	0,012
Obesidade	34,5	34,5	7,7	35,1	35,5	5,8	0,960
Diabetes	34,4	35,5	7,5	35,4	34,5	6,6	0,841
Doença musculoesquelética que afeta membros com DF	35,9	38,0	6,6	30,6	29,0	7,8	0,051
Sinusite crônica	35,5	38,0	7,1	32,0	34,0	7,1	0,134
Lesão nas pernas/pés	35,6	35,5	6,5	32,6	32,5	8,5	0,021

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Comparando as estatísticas, observa-se que o profissional de enfermagem que tem gastrite ou irritação duodenal apresenta Índice de Capacidade para o Trabalho significativamente menor que o profissional que não tem gastrite ou irritação duodenal (p-valor=0,012). Isso vale para a lesão nas pernas/pés: o profissional de enfermagem que tem lesão nas pernas/pés apresenta Índice de Capacidade para o Trabalho significativamente menor que

o profissional que não tem lesão nas pernas/pés (p-valor=0,021). Pelos p-valores, e diferenças nas médias, observa-se que o impacto da gastrite ou irritação duodenal é maior e mais significativo ainda que o impacto da lesão nas pernas/pés.

Em se tratando de uma unidade de saúde, há necessidade de realizar pontes para que estes respondentes tenham a garantia do atendimento à saúde no próprio sistema penitenciário, conforme preconiza a Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014, no artigo 8º a saber:

Os trabalhadores em serviços penais, os familiares e demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade serão envolvidas em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos no âmbito da PNAISP (BRASIL, 2014d).

No entanto, apesar da existência desta normativa, é necessário que existam medidas que assegurem ao trabalhador e aos seus familiares este direito, promovendo um acompanhamento do trabalhador, o que possivelmente acarretará no aumento do sentimento de pertencimento, fomentando a valorização profissional e proporcionando a melhoria do vínculo instituição penal/trabalhador de enfermagem.

5 CONCLUSÃO

Essa pesquisa teve como intuito conhecer o nível de estresse e a capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem de uma unidade hospitalar prisional no Estado do Rio de Janeiro.

Foram participantes desse estudo 46 profissionais de enfermagem, sendo 40 (87%) do gênero feminino e 6 (13%) do masculino. E em relação às hipóteses levantadas têm-se:

- **Hipótese 1:** O estresse laboral dos profissionais de enfermagem da unidade prisional pesquisada é alto.

Resposta a essa hipótese: Hipótese rejeitada. O estudo não suporta essa hipótese. Tipicamente o nível de estresse dos profissionais de enfermagem da unidade prisional pesquisada é moderado (52,2%). Somente 15,2% dos profissionais de enfermagem da unidade prisional pesquisada têm nível de estresse alto.

- **Hipótese 2:** A capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem da unidade prisional pesquisada é baixa.

Resposta a essa hipótese: Hipótese rejeitada. O estudo não suporta essa hipótese. Tipicamente a capacidade para o trabalho dos pesquisados é moderada (43,5%). Somente 13,0% dos profissionais de enfermagem da unidade prisional pesquisada têm baixa capacidade para o trabalho.

- **Hipótese 3:** O estresse laboral está correlacionado à capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem da unidade prisional pesquisada.

Resposta a essa hipótese: Hipótese rejeitada. O estudo não suporta essa hipótese. A análise de correlação realizada mostrou que O ICT e o Escore de Estresse não são correlacionados (coeficiente de correlação $\rho=-0,08$; $p\text{-valor}=0,607$), ou seja, a capacidade para o trabalho independe do estresse laboral do profissional de enfermagem da unidade prisional pesquisada, e vice-versa.

- **Hipótese 4:** O estresse laboral está associado a lesão/doenças físicas e mentais.

Resposta a essa hipótese: Hipótese rejeitada. O estudo não suporta essa hipótese. Nenhuma lesão/doença do trabalhador se mostrou associada ao escore de estresse.

- **Hipótese 5:** O ICT está associado a lesões/doenças físicas e mentais.

