



Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em
enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados
continuados integrados

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde Atlântica, para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Elaborado por:

Hélio Luís Rocha de Sousa, nº 201127737

Orientadores:

Professor Doutor Luís Sousa
Professora Doutora Helena José

Barcarena, 05 maio 2025

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação



Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde Atlântica, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Elaborado por:

Hélio Luís Rocha de Sousa, nº 201127737

Orientadores:

Professor Doutor Luís Sousa
Professora Doutora Helena José

Barcarena, 05 maio 2025

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

“O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório”

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

"A enfermagem é um ato deliberado de assistência às pessoas para suprir suas necessidades de autocuidado quando elas não são capazes de fazê-lo por si mesmas."

Dorothea Orem

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha avó, à minha namorada e aos meus filhos, que foram a minha fonte inesgotável de amor, paciência e inspiração durante esta jornada. Vocês são o alicerce que sustentou os meus sonhos, mesmo nos momentos mais desafiadores sendo o motivo pelo qual persisti.

Aos meus professores, quero expressar a minha profunda gratidão. Cada ensinamento, orientação e palavra de incentivo foram fundamentais para que eu alcançasse este marco tão significativo. O vosso empenho, dedicação e paixão pelo conhecimento não apenas iluminaram o meu caminho, mas também me inspiraram a ser mais, aprender mais e acreditar que o esforço sempre traz frutos.

A todos vocês, que direta ou indiretamente fizeram parte desta etapa da minha vida, deixo aqui o meu mais sincero agradecimento. Sem vocês, esta realização não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente à minha família pela força e paciência que tiveram comigo durante a realização desta dissertação, enaltecendo toda a força e apoio que me deram para terminar mais esta etapa.

Agradeço aos colegas que me ajudaram e que permitiram chegar a bom porto e que, também eles, me apoiaram e deram força nos momentos que estava quase a esgotar as minhas forças.

Agradeço toda a dedicação e empenho do Professor Doutor Luís Sousa e da Professora Doutora Helena José por nunca deixarem que eu baixasse os braços e que, mesmo em situações de tempo diminuído, conseguiram ajudar a ultrapassar obstáculos que outros desistiriam, *a priori*.

Quero agradecer à minha mulher e filhos por compreenderem as minhas ausências e as minhas dificuldades em lidar com algumas situações pessoais e familiares que, no decorrer desta etapa, dificultaram a comunicação e a dedicação que eles tanto merecem. A todos um Bem-haja.

LISTA DE ABREVIATURAS

DGS – Direção Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EU-OSHA – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

ERGHO – Guideline European Research Group on Health Outcome

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

IMC – Índice de Massa Corporal

LME – Lesão Musculo-esquelética

OMS – Organização Mundial da Saúde

PALS – Plano Nacional para a Literacia em Saúde

PANAS – Positive and Negative Affect Schedule

PNLSCC – Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciência do Comportamento

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNCOC – Programa Nacional de Saúde Ocupacional

SPSS – Statistical Package for Social Sciences®

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

WHOQOL-Bref – World Health Organization Quality of Life – Bref

(m) – média

(dp) – desvio padrão

(Rho) – correlação de Spearman

(p) – coeficiente

RESUMO

Enquadramento teórico: As lesões músculo-esqueléticas são frequentes entre enfermeiros, devido a esforços repetitivos e posturas inadequadas, afetando a saúde física e emocional. Estratégias preventivas como ginástica laboral e capacitação ergonômica são essenciais para melhorar a qualidade de vida no trabalho. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel fundamental na gestão das lesões músculo-esqueléticas, com intervenções físicas e emocionais. A literacia em saúde também é crucial para melhorar a saúde ocupacional e o ambiente de trabalho, garantindo a sustentabilidade dos serviços de saúde.

Objetivo: Conhecer a prevalência da sintomatologia músculo-esquelética e os fatores associados em enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados integrados

Método: O estudo proposto é quantitativo, descritivo e transversal, com uma amostra de enfermeiros de uma UCCI. A pesquisa foca na recolha e análise de dados, através do preenchimento do questionário realizado no *Microsoft Forms*®.

Resultados: De um conjunto de 50 enfermeiros, foi revelado uma alta prevalência de sintomatologia músculo-esquelética entre enfermeiros de UCCI, destacando dores na coluna lombar, cervical e ombros. A amostra, predominantemente feminina e com idade média de 38,5 anos, apresentou desafios relacionados ao sedentarismo, estresse ocupacional e falta de recursos ergonômicos. A qualidade de vida foi impactada, especialmente no ambiente de trabalho, e a dor foi associada à deterioração da saúde física e emocional.

Conclusão: O estudo evidenciou alta prevalência de sintomatologia músculo-esquelética entre enfermeiros de UCCI, especialmente na coluna lombar, cervical e ombros. Fatores como género feminino e idade mais jovem estão associados à maior dor. A qualidade de vida foi afetada pelas condições do ambiente de trabalho, apontando a necessidade de melhorias. Destaca-se a importância de programas preventivos e o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-Chave: Lesões músculo-esqueléticas, Enfermagem de Reabilitação e Literacia em Saúde, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Theoretical Framework: Musculoskeletal injuries (MSI) are common among nurses due to repetitive strain and improper posture, impacting both physical and emotional health. Preventive strategies, such as workplace exercise programs and ergonomic training, are essential to improving quality of work life. The Rehabilitation Nursing Specialist (RNS) plays a vital role in managing MSI through physical and emotional interventions. Health literacy is also crucial for enhancing occupational health and the work environment, ensuring the sustainability of healthcare services.

Objective: To identify the prevalence of musculoskeletal symptoms and associated factors among nurses in an integrated long-term care unit.

Method: The proposed study is quantitative, descriptive, and cross-sectional, involving a sample of nurses from an integrated long-term care unit. Data collection was conducted via a questionnaire using Microsoft Forms®.

Results: Among a sample of 50 nurses, a high prevalence of musculoskeletal symptoms was observed, particularly pain in the lumbar spine, cervical spine, and shoulders. The predominantly female sample, with an average age of 38.5 years, faced challenges related to sedentary behavior, occupational stress, and a lack of ergonomic resources. Quality of life was impacted, especially in the work environment, and pain was associated with a decline in physical and emotional health.

Conclusion: The study revealed a high prevalence of musculoskeletal symptoms among nurses in integrated long-term care units, particularly in the lumbar and cervical spine and shoulders. Factors such as being female and younger age were associated with greater pain. Quality of life was negatively affected by workplace conditions, highlighting the need for improvements. The importance of preventive programs and the role of the RNS are emphasized.

Keywords: Musculoskeletal Injuries, Rehabilitation Nursing, Health Literacy, Quality of Life.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1. Sintomatologia associada às lesões músculo-esqueléticas em enfermeiros	16
1.1. Fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia associada às lesões musculoesqueléticas	17
1.2. Dados epidemiológicos da sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas na atividade profissional dos enfermeiros	18
2. A intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação	19
1.3. Padrões de qualidade na promoção da saúde: literacia em saúde	21
1.4. Aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis na Enfermagem de Reabilitação	24
II. Parte – Estudo Empírico	28
1.1. Justificação, finalidade, questão e objetivos do estudo	28
1.2. Tipo de estudo	29
1.3. População e Amostra	30
1.4. Instrumentos de recolha dos dados	30
1.4.1. Questionário Nórdico Músculo-Esquelético adaptado e validado para a língua portuguesa por Mesquita (2010):	30
1.4.2. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	31
1.4.3. World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref)	31
1.5. Análise de dados	34
1.6. Considerações éticas.....	35
III. Parte – Apresentação, análise e discussão dos resultados	37
3.1. Apresentação dos resultados.....	37
3.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	37
3.1.2. Caracterização profissional	38
3.1.3. Recursos e apoios no local de trabalho	39
3.1.4. Prevalência de sintomatologia músculo-esquelética por anatómicas, últimos 12 meses...	40
3.1.5. Análise da intensidade da dor nas zonas anatómicas	41
3.1.6. Qualidade de vida (WHOQOL-BREF)	42
3.1.7. Afetividade e Bem-Estar Subjetivo (PANAS)	43

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

3.1.8. Relação entre as sociodemográficas e a perceção da dor nas diferentes regiões anatómicas estudadas.....	43
3.1.9. Relação entre as variáveis socioprofissionais e a perceção da dor nas diferentes regiões anatómicas estudadas	44
3.1.10. Relação entre a qualidade de vida e a perceção da dor nas diferentes zonas anatómicas .	45
3.1.11. Relação entre a perceção da dor nas diferentes zonas anatómicas e a qualidade de vida .	46
3.1.12. Relação entre a perceção da dor nas diferentes zonas anatómicas e a afetividade e bem-estar subjetivo	47
3.2. Discussão dos resultados	48
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	i
Anexo I - Questionário Nórdico Músculo-Esquelético adaptado e validado para a língua portuguesa por Mesquita (2010)	ii
Anexo II - Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	xii
Anexo III - Questionário sobre qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida (WHOQOL-Bref)	xiii
Anexo IV - Parecer da comissão de ética	xxiii

Índice de Tabela

Tabela 1 - Alpha de Cronbach para os 5 domínios da escala de WHOQOL-BREF.....	34
Tabela 2 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	34
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos inquiridos	37
Tabela 4 - Caracterização profissional	38
Tabela 5 - Apoios e recursos no local de trabalho	39
Tabela 6 - Zonas anatómicas de sintomatologia músculo-esquelética/dor nos últimos 12 meses	40
Tabela 7 - Estatísticas do nível de dor nas zonas anatómicas	41
Tabela 8 - Estatísticas relativas ao score global dos domínios da WHOQOL-BREF	42
Tabela 9 - Estatísticas relativas ao score das dimensões da PANAS	43
Tabela 10 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a perceção da dor nas diferentes zonas anatómicas	43
Tabela 11 - Relação entre as variáveis socioprofissionais e a perceção da dor nas diferentes zonas anatómicas	44
Tabela 12 - Relação entre a qualidade de vida e a perceção da dor nas diferentes zonas anatómicas	45
Tabela 13 - Relação entre a qualidade de vida e a afetividade e bem-estar subjetivo.....	46
Tabela 14 - Relação entre a perceção da dor nas diferentes zonas anatómicas e a afetividade e bem-estar subjetivo	48

Índice de Figuras

Figura 1 - Adaptação da classificação das lesões musculoesqueléticas de Buckle e Devereux (1999) por Serranheira (2007, p. 43)	16
Figura 2 - Competências de Literacia em Saúde. Fonte: DGS (2023, p. 4).....	22
Figura 3 - Cálculo de resultado do domínio (WHOQOL-Bref).....	32

INTRODUÇÃO

A sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho representa, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública na União Europeia, acarretando elevados custos para os profissionais de saúde, para as organizações e para a sociedade em geral (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2023). Estes custos traduzem-se, inevitavelmente, numa redução significativa da qualidade de vida dos profissionais afetados, impactando não apenas a sua saúde física, mas também o seu bem-estar psicológico e desempenho laboral.

No contexto dos cuidados de saúde, os enfermeiros constituem um dos grupos mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomatologia músculo-esquelética, principalmente devido às exigências físicas associadas às tarefas diárias, como o levantamento de cargas, a mobilização de doentes e a manutenção de posturas estáticas prolongadas. Estudos como o de Cheung et al. (2018), realizado em unidades de cuidados continuados, revelaram uma prevalência de 88,4% de enfermeiros que manifestaram dor ou desconforto em pelo menos uma região corporal. De forma semelhante, Yang et al. (2019) e Yang e Niu (2022) demonstraram que a prevalência de dor em múltiplos locais anatómicos é ainda superior, aumentando consideravelmente o impacto na qualidade de vida destes profissionais. O estudo de Nguyen et al. (2020) reforça esta problemática ao evidenciar que a sintomatologia músculo-esquelética multi-local é associada não apenas ao sexo feminino e à idade mais avançada, mas também a níveis elevados de sofrimento psicológico, conduzindo a uma deterioração significativa da qualidade de vida dos enfermeiros. Em conformidade, Tuna et al. (2021) alertam para a correlação entre a sintomatologia músculo-esquelética e a degradação da qualidade de vida profissional, sublinhando que as condições laborais adversas e a ausência de estratégias preventivas agravam o risco de *burnout* e de fadiga por compaixão.

Em Portugal, estudos como o de Castanheira (2023) apontam para uma realidade semelhante nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), onde a elevada prevalência de sintomatologia músculo-esquelética, nos enfermeiros, constitui um desafio constante para a manutenção da saúde ocupacional e da qualidade dos cuidados prestados. Não obstante, a literatura específica sobre enfermeiros de UCCI continua a ser escassa, reforçando a necessidade de investigação aprofundada neste contexto particular. Neste cenário, e considerando que a Enfermagem é uma disciplina dinâmica, baseada num corpo próprio de conhecimentos científicos, torna-se imperativo apoiar a prática clínica na utilização de quadros teóricos sólidos que orientem a intervenção e a investigação. A Teoria das Transições de Afaf

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Meleis revela-se particularmente pertinente para enquadrar este estudo, ao conceptualizar a transição saúde/doença como um processo que, se não for adequadamente gerido, pode aumentar a vulnerabilidade da pessoa, conduzindo a resultados de saúde negativos (Meleis et al., 2010).

A identificação precoce de fatores de risco, como a sintomatologia músculo-esquelética e a compreensão das transições vividas pelos enfermeiros em unidades de cuidados continuados é fundamental para promover intervenções eficazes que minimizem o impacto da doença e maximizem a recuperação e a qualidade de vida. Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume um papel central, colaborando na implementação de estratégias de promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias e reabilitação funcional. Com base no Regulamento n.º 392/2019 (Diário da República, 2019), o EEER é dotado de competências avançadas que lhe permitem conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados diferenciados, sustentados na prática baseada na evidência e na busca contínua da excelência no cuidar. Assim, enquanto futuro EEER e futuro mestre, torna-se imprescindível desenvolver competências que permitam apoiar as pessoas a recuperar a saúde, gerir a doença e melhorar a sua qualidade de vida, contribuindo de forma ativa para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e para o bem-estar dos enfermeiros.

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Sintomatologia associada às lesões músculo-esqueléticas em enfermeiros

As lesões músculo-esqueléticas (LME) são definidas como doenças do tecido conjuntivo ou músculo-esqueléticas que causam dores ou lesões musculares devido ao contacto súbito ou contínuo, exercício repetido, força, vibração ou movimentos posturais incorretos (Tantawy et al., 2017). As LME foram reconhecidas como uma das lesões profissionais mais comuns e os enfermeiros foram identificados como um grupo de alto risco para essas lesões (Dehdashti et al., 2017).

As condições de trabalho adversas levam os enfermeiros a sentir sintomatologia músculo-esqueléticas e prejudicam a sua qualidade de vida profissional (Tuna et al., 2021). Alguns estudos indicam que a sintomatologia associada às lesões músculo-esqueléticas manifesta-se numa diversidade de repostas humanas, como a dor, a sensação de dormência na área afetada ou próxima, perceção de peso e fadiga precoce, noção ou perda de força, ocorrência de condições ortopédicas, designadamente a tendinite, a sinovite, o dedo em gatilho, a síndrome de túnel carpo, entre outras, que constituem um problema grave para os enfermeiros que prestam cuidados domiciliários e em unidades de cuidados continuados integrados (Carneiro et al., 2017). Neste contexto, Serralheira (2007) classifica a sintomatologia de lesões músculo-esqueléticas em conformidade com a tipologia das patologias (Figura 1).



