

Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) aplicada à trabalhadores de higienização e limpeza

International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) applied on health of hygiene and cleaning worker

Auristela Duarte Moser¹, Maria Cristina Grilo Costa², Jaqueline Carmo Machado Lopes²

¹ Doutora em Engenharia de Produção e Sistemas. Docente no Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde na Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR. Curitiba, PR – Brasil

² Mestre em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR. Curitiba, PR – Brasil

Endereço para Correspondência:

Auristela Duarte Moser
Rua Virginia Dalabona, 540 - Casa 28
82310390 - Curitiba - PR [Brasil]
auristela.lima@pucpr.br

Resumo

Introdução. A Revolução Tecnológica trouxe repercussões em aspectos coletivos e individuais no mundo do trabalho, porém, no Brasil ainda persistem atividades caracterizadas por significativo desgaste físico, como é o caso dos serviços de higienização e limpeza. **Objetivo.** Estabelecer um perfil funcional de higienizadores com base na CIF. **Método.** Dados foram coletados de um serviço de Medicina do Trabalho, para codificação com base na CIF. **Resultados.** No componente Funções do Corpo identificaram-se as categorias b28010 (dor em cabeça e pescoço), b28014 (dor em membro superior), 28013 (dor nas costas), e 28015 (dor em membro inferior). Nas Estruturas do Corpo, destacou-se o código s76002 (coluna lombar). Identificou-se em atividades e participação, os códigos d2200 (limpeza e desinfecção), d4109 (postura inadequada), fatores ambientais com e1358 (risco químico), 298 (risco biológico) e 2251 (umidade). **Conclusão.** As informações subsidiaram um perfil funcional que será utilizado para o aprimoramento da aquisição de dados em saúde pela equipe de saúde.

Descritores: Classificação Internacional de Doenças; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Saúde do Trabalhador.

Abstract

Introduction. The Technological Revolution brought repercussions on collective and individual aspects in the world of work, however. In Brazil there are still activities characterized by significant physical exhaustion, such as hygiene and cleaning services. **Goal.** To establish a functionality profile of sanitation workers based on the ICF. **Method.** Data were collected from an occupational health service and coded based on the CIF. **Results.** On Body Functions component were identified categories b28010 (pain in the head and neck), b28014 (pain in upper limb), 28013 (back pain), and 28015 (leg pain). On Body Structures component was the highlight for s76002 code (lumbar spine). Were extracted codes relating to the activities and participation, with D2200 (cleaning and disinfection), and d4109 (poor posture), and environmental factors with the e1358 code (chemical risk / sanitizers and disinfectants), and 298 (biological risk) and 2251 (humidity). **Conclusion.** The Informations subsidized a functional profile that will be used to improve the acquisition of health data by the health team.

Keywords: International Classification of Diseases ; International Classification of Functioning, Disability and Health; Occupational Health.

Introdução

As mudanças advindas da Revolução Tecnológica trouxeram repercussões em aspectos coletivos e individuais no mundo do trabalho. Estas mudanças têm ocorrido, com maior ênfase, a partir da introdução de novas tecnologias que, ao lado das conquistas e avanços para a vida humana, também acarretaram o aumento de problemas de saúde em um número cada vez maior de trabalhadores.¹

No Brasil em particular, ainda persistem atividades caracterizadas por significativo desgaste físico, como é o caso dos serviços de higienização e limpeza.

A atividade de limpeza é essencialmente manual ou mecanizada e requer grande esforço físico, sendo realizada predominantemente por mulheres, sabidamente com menor força muscular que os homens².

As condições de trabalho incluem os riscos ergonômicos, e situações causadoras de estresse físico e psíquico, associado às condições ambientais nem sempre adequadas³.

Os agravos pelo desempenho das atividades podem ser constatados junto ao serviço de saúde ocupacional das empresas, diagnósticos apontados pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10), são registrados no prontuário médico do trabalhador.

Dessa forma, o diagnóstico da doença fornecido pela CID 10 registra uma condição anormal de saúde e fornece uma estrutura de base etiológica importante para o prognóstico das enfermidades⁴.

No entanto, esta classificação não fornece dados suficientes para que se entendam, de forma mais ampla, as repercussões da doença na vida da pessoa, incluindo capacidade para o trabalho.

Com objetivo de classificar não apenas a doença, mas, o indivíduo adoecido é que foi criada a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a qual determina a condição de funcionalidade a partir das componentes funções do corpo, estruturas do corpo, ativida-

des e participação, e fatores ambientais, a ser adotada neste projeto.