Resposta a essa hipótese: Hipótese confirmada. O estudo suporta essa hipótese. Duas lesões/doenças se mostraram significativamente associadas ao ICT: gastrite ou irritação

duodenal e lesão nas pernas/pés. Essas duas lesões/doenças impactam significativamente a capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem da unidade pesquisada.

Como limitações deste estudo, têm-se a ausência dos profissionais de enfermagem afastados por licença médica, o receio dos pesquisados quanto à repercussão em sua avaliação de desempenho e o pequeno número de trabalhos publicados sobre a temática, o que impossibilitou maiores comparações.

Além dos resultados relativos à confrontação das hipóteses, este estudo permitiu conhecer aspectos da saúde dos trabalhadores da unidade prisional pesquisada que conduzem as seguintes recomendações:

Considerando a falta de autonomia relatada pelos pesquisados, sugere-se a adoção de uma gestão participativa, no sentido de aproximar o trabalhador das discussões e do levantamento de carências no processo e na organização do trabalho, o que permitiria encontrar as melhores soluções para os problemas e salvaguardar os direitos à saúde no trabalho.

Considerando a necessidade de um treinamento específico para os profissionais, sugere-se que os profissionais de enfermagem da unidade pesquisada realizem uma qualificação para a execução das ações de saúde nas unidades prisionais, para que estejam aptos e respaldados quanto ao exercício de suas atividades laborais. E, ressalta-se a importância de articulação entre a Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro, para que estas, conjuntamente, elaborem um plano de trabalho que contemple a qualificação deste trabalhador.

Considerando que os trabalhadores pesquisados já se encontram na fase de desaceleração profissional e aposentadoria é premente a preparação de novos profissionais de enfermagem para o trabalho na unidade pesquisada.

Considerando as enormes perdas salariais, a insatisfação com o trabalho e a desesperança de alguns trabalhadores, adverte-se a necessidade urgente de valorização deste profissional através da reposição das perdas salariais e do reconhecimento deste trabalhador como área técnica do sistema prisional estadual, o que poderá redundar na melhoria da satisfação e da esperança de um futuro melhor, além da necessidade de implementação de mudanças organizacionais e melhores condições de trabalho.

Diante dos resultados, percebe-se a necessidade de restaurar e melhorar a capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem que apresentaram capacidade para o trabalho

inadequada e também de manter e apoiar aqueles que apresentaram capacidade para o trabalho adequada.

Algumas medidas devem ser adotadas/incentivadas pelo serviço, que poderá restaurar e melhorar a capacidade para o trabalho e contribuir para a diminuição do estresse laboral dos pesquisados, como por exemplo: o incentivo à prática de atividades físicas e à manutenção do lazer, à formação de grupos de apoio para conversas sobre o trabalho, grupos para o preparo para a aposentadoria, à promoção do acesso do trabalhador ao serviço de saúde mental com o intuito de oferecer condições para um envelhecimento funcional saudável e uma aposentadoria sem danos para este trabalhador.

Essas estratégias podem ser implementadas por meio de ajustes no ambiente, na organização do trabalho e na vida do trabalhador, sempre contando com o apoio mútuo entre o trabalhador e a organização laboral.

A avaliação da capacidade para o trabalho por meio do ICT é de grande importância para a saúde ocupacional, pois orienta ações e estratégias de prevenção e promoção da capacidade para o trabalho, beneficiando a saúde do trabalhador e reduzindo os custos das organizações.