Figura 1 - Adaptação da classificação das lesões músculo-esqueléticas de Buckle e Devereux (1999) por Serralheira (2007, p. 43)

No seu estudo, Tuna et al. (2021) determinaram a sintomatologia músculo-esqueléticas de enfermeiros e compararam a sua relação com a qualidade de vida profissional em função das suas características sociodemográficas. Participaram 333 enfermeiros que trabalhavam em diferentes unidades de saúde. O instrumento de recolha de dados incluiu um formulário de informação ao participante com 8 questões, o *Cornell Musculoskeletal Discomfort Questionnaire* (Hedge, Morimoto & McCrobie, 1999) e a Professional Quality of Life Scale (Beth Hudnall Stamm em 1995). Os resultados mostram que os enfermeiros sofriam maioritariamente de dor lombar (90,4%) e a sua dor interferia ligeiramente com o seu trabalho (49,8%). Verificou-se uma correlação positiva fraca, mas significativa entre a sintomatologia músculo-esquelética e a qualidade de vida profissional dos enfermeiros ($r=0,215$; $p<0,001$). Os enfermeiros mais jovens, do sexo masculino, que exerciam funções executivas, com menos experiência profissional e anos de serviço na instituição apresentavam maior pontuação média de sintomatologia músculo-esquelética ($p<0,05$). Por conseguinte, Tuna et al. (2021) salientam que urge definir e implementar estratégias de prevenção de sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros, destacando-se o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na implementação de ginástica laboral, formação dos enfermeiros e estratégias que visam diminuir a sintomatologia músculo-esquelética. É fundamental considerar que o agravamento da sintomatologia músculo-esqueléticas associada a lesões relacionadas com o contexto laboral se correlaciona com o aumento dos níveis de *burnout* e da fadiga por compaixão, fatores estes intimamente associados à qualidade de vida dos profissionais de saúde, ou seja, à medida que os sintomas se intensificam, Roll-Koch (2025) referem que se observa um impacto negativo cumulativo no bem-estar físico, emocional e funcional dos enfermeiros, podendo comprometer a sua capacidade de prestar cuidados seguros e eficazes.

1.1. Fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia associada às lesões músculo-esqueléticas

A sintomatologia associada às lesões músculo-esqueléticas desenvolve-se ao longo do tempo, sendo a sua causa multifatorial. Os enfermeiros estão expostos a uma série de fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia associada às lesões músculo-esqueléticas, devido à natureza do seu trabalho, que obriga a grandes esforços físicos repetitivos, posturas inadequadas e gestão dos clientes (Jakovljević, 2024). Os fatores de risco da sintomatologia associada às lesões músculo-esqueléticas no local de trabalho podem geralmente ser divididos em fatores de risco biomecânicos (físicos), psicossociais, socioculturais, individuais (pessoais), organizacionais e ambientais. Os fatores de risco são numerosos e interagem positiva e negativamente entre si (Jakovljević, 2024). Existem vários métodos e ferramentas para avaliar a exposição a riscos

relacionados com o trabalho ou os fatores de risco no local de trabalho. Em geral, os métodos de avaliação dos riscos de sintomatologia associada às lesões músculo-esqueléticas podem ser classificados como autorrelato, observação (por peritos), avaliação direta e deteção remota. A avaliação dos fatores de risco constitui a base para o desenvolvimento de medidas de intervenção para reduzir e/ou prevenir a sintomatologia associada às lesões músculo-esqueléticas.

Lin et al. (2020), no seu estudo descritivo transversal com amostragem estratificada por grupos para recolher dados de 1 803 enfermeiros, cujo inquérito incluiu um questionário sociodemográfico e o Questionário Nórdico Músculo-esquelético, os fatores de risco para o desconforto no ombro incluíram o tipo de serviço em que estes trabalhavam, os hábitos de exercício físico e a idade ($p < .05$). Os fatores de risco para o desconforto no pescoço compreenderam a antiguidade na unidade de saúde atual, o “cargo e a história de sintomatologia ($p < .05$). Os fatores de risco para o desconforto na parte superior das costas incluíram a idade e a antiguidade na unidade atual ($p < .05$). Os fatores de risco para o desconforto lombar foram a antiguidade na unidade atual, o tipo de unidade e o número de dias de trabalho por semana ($p < .05$).

1.2. Dados epidemiológicos da sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas na atividade profissional dos enfermeiros

Os estudos epidemiológicos a nível mundial revelaram uma elevada incidência e prevalência de sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas na atividade profissional dos enfermeiros, com destaque para as sintomatologias lombares (Lin et al., 2020; Mitseas et al., 2023). Num contexto clínico, os enfermeiros têm frequentemente de deslocar, puxar ou empurrar os doentes de e para as suas camas ou outros locais e essas atividades envolvem uma flexão ou rotação excessiva do corpo (Raithatha & Mishra, 2016). Além disso, a consciência do desconforto físico pode afetar a vida quotidiana de um indivíduo e, quando grave, este pode ter de se ausentar do trabalho ou procurar ajuda médica. O desconforto físico pode mesmo reduzir a capacidade de trabalho ou causar incapacidades, o que, por sua vez, representa um encargo para as instituições de saúde e para a sociedade (Sezgin & Esin, 2015). A enfermagem é uma profissão com uma elevada prevalência de sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas, o que pode facilmente levar a reduções na força de trabalho de enfermagem e afetar negativamente a vida dos enfermeiros, quer profissional quer pessoal (Mitseas et al., 2023). Lin et al. (2020) constaram que a maior prevalência de sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas na atividade profissional dos enfermeiros por regiões do corpo foi registada no ombro direito (85,8%), no ombro esquerdo (80,9%), no pescoço (62,4%), no pulso direito (62,2%) e na região lombar (60,4%). No seu estudo de natureza quantitativa, transversal, descritivo e analítico, Sousa (2020), numa amostra constituída por 114 enfermeiros

portugueses, através da aplicação do Questionário Nórdico Músculo-Esquelético e um questionário de caracterização sociodemográfica, profissional, comportamental e do estado de saúde, constatou uma prevalência de sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas de 73,7% nos últimos 12 meses. As regiões corporais mais afetadas pela sintomatologia foram os ombros (44,7%), pescoço (43,0%) e região lombar (42,1%). O autor verificou a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas e os antecedentes clínicos, as pausas no turno e algumas componentes das atividades laborais (Sousa, 2020).

2. A intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

A salvaguarda da saúde e do bem-estar dos profissionais de saúde constitui uma condição essencial para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que profissionais saudáveis e em contextos laborais seguros são determinantes para melhores resultados em saúde (Direção-Geral da Saúde, 2014).

A prevenção da sintomatologia músculo-esqueléticas associada a lesões relacionadas com o exercício profissional implica a adoção de um conjunto articulado de estratégias. Estas incluem a análise ergonómica das atividades, a avaliação de riscos associados, a vigilância da saúde ocupacional, bem como a promoção da informação e da formação dos profissionais. A integração de exercícios físicos e de orientações posturais adequadas contribui significativamente para o alívio da sintomatologia (Alcântara, 2014). A evidência científica aponta para a eficácia dos programas de intervenção multifatoriais, caracterizados por uma abordagem sistémica que integra o EEER. Estes programas revelam-se mais eficazes do que aqueles centrados unicamente na formação sobre técnicas de mobilização de doentes (Fernandes et al., 2020).

Neste sentido, a implementação de estratégias preventivas face à sintomatologia músculo-esqueléticas associada a lesões relacionadas com o exercício profissional na prática dos enfermeiros demonstra um impacto positivo na qualidade dos cuidados prestados e na sua própria qualidade de vida. Estas intervenções promovem não só a motivação e satisfação profissional, mas também reduzem o absentismo laboral, com consequentes ganhos económicos para os profissionais e para as instituições de saúde (Fernandes, 2020).

A sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas em enfermeiros que exercem funções em UCCI é uma realidade comum, sobretudo devido ao esforço físico excessivo e à repetição de movimentos durante a execução de tarefas, como transferências de clientes, mobilização e posicionamento. Estas podem afetar diretamente a capacidade dos enfermeiros de realizar o seu trabalho e comprometer a sua saúde a longo prazo (Sousa, 2020).

Uma das principais funções do EEER é educar os enfermeiros acerca da importância da postura correta durante a execução de atividades laborais. Neste pressuposto, a implementação de princípios de ergonomia no ambiente de trabalho pode diminuir o risco de sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas (O'Brien et al., 2019). O EEER pode intervir através de workshops e sessões de treino sobre as técnicas mais adequadas para a realização de levantes e deambulação dos residentes, uso de equipamentos de apoio e ajustamento do ambiente de trabalho para promover uma postura mais saudável (O'Brien et al., 2019; Sousa et al., 2023).

O EEER pode igualmente implementar programas de exercícios físicos adaptados para fortalecimento da musculatura envolvida nas atividades quotidianas do enfermeiro, especialmente os músculos da coluna vertebral, pescoço, ombros, membros superiores e membros inferiores. Os exercícios de alongamento e fortalecimento ajudam a prevenir o risco de sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas, com consequente melhoria da flexibilidade e da resistência muscular. Pode igualmente acompanhar a execução correta desses exercícios, garantindo a adesão ao programa, ensinar aos enfermeiros como identificar sinais precoces de fadiga muscular e de stresse, incentivar as práticas de autocuidado, como, por exemplo, pausas regulares, hidratação e técnicas de relaxamento para minimizar a tensão muscular, bem como fornecer orientações acerca da forma como lidar com a dor e com a sobrecarga física, promovendo a autorregulação para evitar que o problema se agrave (Fernandes, 2020; Sousa et al., 2023).

No seu estudo de revisão sistemática da literatura, Sousa et al. (2023) concluíram a associação de duas ou mais intervenções, sendo que a maioria dos estudos incidiu na formação em dispositivos de manuseamento e a educação ergonómica, emergindo, assim, como os instrumentos mais eficazes na prevenção de sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas em enfermeiros que exercem funções em UCCI. Todavia, Sousa et al. (2023) referem que os estudos não associaram intervenções que contemplassem todos os fatores de risco (individuais, associados à natureza do trabalho, organizacionais e psicológicos). Não obstante, consideram que a sua revisão sistemática pode ajudar a fazer recomendações para outros estudos que devem associar medidas organizacionais e políticas de prevenção com o exercício físico e outras medidas dirigidas aos fatores de risco de sintomatologia associada a lesões musculoesqueléticas, individuais e psicossociais.

Em muitos casos, a sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas parece estar associada ao stresse emocional e psicológico, uma situação comum entre enfermeiros que exercem funções em UCCI, que se caracteriza por um ambiente frequentemente exigente e de elevada pressão (Gold et al., 2017). Por conseguinte, o EEER pode fornecer apoio emocional, para além de orientar os

enfermeiros sobre estratégias que permitam melhorar o seu bem-estar mental e psicológico, enfatizando o risco do stresse relacionado com trabalho para a sua saúde física e mental.

A intervenção do EEER também compreende a sistemática monitorização do estado de saúde física dos enfermeiros ao longo do tempo, o que pode ser concretizado através de sessões periódicas de acompanhamento para ajustar as intervenções em conformidade com a evolução das condições de saúde de cada enfermeiro. Caso seja identificada a sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas, o EEER pode encaminhar o enfermeiro para programas de reabilitação adaptados ou colaborar na gestão de estratégias de reabilitação (Sousa et al., 2023). Ao investir em prevenção, educação, adaptações ergonómicas e autocuidado, o EEER contribui para a melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros que exercem em UCCI e, simultaneamente, robustece a sustentabilidade da força de trabalho em ambientes desafiadores e de elevada exigência de cuidados (Gideon Asuquo et al., 2021).

Assim, uma das estratégias que o EEER pode recorrer para a prevenção de sintomatologia associada a lesões músculo-esqueléticas em enfermeiros que exercem funções em UCCI passa pela promoção de mais literacia em saúde.

1.3. Padrões de qualidade na promoção da saúde: literacia em saúde

A literacia em saúde pode ser entendida como o conjunto de conhecimentos, capacidades e atitudes que as pessoas desenvolvem ao longo da vida, através das suas experiências quotidianas, relações sociais e contextos culturais. Estas competências são influenciadas por fatores estruturais e institucionais, incluindo a forma como os serviços de saúde organizam e disponibilizam a informação, conceito que se relaciona com a literacia em saúde organizacional (OMS, 2024).

Em Portugal, este indicador tem-se revelado mais preditivo do estado de saúde da população do que variáveis tradicionalmente associadas, como o rendimento, a escolaridade, o emprego ou a pertença étnica (DGS, 2023). A evidência empírica, obtida através de inquéritos realizados na região europeia da OMS, demonstra que a literacia em saúde tende a acompanhar o status social, podendo contribuir para o agravamento das desigualdades existentes (Sørensen et al., 2015).

Dado o seu carácter multifatorial, a literacia em saúde não deve ser considerada uma responsabilidade exclusiva do cidadão. O seu fortalecimento depende do compromisso de diversos agentes sociais, desde os organismos governamentais até às entidades do setor da saúde, que devem assegurar o acesso equitativo a informação clara, acessível e acionável. Para tal, é essencial a regulação

dos contextos comunicacionais, como os meios de comunicação social, os meios digitais e os materiais educativos, que moldam a forma como a informação é recebida e utilizada (OMS, 2024).

Ao reforçar a capacidade das pessoas para compreenderem e aplicarem informação relacionada com a sua saúde, a literacia em saúde potencia a autonomia individual na tomada de decisões informadas, bem como a participação ativa em iniciativas de promoção da saúde e de melhoria dos determinantes sociais (OMS, 2024). Por esse motivo, é considerada uma ferramenta estratégica para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Portugal tem-se destacado internacionalmente pelas suas boas práticas na promoção da literacia em saúde, nomeadamente através da implementação do Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 (PNLSCC), que sucedeu ao anterior Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. Este novo plano enquadra-se no âmbito do Plano Nacional de Saúde e estrutura-se em torno de duas dimensões fundamentais (DGS, 2023).

Plano Estratégico: retrato dos níveis de Literacia em Saúde da população portuguesa, enquadrados nas atividades desenvolvidas pelo PALS 2019- -2021, e definição dos objetivos e estratégias a implementar até 2030, mantendo o horizonte temporal definido para o PNS; Plano de Ação: identificação dos problemas priorizados, objetivos operacionais e propostas de intervenção de acordo com o nível geográfico de implementação (nacional, regional e local), bem como dos indicadores para monitorização e avaliação (DGS, 2023, p. 3).

A literacia em saúde, consiste, assim, num “instrumento de promoção de saúde”, definido pela OMS, “como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde” (DGS, 2023, p. 4) (Figura 2).

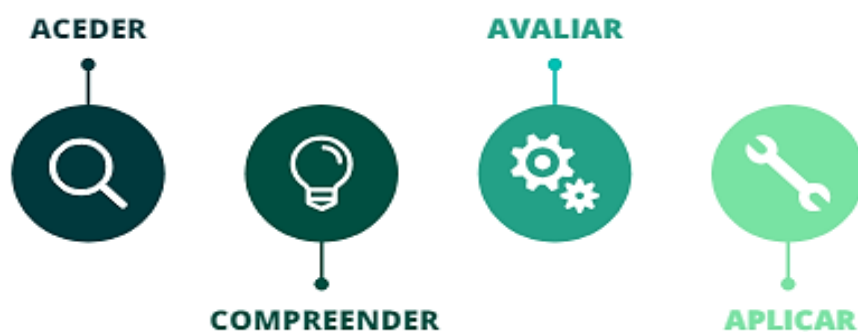


Figura 2 - Competências de Literacia em Saúde. Fonte: DGS (2023, p. 4)

As quatro competências suprarreferidas, quando associadas “à motivação, conhecimento e contextos facilitadores, são fundamentais para formar juízos e tomar decisões conscientes e informadas sobre cuidados de saúde” (DGS, 2023, p. 4). Desde modo, PNLSCC tem como finalidade ativar “comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença e, consequentemente, a otimização da qualidade de vida e bem-estar físico, psicológico e social da população ao longo dos diferentes estádios do ciclo de vida e contextos” (DGS, 2023, p. 4).