A classificação proporcionada pela CIF fornece informações adicionais sobre funcionalidade e modifica o delineamento do perfil de adoecimento e potencial de saúde do trabalhador, pois considera os seus limites e potencialidades ambientais, físicos e psicossociais.

A CIF também é utilizada no estudo dos sistemas de cuidados de saúde, tanto em termos de avaliação como de formulação de políticas que incluem a prevenção, promoção da saúde e melhoria da participação em contextos de vida diária, para remover ou atenuar as barreiras sociais e estimular a atribuição de apoios e de facilitadores sociais^{5,6}.

O trabalho de higiene e limpeza é uma categoria de trabalho braçal historicamente desvalorizada pela oposição ao trabalho intelectual. Sendo assim, delineou-se nesse trabalho, conhecer o estado de funcionalidade dos higienizadores possibilitando a tomada de medidas na prevenção de doenças ocupacionais as quais envolvem aspectos ambiental e organizacional do trabalho, e com isso, incentivar novos hábitos de vida, que possa contribuir para o bem-estar físico, mental e social no trabalho.

Método

O estudo foi do tipo descritivo e a coleta de dados foi realizada no Serviço de Medicina do Trabalho de uma instituição de ensino superior situada na cidade de Curitiba.

A amostra foi constituída de todos os prontuários de trabalhadores do setor de higienização do serviço de saúde ocupacional da organização, sede da pesquisa, no período de junho de 2010 até junho de 2014.

De um total de 203 prontuários, foram extraídas informações de 196. Sete prontuários foram excluídos por não estarem disponíveis na empresa.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade

Católica do Paraná (CEP/PUCPR) como termo aditivo do Projeto “Perfil de Absenteísmo-doença em Trabalhadores de Higienização de uma Instituição de Ensino Superior” aprovado conforme o Parecer Consubstanciado N° 894771.

As informações coletadas tanto nos prontuários como nos documentos da empresa, foram codificadas conforme os domínios Estrutura e Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais da CIF. Assim estabeleceu-se o perfil funcional desses trabalhadores.

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2010, e tratados no IBM SPSS Statistics 20, e a análise buscou uma associação entre os resultados e as categorias da CIF. Depois de identificados, os dados sócio-demográficos e os registros referentes ao PPRA da empresa foram comparados ao documento CIF.

Buscou-se por meio de um cotejo estabelecer uma associação entre estas fontes de informação. A partir daí, foram identificados os componentes e categorias que poderiam ser significativos para a discussão do estudo.

Resultados

As variáveis analisadas cruzadas foram: idade, idade X queixa pós-admissão; tempo de trabalho; tempo de trabalho X queixa pós-admissão; sexo; escolaridade; função, queixas e dor. A tabela 1 apresenta as características sócio-demográficas obtidas dos prontuários.

A média de idade foi de 41,49, sendo 182 mulheres e 12 homens, pois em dois prontuários este item estava sem preenchimento.

Dos 140 prontuários cujo item escolaridade foi preenchido, foram encontrados dois analfabetos; e 85 com o ensino fundamental incompleto; 14 com o ensino fundamental completo, 19 com o ensino médio incompleto, e 20 com o ensino médio completo.

A função de auxiliar de limpeza indicou 95,4% de todos os trabalhadores do setor higienização.

Tabela 1: Características sociodemográficas

Variável	Resultado
Idade (anos)	41,49 ±10,11
Sexo – feminino	182 (92,9)
Sexo – masculino	12 (6,1)
Escolaridade	
Analfabeto	2 (1)
Ensino fundamental incompleto	85 (43,4)
Ensino fundamental completo	14 (7,1)
Ensino médio incompleto	19 (9,7)
Ensino médio completo	20 (10,2)
Função exercida	
Auxiliar de limpeza	187 (95,4)
Supervisor	2 (1,0)
Coletor de resíduo	2 (1,0)
Auxiliar administrativo	3 (1,5)
Não informaram	2 (1,0)

Nota: resultados descritos por média ± desvio padrão ou por frequência (percentual).

Fonte: a autora (2015).

Os coletores de resíduo eram dois, e os auxiliares administrativos três. Em dois prontuários não havia informação a respeito da função desses colaboradores.

Mais da metade 57,7% dos trabalhadores que exerce a função de auxiliar de limpeza, apresentaram queixas generalizadas. Todos os trabalhadores das funções auxiliar administrativo em número de 3 e a função supervisor com 2 funcionários apresentaram queixas. Os coletores de resíduo não relataram queixas.

Na tabela 2 estão apresentados os resultados relativos a queixas, dor, tempo de trabalho, peso corporal e altura.