Desse modo, recomenda-se o uso do ICT como uma ferramenta para avaliar e monitorar a capacidade para o trabalho, podendo ser utilizado pelo serviço de saúde ocupacional, de forma individual ou em grupo, facilitando intervenções e melhorias nas condições de saúde e trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V.; BINDER, M. C. P. Trabalhar em penitenciárias: violência referida pelos trabalhadores e (in)satisfação no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 39, n. 129, p. 50-62, 2014.
- ARAÚJO PESSOA, R. W.; DO NASCIMENTO, L. F. O Lazer como ferramenta da qualidade de vida no trabalho. **Revista Organizações em Contexto**, São Bernardo do Campo, v. 4, n. 7, p. 18-34, 2008.
- ARGÜELLO, K. **Do Estado Social ao Estado Penal: invertendo o discurso da ordem**. “Do estado social ao estado penal”, proferida no 1º Congresso Paranaense de Criminologia. Londrina, 2005. Anais do Congresso Paranaense de Criminologia.
- BAGALHO, J. O.; MORAES, T. D. A organização do trabalho prisional e as vivências de prazer e sofrimento. **Estudos em Psicologia**, Natal, v. 22, n. 3, p. 305-315, 2017.
- BAHIA (Estado). Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Orientações técnicas para ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho em Postos de Revenda de Combustíveis: SUS/Bahia**. Salvador: CESAT/DIVAST, 2014.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BELL, S.; HOPKIN, G.; FORRESTER, A. Exposure to Traumatic Events and the Experience of Burnout, Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction among Prison Mental Health Staff: An Exploratory Survey. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 40, n. 4, p. 304-309, 2019.
- BELLUSCI, S. M.; FISCHER, F. M. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, p. 602-609, 1999.
- BORGES, T. M. B.; DETONI, P. P. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 20, n. 2, p. 143-157, 2017.
- BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452**, de 01 de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, 9 ago. 1943.
- BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 3214/78**, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 09 jun. 1978.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.210**, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 jul. 1984.
- BRASIL. **Lei nº 7.498/1986** – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 1986.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº. 10216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

BRASIL. **Portaria n ° 1679**, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 7**, de 14 de abril de 2003. Recomenda a adoção de um elenco mínimo de ações de saúde que deve ser implantado nos sistemas penitenciários dos Estados. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 15 abr. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.777**, de 09 de setembro de 2003. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 10 set. 2003b.

BRASIL. **Decreto nº 4.726**, de 9 de junho de 2003. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 10 jun. 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM**, de 13 de maio de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1823** de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional, de Saúde do Trabalhador e da trabalhadora. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 de dez. 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. DF, 2012. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 dez. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 482**, de 1º de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União: seção 1, Brasília**, DF, 2 abr. 2014b.

BRASIL. **Portaria nº 94**, de 14 de janeiro de 2014. Dispõe sobre o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1**, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 3 jan. 2014d

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **SISDESPEN: Dados Estatísticos do Sistema Penitenciário**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas Penais, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em: 15 jun. 2023.

Brasil. **Lei nº 14.434**, de 4 de agosto de 2022. Dispõe sobre o piso salarial dos profissionais de enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 5 ago. 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. **Lei nº 14.581**, de 11 de maio de 2023. Dispõe sobre o Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério da Saúde, crédito especial no valor de R\$ 7.300.000.000,00, para o fim que especifica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 12 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

CARNELUTTI, F. **As misérias do processo penal**. São Paulo: Nilobook, 2013.

CAVALHEIRO, A. M.; MOURA JUNIOR, D. F.; LOPES, A. C. Stress in nurses working in intensive care units. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 29-35, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Presidente do Coren-BA destaca que governo federal precisa ter celeridade na transferência dos recursos garantidos para o pagamento do piso para o setor público**. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/piso-da-enfermagem-a-luta-por-valorizacao-profissional-continua>. Acesso em: 20 nov. 2023.

CORDEIRO, T. M. S. C. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 4, n. 1, p. 36-46, 2012.

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

CUNHA, E. M. G. P. O recorte racial no estudo das desigualdades em saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 79-91, 2008.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

DICKINSON, T.; WRIGHT, K. M. Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. **British Journal of Nursing**, v. 17, n. 2, p. 82-87, 2008.

FARIAS, S. N. P. et al. Brazilian labor reform and implications for nursing work: a case study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e20210230, 2021.

FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P.; SILVA, F. L.; CHAN, B. L. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FELDT T.; HYVONEN K.; MAKIKANGAS A.; KINNUNEN U.; KOKKO K. Development trajectories of Finnish managers' work ability over a 10-year follow-up period. **Scandinavian Journal Work Environmental Health**, v. 35, n. 1, p. 37-47, 2009.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 39. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

FLANAGAN, N. A. Testing the relationship between job stress and satisfaction in correctional nurses. **Nursing Research**, v. 55, n. 5, p. 316-327, 2006.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Aparecida: Ideias e Letras, 2007.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOULD, R. *et al.* **Dimensions of Work Ability: Results of the Health 2000 Survey**. Helsinki: ETK; Kela; KTL; FIOH, 2008.