A literacia em saúde é um ponto central da iniciativa *Healthy People 2030*. Um dos objetivos globais da iniciativa demonstra este enfoque: “Eliminar as disparidades na saúde, alcançar a equidade na saúde e atingir a literacia em saúde para melhorar a saúde e o bem-estar de todos” (Healthy People 2030, 2020). As versões anteriores do *Healthy People* definiam a literacia em saúde como o grau em que as pessoas detêm a capacidade de conseguir, processar e perceber a informação e os serviços básicos de saúde essenciais para tomar decisões de saúde apropriadas. Mas o Comité Consultivo do Secretário propôs uma nova definição: “A literacia em saúde ocorre quando uma sociedade fornece informações e serviços de saúde precisos que as pessoas podem facilmente encontrar, compreender e utilizar para informar as suas decisões e ações” (Healthy People, 2030, s.p.). Numa nota informativa sobre a literacia em saúde, o mesmo organismo referiu que, à medida que a investigação e a prática da literacia em saúde se foram acumulando, compreende-se agora melhor que a responsabilidade pela literacia em saúde se estende para além dos indivíduos, incluindo as organizações e os profissionais que criam e fornecem informações e serviços de saúde. O *Healthy People Health Communication and Health Information Technology Workgroup* formou, então, um Comité de Definições para considerar se o *Healthy People* deveria adotar uma nova definição de literacia em saúde. Depois de consultar outros grupos de trabalho, foram solicitados comentários públicos sobre a antiga e a nova definição ao Comité Consultivo do Secretário. A maioria dos comentadores públicos defendeu a concentração nos aspetos pessoais e organizacionais da literacia em saúde. Depois de analisar cuidadosamente todos os contributos e sugestões, o Comité de Definições elaborou duas novas definições:

(i) Literacia em saúde individual que se refere à aptidão dos cidadãos para aceder, interpretar e aplicar informação e recursos de saúde, de forma a tomarem decisões conscientes e eficazes relativamente ao seu bem-estar e ao das pessoas que os rodeiam;

(ii) Literacia em saúde a nível organizacional que diz respeito à capacidade das instituições de saúde em criar condições justas e acessíveis para que todos os cidadãos possam localizar, compreender e utilizar adequadamente os serviços e informações disponíveis, com vista à tomada de decisões informadas e à adoção de comportamentos promotores de saúde (Healthy People 2030, 2020).

A todos os níveis, são necessários maiores esforços para promover uma cultura de literacia em saúde, a fim de fomentar um acesso equitativo aos cuidados de saúde para todos, incluindo as pessoas em situações de saúde vulneráveis. Na prática, isto significa o desenvolvimento de políticas públicas a nível local, regional, nacional e internacional. É igualmente necessária a colaboração intersetorial com outras partes interessadas (grupos de interesse, coligações, alianças, redes, etc.) e o reforço das capacidades das autoridades e dos sistemas de saúde, a fim de reforçar as capacidades e as competências das comunidades em termos de literacia em saúde, com tradução direta em ganhos de autogestão das doenças (Council of Europe, 2023).

Em síntese, a literacia em saúde relacionada com o trabalho é uma parte essencial da capacidade de resposta de uma organização às necessidades de literacia em saúde. Pode ser abordada através da formação regular dos enfermeiros, no caso concreto de enfermeiros que exercem funções em UCCI. Esta deve ser reforçada através de informações precisas, oportunas e adequadas sobre a sua saúde, bem como através da implementação de programas de educação para a saúde que ajudem a reduzir e a prevenir a sintomatologia músculo-esqueléticas relacionada com o trabalho.

1.4. Aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis na Enfermagem de Reabilitação

As teorias de Enfermagem constituem o alicerce fundamental da disciplina, orientam a prática profissional e proporcionam um corpo de conhecimento estruturado que sustenta a tomada de decisões clínicas. Em particular, a abordagem holística em Enfermagem assenta em quatro conceitos centrais - ser humano, ambiente, saúde e enfermagem - e que interligados permitem compreender e antecipar as interações entre os diversos fatores que influenciam o bem-estar da pessoa. Este enquadramento teórico permite que os cuidados de Enfermagem sejam planeados e executados de forma integrada, no respeito pela singularidade da pessoa e considera não só as suas necessidades físicas, mas também os aspetos psicológicos, sociais, espirituais e culturais. Assim, as intervenções de Enfermagem não se limitam ao tratamento da doença, mas visam promover a saúde global e a qualidade de vida (Doe, 2022). A seleção e aplicação de uma teoria específica orientam a prática clínica de forma personalizada, permitindo assegurar que os cuidados prestados são coerentes com os objetivos terapêuticos e com os valores da pessoa cuidada. As teorias de Enfermagem podem ser classificadas consoante o seu nível de abstração (grandes teorias, teorias de médio alcance e teorias de prática), bem como pela sua função (descritiva, explicativa ou preditiva) e orientação para os objetivos dos cuidados (Doe, 2022). Em contexto clínico, estas teorias oferecem suporte à construção de planos de cuidados fundamentados, orientam o raciocínio clínico, a priorização de intervenções e

a avaliação dos resultados, bem como promovem uma prática de Enfermagem segura, reflexiva e baseada na evidência (Doe, 2022).

Uma teoria centra-se nos encontros entre os doentes, as famílias e os sistemas de saúde que iniciam as mudanças, nos processos e estratégias de resposta e nas adaptações efetuadas após o incidente. O processo de transição é iniciado mesmo antes do início do evento e termina com base nas diferentes fases envolvidas durante e no final do evento (Does, 2022).

No âmbito da Enfermagem, o conceito de “transição” tem sido amplamente explorado e consolidado como um elemento central na disciplina. Inicialmente descrito como a passagem de uma fase, condição ou estado de vida para outro, este conceito foi interpretado como um processo dinâmico que decorre ao longo do tempo e que se caracteriza por diferentes etapas ou fases (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994). Nos últimos anos, diversos autores contribuíram para a evolução e para o aprofundamento do conceito, reconhecendo a transição como um fenómeno transversal à prática de Enfermagem. As suas componentes estruturais foram gradualmente identificadas, analisadas e sistematizadas, tendo sido, a posteriori, organizadas numa tipologia mais abrangente, que permitiu uma leitura mais complexa e contextualizada do fenómeno (Schumacher & Meleis, 1994). Este processo culminou numa redefinição do conceito, integrando dimensões psicossociais, culturais e clínicas, o que permitiu reconhecer a transição como uma experiência multifacetada que influencia significativamente a adaptação e o bem-estar da pessoa ao longo do seu ciclo de vida (Meleis et al., 2000). Como tal, a transição assume-se, atualmente, como um referencial teórico essencial para orientar a prática clínica, a investigação e a formação em Enfermagem (Suva et al., 2015).

Uma das principais referências no desenvolvimento do conceito de “transição” no campo da Enfermagem é Afaf Ibrahim Meleis, cuja investigação pioneira explorou inicialmente este fenómeno no contexto das mudanças de papéis vivenciadas por pessoas, sobretudo em situações de vulnerabilidade ou adaptação de papéis sociais (Meleis, 1975). A formação académica multidisciplinar de Meleis, que inclui estudos avançados em Enfermagem, sociologia e psicologia médica e social, proporcionou-lhe uma visão alargada e integradora, que viria a influenciar significativamente a formulação da sua Teoria da Transição. O enquadramento teórico adotado por Meleis incorpora fundamentos de correntes sociológicas clássicas, nomeadamente a teoria dos papéis de Turner (1962) e a perspetiva do interacionismo simbólico de Blumer (1969), que enfatizam a construção social da identidade e a importância da interação na adaptação a novas realidades. Estas influências permitiram-lhe conceitualizar a transição como um processo vivido que envolve mudanças estruturais, interpessoais e intrapessoais, afetando a forma como a pessoa compreende e experiêcia a sua própria

condição (Kralik et al., 2006). A literatura destaca que a noção de transição tem raízes na Antropologia, disciplina que historicamente abordou este conceito em rituais de passagem e mudanças culturais significativas (Kralik et al., 2006). Esta origem interdisciplinar confere ao conceito uma versatilidade que permite a sua aplicação não só em Enfermagem, mas também noutras áreas da saúde e do bem-estar, consolidando-o como uma ferramenta analítica valiosa para compreender os processos de adaptação e transformação vividos pelas pessoas ao longo do seu ciclo vital (Kralik et al., 2006).

Para demonstrar a diversidade do conceito em enfermagem, são descritas quatro tipologias de transição: desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994, 1999). A categoria desenvolvimental envolve respostas de etapas do ciclo de vida, como a parentalidade, centrando-se principalmente na perspetiva individual. Meleis (1975) salientou dois tipos de transições de desenvolvimento, que estão particularmente associadas a problemas de saúde - a transição da infância para a adolescência e a transição da idade adulta para a velhice. As transições situacionais consistem em várias mudanças nos papéis educativos e profissionais (Schumacher & Meleis, 1994). Outras transições situacionais estudadas são as mudanças na família, por exemplo, a viuvez, ou as transições devidas à migração ou à falta de habitação. As transições saúde-doença centram-se na forma como os indivíduos e as famílias vivem os diferentes contextos de doença, mas também nas transições entre níveis de cuidados durante o curso da doença (Schumacher & Meleis, 1994).

No seu trabalho, Schumacher e Meleis (1994, p. 21) acrescentaram as transições organizacionais como o quarto tipo de transição, que representa “mudanças no ambiente social, político ou económico mais amplo ou por mudanças interorganizacionais na estrutura ou dinâmica”. O conceito de transição, tal como descrito em enfermagem, é complexo e multidimensionalmente identificado como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, o período de tempo, pontos críticos e eventos (Meleis et al., 2000).

A Teoria da Transição de Meleis inclui quatro conceitos principais (Meleis et al., 2000): (1) natureza da transição; (2) condições de transição (fatores facilitadores e inibidores); (3) modo de resposta; (4) cuidados de enfermagem. Cada conceito principal inclui vários subconceitos relacionados. As propriedades da transição incluem tipos, padrões e atributos. Os tipos de transição incluem: transição desenvolvimental, transição situacional, transição relacionada com a saúde e a doença, transição histológica. No caso concreto, as transições relacionadas com a saúde e a doença são causadas por alterações no estado de saúde e de doença. Transição organizacional resulta de mudanças na liderança, na estrutura e no processo, como a adoção de novas políticas, novos modelos ou novas tecnologias. As condições de transição incluem: indivíduos, comunidade e sociedade. Os

padrões de resposta incluem: indicadores de processo e indicadores de resultados, cada subconceito incluem vários conceitos relacionados; por exemplo, os atributos da transição abrangem: a consciência, a participação, a mudança, as diferenças e o período de tempo, os pontos-chave e os eventos. Todos estes conceitos e subconceitos estão bem definidos e a ligação entre eles é muito boa (Meleis et al., 2000).

A transição é a única constante na vida e os seres humanos esforçam-se continuamente por lidar e adaptar-se com base nas transições do seu estado de saúde (físico e mental). Há duas partes fundamentais nesta teoria: a primeira parte corresponde à intervenção efetuada para facilitar a transição e promover o bem-estar, que é desencadeada pelo papel do enfermeiro de prática avançada, cujo enfermeiro é identificar o incidente vivido pela pessoa que desencadeia uma transição, no caso concreto a sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em UCCI, e as estratégias desenvolvidas pelo EEER. Assim, o objetivo da primeira parte pode ser o conhecimento, o conjunto de competências, as estratégias ou o apoio psicossocial para lidar com as experiências atuais: a segunda parte da transição, a mais importante, consiste em compreender as experiências que transcendem a primeira parte pela e pelos seus próximos, permitindo-lhes passar de uma fase para outra. Os fatores que desencadeiam a transição na segunda fase podem ser desenvolvimentais, situacionais, de saúde e doença ou organizacionais (Meleis et al., 2000). Assim, sendo o EEER deve empenhar-se na implementação das intervenções com base no processo da sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho. Promove cuidados holísticos, na implementação de cuidados de enfermagem baseados em evidências, na identificação proativa de qual a prevalência da sintomatologia músculo-esquelética e fatores associados nos enfermeiros de uma UCCI e na melhoria da sua qualidade de vida.

II. Parte – Estudo Empírico

Este capítulo tem como foco a exposição detalhada dos procedimentos metodológicos adotados no estudo empírico. Inicia-se com a contextualização da problemática em análise, a formulação das questões de investigação e a definição dos objetivos propostos. De seguida, procede-se à caracterização do desenho metodológico, à identificação das variáveis consideradas, à descrição dos participantes envolvidos, bem como à apresentação do instrumento utilizado para a recolha de dados. Por fim, são abordados os aspetos éticos e administrativos que nortearam a investigação, assim como o processo de tratamento e análise estatística da informação recolhida.

1.1. Justificação, finalidade, questão e objetivos do estudo

A partir da questão de investigação que norteia este estudo – *Qual a frequência da sintomatologia músculo-esqueléticas e os fatores que a influenciam os enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados?* – estabeleceu-se como objetivo principal identificar a prevalência desta sintomatologia, bem como a análise dos fatores que lhe estão associados. Este estudo pretende, assim, contribuir para a prevenção e redução dessas manifestações entre os enfermeiros que exercem funções em UCCI, valorizando, simultaneamente, o papel das intervenções promovidas no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Neste contexto, torna-se imprescindível delinear estratégias de intervenção eficazes, nas quais se destaca o papel do EEER. Entre as ações prioritárias incluem-se a dinamização de programas de ginástica laboral, o desenvolvimento de iniciativas formativas dirigidas aos enfermeiros que exercem funções nestas unidades, bem como a implementação de processos de reabilitação orientados para a manutenção e recuperação da capacidade funcional. A colaboração entre os profissionais e a própria instituição deverá similarmente centrar-se na identificação de fatores de risco e na elaboração de estratégias preventivas adequadas ao contexto.

A promoção do bem-estar e da saúde no ambiente laboral revela-se determinante para a melhoria da produtividade e do desempenho profissional. Para além de atenuar os riscos ocupacionais, estas ações refletem-se positivamente na qualidade de vida dos colaboradores e no funcionamento das organizações (Martinez et al., 2021). É ainda de salientar que os estilos de vida inadequados, sobretudo o sedentarismo, o stresse laboral e os hábitos alimentares

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

desequilibrados, têm repercussões significativas na saúde física e mental dos trabalhadores, comprometendo a sua eficácia e a resiliência no exercício das funções (Martinez et al., 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) destaca a interdependência entre bem-estar físico e mental, com implicações significativas na motivação, satisfação e produtividade dos colaboradores. Embora as organizações, seja qual for a sua área de atuação, reconheçam a importância do bem-estar, muitas ainda negligenciam o impacto direto da saúde dos trabalhadores no seu desempenho (Martinez et al., 2021). A saúde ocupacional, por sua vez, visa promover condições de trabalho que assegurem a proteção e promoção da saúde e o bem-estar dos trabalhadores, prevenindo acidentes e doenças (DGS, 2018). A Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho (ENSST 2015-2020) e o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC 2018-2020) têm como objetivos a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e a redução dos fatores de risco (DGS, 2018).

1.2. Tipo de estudo

Este estudo adotou uma abordagem descritiva, correlacional e transversal. O estudo descritivo tem como principal objetivo caracterizar e compreender um fenómeno, grupo ou população, através da recolha sistemática de dados que permitam identificar padrões, frequências e distribuições de variáveis específicas (Vilelas, 2022). A componente correlacional procurou analisar a existência e a natureza das relações entre duas ou mais variáveis. Ao identificar associações estatísticas, ainda que sem estabelecer relações de causa-efeito, foi possível compreender como determinadas características ou fatores se inter-relacionam no contexto em análise (Vilelas, 2022). Quanto ao carácter transversal, o estudo foi realizado num único momento temporal, permitindo a recolha de dados numa amostra específica de enfermeiros a exercerem funções numa UCCI, sem qualquer acompanhamento longitudinal. Esta abordagem é particularmente útil para fornecer um retrato instantâneo do fenómeno estudado, sendo eficaz para avaliar a prevalência de determinadas condições, comportamentos ou relações num dado período (Coutinho, 2021). A combinação destas três características metodológicas permitiu não só descrever as variáveis em estudo, mas também explorar as suas possíveis inter-relações num determinado momento, proporcionando uma análise abrangente e fundamentada dos dados.

1.3. População e Amostra

A população foi constituída por todos os enfermeiros da UCCI da Santa Casa da Misericórdia. Recorreu-se a uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. A amostra ficou constituída pelos enfermeiros que aceitaram participar no estudo e que cumpram os critérios de inclusão de ser enfermeiro e que esteja a trabalhar na unidade de cuidados continuados da instituição onde se irá aplicar o estudo.

A amostra foi selecionada tendo por base a acessibilidade do investigador à população, via-email. A identificação dos enfermeiros foi realizada com o apoio do enfermeiro chefe de cada unidade, um profissional designado pelo UCCI para auxiliar na comunicação e organização do estudo. Este enfermeiro de suporte (enfermeiro chefe) teve a responsabilidade de fornecer uma lista de contactos dos enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos, sendo a totalidade da amostra de 60 enfermeiros.