Tabela 2: Variáveis do estudo

Variável	Resultado
Queixa	113 (57,7)
Dor	83(73,45)
Meses de trabalho	28,92 ± 38,43
Peso corporal (kg)	69,9 ±12,60
Altura (cm)	1,58 ± 0,07

Nota: resultados descritos por média ± desvio padrão ou por frequência (percentual).

Fonte: a autora (2015).

Houve registro de 113 queixas, ou seja, mais da metade (57,7%) dos prontuários, sendo 73,45% dessas queixas foram associadas à sintomatologia de dor.

A média de meses trabalhados foi de 28,92 meses com um desvio padrão de 38,43. A do peso corporal foi de 69,9 (kg) com desvio padrão de 12,60 e a da altura foi de 1,58 (cm) com desvio padrão de 0,07, portanto o IMC médio foi de 28kg/m².

A média de idade dos trabalhadores com algum tipo de queixa foi de 42,63 anos com desvio padrão de 10,18 e o tempo decorrido até o aparecimento de queixa foi em média de 39,29 meses com desvio padrão de 46,37 meses, sendo que 73,5% das queixas relatadas estão relacionadas com o sintoma de dor.

Na tabela 3 são apresentados os resultados das ocorrências dos códigos CIF na categoria funções do corpo.

Conforme a Tabela 3, o maior número de queixas esteve relacionado ao código b28015 que descreve dor em membros inferiores, com uma frequência de 38 (12,5%).

Em seguida, foi registrada a queixa representada pelo código b28013, (dor nas costas), com frequência de 34 (10,96%).

O código b28014 (dor em membro superior), teve frequência de 25 (8,06%), e envolve as estruturas musculoesqueléticas.

A frequência do código b1263 (estabilidade psíquica), 18 (5,8%), foi relativamente alta, mas, a comprovação da sua relação com as doenças osteomusculares por meio denexo causal não pode ser feita por ausência de laudo ergonômico.

O código b28012, (dor no estômago e abdome) teve frequência de 13 (4,19%).

Na tabela 4 são apresentados os resultados da ocorrência dos códigos CIF na categoria estruturas do corpo.

O componente Estrutura do Corpo simbolizado pela letra (s), é descrito nessa tabela com o código s76002, sendo a frequência mais alta, 19 (6,14%), e indica a coluna lombar como a estrutura do corpo mais acometida.

Tabela 3: Componente funções do corpo

Códigos Variados	CIF- Função do corpo	Frequência	%
	—	1 a 5	32,33%
b4150	Funções das artérias	6	1,93%
b4200	Aumento da pressão sanguínea	6	1,93%
b4303	Funções de coagulação	6	1,93%
b5450	Equilíbrio hídrico	6	1,93%
b43501	Resposta imunológica não específica	8	2,58%
b810	Funções protetoras da pele	8	2,58%
b4351	Reações de hipersensibilidade	9	2,9%
b28018	Dor localizada, outra especificada	11	3,54%
b28012	Dor no estômago ou abdome	13	4,19%
b1263	Estabilidade psíquica	18	5,8%
b28010	Dor na cabeça ou pescoço	22	7,09%
b28014	Dor em membro superior	25	8,06%
b28013	Dor nas costas	34	10,96%
b28015	Dor em membro inferior	38	12,5%

Fonte: a autora (2015).

A estrutura do estômago representada pelo código s530 aparece em segundo lugar, com uma frequência de 15 (4,85%).

Em terceiro lugar foi registrado o código s2200 com a estrutura conjuntiva, e uma frequência de 13 (4,2%).

Registrou-se ainda o código s7104, que indica queixa nos músculos da região do pescoço e cabeça com frequência de 12 (3,88%).

Os códigos s75011 (estruturas da articulação do joelho) e s8102 (pele da extremidade superior), representaram uma percentagem de 3,55%.

O código S73029 (estrutura da mão, não especificada), registrado com uma frequência de 9, representou um percentual de 2,91%.

Articulações da região do ombro, indicadas pelo código s7201 apontaram uma frequ-

Tabela 4: Componente estruturas do corpo

Códigos Variados	CIF- Estruturas do corpo	Frequência	%
—	—	1 a 5	51,55%
s6103	Uretra	6	1,94%
s3301	Faringe oral	7	2,23%
s7201	Articulações da região do ombro	8	2,58%
s73029	Estrutura da mão, não especificada	9	2,91%
s75011	Articulação do joelho	11	3,55%
s8102	Pele da extremidade superior	11	3,55%
s7104	Músculo da região da cabeça e pescoço	12	3,88%
s2200	Conjuntiva	13	4,2%
s530	Estrutura do estômago	15	4,85%
s76002	Coluna vertebral lombar	19	6,14%

Fonte: a autora (2015).