GONDIM, R. O. et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, e00150120, 2020.

HORA, G. P. R.; RIBAS JÚNIOR, R.; SOUZA, M. A. Estado da Arte das Medidas em Satisfação no Trabalho: Uma Revisão Sistemática. **Trends in Psychology**, v. 26, n. 2, p. 971-986, 2018.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

ILMARINEN, J. **Towards a longer worklife: Ageing and the quality of worklife in the European Union**. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2006.

ILMARINEN J. Work ability: a comprehensive concept for occupational health research and prevention. **Scandinavian Journal of Work Environmental Health**, v. 35, n. 1, p. 1-5, 2009.

JASKOWIAK, C. R.; FONTANA, R. T. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 235-243, 2015.

LAZZARI, T. *et al.* Moral distress in correctional nurses: A national survey. **Nursing Ethics**, v. 27, n. 1, p. 40-52, 2020.

LIPP, M. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 28, n. 6, p. 347-349, 2001.

LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LOCKE, E. A. The nature and causes of job satisfaction. *In*: DUNNETTE M. D. (ed.). **Handbook of industrial and organizational psychology**. Chicago: Rand McNally, 1976.

LOURENÇO, L. C. Batendo a tranca: Impactos do encarceramento em agentes penitenciários da Região Metropolitana de Belo Horizonte. **Dilemas - Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 3, n. 10, p. 11-31, 2010.

MACHADO, M. H. *et al.* **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Avaliação da capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem de pronto-socorro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 523-532, 2013.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl 1, p. 1553-1561, 2010.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Estressores afetando a capacidade para o trabalho em diferentes grupos etários na Enfermagem: seguimento de 2 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1589-1600, 2017.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 525-532, 2009.

MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, p. 341-349, 1991.

MENDES, A. M.; CLARO, M.; ROBAZZI, M. L. Burnout in nurses working in Portuguese central prisons and type of employment contract. **Medicina del Lavoro**, v. 105, n. 3, p. 214-222, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

MINAYO-GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, Supl. 2, p. 21-32, 1997.

MOCHCOVITCH, D. G. V.; DIAS, M. C. Mentos no bolso: considerações neuroéticas sobre incorporação de aplicativos de smartphones na configuração do self. **Ethica**, v. 20, n. 1, 2021.

MORAES FILHO, I. M.; ALMEIDA, R. J. Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 3, p. 447-454, 2016.

ODDIE, S.; OUSLEY, L. Assessing burn-out and occupational stressors in a medium secure service. **British Journal of Forensic Practice**, v. 9, n. 2, p. 32-48, 2007.

OLIVEIRA, L. Relendo vigiar e punir. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 4, n. 2, p. 309-338, 2011.

OLIVEIRA, F. Saúde reprodutiva, etnicidade e políticas públicas no Brasil. In: MONTEIRO, S. **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

OLIVEIRA, D. R. **A intenção de abandonar a profissão entre enfermeiros de grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro**. 2014. 106f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **El envejecimiento y la capacidad de trabajo: informe de un grupo de estudio de la OMS**. Ginebra: OMS, 1993.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, Á. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

QUERIDO, A. A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 6, p. 6-8, 2018.

QUERIDO, A.; DIXE, M. A. A esperança na saúde mental: Uma revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 3, p. 95-101, 2016.