Esta abordagem assegurou que a amostra fosse representativa dos enfermeiros a exercerem funções na UCCI locus de estudo, garantindo, assim, a relevância dos resultados para a prática clínica e a formulação de recomendações adequadas. A amostra final ficou constituída por 50 enfermeiros que responderam ao questionário online (Taxa de resposta de 83%).

1.4. Instrumentos de recolha dos dados

O instrumento de recolha de dados foi constituído por um questionário de caracterização sociodemográfica, pelo Questionário Nórdico Músculo-Esquelético adaptado e validado para a língua portuguesa por Mesquita (2010), de acordo com as *Guidelines European Research Group on Health Outcomes (ERGHO)*, *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)* e Questionário sobre qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida (WHOQOL-Bref).

1.4.1. Questionário Nórdico Músculo-Esquelético adaptado e validado para a língua portuguesa por Mesquita (2010):

O instrumento utilizado neste estudo corresponde a um questionário de autopreenchimento amplamente reconhecido no âmbito da saúde ocupacional e da ergonomia, que permite a deteção de sintomatologia musculoesquelética autorreferida pelos profissionais, bem como a sua eventual influência no desempenho das atividades laborais e a necessidade de recorrer a cuidados de saúde. O conceito de sintomatologia, neste contexto, compreende manifestações como dor, desconforto ou dormência, conforme originalmente proposto por

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Kuorinka et al. (1987). Para avaliar a presença destes sintomas, recorreu-se, assim, ao Questionário Nórdico Músculo-esquelético (Kuorinka et al., 1987), na sua versão adaptada e validada para a população portuguesa por Mesquita et al. (2010). Este instrumento apresenta uma fiabilidade substancial ($K=0.677 - 1$) e uma consistência interna elevada, com um coeficiente Alfa de Cronbach de 0.855. O questionário é composto por perguntas de resposta dicotómica (sim/não), que investigam a ocorrência de dor, desconforto ou dormência nos últimos 12 meses em nove regiões corporais distintas: região cervical, ombros, coluna dorsal, cotovelos, coluna lombar, punhos/mãos, ancas/coxas, joelhos/pernas e tornozelos/pés. Para facilitar a compreensão das áreas anatómicas referidas, o instrumento inclui uma ilustração representativa dos segmentos corporais analisados, bem como uma escala visual que auxilia na identificação e comunicação da intensidade dos sintomas experienciados.

1.4.2. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

A *Positive Affect and Negative Affect Schedule* (PANAS), desenvolvida por Watson et al. (1988) e adaptada para a população portuguesa por Simões (1993), é um instrumento destinado à avaliação da afetividade e do bem-estar subjetivo. Esta escala é composta por 22 itens, distribuídos equitativamente por dois domínios: afeto positivo e afeto negativo. Cada item é avaliado com base numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos, permitindo que a pontuação de cada subescala varie entre 11 e 55 pontos, sendo que valores mais elevados indicam maior intensidade do afeto correspondente. Questionário sobre qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida (WHOQOL-Bref).

1.4.3. World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref)

O questionário WHOQOL-Bref (*World Health Organization Quality of Life-Bref*) é um instrumento de autopreenchimento amplamente utilizado em pesquisas e práticas clínicas para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos. Desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o WHOQOL-Bref oferece uma medida genérica, multidimensional e multicultural da perceção que as pessoas têm sobre sua qualidade de vida.

O instrumento em questão é composto por 26 itens que avaliam a qualidade de vida em quatro dimensões distintas:

- **Dimensão Física:** Foca-se em aspetos relacionados com dor, níveis de energia, qualidade do sono e capacidade funcional nas atividades quotidianas.

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

- **Dimensão Psicológica:** Avalia o bem-estar emocional, a autoestima, a clareza de pensamento e o grau de autonomia percebido.
- **Dimensão das Relações Sociais:** Analisa a qualidade das interações interpessoais, o apoio social recebido e a participação em contextos sociais.
- **Dimensão Ambiental:** Mensura a percepção da pessoa relativamente ao meio envolvente, incluindo fatores como segurança, acessibilidade a recursos, oportunidades de lazer e condições habitacionais.

As respostas são organizadas numa escala do tipo *Likert*, geralmente de cinco pontos, permitindo a atribuição de valores quantitativos aos diferentes domínios analisados.

O WHOQOL-Bref revela-se, assim, uma ferramenta robusta e amplamente validada para medir a percepção que os indivíduos têm da sua qualidade de vida em contexto de saúde. A sua aplicabilidade em múltiplas áreas disciplinares reforça a sua utilidade tanto na investigação científica como na prática clínica, constituindo-se como um instrumento essencial na avaliação do bem-estar subjetivo.

O WHOQOL-Bref está organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente:

$$\text{Resultado do Domínio} = \frac{\text{Somatório de todos os itens} - \text{Número de itens}}{4 \times \text{Número de itens}} \times 100$$

Figura 3 - Cálculo de resultado do domínio (WHOQOL-Bref)

A estrutura do WHOQOL-Bref contempla a avaliação de quatro domínios distintos, cada um composto por um conjunto específico de itens:

Domínio Físico: Integrado por sete itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18), a sua pontuação é obtida aplicando a fórmula: $((6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18 - 7) \div 28 \times 100$ $((6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18 - 7)) \div 28 \times 100$.

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Domínio Psicológico: Compreende seis itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26), sendo calculado da seguinte forma: $(Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26) - 6) \div 24 \times 100$ $(Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26) - 6) \div 24 \times 100$ $(Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26) - 6) \div 24 \times 100$.

Domínio das Relações Sociais: Constituído por três itens (Q20, Q21, Q22), cuja pontuação se obtém através da fórmula: $(Q20 + Q21 + Q22 - 3) \div 12 \times 100$ $(Q20 + Q21 + Q22 - 3) \div 12 \times 100$ $(Q20 + Q21 + Q22 - 3) \div 12 \times 100$.

Domínio Ambiental: Inclui oito itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25), sendo a pontuação determinada por: $(Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25 - 8) \div 32 \times 100$ $(Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25 - 8) \div 32 \times 100$ $(Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25 - 8) \div 32 \times 100$.

Além destes, a faceta geral da qualidade de vida é avaliada com base em dois itens (Q1, Q2), cuja fórmula é: $((Q1 + Q2) - 1) \div 8 \times 100$ $((Q1 + Q2) - 1) \div 8 \times 100$ $((Q1 + Q2) - 1) \div 8 \times 100$.

No presente estudo, o cálculo das pontuações foi automatizado através da sintaxe do software SPSS, que converte os resultados para uma escala de 0 a 100. Apesar das diferenças na escala de apresentação (de 1 a 5, de 4 a 20 ou 0 a 100), o conteúdo interpretativo permanece equivalente, permitindo comparabilidade entre diferentes métodos de análise.

De forma geral, valores mais elevados indicam uma perceção mais positiva da qualidade de vida. A escolha deste instrumento para o presente estudo deve-se à sua versatilidade e abrangência, sendo adequado à avaliação da qualidade de vida de indivíduos com diferentes condições clínicas e contextos sociodemográficos.

A recolha de dados foi processada recorrendo a um questionário online, com integração do formulário de consentimento informado, livre e esclarecido, formulação das questões relativa aos instrumentos definidos para o estudo de investigação.

1.4.3.1 Consistência interna (fiabilidade) do WHOQOL-BREF

Com o objetivo de avaliar a aplicabilidade da escala ao presente estudo, procedeu-se à análise da consistência interna, verificando a homogeneidade dos itens. Na Tabela 1 estão apresentados os valores do Alpha de Cronbach obtidos para cada uma das cinco dimensões da escala, após as correções necessárias.

A análise das correlações entre os diferentes domínios da escala evidenciou relações positivas, com coeficientes que variaram entre níveis moderados ($r=0,589$) e elevados ($r=0,752$).

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Estes resultados são indicativos de uma contribuição equilibrada de todas as dimensões para a pontuação global da qualidade de vida, reforçando a coerência entre os fatores avaliados.

No que se refere à consistência interna, os valores do coeficiente Alfa de Cronbach superaram os 0,808 em todas as dimensões, o que reflete uma fiabilidade interna entre moderada e elevada. Esta robustez estatística demonstra que a exclusão isolada de qualquer domínio não compromete a estabilidade da escala como um todo. O valor global do Alfa de Cronbach obtido foi de 0,866, considerado indicativo de uma boa fiabilidade, conforme ilustrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Alpha de Cronbach para os 5 domínios da escala de WHOQOL-BREF

Dimensões WHOQOL-BREF	Médias	Correlação entre itens	Alpha de Cronbach (Após itens eliminados)
WHOQOL-BREF			0,866
Domínio 1 - Físico	188,00	0,669	0,831
Domínio 2 - Psicológico	200,20	0,734	0,818
Domínio 3 - Relações sociais	196,62	0,589	0,852
Domínio 4 - Ambiente	205,28	0,752	0,808
Faceta Geral	187,03	0,682	0,831

1.5. Análise de dados

Para o tratamento e análise estatística dos dados foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 28.0 para *Windows*. As variáveis de natureza categórica foram representadas através de frequências relativas (percentagens), enquanto as variáveis contínuas foram descritas utilizando medidas de tendência central e dispersão, nomeadamente a média (M) e o desvio padrão ($\pm$).

Com o objetivo de avaliar a adequação dos dados aos pressupostos de normalidade, foi aplicado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors* (ver Tabela 2). Os resultados revelaram que, em algumas dimensões analisadas, os dados não apresentaram uma distribuição compatível com o modelo normal ($p < 0,05$). Esta evidência estatística impossibilita a aplicação de testes paramétricos nas respetivas variáveis, exigindo, assim, o recurso a métodos estatísticos não paramétricos, mais adequados ao perfil de distribuição observado (Tabela 2).

Tabela 2 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors ^a	
	Estatísticas	p
Domínio 1- Físico	0,094	0,200
Domínio 2 - Psicológico	0,119	0,076
Domínio 3 - Relações sociais	0,176	0,000
Domínio 4 - Ambiente	0,151	0,006
Faceta Geral	0,254	0,000

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Para a análise inferencial dos dados, recorreu-se à aplicação de testes estatísticos não paramétricos, nomeadamente o teste *U* de *Mann-Whitney* e o teste de *Kruskal-Wallis*. O primeiro foi utilizado com o objetivo de comparar diferenças entre dois grupos independentes, enquanto o segundo permitiu avaliar possíveis variações entre três ou mais grupos distintos. A escolha destes testes justifica-se pelo facto de os dados não cumprirem os pressupostos de normalidade, assegurando, assim, uma análise estatística adequada e fiável. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando o valor de $p < 0,05$.

1.6. Considerações éticas

A recolha de dados foi processada com recurso a um questionário *Microsoft Forms®*, anónimo, aplicado online, com integração do formulário de consentimento informado, imediatamente antes da formulação das questões, sendo a aceitação dos requisitos condição necessária para o participante prosseguir nas respostas. Foi obtido o consentimento livre e esclarecido dos participantes, bem como garantido o anonimato e confidencialidade relativamente aos dados recolhidos, segundo a base a Lei da Proteção de Dados Pessoais.

Quanto às considerações éticas, foram garantidas a confidencialidade e o anonimato dos participantes em todas as fases do estudo. Por conseguinte, para integrar o estudo, todos os enfermeiros participantes tiveram de conceder o seu consentimento livre e esclarecido. Este estudo, com a referência PCE35_2024, foi aprovado no dia 17 de dezembro de 2024 pela comissão de ética da ESSATLA, garantidos os pressupostos da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo.

O processo incluiu o envio de um e-mail com um pedido de consentimento informando sobre o objetivo do estudo, a natureza da participação e os direitos dos participantes. Houve uma explicação clara de que a participação era voluntária e que poderiam retirar-se do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Também forneceu informações sobre a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

Para proteger a confidencialidade e o anonimato dos participantes, adotaram-se várias medidas rigorosas. O questionário que não recolheu informações de identificação pessoal. A cada questionário foi atribuído um código numérico em vez de usar qualquer informação pessoal identificável. Os dados foram armazenados num ambiente seguro e acessível apenas aos investigadores principais.

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Após a conclusão da análise dos dados e a publicação dos resultados, todos os dados identificáveis serão destruídos de maneira segura para evitar qualquer risco de violação de privacidade (Florêncio & Silva, 2023). Os resultados do estudo são comunicados de forma agregada, sem identificar individualmente qualquer participante. As conclusões e recomendações serão apresentadas de forma a contribuir para a melhoria das práticas clínicas e a formação dos enfermeiros, respeitando a confidencialidade dos dados recolhidos (Raposo et al., 2021).

Ao seguir estas práticas éticas rigorosas, garantiram-se que os direitos e a dignidade dos participantes fossem respeitados ao longo de todo o processo de investigação e que os dados recolhidos fossem tratados de maneira ética e segura.

III. Parte – Apresentação, análise e discussão dos resultados

3.1. Apresentação dos resultados

Este capítulo tem como objetivo apresentar os resultados alcançados com base nas informações recolhidas através do questionário aplicado. Para uma exposição clara e estruturada dos dados, foram utilizadas tabelas com os respetivos indicadores estatísticos, permitindo uma leitura objetiva e sistematizada dos resultados do estudo.

3.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Relativamente à variável idade, constatou-se que a maioria dos inquiridos se encontrava na faixa etária dos 36 aos 45 anos (44,0%), seguida da faixa etária inferior a 35 anos (40,0%). Apenas 16,0% dos participantes tinham mais de 45 anos. A média de idades foi de $38,50 \pm 8,87$ anos, sendo o valor mínimo de 23 anos e o máximo de 71 anos. Verificou-se um predomínio do género feminino, representando 64,0% da amostra, enquanto o género masculino correspondeu a 36,0%. Quanto à classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), observou-se que a maioria dos participantes apresentava peso normal (54,0%). Seguiu-se o excesso de peso, que abrangeu 28,0% dos inquiridos. Em menor número, registaram-se casos de obesidade grau I (10,0%), obesidade grau II (4,0%) e obesidade grau III (2,0%). Apenas 2,0% da amostra apresentava baixo peso. A média do IMC foi de $25,76 \text{ kg/m}^2$, com um desvio padrão de $\pm 4,40$, situando-se os valores entre $17,58 \text{ kg/m}^2$ e $40,01 \text{ kg/m}^2$. Relativamente às habilitações académicas, a licenciatura constituiu o grau académico mais representativo, abrangendo 74,0% da amostra, enquanto o mestrado foi referido por 26,0% dos participantes.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos inquiridos

Variáveis	Frequência	
	nº (50)	% (100.0)
Idade		
≤35 anos	20	40,0
36-45 anos	22	44,0
>45 anos	8	16,0
	Média: 38,50 ($\pm 8,87$); Min: 23; Mx: 71 anos de idade	
Género		
Masculino	18	36,0
Feminino	32	64,0
Classificação do IMC		
Baixo peso	1	2,0
Peso normal	27	54,0
Excesso de peso	14	28,0
Obesidade grau I	5	10,0
Obesidade grau II	2	4,0
Obesidade grau III	1	2,0
	Média: 25,76 ($\pm 4,40$); Min: 17,58; Mx: 40,01 IMC kg/m^2	

Habilitações académicas	Licenciatura	37	74,0
	Mestrado	13	26,0

3.1.2. Caracterização profissional

No que se refere à caracterização profissional dos participantes, verificou-se que a maioria exerce funções como enfermeiro generalista (70,0%). Relativamente aos especialistas, 24,0% eram EEER e 6,0% Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A maioria dos inquiridos situava-se na faixa dos 11 a 20 anos de exercício (52,0%), seguida daqueles com menos de 10 anos de experiência (34,0%). Apenas 4,0% apresentavam entre 21 e 30 anos de atividade, e 10,0% mais de 30 anos de profissão. A média do tempo de experiência profissional foi de $14,08 \pm 8,49$ anos, variando entre 2 e 40 anos. No que respeita à tipologia da unidade de prestação de cuidados, observou-se que 50,0% dos participantes desenvolviam a sua atividade em Unidades de Longa Duração e Manutenção, enquanto 44,0% trabalhavam em Unidades de Média Duração e Reabilitação. Uma pequena percentagem atuava em Unidades de Cuidados Paliativos (4,0%) e Unidades de Convalescença (2,0%). Constatou-se que 62,0% dos profissionais trabalhavam 35 horas semanais, 34,0% cumpriam 40 horas semanais e apenas 4,0% trabalhavam 20 horas por semana. Quanto ao tempo de permanência na instituição, 44,0% dos inquiridos encontravam-se na instituição há menos de 5 anos, 38,0% entre 6 a 10 anos, e 18,0% há mais de 10 anos. A média de tempo na instituição foi de $6,46 \pm 3,80$ anos, variando entre 1 e 15 anos. A maioria (78,0%) dos enfermeiros desempenhava funções em regime rotativo, enquanto 22,0% trabalhavam em horário diurno.