ência de 8 (2,58%). Os códigos s6103 (uretra) e s3301 (faringe oral) apresentaram as frequências 6 (1,94%) e 7 (2,23%) respectivamente.

Os códigos que representaram as queixas/deficiências variadas (51,55%) apresentaram frequências de 1 a 5.

O setor de limpeza é organizado em dois núcleos: o Núcleo de Higienização e Limpeza, formado pelas funções de auxiliar de limpeza,

auxiliar administrativo e líder de higienização, que também recebe o nome de supervisor de limpeza; e o Núcleo de Meio Ambiente formado pelos coletores de resíduos. São funções que geralmente apontam riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos descritos no Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA), que é um documento oficial da empresa.

Dentro deste contexto, identificou-se a função de auxiliar de limpeza do Núcleo de Higienização e Limpeza, como a que apontou riscos em praticamente todas as categorias, segundo as informações do PPRA. A partir daí decidiu-se codificar os agentes e os tipos de exposição a que foram submetidos esses trabalhadores de acordo com os componentes Fatores Ambientais (e) Atividades e Participação (d), exclusivamente para a função do auxiliar de limpeza dentro do setor de limpeza descrita no quadro 1.

O código e2251 foi utilizado para o agente umidade dos ambientes, e caracterizado como risco físico em forma de barreira durante as atividades de lavagem de pisos, recebeu o código d2200 que representa tarefas múltiplas na atividade de participação.

O risco químico faz parte dessa função em relação ao fator ambiental com o código e1358, apresentando produtos e tecnologia como barreira representada pelos agentes saneantes, de-

Quadro 1: Funções e cargos, riscos e seus agentes codificados de acordo com a CIF para o cargo de Auxiliar de Limpeza do Núcleo de Higiene e Limpeza

Núcleo de Higiene e Limpeza				
Auxiliar de Limpeza				
Risco	Agente	Cód. CIF	Tipo de exposição	Cód. CIF
Físico	Umidade	e2251 (Barreira)	Lavagem de Pisos	d2200
Químico	Saneantes de desinfetantes	e1358 (Barreira)	Limpeza de desinfecção dos diversos setores	d2200
Biológicos	Vírus e Bactérias	e298 (Barreira)	Limpeza de banheiros e mictórios	d2200.
Ergonômicos	Postura Inadequada	d4159	Na execução das atividades diárias	d4159
Acidentes	N/A	N/A	N/E	N/E

Legenda: N/A – Não Aplicável; N/E – Não se Enquadra.

Fonte: a autora (2015).

sinfetantes durante as atividades e participação de limpeza e desinfecção dos diversos setores com o código d2200 (tarefas múltiplas). O código e298 (ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem), é presente como barreira pelos agentes vírus e bactérias e representa um risco biológico durante as atividades de participação de limpeza de banheiros e mictórios com o código d2200 na realização de tarefas múltiplas para a função de auxiliar de limpeza.

O risco ergonômico também é descrito em todas as outras funções, sem definir ergonomicamente os ambientes, mas aponta a postura inadequada pelo código d4159, que é manter a posição do corpo, não especificada, como um agente causador de problemas durante as atividades executadas diariamente, representada pelo código d4109, que é mudar a posição do corpo, sem especificação.

Discussão

A queixa de dor e componentes CIF associados

A dor crônica é atualmente considerada um importante problema de saúde pública, atingindo a população na sua fase mais produtiva, sendo uma das principais causas de incapacidade funcional temporária ou permanente para o trabalho⁶.

A alta prevalência do sintoma de dor pode estar relacionada à presença de fatores predisponentes como gênero feminino, baixa escolaridade, atividades que envolvem muito esforço físico, entre outros, são fatores de risco que possibilitam o aparecimento de dor⁷, relatos que corroboram com as características encontradas na amostra desta pesquisa.

A frequência do código b1263 (estabilidade psíquica), com frequência de 18 (5,8%), é relativamente alta, mas, a comprovação da sua relação com as doenças osteomusculares por meio de nexos causais não pode ser comprovada por ausência de laudo ergonômico.

De acordo com os resultados desse estudo, um contingente de 113 trabalhadores relatou queixa, o que representa uma porcentagem de 57,7%. Dessas queixas, 73,45% por sua vez estavam relacionadas com a dor. A dor é uma sensação indispensável à sobrevivência porque exerce uma função protetora por sinalizar a presença de ataques que podem lesar os tecidos⁸.