RUDNICKI, D.; SCHÄFER, G.; SILVA, J. C. As máculas da prisão: estigma e discriminação das agentes penitenciárias. **Revista Direito GV**, v. 13, n. 2, p. 608-627, 2017.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Decreto n.º 32.621**, de 1 janeiro de 2003. Estabelece a estrutura do Poder Executivo e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro: Seção 1, Rio de Janeiro, 01 jan. 2003.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Decreto n.º 41.198**, de 7 de janeiro de 2016. Estabelece critérios e procedimentos para a municipalização dos hospitais Albert Schweitzer e Rocha Faria, na Zona Oeste da cidade, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro: Seção 1, Rio de Janeiro, 08 jan. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Decreto N.º 47.926**, de 19 de janeiro de 2022. Alterou e consolidou, sem aumento de despesas, a Estrutura Básica Organizacional da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária – SEAP. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro: Seção 1, Rio de Janeiro, 04 jan. 2022a.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado da Casa Civil. **Visitante SEAP: agendamento**. Rio de Janeiro: SEAP, 2022b. Disponível em: <https://visitanteseap.detran.rj>.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Subsecretaria de Gestão de Pessoas. Caderno de remuneração Janeiro de 2024**. Rio de Janeiro: GESPERJ, 2024. Disponível em: <https://www.rj.gov.br/gesperj/sites/default/files/Caderno%20de%20Remunera%C3%A7%C3%A3o%20-%20janeiro-2024.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2024.

RODRIGUES, M. N. G. *et al.* Trabalhadores de enfermagem e qualidade de vida: uma reflexão sobre o viver e o adoecer desses profissionais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, p. 832-835, 2010.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades de bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 54-60, 2006.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Belo Horizonte: Atheneu, 1995.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SELYE, H. History of the stress. In: GOLDBERGER, L.; BREZNITZ, S. **Handbook of stress: theoretical and clinical aspects**. New York: Macmillan Publishing, 1936.

SILVA, S. M. *et al.* Resiliência e capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, e45731, 2019.

SOUZA, M. O. S. **A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, M. O. S.; PASSOS, J. P. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 417-423, 2008.

SOUZA, V.S. *et al.* Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2177-2186, 2018.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Estresse ocupacional. In: MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. Trabalho e transição, saúde em risco. Brasília, DF: **Editora Universidade Brasília**, 2002.

TRINDADE, L. L. **O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para a saúde do trabalhador**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TUOMI, K.; ILMARINEN, J.; JAHKOLA, M; KATAJARINNE, L; TULKKI, A. **Índice de capacidade para o trabalho**. São Carlos: EduFSCar, 2010.

VARELLA, D. **Carcereiros**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 1.0**. Genebra: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Workplace health protection and promotion in the policy and practice of social and health insurance institutions**. Copenhagen: WHO; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: WHO, 2022.

APÊNDICE 1 - Questionário sociodemográfico-ocupacional

Você está recebendo três questionários que pertencem a pesquisa “Capacidade para o trabalho de Profissionais de Enfermagem do Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro”. O primeiro sobre as características sociodemográficas e ocupacionais, o segundo sobre a capacidade para o trabalho e o terceiro sobre o estresse no trabalho. Em caso de dúvida, solicite ajuda da pesquisadora Mônica Oliveira da Silva e Souza.

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Idade: _____

2. Estado Civil: _____

3. Raça/cor:

() Amarelo () Branca () Indígena () Parda () Preta

4. Sexo:

() Feminino () Masculino () Outros

5. Escolaridade:

() Ensino Fundamental

() Ensino Médio incompleto

() Ensino Médio completo

() Ensino Superior incompleto

() Ensino Superior completo

() Pós-graduação: _____

6. Renda mensal: R\$ _____

7. Renda Familiar: R\$ _____ Quantas pessoas dependem desta renda? _____

8. Realiza alguma atividade física regularmente:

() Sim () Não

Em caso afirmativo:

Quantas horas se dedica por semana? _____

9. Realiza alguma atividade de lazer?

() Sim () Não

Em caso afirmativo:

Quantas vezes por semana? _____

Quantas vezes por mês? _____

CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS:

1. Categoria Funcional:

Setor: _____

- Auxiliar de Enfermagem
 Técnico(a) de Enfermagem
 Enfermeiro(a)

2. Vínculo na Instituição:

- Servidor SEAP
 Servidor SES
 Outro. Qual? _____

3. Há quanto tempo trabalha na instituição? _____

4. Carga horária semanal: _____ horas

5. Recebe adicional de insalubridade?

- Sim Não

6. Recebe adicional de periculosidade?

- Sim Não

7. Você já percebeu algum tipo de preconceito (sociedade, amigos) quanto ao seu trabalho no Sistema Prisional?

- Sim Não

Em caso positivo, qual tipo?