Tabela 4 - Caracterização profissional

Variáveis	Frequência	
	nº (50)	% (100,0)
Categoria profissional		
Enfermeiro	35	70,0
Enfº especialista de reabilitação	12	24,0
Enfº especialista de médico-cirúrgica	3	6,0
Tempo profissional		
≤10 anos	17	34,0
11-20 anos	26	52,0
21-30 anos	2	4,0
>30 anos	5	10,0
	Média: 14,08 ($\pm 8,49$); Min: 2; Mx: 40 anos	
Tipologia da Unidade		
Unidade de Convalescença	1	2,0
Unidade de média duração e reabilitação	22	44,0
Unidade de longa duração e manutenção	25	50,0
Unidade de Cuidados Paliativos	2	4,0
Carga horária		
20h semanais	2	4,0
35h semanais	31	62,0
40h semanais	17	34,0

Tempo na instituição	≤5 anos	22	44,0
	6-10 anos	19	38,0
	≥10 anos	9	18,0
	Média: 6,46 (±3,80); Min: 1; Mx: 15 anos		
Horário semanal	Diurno	11	22,0
	Rotativo	39	78,0

3.1.3. Recursos e apoios no local de trabalho

Relativamente aos apoios e recursos disponíveis no local de trabalho, a análise revelou que a maioria dos participantes (86,0%) era dextra, enquanto 10,0% identificaram-se como esquerdinos e 4,0% como ambidestros. No que concerne à disponibilidade de equipamento de auxílio à transferência de doentes, 68,0% dos inquiridos referiram ter acesso a este tipo de equipamento, enquanto 32,0% indicaram a sua ausência. Quanto à existência de equipamentos de auxílio à higiene, observou-se uma divisão equitativa: 50,0% dos participantes afirmaram ter acesso a estes recursos, enquanto os restantes 50,0% indicaram não dispor dos mesmos. No que concerne aos equipamentos de auxílio à deambulação, 52,0% dos profissionais reportaram a sua presença no local de trabalho, contrastando com 48,0% que referiram a sua inexistência. No que diz respeito aos equipamentos de auxílio à movimentação no leito, apenas 40,0% dos inquiridos confirmaram a sua existência, enquanto 60,0% declararam não dispor deste tipo de apoio. No que respeita à ocorrência de acidentes de trabalho, 26,0% dos participantes relataram ter sofrido pelo menos um acidente no exercício das suas funções, enquanto a maioria (74,0%) não reportou qualquer acidente laboral.

Tabela 5 - Apoios e recursos no local de trabalho

Variáveis	Frequência	
	nº (50)	% (100,0)
Membro superior dominante	Dextro	43
	Esquerdino	5
	Ambidextro	2
Equipamento de auxílio à transferência	Sim	34
	Não	16
Equipamento de auxílio à higiene	Sim	25
	Não	25
Equipamento de auxílio à deambulação	Sim	26
	Não	24
Equipamento auxílio movimentação no leito	Sim	20
	Não	30
Acidente de trabalho	Sim	13
	Não	37

3.1.4. Prevalência de sintomatologia músculo-esquelética por anatómicas, últimos 12 meses

No que concerne à presença de sintomatologia músculo-esquelética nos últimos 12 meses, a análise revelou que a coluna cervical foi afetada em 64,0% dos participantes, enquanto 36,0% não reportaram queixas nesta região. Relativamente aos ombros, verificou-se que 46,0% dos participantes não apresentaram sintomatologia, enquanto 54,0% reportaram dor: 20,0% no ombro direito, 14,0% no ombro esquerdo e 20,0% em ambos os lados. No que respeita aos cotovelos, a grande maioria (88,0%) não apresentou queixas. Apenas 2,0% relataram dor no cotovelo direito e 10,0% referiram dor em ambos os cotovelos. A análise da sintomatologia nos punhos/mãos indicou que 60,0% dos participantes não manifestaram dor nesta região, enquanto 40,0% relataram queixas: 14,0% no lado direito, 8,0% no lado esquerdo e 18,0% em ambos os punhos/mãos. No tórax, 88,0% dos inquiridos não apresentaram queixas, contrastando com 12,0% que reportaram dor nesta zona. A coluna lombar foi identificada como a área com maior prevalência de sintomatologia, com 76,0% dos participantes a reportarem dor nesta região, enquanto apenas 24,0% não apresentaram queixas. Relativamente à região da anca/coxa, 26,0% dos participantes indicaram presença de sintomatologia, enquanto 74,0% não reportaram dor. Na análise da sintomatologia em pernas/joelhos, 22,0% dos inquiridos reportaram dor, enquanto 78,0% não manifestaram sintomas. Por fim, no segmento tornozelo/pé, observou-se que 28,0% dos participantes relataram sintomatologia dolorosa, enquanto 72,0% não apresentaram queixas nesta região.

Tabela 6 - Zonas anatómicas de sintomatologia músculo-esquelética/dor nos últimos 12 meses

Segmentos		Frequência	
		nº (50)	% (100.0)
Coluna cervical	Não	18	36,0
	Sim	32	64,0
Ombros	Não	23	46,0
	Sim, direito	10	20,0
	Sim, esquerdo	7	14,0
	Sim, ambos	10	20,0
Cotovelos	Não	44	88,0
	Sim, direito	1	2,0
	Sim, esquerdo	--	----
	Sim, ambos	5	10,0
Punho / Mão	Não	30	60,0
	Sim, direito	7	14,0
	Sim, esquerdo	4	8,0
	Sim, ambos	9	18,0
Tórax			

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

	Não	44	88,0
	Sim	6	12,0
Coluna lombar	Não	12	24,0
	Sim	38	76,0
Anca / Coxa	Não	37	74,0
	Sim	13	26,0
Perna / Joelho	Não	39	78,0
	Sim	11	22,0
Tornozelo / Pé	Não	36	72,0
	Sim	14	28,0

3.1.5. Análise da intensidade da dor nas zonas anatómicas

A análise do nível de dor reportado pelos participantes nas diferentes zonas anatómicas permitiu calcular as respetivas médias, desvio padrão ($dp/\pm$) e intervalos de variação (mínimo e máximo). Relativamente à coluna cervical, entre os 32 participantes que reportaram dor, o nível de dor variou entre 1 e 8, apresentando uma média de 4,77 ($\pm 1,82$). No que diz respeito aos ombros, entre os 27 participantes com sintomatologia, o nível de dor oscilou igualmente entre 1 e 8, registando uma média de 4,81 ($\pm 1,64$), um valor ligeiramente superior ao da coluna cervical. Para os cotovelos, os 6 participantes que referiram dor reportaram níveis de intensidade entre 4 e 8, com uma média mais elevada de 5,86 ($\pm 1,57$), indicando uma dor moderadamente intensa. Na região do punho/mão, a dor foi reportada por 20 participantes, com valores entre 2 e 8 e uma média de 4,29 ($\pm 1,99$). Quanto à coluna dorsal, apenas 6 participantes reportaram dor, com níveis entre 3 e 7, apresentando uma média de 5,60 ($\pm 1,67$), sugerindo também uma dor de intensidade moderada. Relativamente à coluna lombar, a zona mais frequentemente referida, a dor variou entre 2 e 8, com uma média de 4,95 ($\pm 1,65$) entre os 38 participantes que reportaram sintomatologia. No que concerne à região da anca/coxa, a dor foi reportada por 13 participantes, variando entre 2 e 9, com uma média de 4,46 ($\pm 2,26$). No segmento perna/joelho, 11 participantes reportaram dor, com níveis entre 1 e 7 e uma média de 3,33 ($\pm 1,94$), valor que indica a dor menos intensa entre as regiões analisadas. Finalmente, relativamente ao tornozelo/pé, 14 participantes referiram dor, com níveis de intensidade entre 1 e 7 e uma média de 4,27 ($\pm 2,15$).

Tabela 7 - Estatísticas do nível de dor nas zonas anatómicas

	n	Min.	Max.	Média	dp
Coluna cervical	32	1	8	4,77	1,82
Ombro	27	1	8	4,81	1,64
Cotovelo	6	4	8	5,86	1,57

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Punho / Mão	20	2	8	4,29	1,99
Coluna dorsal	6	3	7	5,60	1,67
Coluna lombar	38	2	8	4,95	1,65
Anca / Coxa	13	2	9	4,46	2,26
Perna / Joelho	11	1	7	3,33	1,94
Tornozelo / Pé	14	1	7	4,27	2,15

3.1.6. Qualidade de vida (WHOQOL-BREF)

No âmbito da avaliação da qualidade de vida dos enfermeiros participantes, utilizou-se o instrumento WHOQOL-BREF, tendo sido calculados os scores globais para cada um dos seus domínios. Relativamente ao Domínio 1 – Físico, os resultados variaram entre um mínimo de 32,14 e um máximo de 89,29, com uma média de 56,28 ($\pm 13,04$). Estes valores refletem uma perceção moderada da qualidade de vida física entre os enfermeiros. No Domínio 2 – Psicológico, registaram-se scores entre 16,67 e 75,00, com uma média de 44,08 ($\pm 12,54$), evidenciando um nível inferior de qualidade de vida neste domínio em comparação com o domínio físico. Relativamente ao Domínio 3 – Relações Sociais, os valores oscilaram entre 8,33 e 75,00, apresentando uma média de 47,67 ($\pm 16,50$). Este resultado demonstra uma variabilidade acentuada na perceção da qualidade das relações sociais. No que respeita ao Domínio 4 – Ambiente, os scores variaram de 12,50 a 75,00, com uma média de 39,00 ($\pm 14,37$), indicando uma avaliação globalmente mais baixa relativamente às condições ambientais. Por fim, na análise da Faceta Geral da Qualidade de Vida, que reflete a perceção global da saúde e do bem-estar, os valores variaram entre 25,00 e 87,50, com uma média de 57,25 ($\pm 18,05$), o que sugere uma perceção global da qualidade de vida moderada.

Tabela 8 - Estatísticas relativas ao score global dos domínios da WHOQOL-BREF

Qualidade de vida	Min.	Max.	Média	dp
Domínio 1- -Físico	32,14	89,29	56,28	13,04
Domínio 2 – Psicológico	16,67	75,00	44,08	12,54
Domínio 3 – Relações sociais	8,33	75,00	47,67	16,50
Domínio 4 - Ambiente	12,50	75,00	39,00	14,37
Faceta geral	25,00	87,50	57,25	18,05

3.1.7. Afetividade e Bem-Estar Subjetivo (PANAS)

No âmbito da avaliação da afetividade e do bem-estar subjetivo dos enfermeiros, através da aplicação da escala PANAS, foram analisados os scores das dimensões de afeto positivo e afeto negativo. Relativamente ao Afeto Positivo, os resultados variaram entre um mínimo de 0 e um máximo de 40 pontos, com uma média de 18,76 ($\pm 8,55$). Estes valores sugerem um nível moderado de experiências emocionais positivas entre os participantes. Quanto ao Afeto Negativo, os scores oscilaram igualmente entre 0 e 40 pontos, com uma média de 6,18 ($\pm 6,80$). A média relativamente baixa nesta dimensão indica uma menor frequência de estados emocionais negativos entre os enfermeiros da amostra. Em síntese, os dados sugerem que os enfermeiros apresentam um predomínio de afetos positivos face aos negativos, o que pode refletir um impacto favorável no seu bem-estar psicológico e emocional (tabela 9).

Tabela 9 - Estatísticas relativas ao score das dimensões da PANAS

Afetividade e bem-estar subjetivo	Min.	Max.	Média	dp
Afeto Positivo	0	40	18,76	8,55
Afeto Negativo	0	40	6,18	6,80

3.1.8. Relação entre as sociodemográficas e a perceção da dor nas diferentes regiões anatómicas estudadas

Da análise da Tabela 10, apenas algumas relações demonstraram relevância estatística ($p < 0,05$), a saber. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na perceção da dor na região do pescoço ($p=0,017$). Os resultados sugerem que as enfermeiras do género feminino reportaram níveis de dor superiores na coluna cervical quando comparadas com os enfermeiros do género masculino. Relativamente à idade, constatou-se uma diferença estatisticamente significativa na dor referida no punho/mão ($p=0,047$). A análise dos dados sugere que os profissionais mais jovens (<35 anos) apresentaram níveis mais elevados de dor nesta zona anatómica em comparação com os restantes grupos etários. Nenhuma outra variável sociodemográfica (IMC ou habilitações académicas) revelou associações estatisticamente significativas com a perceção de dor nas restantes zonas anatómicas avaliadas.

Tabela 10 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a perceção da dor nas diferentes zonas anatómicas

Dor	Pescoço	Ombro	Cotovelo	Punho	Tórax	Lombar	Anca	Joelho	Pés	Teste
Variáveis	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM	
Idade										
≤35 anos	18,88	13,00	2,33	9,80	-----	21,46	7,64	5,10	9,29	Kruskal Wallis

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

36-45 anos	15,20	14,38	5,25	11,13	2,83	19,81	7,10	5,67	8,60	
>45 anos	10,38	14,67	-----	3,75	3,25	12,21	2,00	2,50	4,00	
(p)	0,232	0,909	0,072	0,047	0,767	0,156	0,388	0,571	0,204	
Género										
Masculino	8,17	11,92	3,00	5,83	1,50	14,27	-----	5,50	4,00	Mann Whitney
Feminino	17,88	14,60	4,17	9,68	4,00	21,00	7,00	4,94	9,00	
(p)	0,017	0,476	0,857	0,244	0,200	0,087	-----	0,889	0,101	
IMC										
Baixo peso	16,50	14,50	-----	-----	-----	6,50	-----	-----	-----	Kruskal Wallis
Peso normal	15,97	12,67	1,50	8,15	3,75	19,55	6,07	4,36	6,25	
Excesso de peso	17,50	16,18	4,50	11,75	3,25	21,13	9,30	7,25	11,88	
Obesidade I	11,50	9,50	3,00	-----	1,00	6,50	-----	-----	3,00	
Obesidade II	11,00	14,50	5,50	-----	-----	13,50	2,00	-----	6,00	
Obesidade III	16,50	-----	-----	-----	-----	25,50	-----	-----	13,50	
(p)	0,957	0,755	0,506	0,204	0,331	0,374	0,142	0,167	0,114	
Habilitações										
Licenciatura	15,23	13,86	3,88	9,39	2,00	18,65	7,00	4,67	7,70	Mann Whitney
Mestrado	17,89	14,28	4,17	7,17	4,50	19,95	7,00	5,67	8,60	
(p)	0,453	0,896	0,857	0,479	0,076	0,740	1,000	0,588	0,709	

3.1.9. Relação entre as variáveis socioprofissionais e a perceção da dor nas diferentes regiões anatómicas estudadas

Da análise dos resultados apresentados, constatou-se que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as características profissionais dos enfermeiros (categoria profissional, tempo de experiência, tipologia da unidade de trabalho e tipo de horário) e a perceção da dor nas diversas zonas anatómicas avaliadas. Em detalhe, os valores de p obtidos através dos testes de *Kruskal-Wallis* e de *Mann-Whitney* para as variáveis em análise foram, em todos os casos, superiores a 0,05, não evidenciando associações estatisticamente relevantes. Estes resultados sugerem que, no presente estudo, as variáveis profissionais consideradas não influenciaram significativamente a perceção de dor músculo-esquelética entre os enfermeiros.