Um estudo registrado com esta população⁹, apontou um percentual de 87% de trabalhadores com um ou mais pontos de queixa dolorosa, sendo que a correlação dessas queixas com o grau de escolaridade, não indicou relevância deste indicador na presença ou ausência de dor. O presente estudo não contemplou essa relação por não ser seu objetivo, porém, entende-se que níveis maiores de escolaridade permitem aos indivíduos uma maior compreensão das questões referentes à saúde e capacitam-no a buscar ativamente formas de cuidado, incluindo procura ao serviço médico antes que as dores apareçam. Assim a conduta preventiva deve sobrepor a paliativa, impedindo o aparecimento ou agravamento de queixas¹⁰.

Um estudo de prevalência (n=17.543)¹¹, demonstrou correlação positiva entre o aumento dos níveis de dor-incapacidade e escolaridade e níveis mais baixos de renda familiar em cidadãos australianos, mostrando que as peculiaridades culturais não são suficientes para mudar as manifestações do fenômeno dor e seus contornos sociais. As atividades executadas nos setores de higienização não exigem alta complexidade intelectual, daí o aspecto de serem atividades desenvolvidas por trabalhadores que apresentam baixos níveis de escolaridade. Porém são atividades que exigem condições físicas necessárias para suportar sobrecarga e repetitividade de movimento, podendo assim justificar o panorama encontrado nessa pesquisa.

Em relação ao Índice de Massa Corpórea (IMC), seu valor médio na população desse estudo ficou em torno de 28kg/m², ou seja, houve ocorrência de sobrepeso, condição desfavorável às atividades exercidas, mas favorecendo o aparecimento de dor. Autores alertam para

a relação entre IMC e a presença de dor pela baixa tolerância aos esforços em pesquisa com pacientes que receberam indicação para artroplastia do joelho ¹².

Ressalta-se que, neste estudo, o maior número de queixas se referiu aos membros inferiores, pois, biomecanicamente a articulação do joelho atua como um centro de forças de repasse para sobrecarga postural e mecânica da pelve e da coluna lombar, é a segunda maior fonte de queixas registradas ¹³.

As condições relatadas acima refletem um panorama em que o corpo se ressentido das atividades executadas e são feitos os devidos registros por ocasião das consultas médicas. Porém, para que os dados recolhidos se traduzam em benefícios futuros à saúde dos trabalhadores, há necessidade de que sejam realizados análise e confronto com as condições de trabalho oferecidas, os exames pertinentes e as classificações de saúde praticadas pela empresa para que o banco de dados obtido a partir dos dados dos prontuários médicos não se torne um arquivo estático sem que seja explorado seu potencial de subsídio à vigilância em saúde no trabalho.

A partir dos resultados apresentados nesse estudo, observou-se que as queixas de dores relatadas nos prontuários dos trabalhadores são fatores decisivos para diagnósticos e para o direcionamento de atitudes que vislumbrem uma qualidade funcional adequada dos trabalhadores em questão.

Prontuário médico e documentos oficiais: iniciando um diálogo

Para propiciar a associação entre a CIF e as condições de saúde dos trabalhadores, utilizou-se o termo *queixa* como significante de *deficiência*, que pode ser definida como insuficiência ou ausência de funcionalidade consequente a distúrbio em estrutura ou função do corpo ¹⁴.

Como já exposto anteriormente, a CID-10 é uma classificação diagnóstica de padrão internacional adotada com o propósito, entre outros, de analisar a situação geral de saúde de grupos

populacionais, assim como monitorar a incidência e prevalência de doenças e problemas de saúde de uma maneira geral. Embora adequada às condições citadas anteriormente, a CID-10 não permite a inclusão de detalhes suficientes para retratar os aspectos de funcionalidade, incapacidade e saúde de uma pessoa.

A publicação da CIF como classificação complementar à CID-10, tem seu foco voltado para a funcionalidade, e presta uma contribuição consistente para um entendimento adequado de possíveis definições de deficiência ou incapacidade. Na família de classificações internacionais da (OMS), as condições ou estado de saúde são classificados pelo CID-10. A funcionalidade e incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas de maneira mais complexa e com melhor detalhamento pela CIF, através dos seus componentes ¹⁵.

Nesse trabalho, buscou-se codificar a extensão ou magnitude de uma queixa/deficiência, de acordo com as informações contidas nos prontuários médicos, para os componentes ambientais, funções e estruturas do corpo. Já os riscos e atividades dos funcionários foram identificados por meio da descrição das tarefas executadas e ambientes de trabalho contidas no PPRA da empresa, embora as informações presentes nos prontuários e no PPRA, não contemplassem as dimensões das deficiências o que permitiria a classificação propriamente dita a partir dos qualificadores.