8. Você sente prazer/satisfação com o seu trabalho nesta instituição?

- Sim Não

Por quê? Descreva:

9. Você se sente realizado profissionalmente executando o seu trabalho nesta instituição?

() Sim () Não

Por quê? Descreva:

10. Você recebeu algum tipo de treinamento para o trabalho no Sistema prisional?

() Sim () Não

Se sim, qual foi?

11. Os trabalhadores de enfermagem prisional enfrentam dificuldades para serem reconhecidos e respeitados como profissionais qualificados?

() Sim () Não

Na alternativa assinalada, por quê?

12. Você já desejou sair deste trabalho?

() Não

() Sim, às vezes

() Sim, sempre

Na alternativa assinalada, por quê?

13. Possui outro vínculo?

() Sim () Não

Em caso positivo, qual a sua carga horária semanal somando todos os vínculos? _____ horas

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

(De acordo com as normas da Resoluções do CNS n.º 466 de 12/12/2012 e n.º 510 de 07/04/2016)

Prezado(a)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa. Este estudo possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO) e com a anuência da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro (SEAP-RJ).

Título: Capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem do Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro

Objetivos da pesquisa: Classificar o índice de capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem de uma unidade hospitalar prisional; verificar o estresse laboral dos profissionais de enfermagem de uma unidade hospitalar prisional; analisar a associação entre o índice de capacidade para o trabalho e o estresse laboral dos profissionais de uma unidade hospitalar prisional.

Coleta de Dados: Ocorrerá mediante aplicação de 03 (três) instrumentos: o Questionário Sociodemográfico e ocupacional, objetivando a caracterização dos participantes da pesquisa; a Escala de Estresse no Trabalho (EET) com vistas à classificação do indicativo do estresse psicossocial; e o questionário sobre o Índice de capacidade para o trabalho (ICT) para avaliar a auto percepção do trabalhador sobre a sua capacidade para o trabalho. Para realização deste estudo, foi necessário a autorização da Direção do Hospital e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO. Para coleta de dados utilizar-se-á os instrumentos autoaplicáveis acima referidos, ao longo dos turnos de trabalho, em uma sala privativa, de forma a não expor o participante da pesquisa, estima-se que o participante levará de 40 (quarenta) a 50 (cinquenta) minutos para responder a todos os instrumentos.

Riscos: Tendo em vista que não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos participantes da pesquisa. Trata-se de

uma pesquisa com risco mínimo do tipo psico-intelectual relacionado à possibilidade de o participante cometer algum equívoco durante a análise dos instrumentos e se sentir tensionado ou constrangido durante as respostas ao questionário. Assim, os participantes serão orientados que não estarão se submetendo a nenhum tipo de avaliação técnica e que as respostas, não o afetarão moralmente ou profissionalmente, apenas fazem parte de uma pesquisa, não havendo nenhum tipo de punição.

Em nenhum momento será feita a identificação e/ou invasão à intimidade dos participantes, garantindo aos mesmos totais sigilo e anonimato, inclusive um local seguro e confortável. Os participantes poderão solicitar esclarecimentos em qualquer momento, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, além de total liberdade para recusar a participação antes e/ou durante qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer tipo de prejuízo junto à pesquisadora ou às instituições participantes. Os dados da pesquisa poderão ser publicados, assegurando o sigilo de sua identidade, ou seja, os nomes dos participantes não serão divulgados, oferecendo total privacidade e anonimato das informações quando divulgadas/publicadas em eventos, livros e artigos científicos. Não haverá nenhuma despesa por parte dos participantes da pesquisa e nenhum tipo de ressarcimento financeiro pela participação na pesquisa.

Benefícios: Os benefícios da pesquisa estão ligados à contribuição na construção do conhecimento no campo da saúde do trabalhador e na ampliação do espectro da pesquisa acerca dos possíveis estresses psicossociais e a capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem no cenário prisional.