Tabela 11 - Relação entre as variáveis socioprofissionais e a perceção da dor nas diferentes zonas anatómicas

Dor Variáveis	Pescoço	Ombro	Cotovelo	Punho	Tórax	Lombar	Anca	Joelho	Pés	Teste
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM	
Categoria										
Enfermeiro	16,53	14,44	2,83	9,55	3,17	20,24	8,00	5,33	9,50	Kruskal Wallis
Enf Reabilitação	14,06	11,63	5,00	9,00	2,75	14,67	3,50	4,33	5,63	
Enf Méd-cirúrgica	19,50	19,75	4,75	3,00	-----	21,67	6,00	-----	7,17	
(p)	0,672	0,388	0,449	0,448	0,767	0,361	0,300	0,588	0,332	
Tempo prof.										
≤10 anos	16,11	10,60	1,50	7,20	2,00	19,25	5,88	4,00	9,00	Kruskal Wallis
11-20 anos	18,11	15,13	4,88	10,36	3,25	20,83	8,36	5,50	8,00	
21-30 anos	11,00	14,50	5,50	-----	-----	13,50	2,00	-----	6,00	
>30 anos	4,67	11,50	-----	3,00	-----	7,00	7,00	-----	3,00	
(p)	0,107	0,667	0,138	0,227	0,468	0,191	0,405	0,416	0,601	
Unidade										

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Média duração	16,57	14,90	2,25	8,00	2,50	20,69	6,75	4,67	7,93	Kruskal Wallis
Longa duração	16,29	13,41	4,70	10,06	3,75	16,85	7,40	5,67	8,06	
Cuid. Paliativos	9,75	14,50	-----	7,25	-----	22,00	-----	-----	-----	
(p)	0,593	0,891	0,167	0,636	0,374	0,517	0,767	0,588	0,953	
Horário										Mann Whitney
Diurno	13,81	12,07	7,00	8,63	-----	13,88	6,75	-----	10,00	
Rotativo	16,76	14,68	3,50	9,12	3,00	20,41	7,05	5,00	7,50	
(p)	0,423	0,446	0,127	0,862	-----	0,122	0,920	-----	0,378	

3.1.10. Relação entre a qualidade de vida e a perceção da dor nas diferentes zonas anatómicas

Na análise da relação entre a perceção de dor nas diferentes zonas anatómicas e os domínios da qualidade de vida (WHOQOL-BREF), verificaram-se algumas correlações estatisticamente significativas: a dor no ombro apresentou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o Domínio Físico ($\rho = -0,532$; $p = 0,004$) e com o Domínio Ambiente ($\rho = -0,559$; $p = 0,002$). Estes resultados indicam que níveis mais elevados de dor no ombro se associaram a uma perceção mais baixa da qualidade de vida, tanto no domínio físico como ambiental; dor na coluna lombar demonstrou uma correlação negativa significativa com o Domínio Físico ($\rho = -0,434$; $p = 0,007$), sugerindo que maior intensidade de dor lombar está associada a uma pior perceção da saúde física; dor na coluna cervical apresentou uma correlação negativa estatisticamente significativa com o Domínio Ambiente ($\rho = -0,368$; $p = 0,042$), evidenciando que a presença de dor nesta região influencia negativamente a perceção das condições ambientais relacionadas com a qualidade de vida; dor no tórax registou uma forte correlação negativa e significativa com o Domínio Físico ($\rho = -0,975$; $p = 0,005$), demonstrando que níveis mais elevados de dor torácica estão associados a uma perceção substancialmente inferior da componente física da qualidade de vida. Para as restantes zonas anatómicas e domínios avaliados, não foram observadas correlações estatisticamente significativas.

Tabela 12 - Relação entre a qualidade de vida e a perceção da dor nas diferentes zonas anatómicas

Dimensões	Físico		Psicológico		Relações Sociais		Ambiente		Faceta Geral		Teste
Nórdico	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p	
Coluna cervical	-0,301	0,100	-0,275	0,135	-0,268	0,145	-0,368	0,042	-0,280	0,128	Correlação de Spearman
Ombro	-0,532	0,004	-0,330	0,093	-0,193	0,336	-0,559	0,002	-0,349	0,075	
Cotovelo	-0,491	0,263	0,524	0,227	-0,340	0,455	-0,774	0,041	-0,201	0,666	
Punho / Mão	-0,282	0,274	-0,367	0,148	-0,368	0,146	-0,168	0,519	-0,324	0,204	
Tórax	-0,975	0,005	-0,368	0,542	-0,148	0,812	-0,711	0,179	-0,649	0,236	
Coluna lombar	-0,434	0,007	-0,212	0,208	-0,104	0,539	-0,233	0,164	-0,291	0,080	

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Anca / Coxa	-0,062	0,841	-0,377	0,204	-0,060	0,846	0,150	0,625	-0,054	0,861
Perna / Joelho	-0,013	0,973	0,069	0,860	-0,544	0,130	0,132	0,736	0,085	0,828
Tornozelo / Pé	-0,149	0,596	-0,063	0,823	-0,378	0,165	0,212	0,449	0,133	0,637

3.1.11. Relação entre a perceção da dor nas diferentes zonas anatómicas e a qualidade de vida

Na análise da relação entre os domínios da qualidade de vida (WHOQOL-BREF) e as dimensões de afetividade e bem-estar subjetivo (PANAS), foram observadas diversas correlações estatisticamente significativas. O Afeto Positivo demonstrou correlações positivas e estatisticamente significativas com todos os domínios da qualidade de vida: Domínio Físico ($\rho=0,390$; $p=0,005$); Domínio Psicológico ($\rho=0,482$; $p=0,000$); Domínio Relações Sociais ($\rho=0,519$; $p=0,000$); Domínio Ambiente ($\rho=0,319$; $p=0,024$); Faceta Geral ($\rho=0,310$; $p=0,028$). Estes resultados sugerem que níveis mais elevados de afetividade positiva estão associados a uma melhor perceção da qualidade de vida em todas as dimensões avaliadas.

Relativamente ao Afeto Negativo, observaram-se correlações negativas e estatisticamente significativas: com o Domínio Psicológico ($\rho=-0,468$; $p=0,001$) e com a Faceta Geral da Qualidade de Vida ($\rho=-0,296$; $p=0,037$). Estes dados indicam que níveis mais elevados de afetividade negativa se associam a uma pior perceção do bem-estar psicológico e da qualidade de vida global dos participantes.

Em suma, os resultados reforçam a importância da dimensão emocional na perceção da qualidade de vida, salientando que o equilíbrio entre afetos positivos e negativos tem um impacto direto nas diferentes áreas da vida dos enfermeiros.

Tabela 13 - Relação entre a qualidade de vida e a afetividade e bem-estar subjetivo

Dimensões	Físico		Psicológico		Relações Sociais		Ambiente		Faceta Geral		Teste
PANAS	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p	
Afeto Positivo	0,390	0,005	0,482	0,000	0,519	0,000	0,319	0,024	0,310	0,028	Correlação de Spearman
Afeto Negativo	-0,248	0,082	-0,468	0,001	-0,173	0,230	-0,116	0,422	-0,296	0,037	

3.1.12. Relação entre a perceção da dor nas diferentes zonas anatómicas e a afetividade e bem-estar subjetivo

A presente análise teve como objetivo explorar a relação entre a perceção da dor em diferentes zonas anatómicas e os indicadores de bem-estar subjetivo, nomeadamente o afeto positivo e o afeto negativo. Para tal, foram calculados os coeficientes de correlação de *Spearman* entre a intensidade da dor percebida em cada zona corporal e os escores das dimensões afetivas.

De modo geral, observa-se uma tendência negativa nas correlações entre a dor e o afeto positivo, o que sugere que níveis mais elevados de dor estão associados a uma redução na experiência de emoções positivas. Entre as diferentes zonas analisadas, destaca-se a correlação estatisticamente significativa entre dor no punho/mão e afeto positivo ($p=-0,539$; $p=0,025$). Este resultado indica que a dor nesta zona anatómica tem uma influência negativa relevante sobre a dimensão positiva da afetividade, podendo comprometer o bem-estar emocional. Embora outras zonas, como o tórax ($p=-0,462$) e a anca/coxa ($p=-0,356$), apresentem correlações moderadamente negativas, estas não atingem significância estatística, o que poderá estar relacionado com a dimensão reduzida da amostra.

Relativamente ao afeto negativo, as correlações com a dor são, em geral, mais fracas e estatisticamente não significativas, com exceção do valor mais elevado registado entre dor no tórax e afeto negativo ($p=0,872$; $p=0,054$), o qual, apesar de não apresentar diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$), sugere uma tendência que merece uma atenção futura. Nas restantes zonas anatómicas, os valores de correlação são baixos e, em alguns casos, negativos (por exemplo, joelho: $p=-0,348$), o que reflete a ausência de uma associação consistente entre a dor e o aumento de emoções negativas. Estes resultados indicam que, no contexto avaliado, a dor parece comprometer mais diretamente a presença de estados emocionais positivos do que promover um aumento significativo de emoções negativas. Tal pode refletir a natureza multifatorial do afeto negativo, que pode ser menos sensível a influências físicas isoladas ou estar mais relacionado com fatores psicossociais.

Em conclusão, os dados obtidos sugerem que a dor percebida, em especial em zonas como o punho/mão, poderá desempenhar um papel relevante na diminuição do afeto positivo, com implicações para o bem-estar subjetivo. A relação com o afeto negativo, embora presente em alguns casos, não se revela estatisticamente significativa, reforçando a necessidade de estudos adicionais com amostras maiores e medidas complementares de bem-estar emocional.

Tabela 14.

Tabela 14 - Relação entre a percepção da dor nas diferentes zonas anatómicas e a afetividade e bem-estar subjetivo

Zonas Anatómicas	Correlação de Spearman com o Afeto Positivo (ρ)	p	Correlação de Spearman com o Afeto Negativo (ρ)	p
Coluna cervical	-0,239	0,195	0,046	0,804
Ombro	-0,202	0,313	0,253	0,203
Cotovelo	-0,091	0,846	-0,145	0,756
Punho / Mão	-0,539	0,025	0,003	0,990
Tórax	-0,462	0,434	0,872	0,054
Coluna lombar	-0,192	0,255	0,135	0,425
Anca / Coxa	-0,356	0,233	0,084	0,784
Perna / Joelho	-0,205	0,598	-0,348	0,358
Tornozelo / Pé	-0,236	0,398	0,111	0,695

3.2. Discussão dos resultados

A caracterização sociodemográfica da amostra revelou que a maioria dos enfermeiros se encontrava na faixa etária dos 36-45 anos, com uma média de 38,50 anos, resultado que se encontra em consonância com o estudo de Castanheira (2023), que também reportou uma média de 38,7 anos em profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Esta tendência confirma a presença de uma população ativa, em plena fase de maturidade profissional, apta para enfrentar as exigências físicas e emocionais da profissão de enfermagem.

O predomínio do género feminino (64,0%) nesta amostra também é congruente com as conclusões de Castanheira (2023) (90,2%) e é amplamente corroborado pela literatura internacional (WHO, 2023; Nguyen et al., 2020), evidenciando o perfil predominantemente feminino da enfermagem. Este aspeto reveste-se de especial relevância, uma vez que vários estudos, como os de Nguyen et al. (2020), identificaram uma maior prevalência de sintomatologia músculo-esquelética em mulheres comparativamente aos homens, atribuindo esta vulnerabilidade a fatores anatómicos, fisiológicos e a papéis socioculturais.

No que respeita ao IMC, os dados indicaram que a maioria dos enfermeiros apresentava peso normal (54,0%), sendo que uma proporção considerável estava em excesso de peso (28,0%), à semelhança do reportado por Davis et al. (2021). Tal evidencia que o sedentarismo relativo e o stresse ocupacional, inerentes ao exercício da enfermagem, continuam a representar riscos acrescidos para a saúde metabólica e músculo-esquelética destes profissionais.

A maioria dos enfermeiros possuía licenciatura (74,0%), enquanto 26,0% apresentavam grau de mestrado, em linha com a tendência europeia de valorização académica contínua na

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

profissão de enfermagem. Esta valorização é crucial, sobretudo em contextos de alta exigência clínica como os cuidados continuados, tal como sublinhado por Castanheira (2023).

A nível profissional, a maioria dos participantes desempenhava funções como enfermeiros generalistas (70,0%), sendo notável a presença de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (24,0%), um perfil crucial na prevenção e gestão de sintomatologia músculo-esquelética, tal como defendido por Castanheira (2023) e Tuna et al. (2021). A média de 14,08 anos de experiência reforça o perfil de uma amostra com elevada maturidade técnica, ainda que, como evidenciado por vários autores, a longevidade profissional se associe a um risco aumentado de LMERT devido ao desgaste cumulativo.

O regime de trabalho rotativo (78,0%) observado constitui, à luz de estudos como o de Kok et al. (2019), um fator de risco acrescido para a sintomatologia músculo-esquelética, favorecendo a fadiga e posturas incorretas prolongadas.

No que se refere aos recursos de trabalho, a insuficiência de equipamentos de apoio à movimentação foi notória, apesar de 68,0% dos enfermeiros relatarem acesso a equipamentos de transferência. A carência de dispositivos para higiene, deambulação e movimentação no leito poderá contribuir, como apontado por Castanheira (2023) e Tuna et al. (2021), para a elevada prevalência de sintomatologia músculo-esquelética registada.

Em termos de prevalência de dor, os dados evidenciaram que as regiões mais afetadas foram a coluna lombar (76,0%), a coluna cervical (64,0%) e os ombros (54,0%). Estes resultados, ainda que elevados, foram ligeiramente inferiores aos reportados por Castanheira (2023) e por Nguyen et al. (2020), que apontaram prevalências superiores a 80% nestas regiões. Esta elevada prevalência corrobora a importância de implementar estratégias preventivas e de reabilitação, conduzidas pelos EEER, conforme defendido por vários autores.

A intensidade da dor foi, em geral, moderada, com maior gravidade no cotovelo (5,86) e coluna dorsal (5,60), sugerindo impacto funcional relevante, em consonância com o que Tuna et al. (2021) observaram ao associarem dor músculo-esquelética a interferência no trabalho.

A qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-BREF demonstrou que o domínio físico foi o melhor avaliado (média 56,28), enquanto o domínio ambiente foi o mais comprometido (média 39,00), revelando limitações estruturais e organizacionais no ambiente de trabalho, alinhadas com as observações da EU-OSHA (2023) e de Castanheira (2023). No que concerne à afetividade, os resultados do PANAS evidenciaram predomínio do afeto positivo (18,76) e baixos

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

níveis de afeto negativo (6,18), sugerindo resiliência emocional, mas pode ser um sinal de “alerta” para a necessidade de um suporte contínuo para evitar o *burnout*, conforme salientado por Tuna et al. (2021). Os resultados apurados no presente estudo podem sugerir que os enfermeiros participantes detêm uma boa capacidade de regulação emocional e resiliência, características fundamentais para enfrentar os desafios inerentes à prática profissional em enfermagem. A literatura recente corrobora a importância da afetividade positiva como fator protetor contra o *burnout* (Li et al., 2022). Estudos (Hosseini et al., 2021; Karimi et al., 2022; Tuna et al., 2022) indicam que enfermeiros com níveis mais elevados de afetividade positiva tendem a apresentar menor exaustão emocional e maior satisfação profissional. Todavia, é essencial reconhecer que, mesmo com níveis elevados de afetividade positiva, os enfermeiros não estão imunes ao *burnout*. Por outro lado, a presença de afetividade negativa, mesmo em níveis baixos, pode ser indicativa de sinais precoces de fadiga por compaixão e stresse secundário, especialmente em contextos de elevada carga emocional e física. A literatura destaca que a afetividade negativa está associada a uma maior propensão para o desenvolvimento de *burnout* e a uma menor qualidade de vida profissional (Hosseini et al., 2021; Karimi et al., 2022; Tuna et al., 2022). Face a estas evidências, é imperativo que as instituições de saúde implementem estratégias de apoio psicológico e programas de promoção do bem-estar emocional para os enfermeiros. Intervenções, como programas de *mindfulness*, grupos de apoio entre pares e formação em inteligência emocional, têm revelado eficácia na redução do *burnout* e na melhoria da qualidade de vida dos enfermeiros. É fundamental que os gestores de saúde reconheçam os sinais precoces de *burnout* e adotem medidas proativas para atenuar os fatores de risco, como a sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento profissional e a escassez de recursos humanos (Hosseini et al., 2021; Karimi et al., 2022; Tuna et al., 2022).