Parte das informações contidas nos prontuários foram obtidas a partir do auto-relato dos trabalhadores durante os exames admissionais e periódicos, o que sugere pouca confiabilidade nesses registros, pois a vulnerabilidade do trabalhador fica evidente nesse momento de se candidatar a uma vaga para trabalhar.

Uma constatação importante foi a necessidade de se padronizar métodos de coleta de informações de maneira mais ampla sobre as condições de saúde do trabalhador, durante a realização da anamnese e exame físico. Com informações abrangentes, as condições para uma classificação adequada passam a ser viáveis.

O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) é permanente e deve cumprir as normas trabalhistas, que investigam as condições de riscos ambientais a que o trabalhador pode estar exposto no ambiente ocupacional, sendo editado pela Portaria nº 3.214/78, NR-9 (Norma Regulamentadora) dentro de um conjunto de ações que visam à proteção e à promoção da saúde do trabalhador, e deve estar integrado ao Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO)¹⁶.

Após a análise do PPRA da empresa, foi possível estabelecer alguns códigos baseados nos componentes da CIF para os domínios relacionados com o ambiente e a atividade do trabalhador. Dessa maneira, foi possível identificar os riscos, seus agentes, os tipos de exposições exigidas nestas atividades de acordo com os componentes Atividades e Participações e Fatores Ambientais.

Os dados obtidos pela análise do PPRA identificaram como categorias mais frequentes em aparição, as atividades e participação e componente ambiental, corroborando com os achados de estudos em outros países¹⁷.

Algumas doenças identificadas com diagnóstico médico e indicação do CID 10 estão relacionadas diretamente ao trabalho desenvolvido, como as tendinites, dores musculares e articulares e dermatites que, normalmente, são decorrentes da atividade e podem ser consideradas deficiências/queixas.

De acordo com a indicação do quadro 05, o risco físico aparece com o código e2251 (ambiental), e refere-se ao agente umidade para o tipo de exposição durante a atividade de lavagem de piso, indicou o código d2200 (atividades e participação) que é a realização de tarefas múltiplas.

As operações de limpeza muitas vezes são executadas em ambientes alagados ou encharcados as quais expõem o trabalhador a umidade intensa, e propiciam o desenvolvimento de doenças do aparelho respiratório, quedas, doenças de pele entre outras atividades ou operações¹⁸.

O risco químico com código e1358 foi ligado ao agente saneante e desinfetante. Os produ-

tos de limpeza são compostos, na sua maioria, por substâncias tóxicas encontradas na forma sólida, líquida ou gasosa, utilizados para desinfecção e esterilização dos ambientes e dos instrumentos. Se não houver preocupação com a implantação de medidas de segurança e a devida proteção, pode-se gerar condições facilitadoras para o adoecimento do trabalhador exposto à inalação e absorção desses elementos tóxicos¹⁸.

O risco biológico apareceu com o agente vírus e bactérias associado ao código e298, que significar barreira no conceito da CIF, durante as atividades de limpeza de banheiros com manipulação de instrumentos que podem estar contaminados por micro-organismos diversos¹⁹.

Na descrição do PPRA da empresa observamos que o risco ergonômico está relacionado com o agente postura inadequada, sendo associado ao código d4159 (manter a posição do corpo na execução das atividades diárias) e também ao código d4109 (mudar a posição básica do corpo).

A falta de *design* ergonômico dos instrumentos de trabalho, assim como os ambientes a serem limpos e as atividades com ações repetidas contribuem de maneira decisiva para o aparecimento de queixa dolorosa em estruturas musculoesqueléticas dos trabalhadores²⁰.

A descrição do risco ergonômico permitiu apenas identificar os códigos em relação a Atividades e Participação, pois o fator ambiental não foi considerado no contexto da medicina do trabalho, visto que a abordagem do modelo biomédico adotada considera a postura como elemento relacionado à estrutura do corpo. No entanto, o próprio conceito de Ergonomia²¹, identifica esta ciência como o estudo da relação entre o ser humano e suas atividades de trabalho mediadas pelo ambiente físico e relacional, ou seja, considera os riscos ergonômicos como resultantes da mediação entre as características psicofisiológicas do trabalhador e seu ambiente de trabalho.

Os riscos de acidentes não foram contemplados na descrição do PPRA e justificado pelo fato de estar sendo reformulado. Este fato nos remete a uma reflexão sobre as contradições da

gestão em Saúde do Trabalhador, que ao mesmo tempo em que registra o acidente em suas estatísticas de absenteísmo (que não foram objetos deste estudo), ignora a sua possibilidade no momento de fazer o levantamento de riscos, por meio do PPRA.