Confidencialidade: Os dados serão trabalhados de forma sigilosa e garantido o anonimato, os questionários serão armazenados em local fechado e sem a identificação dos participantes. Após cinco anos da publicação da pesquisa, os dados coletados serão destruídos. Todos os participantes da pesquisa, antes de responderem aos instrumentos, serão informados sobre a pesquisa e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e, a fim de garantir o anonimato dos sujeitos, será criado um sistema de identificação com a utilização de questionários identificados apenas por números que serão organizados em ordem crescente apenas para facilitar o acesso restrito do pesquisador. Logo, os instrumentos não terão quaisquer informações que possam identificar o participante do estudo. Os participantes da pesquisa serão informados dos seus direitos, acerca da obtenção de informações de forma clara; oportunidade de esclarecer dúvidas; privacidade; possibilidade de buscar indenização caso seja de alguma forma lesado pela pesquisa e recebimento de uma via do TCLE assinada. A pesquisa possui

vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do programa de pós-graduação em Enfermagem e Biociências, sendo a doutoranda Mônica Oliveira da Silva e Souza, a pesquisadora responsável, sob orientação da Prof.^a Dra. Joanir Pereira Passos. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos nos endereços de e-mail, monsouza1997@gmail.com e joanirpassos@bol.com.br, bem como, no telefone (21) 988267887.

Caso seja necessário, contate Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Avenida Pasteur, 296 subsolos do prédio da Nutrição – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240, no telefone 2542-7796 ou e-mail: cep@unirio.br.

Tendo sido esclarecido todas as informações quanto ao estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Eu concordo em participar deste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Pesquisadora responsável:

Nome: Mônica Oliveira da Silva e Souza

Assinatura: _____

Data: _____

ANEXO 1 - Índice de Capacidade para o Trabalho - ICT

Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

1. Numa escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual, sendo que: 0 significa **incapaz** para o trabalho e 10 significa estar **na melhor capacidade** para o trabalho

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)

Muito boa		5
Boa		4
Moderada		3
Baixa		2
Muito baixa		1

3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais de seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)

Muito boa		5
Boa		4
Moderada		3
Baixa		2
Muito baixa		1

4. Em sua opinião, quais das lesões por acidentes ou doença citadas abaixo você possui atualmente. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
4.1. Lesão nas costas	2	1
4.2. Lesão nos braços/mãos	2	1
4.3. Lesão nas pernas/pés	2	1
4.4. Lesão em outras partes do corpo	2	1
Onde?		
Que tipo de lesão?		
4.5. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	2	1
4.6. Doença da parte inferior das costas com dores frequentes	2	1
4.7. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	2	1
4.8. Doença musculoesquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	2	1
4.9. Artrite reumatoide	2	1
4.10. Outra doença musculoesquelética	2	1
Qual?		
4.11. Hipertensão arterial (pressão alta)	2	1
4.12. Doença coronariana, dor no peito	2	1
4.13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	2	1
4.14. Insuficiência cardíaca	2	1
4.15. Outra doença cardiovascular	2	1
Qual?		
4.16. Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	2	1
4.17. Bronquite crônica	2	1

4.18. Sinusite crônica	2	1
4.19. Asma	2	1
4.20. Enfisema	2	1
4.21. Tuberculose pulmonar	2	1
4.22. Outra doença respiratória Qual?	2	1
4.23. Distúrbio emocional severo (depressão severa)	2	1
4.24. Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	2	1
4.25. Problema ou diminuição da audição	2	1
4.26. Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	2	1
4.27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	2	1
4.28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos Qual?	2	1
4.29. Pedras ou doença da vesícula biliar	2	1
4.30. Doença do pâncreas ou do fígado	2	1
4.31. Úlcera gástrica ou duodenal	2	1
4.32. Gastrite ou irritação duodenal	2	1
4.33. Colite ou irritação do cólon	2	1
4.34. Outra doença digestiva Qual?	2	1
4.35. Infecção das vias urinárias	2	1
4.36. Doença dos rins	2	1
4.37. Doença nos genitais e aparelho reprodutor (problemas nas trompas ou próstata)	2	1
4.38. Outra doença geniturinária Qual?	2	1
4.39. Alergia, eczema	2	1
4.40. Outra erupção Qual?	2	1
4.41. Outra doença de pele Qual?	2	1
4.42. Tumor benigno	2	1
4.43. Tumor maligno (câncer) Onde?	2	1
4.44. Obesidade	2	1
4.45. Diabetes	2	1
4.46. Bócio ou outra doença da tireoide	2	1
4.47. Outra doença endócrina ou metabólica Qual?	2	1
4.48. Anemia	2	1
4.49. Outra doença do sangue Qual?	2	1
4.50. Doença Congênita Qual?	2	1
4.51. Outro problema ou doença Qual?	2	1

5. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

Não há impedimento/Eu não tenho doenças	6	
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	5	
Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	4	
Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos	3	

de trabalho		
Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial	2	
Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar	1	

6. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

Nenhum	5	
Até 9 dias	4	
De 10 a 24 dias	3	
De 25 a 99 dias	2	
De 100 a 365 dias	1	

7. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?

É improvável	1	
Não estou muito certo	4	
Bastante provável	7	

8. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre	4	
Quase sempre	3	
Às vezes	2	
Raramente	1	
Nunca	0	

9. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre	4	
Quase sempre	3	
Às vezes	2	
Raramente	1	
Nunca	0	

10. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

Continuamente	4	
Quase sempre	3	
Às vezes	2	
Raramente	1	
Nunca	0	

ANEXO 2 - Escala de Estresse no Trabalho - EET

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso					
2. O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita					
3. A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante					
4. Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho					
5. Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais					
6. Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho					
7. A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado					
8. Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho					
9. Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além da minha capacidade					
10. Fico de mau humor por ter que trabalhar muitas horas seguidas					
11. Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior					
12. Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho					
13. Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para a capacitação profissional					
14. Fico de mau humor por me sentir isolado na organização					
15. Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores					
16. As poucas perspectivas de crescimento têm me deixado angustiado					
17. Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade					
18. A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor					
19. A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação					
20. Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias					
21. Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas					
22. O tempo insuficiente para realizar o meu volume de trabalho deixa-me nervoso					
23. Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes					

Fonte: Adaptado por Paschoal e Tamayo, 2005.

ANEXO 3 - Anuência da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária - Rio de Janeiro



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Administração Penitenciária
Gabinete da Secretária

À Academia de Polícia Penal,

Encaminho o procedimento com o autorizo deste Gabinete para realização da pesquisa Capacidade para o Trabalho de Profissionais de Enfermagem do Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro, a ser realizada numa unidade hospitalar prisional localizada no Complexo de Gericinó (51984531).

RAFAEL CÁSSIO DO VAL

Chefe de Gabinete/Inspetor de Polícia Penal

ID 50301004

Rio de Janeiro, 29 de junho de 2023



Documento assinado eletronicamente por **Rafael Cássio do Val, Chefe de Gabinete**, em 29/06/2023, às 13:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **54832921** e o código CRC **8C1153D6**.

ANEXO 4 - Parecer Consubstanciado do CEP - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem do Sistema penitenciário do Rio de Janeiro

Pesquisador: MONICA OLIVEIRA DA SILVA E SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71748423.5.0000.5285

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.230.778

Apresentação do Projeto:

Textos dos itens "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" retirados dos documentos do projeto inseridos na Plataforma Brasil pelo(a) pesquisador(a) responsável ou qualquer membro da equipe de pesquisa.

"Esta pesquisa tem como objeto a capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem de uma unidade hospitalar prisional no Estado do Rio de Janeiro e a relação com estresse ocupacional."

"Para avaliação da capacidade para o trabalho dos profissionais de saúde do Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro serão utilizados três instrumentos de coleta de dados, o Questionário Sociodemográfico Ocupacional, o questionário sobre o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e a Escala Estresse do Trabalho (EET). Para coleta de dados utilizar-se-á os instrumentos autoaplicáveis acima referidos, ao longo dos turnos de trabalho, em uma sala privativa, de forma a não expor o participante da pesquisa, estima-se que o participante levará de 20 (vinte) a 30 (trinta) minutos para responder a todos os instrumentos. O Questionário Sociodemográfico Ocupacional visa a coleta de dados das características pessoais e ocupacionais (idade, sexo, categoria profissional, raça/cor, escolaridade, inserção institucional e situação laboral), o que possibilitará a utilização dos fatores como elementos para a análise da capacidade do trabalho

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br