A análise das variáveis sociodemográficas mostrou que o género feminino foi associado a níveis mais elevados de dor na coluna cervical, e que profissionais mais jovens relataram mais dor no punho/mão, o que está em consonância com Nguyen et al. (2020), que identificaram o sexo feminino e a juventude como fatores associados a pior qualidade de vida e maior prevalência de dor. Relativamente às variáveis socioprofissionais, não se observaram associações estatisticamente significativas, sugerindo que a exposição aos riscos músculo-esqueléticos é transversal entre diferentes categorias profissionais, especialidades e horários, tal como indicado também no estudo de Tuna et al. (2021).

Finalmente, as relações estabelecidas entre dor e qualidade de vida evidenciaram que a dor, em particular nas regiões do ombro, coluna lombar e tórax, compromete significativamente

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

a percepção de saúde física e ambiental. No seu estudo exploratório, quantitativo e de natureza transversal, Roll-Koch et al. (2025) avaliaram a autopercepção da qualidade de vida e a sintomatologia músculo-esquelética de enfermeiros brasileiros a exercerem funções em Cuidados de Saúde Primários. Para a recolha de dados, foram utilizados um questionário sociodemográfico, o WHOQOL-BREF e o Questionário Nórdico de Sintomas Músculo-Esqueléticos. A amostra foi constituída por 66 enfermeiros, dos quais a maioria era do sexo feminino (86,4%), casada (71,2%) e com uma média de idade de 37,23 anos. No que respeita à avaliação da qualidade de vida, o domínio físico apresentou a média mais baixa (55,74), seguido do domínio psicológico (60,67). Relativamente às sintomatologias músculo-esqueléticas, a dor na região lombar foi a mais frequentemente referida (75,8%). Os resultados deste estudo demonstram que a autopercepção dos enfermeiros sobre a sua qualidade de vida está associada à presença de dor muscular, à existência de vínculos laborais adicionais e ao uso de psicofármacos, fatores que se configuraram como preditores negativos do bem-estar global destes profissionais. Neste contexto, Roll-Koch et al. (2025) salientam que a dor muscular é prevalente na população em geral, independentemente da sua intensidade e frequência. Contudo, observa-se uma prevalência mais acentuada entre os enfermeiros, e o seu estudo revelou que a dor lombar foi a queixa mais referida tanto nos últimos 12 meses como nos últimos sete dias. Estes dados corroboram os resultados de uma investigação realizada em Istambul, onde a dor na região lombar foi a mais frequentemente mencionada entre os enfermeiros que relataram sintomatologia, com uma prevalência de 90,4% (Tuna et al., 2022). Por outro lado, divergem de um estudo conduzido com enfermeiros iranianos, no qual a dor lombar ocupou a segunda posição, sendo a dor nos tornozelos/pés a mais prevalente (Hosseini et al., 2021). No entanto, quando se considerou o período dos últimos sete dias, a região lombar passou a ser a mais citada pelos mesmos participantes (Hosseini et al., 2021). O desconforto relatado na região lombar, associado ao contexto laboral, poderá ser justificado pela permanência prolongada numa mesma posição, pela ausência de práticas ergonómicas adequadas, e por fatores como tensão física, levantamento incorreto de cargas, posturas inadequadas e transporte de objetos impróprios. Estes elementos, em conjunto, favorecem o desenvolvimento de dor nesta região anatómica (Roll-Koch et al., 2025).

Apuraram-se também padrões relevantes na relação entre a percepção da dor em diferentes zonas anatómicas e os indicadores de bem-estar subjetivo, no que respeita ao afeto positivo e ao afeto negativo. A evidência sugere que a dor, particularmente em determinadas zonas corporais, pode impactar de forma diferenciada as dimensões da afetividade (Sousa et al., 2023). A associação negativa entre a dor e o afeto positivo, na mostra estudada, foi a evidência

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

mais consistente, ainda que apenas a correlação observada na zona do punho/mão tenha relevância estatística ($p=-0,539$; $p=0,025$). Este resultado indica que a dor localizada nesta área pode ter um efeito inibidor sobre a experiência de emoções positivas, o que é coerente com a literatura que aponta para a influência da dor crónica na limitação da funcionalidade, autonomia e prazer em atividades quotidianas (Finan et al., 2013). A presença de correlações negativas noutras zonas dos enfermeiros que participaram neste estudo, embora não significativas, reforça esta tendência geral, sugerindo que a dor poderá comprometer o bem-estar emocional de forma transversal, mesmo que com intensidade variável consoante a localização anatómica. Por outro lado, registaram-se as correlações fracas e não significativas com o afeto negativo, sugerindo que a dor não está forçosamente associada a um aumento de estados emocionais negativos, como a ansiedade, a tristeza ou a irritabilidade. Esta dissociação é pertinente, uma vez que revela que a dor pode não induzir diretamente o sofrimento emocional negativo, mas reduzir a capacidade de experienciar emoções positivas, o que corrobora a literatura (Wang et al., 2017; Sousa et al., 2023). Uma possível explicação poderá estar na teoria de “dual contínua” da afetividade (Watson & Tellegen, 1985), que defende que as dimensões positiva e negativa do afeto não são simplesmente opostas, mas independentes. Por conseguinte, a dor pode influenciar negativamente o afeto positivo sem, necessariamente, potenciar o afeto negativo. É importante considerar a limitação em termos metodológicos, nomeadamente o número reduzido da amostra para algumas zonas anatómicas, como, por exemplo, no tórax e no cotovelo, o que pode ter resultado em viés. A variabilidade individual na perceção da dor e a possível influência de fatores contextuais e psicossociais, também não foram controladas, o que pode igualmente ter contribuído para estes resultados. Assim, os resultados encontrados sugerem que a dor percebida, sobretudo em zonas como o punho/mão, pode afetar negativamente o afeto positivo, comprometendo o bem-estar emocional dos enfermeiros. No entanto, a ausência de correlações significativas com o afeto negativo aponta para uma complexidade maior na relação entre a dor e a afetividade, que deve ser explorada em estudos futuros com amostras mais robustas.

Não obstante, os resultados deste estudo, em consonância com o estudo de Castanheira (2023) e a literatura internacional, sublinham a elevada prevalência de sintomatologia músculo-esquelética entre os enfermeiros da amostra estudada, a importância dos fatores emocionais no seu bem-estar e a necessidade premente de intervenções de prevenção, reabilitação e promoção da saúde ocupacional lideradas, em particular, pelo EEER.

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Os locais de trabalho são reconhecidos como contextos estratégicos para a implementação de políticas de promoção da saúde, constituindo uma prioridade definida por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013). Entre as áreas de intervenção destacam-se a promoção de estilos de vida saudáveis, a prática regular de atividade física e a prevenção de fatores de risco como a obesidade, o stresse ocupacional e a sintomatologia músculo-esqueléticas resultante de lesões associadas com o trabalho. O novo quadro estratégico europeu para a saúde e segurança no trabalho, estabelecido após 2020 e formalizado na Resolução do Parlamento Europeu de 10 de março de 2022, reforça o princípio de que todos os trabalhadores, independentemente da dimensão da organização onde estão inseridos, devem beneficiar de condições laborais seguras e saudáveis. Este documento sublinha ainda a necessidade de apoio direcionado às micro, pequenas e médias empresas, no sentido de promover a aplicação eficaz das normas de saúde ocupacional, com recurso a ferramentas e orientações disponibilizadas pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA), cujo papel estratégico deverá ser reforçado para alavancar a prevenção em todos os setores profissionais. Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde, através do Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – Extensão 2018/2020, tem vindo a consolidar medidas que visam proteger e promover a saúde dos trabalhadores. Este programa afirma-se como uma alavanca para a competitividade, a inovação e a sustentabilidade do emprego, contribuindo decisivamente para a melhoria da qualidade de vida, da saúde e do bem-estar dos trabalhadores e, por extensão, das suas famílias e da sociedade (DGS, 2018).

Na futura prática profissional na área da Enfermagem de Reabilitação, os resultados deste estudo podem ser operacionalizados através da implementação de intervenções sistemáticas nos locais de trabalho, nomeadamente: a criação de programas de ginástica laboral, orientados para a prevenção de sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho, no caso concreto em enfermeiros a exercer funções em UCCI, e adaptados às exigências específicas das suas funções; proceder a uma avaliação ergonómica dos locais de trabalho e promover adaptações posturais que minimizem o risco de sobrecarga física e fadiga; promover formação contínua dos enfermeiros em autocuidado e estratégias de alívio de tensão física e mental, fomentando a literacia em saúde ocupacional; acompanhar de forma individualizada os enfermeiros com sintomatologia músculo-esquelética, através da elaboração de planos de reabilitação personalizados; articular com as entidades empregadoras no sentido de se proporcionarem ambientes laborais inclusivos, seguros e promotores da saúde, reforçando a cultura de prevenção no seio organizacional. Estas práticas contribuem para a

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

redução do absentismo, para o aumento da produtividade, para o robustecimento da identidade profissional do EEER como agente de mudança na promoção da saúde no contexto laboral.

O presente estudo apresenta algumas limitações que importa reconhecer. Em primeiro lugar, a amostra foi constituída por um número relativamente reduzido de participantes, o que pode limitar a generalização dos resultados para o universo de enfermeiros a exercer em UCCI a nível nacional. Acresce que a natureza transversal do estudo impede o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis analisadas, sendo possível apenas identificar associações estatísticas. Desta forma, embora se tenha observado uma correlação entre a sintomatologia músculo-esquelética, a qualidade de vida e os níveis de afetividade, não é possível determinar se a dor antecede a deterioração da qualidade de vida ou vice-versa. Outra limitação relevante prende-se com o recurso a dados autorreportados, o que pode ter introduzido viés de resposta, nomeadamente por subestimação ou sobrestimação da sintomatologia músculo-esquelética e dos indicadores de qualidade de vida, afetividade e bem-estar. Importa ainda salientar a escassez de estudos específicos focados em enfermeiros a trabalhar em UCCI. Esta lacuna na literatura dificultou a comparação direta dos resultados obtidos com outros contextos semelhantes, sendo a maioria dos estudos existentes centrada em contextos hospitalares ou em amostras mistas de profissionais de saúde. Esta limitação reforça a necessidade de se realizarem mais investigações dirigidas especificamente a esta população, de modo a aprofundar o conhecimento sobre os riscos ocupacionais e o impacto na sua saúde física e emocional. Finalmente, a aplicação do estudo num único contexto geográfico constitui uma limitação adicional, não permitindo avaliar a influência de diferentes realidades institucionais e regionais.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu evidenciar a elevada prevalência de sintomatologia músculo-esquelética entre os enfermeiros de uma UCCI, afetando particularmente a coluna lombar, a coluna cervical e os ombros. Estes resultados reforçam as conclusões de estudos prévios, que identificam a profissão de enfermagem como uma das mais vulneráveis ao desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas, com impacto negativo na qualidade de vida. Os dados revelaram ainda que fatores sociodemográficos, como o género feminino e a idade mais jovem, se associaram a maior prevalência de dor, evidenciando a necessidade de estratégias de intervenção adaptadas a estas especificidades. A ausência de associação entre características socioprofissionais e a dor músculo-esquelética reforça a ideia de que esta problemática é transversal à profissão, independentemente da experiência, cargo ou horário de trabalho. A qualidade de vida dos enfermeiros mostrou-se particularmente comprometida nos domínios relacionados com o ambiente físico de trabalho, sugerindo a necessidade de melhorias estruturais e organizacionais.

Face a estes resultados, sublinha-se a importância de investir em programas de prevenção de sintomatologia músculo-esquelética, de promoção do bem-estar emocional e de intervenção precoce, com especial destaque para o papel do EEER. A implementação de estratégias, como a ginástica laboral, a formação contínua e o ajustamento ergonómico dos locais de trabalho, constitui medidas essenciais para reduzir a incidência de sintomatologia músculo-esquelética e melhorar a qualidade de vida dos enfermeiros.

É recomendada a realização de futuros estudos multicêntricos, com amostras maiores e metodologias longitudinais, para aprofundar a compreensão das relações causais entre a sintomatologia músculo-esquelética, os fatores psicossociais e a qualidade de vida dos enfermeiros, no caso concreto a exercem funções em UCCI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asuquo, G. E., Tighe, S. M., & Bradshaw, C. (2021). Interventions to reduce work-related musculoskeletal disorders among healthcare staff in nursing homes: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100033. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100033>

Carneiro, P., Braga, A. C., & Barroso, M. (2017). Work-related musculoskeletal disorders in home care nurses: Study of the main risk factors. *Nome da Revista*, 1-25. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/51543/1/IEIJ_paula_carneiro_maio2017.pdf

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. *School of Nursing Departmental Papers*, 9.

Council of Europe. (2023). Health literacy policy, mobilisation and capacity building. <https://www.coe.int/en/web/bioethics/health-literacy-policy-mobilisation-and-capacity-building>

Dehdashti, A., Mehralizadeh, S., & Mahjoubi, Z. (2017). Workplace stresses and musculoskeletal disorders among nurses: A cross-sectional study. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 4(3), e57480. <https://doi.org/10.5812/mejrh.57480>

Doe, M. J. (2022). Holistic nursing: An essence of nursing philosophies. *Nursing Science Quarterly*, 35, 498–500.

Fernandes, C. S., Couto, G., Carvalho, R., Ferreira, P., & Fernandes, D. G. (2020). Implementação de um programa multifatorial para prevenir lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho. *Journal Health NPEPS*, 5(2), 258–273. <https://doi.org/10.30681/252610104507>

Fernandes, T. P. D. (2020). Satisfação profissional dos enfermeiros com formação em enfermagem de reabilitação [Relatório de estágio/trabalho de projeto, Instituto Politécnico de Bragança]. *Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança*. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23051/1/Fernandes_T%C3%A2nia.pdf

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Finan, P. H., Goodin, B. R., & Smith, M. T. (2013). The association of sleep and pain: An update and a path forward. *The Journal of Pain*, 14(12), 1539–1552. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.08.007>

Gold, J. E., Punnett, L., & Gore, R. J. (2017). Predictors of low back pain in nursing home workers after implementation of a safe resident handling programme. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(6), 389. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103930>

Healthy People 2030. (2020). Health literacy in Healthy People 2030. <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030>

Hosseini, E., Daneshmandi, H., Bashiri, A., & Sharifian, R. (2021). Work-related musculoskeletal symptoms among Iranian nurses and their relationship with fatigue: A cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1), 629. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04510-3>

Jakovljević, M. (2024). Work-Related Musculoskeletal Disorders in Nurses: Still an Unsolved Problem in Reality (Narrative Literature Review). *IntechOpen*. doi: 10.5772/intechopen.1004441

Karimi, Z., Fereidouni, Z., Behnammoghadam, M., Salehiniya, H., & Rafiei, H. (2023). Burnout and its associated factors among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *BMC Nursing*, 22(1), 234. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01279-1>

Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>

Li, H., Cheng, B., & Zhu, X. (2022). The association between affective states and burnout among nurses: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 13, 928990. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.928990>

Lin, S. C., Lin, L. L., Liu, C. J., Fang, C. K., & Lin, M. H. (2020). Exploring the factors affecting musculoskeletal disorders risk among hospital nurses. *PLoS ONE*, 15(4), e0231319. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231319>

Meleis, A. I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. *Nursing Research*, 24(4), 264–271. <https://doi.org/10.1097/00006199-197507000-00004>

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000).

Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

O'Brien, W. H., Singh, R., Horan, K., Moeller, M. T., Wasson, R., & Jex, S. M. (2019).

Group-based acceptance and commitment therapy for nurses and nurse aides working in long-term care residential settings. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25(7), 753–761. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0087>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2022). Relatório - Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. Direção-Geral da Saúde. <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030040.pdf>

Raithatha, A. S., & Mishra, D. G. (2016). Musculoskeletal disorders and perceived work demands among female nurses at a tertiary care hospital in India. *International Journal of Chronic Diseases*. <https://doi.org/10.1155/2016/5038381>

Roll-Koch, J. S., Ferreto, L. E. D., Rocha, A. C. D., Prates, R. T. C., Benvegnú, D. M., Arruda, G., Vieira, A. P., & Follador, F. A. C. (2025). Quality of life and musculoskeletal symptoms of nurses in Primary Care in southern Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(1), e20230342. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0342>

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (pp. 664–676). Springer.