A partir das queixas descritas em prontuários, foi possível identificar as categorias dos componentes funções e estrutura do corpo, ou seja, aquelas que pudessem ser associadas com as informações dos prontuários médicos. Não foi possível usar os qualificadores utilizados para mensurar e indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência, pois as informações contidas nos prontuários eram generalizadas e não indicavam os níveis de acometimento das queixas/deficiências.

As informações bem coletadas de forma qualitativa e quantitativa possibilitam o acesso seguro, completo e confiável para o desenvolvimento de tomadas de decisões, ou estudos científicos que possam contribuir na melhoria do estado de saúde de trabalhadores²².

O reconhecimento da importância e vantagens do uso da CIF depende de diversos fatores, entre eles, a clareza com que essas informações podem ser utilizadas com segurança, para poder garantir maior descrição da condição de funcionalidade de uma pessoa²³.

Dentre as limitações deste estudo destacam-se, a dificuldade para associar as informações encontradas nos prontuários às indicações contidas no PPRA, justificada pelo fato de que nesse momento esse documento estava sofrendo ajustes necessários as tomadas de ações preventivas e corretivas.

Outro importante limitador foi a falta de padronização dos prontuários, com campos inexistentes ou inadequados para fornecer informações adequadas para a classificação segundo a CIF. Acrescenta-se ainda a dificuldade em estabelecer um diálogo com outros pesquisadores para efeito de discussão em razão da incipiência da pesquisa na área.

Ficou evidente a necessidade de desenvolver estratégias para que a CIF possa ser utiliza-

da a fim de ampliar a percepção da funcionalidade e incapacidade relacionadas à saúde do trabalhador.

Após o término das análises, percebeu-se que existem dificuldades para viabilizar outros estudos aprofundados na área da limpeza e higienização, pela precariedade dos registros.

Em resumo, pode dizer neste coletivo de trabalho há predominância do sexo feminino, com IMC apontando para sobrepeso, e idade média ainda bem produtiva, na faixa dos 41 anos. A escolaridade foi baixa, sendo que a grande maioria não completou o ensino fundamental, e dentre eles haviam dois analfabetos.

Em média, esses trabalhadores permanecem nessas atividades pouco mais de dois anos, mas, também foram encontrados indivíduos com mais de 26 anos de trabalho na empresa, e indivíduos que estavam trabalhando pouco mais de dois meses nesse setor.

Em relação às queixas/deficiências que possibilitaram a aplicação dos códigos da CIF, indicando funções do corpo, a maioria delas estava relacionada com a presença de dor em membros, costas, cabeça, indicando comprometimento em estruturas osteomusculares, sintomas relacionados ao estômago e abdome, que podem indicar problemas com a digestão, alimentação inadequada ou problemas emocionais.

Tipos variados de instabilidade psíquica e hipertensão arterial foram apontados com frequência razoável, assim como respostas reativas da pele, podendo ser justificadas pelo uso de produtos de limpeza sem a devida proteção. Também foram relatadas alteração nas funções das artérias e desequilíbrio hídrico, como o aparecimento de edemas, em consequência do tipo de atividade que exige esforço físico e postura inadequada.

A característica desses trabalhadores foi de apresentar a coluna lombar como a região de maior acometimento em relação às queixas gerais, seguida de estrutura do estômago e conjuntiva. As estruturas relacionadas ao sistema osteomuscular indicaram diversos tipos de acometimento, assim como as estruturas da região da faringe e da uretra.

O PPRA possibilitou analisar os níveis de riscos durante a execução das atividades desempenhadas pelos trabalhadores, apontando as atividades executadas pelo auxiliar de limpeza como a que apresentou agentes de risco em todos os níveis seguida da função coletor de resíduo.

Todas essas características possibilitaram delinear um perfil sócio demográfico, predominância de queixas, frequência, localização dos acometimentos, níveis de risco ambiental e tipo de exposição, baseados nos códigos dos componentes da CIF.

Considerações Finais

Nesse estudo, apesar das dificuldades encontradas no que concerne à ausência de pesquisas referentes à temática, percebeu-se a necessidade de dar visibilidade à CIF como ferramenta que permite o diálogo e as articulações necessárias, para não só compreender os fatores biopsicossociais do adoecimento no contexto de trabalho, mas também as formas de negociação necessárias para implantação de mudanças na abordagem e condução de estratégias de prevenção e tratamento de agravos à saúde do trabalhador.

Foi possível demonstrar que ainda é necessário avançar para uma linguagem compartilhada entre os profissionais da saúde e áreas afins no que se refere ao cuidado humano, de modo a promover um melhor aproveitamento dos dados coletados nos momentos de avaliação admissional e exames periódicos, para que os mesmos dialoguem com o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, pois estes documentos ainda não estão integrados para que possam apoiar as tomadas de decisão.