Serranheira, F.m.DOS (2007). Lesões Músculo-esqueléticas Ligadas ao trabalho: que métodos de avaliação do risco? Tese de Doutoramento. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. URI: <http://hdl.handle.net/10362/2735>

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Sezgin, D., & Esin, M. N. (2015). Predisposing factors for musculoskeletal symptoms in intensive care unit nurses. *International Nursing Review*, 62, 92–101. <https://doi.org/10.1111/inr.12157>

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Sousa, A. D., Baixinho, C. L., Presado, M. H., & Henriques, M. A. (2023). The effect of interventions on preventing musculoskeletal injuries related to nurses' work: A systematic review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(2), 185. <https://doi.org/10.3390/jpm13020185>

Sousa, A. D., Baixinho, C. L., Presado, M. H., & Henriques, M. A. (2023). The effect of interventions on preventing musculoskeletal injuries related to nurses' work: Systematic review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(2), 185. <https://doi.org/10.3390/jpm13020185>

Sousa, F. A. (2020). Lesões músculo-esqueléticas nos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação: Um estudo descritivo-analítico (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34495/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_F%C3%A1bio%20Sousa.pdf

Tantawy, S. A., Abdul Rahman, A., & Abdul Ameer, M. (2017). The relationship between the development of musculoskeletal disorders, body mass index, and academic stress in Bahraini university students. *Korean Journal of Pain*, 30, 126–133. <https://doi.org/10.3344/kjp.2017.30.2.126>

Tuna, R., Eskin Bacaksiz, F., & Kahraman, B. (2022). The relationship between musculoskeletal discomfort and professional quality of life among nurses. *Pain Management Nursing*, 23(1), 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.03.006>

Wang, J., Cui, Y., He, L., Xu, X., Yuan, Z., Jin, X., & Li, Z. (2017). Work-related musculoskeletal disorders and risk factors among Chinese medical staff of obstetrics and gynecology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6), 562. <https://doi.org/10.3390/ijerph14060562>

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219–235. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>

World Health Organization. (2018). Promoting Health: Guide to National Implementation of the Shanghai Declaration. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-18.2>

World Health Organization. (2024, agosto). Health literacy. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções
em unidades de cuidados continuados integrados”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

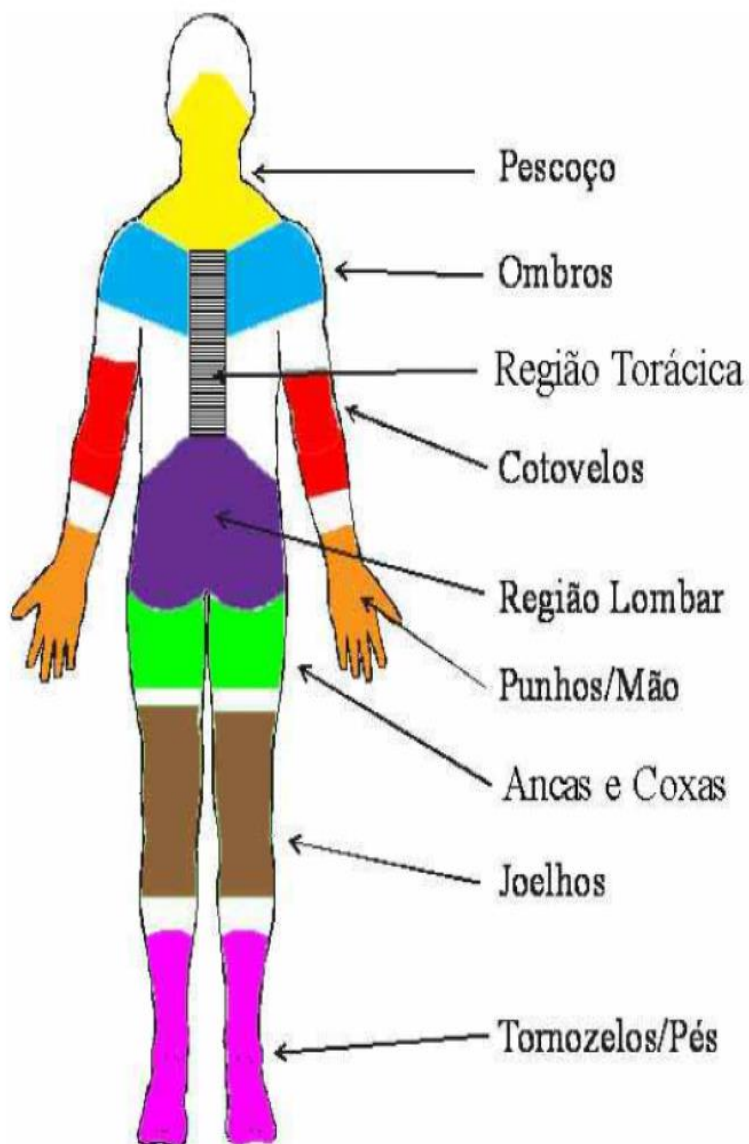
ANEXOS

Anexo I - Questionário Nórdico Músculo-Esquelético adaptado e validado para a língua portuguesa por Mesquita (2010)

Questionário Nórdico Músculo-esquelético

Instruções para o preenchimento

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



Pescoço

Responda, apenas, **se tiver algum problema**.

24

Considerando **os últimos 12 meses**, teve algum **problema (tal como dor, desconforto ou dormência)** nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim
- ☐ Não

25

Teve algum problema nos **últimos 7 dias**, nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim
- ☐ Não

26

Durante os **últimos 12 meses** teve que evitar as suas actividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de **problemas** nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim
- ☐ Não

27

Classifique a sua **dor**, em que ZERO (0) é sem dor e DEZ (10) é dor máxima *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sem dor

Dor máxima

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Ombro

Responda, apenas, **se tiver algum problema**.

28

Considerando **os últimos 12 meses**, teve algum **problema (tal como dor, desconforto ou dormência)** nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim, ombro direito
- ☐ Sim, ombro esquerdo
- ☐ Sim, ambos
- ☐ Não

29

Durante os **últimos 12 meses** teve que evitar as suas actividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de **problemas** nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim, ombro direito
- ☐ Sim, ombro esquerdo
- ☐ Sim, ambos
- ☐ Não

30

Teve algum problema nos **últimos 7 dias**, nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim, ombro direito
- ☐ Sim, ombro esquerdo
- ☐ Sim, ambos
- ☐ Não

31

Classifique a sua **dor**, em que ZERO (0) é sem dor e DEZ (10) é dor máxima *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					Dor máxima					

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”
2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Cotovelo

Responda, apenas, **se tiver algum problema**.

32

Considerando **os últimos 12 meses**, teve algum **problema (tal como dor, desconforto ou dormência)** nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim, cotovelo direito
- ☐ Sim, cotovelo esquerdo
- ☐ Sim, ambos
- ☐ Não

33

Durante os **últimos 12 meses** teve que evitar as suas actividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de **problemas** nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim, cotovelo direito
- ☐ Sim, cotovelo esquerdo
- ☐ Sim, ambos
- ☐ Não

34

Teve algum problema nos **últimos 7 dias**, nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim, cotovelo direito
- ☐ Sim, cotovelo esquerdo
- ☐ Sim, ambos
- ☐ Não

35

Classifique a sua **dor**, em que ZERO (0) é sem dor e DEZ (10) é dor máxima *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor						Dor máxima				

Punho/Mãos

Responda, apenas, **se tiver algum problema**.

36

Considerando **os últimos 12 meses**, teve algum **problema (tal como dor, desconforto ou dormência)** nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim, punho e mão direita
- ☐ Sim, punho e mão esquerda
- ☐ Sim, ambos
- ☐ Não

37

Durante os **últimos 12 meses** teve que evitar as suas actividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de **problemas** nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim, punho e mão direita
- ☐ Sim, punho e mão esquerda
- ☐ Sim, ambos
- ☐ Não

38

Teve algum problema nos **últimos 7 dias**, nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim, punho e mão direita
- ☐ Sim, punho e mão esquerda
- ☐ Sim, ambos
- ☐ Não

39

Classifique a sua **dor**, em que ZERO (0) é sem dor e DEZ (10) é dor máxima *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					Dor máxima					

Região Torácica

Responda, apenas, **se tiver algum problema**.

40

Considerando **os últimos 12 meses**, teve algum **problema (tal como dor, desconforto ou dormência)** nas seguintes regiões: *

☐ Sim

☐ Não

41

Durante os **últimos 12 meses** teve que evitar as suas actividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de **problemas** nas seguintes regiões: *

☐ Sim

☐ Não

42

Teve algum problema nos **últimos 7 dias**, nas seguintes regiões: *

☐ Sim

☐ Não

43

Classifique a sua **dor**, em que ZERO (0) é sem dor e DEZ (10) é dor máxima *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					Dor máxima					

Região Lombar

Responda, apenas, **se tiver algum problema**.

44

Considerando **os últimos 12 meses**, teve algum **problema (tal como dor, desconforto ou dormência)** nas seguintes regiões: *

☐ Sim

☐ Não

45

Durante os **últimos 12 meses** teve que evitar as suas actividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de **problemas** nas seguintes regiões: *

☐ Sim

☐ Não

46

Teve algum problema nos **últimos 7 dias**, nas seguintes regiões: *

☐ Sim

☐ Não

47

Classifique a sua **dor**, em que ZERO (0) é sem dor e DEZ (10) é dor máxima *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sem dor

Dor máxima

Ancas/Coxas?

Responda, apenas, **se tiver algum problema**.

48

Considerando **os últimos 12 meses**, teve algum **problema (tal como dor, desconforto ou dormência)** nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim
- ☐ Não

49

Durante os **últimos 12 meses** teve que evitar as suas actividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de **problemas** nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim
- ☐ Não

50

Teve algum problema nos **últimos 7 dias**, nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim
- ☐ Não

51

Classifique a sua **dor**, em que ZERO (0) é sem dor e DEZ (10) é dor máxima *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sem dor

Dor máxima

Joelhos?

Responda, apenas, **se tiver algum problema**.

52

Considerando **os últimos 12 meses**, teve algum **problema (tal como dor, desconforto ou dormência)** nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim
- ☐ Não

53

Durante os **últimos 12 meses** teve que evitar as suas actividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de **problemas** nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim
- ☐ Não

54

Teve algum problema nos **últimos 7 dias**, nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim
- ☐ Não

55

Classifique a sua **dor**, em que ZERO (0) é sem dor e DEZ (10) é dor máxima *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sem dor Dor máxima

Tornozelo/Pés?

Responda, apenas, **se tiver algum problema**.

56

Considerando **os últimos 12 meses**, teve algum **problema** (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim
- ☐ Não

57

Durante os **últimos 12 meses** teve que evitar as suas actividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de **problemas** nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim
- ☐ Não

58

Teve algum problema nos **últimos 7 dias**, nas seguintes regiões: *

- ☐ Sim
- ☐ Não

59

Classifique a sua **dor**, em que ZERO (0) é sem dor e DEZ (10) é dor máxima *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sem dor											Dor máxima

Anexo II - Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)



Esta escala consiste num conjunto de palavras que **descrevem diferentes sentimentos e emoções**. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sente, **geralmente**, ou seja, **em média**, cada uma das emoções.

87

Assinale a resposta mais adequada aos seus sentimentos e emoções. *

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
Interessado(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Orgulhoso(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Perturbado(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Irritado(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Excitado(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Encantado(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Atormentado(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Remorsos	☐	☐	☐	☐	☐
Agradavelment e surpreendido(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Inspirado(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Culpado(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Nervoso(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Assustado(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Determinado(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Caloroso(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Trémulo(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Repulso(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Entusiasmado(a)	☐	☐	☐	☐	☐
Amedrontado(a)	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo III - Questionário sobre qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida (WHOQOL-Bref)

Questionário sobre a qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida.



Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a lhe parece mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Deve de sinalizar o número que mais descreve o apoio que recebeu das outras pessoas das duas últimas semanas.

Assim, marcaria o número 4 se tivesse bastante apoio, ou o 1 se não tivesse tido apoio nenhum dos outros nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter de responder à seguinte pergunta:

60

Receber das outras pessoas o tipo de apoio que necessita? *

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Bastante
- ☐ Completamente

Questionário WHOQOL-BREF

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e assinale o número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

61

(G1) Como avalia a sua qualidade de vida? *

- ☐ Muito má
- ☐ Má
- ☐ Nem boa Nem má
- ☐ Boa
- ☐ Muito boa

62

(G5) Até ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? *

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Nem satisfeito Nem insatisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e assinale o número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

63

(F1.4) Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer? *

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Nem pouco Nem muito
- ☐ Muito
- ☐ MUITÍSSIMO

64

(F11.3) Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? *

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Nem pouco Nem muito
- ☐ Muito
- ☐ MUITÍSSIMO

65

(F4.1) Até que ponto gosta da sua vida? *

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Nem pouco Nem muito
- ☐ Muito
- ☐ MUITÍSSIMO

66

(F24.2) Em que medida sente a sua vida sem sentido? *

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Nem pouco Nem muito
- ☐ Muito
- ☐ MUITÍSSIMO

67

(F5.4) Até que ponto se consegue concentrar? *

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Nem pouco Nem muito
- ☐ Muito
- ☐ MUITÍSSIMO

68

(F16.1) Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia? *

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Nem pouco Nem muito
- ☐ Muito
- ☐ MUITÍSSIMO

69

(F22.1) Em que medida é saudável o seu ambiente físico? *

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Nem pouco Nem muito
- ☐ Muito
- ☐ MUITÍSSIMO

Até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas 2 ultimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e assinale o número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

70

(F2.1) Tem energia suficiente para a sua vida diária? *

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Bastante
- ☐ Completamente

71

(F7.1) É capaz de aceitar a sua aparência física? *

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Bastante
- ☐ Completamente

72

(F18.1) Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? *

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Bastante
- ☐ Completamente

73

(F18.1) Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária? *

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Bastante
- ☐ Completamente

74

(F21.1) Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer? *

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Bastante
- ☐ Completamente

75

(F9.1) Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade de se movimentar e deslocar por si próprio(a))? *

- ☐ Muito má
- ☐ Má
- ☐ Nem boa Nem má
- ☐ Boa
- ☐ Muito boa

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Sentiu-se bem ou satisfeito em relação a vários aspetos da sua vida nas últimas 2 semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e assinale o número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

76

(F3.3) Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono? *

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Nem satisfeito Nem insatisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

77

(F10.3) Até que ponto está satisfeito(a) com a capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia? *

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Nem satisfeito Nem insatisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

78

(F12.4) Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho? *

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Nem satisfeito Nem insatisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

79

(F6.3) Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)? *

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Nem satisfeito Nem insatisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

80

(F13.3) Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? *

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Nem satisfeito Nem insatisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

81

(F15.3) Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual? *

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Nem satisfeito Nem insatisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

82

(F14.4) Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos? *

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Nem satisfeito Nem insatisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

83

(F17.3) Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive? *

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Nem satisfeito Nem insatisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

84

(F19.3) Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde? *

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Nem satisfeito Nem insatisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

85

(F23.3) Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza? *

- ☐ Muito insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Nem satisfeito Nem insatisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito satisfeito

Qual a frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e assinale o número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

86

(F8.1) Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? *

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

“Sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho em enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados integrados”

2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Anexo IV - Parecer da comissão de ética



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE35_2024

Assunto: Emissão de Parecer para Dissertação “Sintomatologia Músculo-Esquelética relacionada com o trabalho em Enfermeiros que exercem funções em Unidades de Cuidados Continuados Integrados”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

No seguimento da solicitação de Parecer aos membros da Comissão de Ética, com o propósito de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada, para o Estudo, utilizando o Questionário Nórdico Músculo-Esquelético (Mesquita, 2010) e o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (Serra et al 2006), é concordante ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 17 de dezembro de 2024

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Assinado por: MARIA JOÃO DE ALMEIDA DOS SANTOS
Num. de Identificação: 08540466
Data: 2024.12.17 15:58:19+00'00"

Professora Adjunta Maria João Santos