Estes conjuntos de dados poderão, no futuro, serem utilizados para ampliar o entendimento dos fatores fisiológicos, estruturais, e sua repercussão no desempenho das funções de trabalho com a constante mediação dos fatores ambientais para o gerenciamento das estratégias preventivas e corretivas no âmbito da saúde do trabalhador.

Outra importante constatação foi a pouca confiabilidade dos registros e a falta de padronização na coleta dos dados, o que remete à carência de treinamento específico de profissionais para realizar a coleta dos dados, assim como a falta de protocolos bem estruturados que contemham campos de coleta que permitam registrar informações mais abrangentes sobre a saúde e seus desdobramentos nos vários domínios referentes à saúde humana.

Para futuros estudos, sugere-se que as conclusões e informações obtidas nesse estudo possam ser associadas com outros instrumentos de avaliação, desde que validados, para desse modo, produzir-se e efetivar-se uma classificação que contemple não somente os componentes e seus domínios da CIF, mas também os seus qualificadores. Essas condições são necessárias para subsidiar adequadamente ações direcionadas à saúde do trabalhador em um sentido multidirecional.

Sugere-se também a revisão dos documentos de coletas de dados utilizados pela empresa do estudo, com vistas à elaboração de fichas de exames admissionais, demissionais e periódicos, que incorporem tópicos que permitam gerar os códigos CIF e seus respectivos qualificadores.

Ainda, como desdobramento deste estudo, sugere-se a adaptação do formulário do PPRA de modo a facilitar o estabelecimento de possíveis convergências entre os códigos CIF e as dimensões ambientais cobertas por este documento.

Referências

1. Oliveira JR, Viganó MG, Lunardelli MC, Canêo LC, Goulart E, Jr. *Fadiga no trabalho: como o psicólogo pode atuar? Revista Psicologia em Estudo*. Maringá, 2010; set:15(3).
2. Ferreira AM, Barcelos LS, Marcelo, Rigotti A, Andrade D, Trevizan JA, Almeida MG de. Areas of Hospital Environment: a possible underestimated microbes reservoir? *Integrative Review*. Rev enferm UFPE, Recife, 7(esp):4171-82, maio, 2013

3. Ferraz RRN, Zigart K, Fornari JV, Barnabé AS. Agravos ortopédicos e doenças ocupacionais em funcionários de uma empresa de teleatendimento como indicadores para a gestão em saúde e melhoria na gestão de pessoas. *Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador*, v. 13, n. 1, p. 33-37, jan./abr. 2014.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS), *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. São Paulo: Edusp; 2003.
5. Araujo ES; Buchalla CM. Using the ICF in work-related physiotherapy: a contribution to data collection about functioning. *Acta Fisiatr.* 2013;20(1):1-7
6. Castaneda L, Bergmann A, Bahia L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev. bras. epidemiol.* vol.17 n.2 São Paulo apr./jun. 2014.
7. Santos BC, Scharan KO, Fontana MB, Moser AD. Contribution of ICF on the functionality of individuals with chronic low back pain. *chronic low back pain. MTP&RehabJournal* 2015, 13:325.
8. Pereira EF, Kothe F, Bleyer FT de S, Teixeira CS. Estresse relacionado ao trabalho e queixas musculoesqueléticas em músicos de orquestra. *Rev. dor [Internet]*. 2014 June [cited 2016 Dec 19]; 15(2): 112-116.
9. Souza DB de O, Martins VM, Marcolino Alexandre MM, Barbosa RI, Tamanini G, Fonseca, Marisa de CR. Capacidade para o trabalho e sintomas osteomusculares em trabalhadores de um hospital público. *Fisioter Pesq.* 2015;22(2):182-190
10. Bahia Silvia HB, Diniz CT, Souza e Souza MT, Xavier SS. Avaliação ergonômica de movelarias e ocorrências de queixas osteoarticulares entre os moveleiros, em Tomé-açu. *Rev. Para. Med.* v.21 n.3 Belém set. 2007.
11. Iguti AM, Bastos TF, Barros MB de A. Back pain in adults: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(12):2546-2558, dez, 2015
12. Schroer WC, Berend KR, Lombardi AV, Barnes CL, Bolognesi MP, Berend ME, Ritter MA, Nunley RM.J Arthroplasty. Why are total knees failing today? Etiology of total knee revision in 2010 and 2011. Epub 2013 Aug 15. 2013 Sep;28(8 Suppl):116-9.
13. The effects of core muscle activation on dynamic trunk position and knee abduction moments: implications for ACL injury. Jamison ST, McNally MP, Schmitt LC, Chaudhari AM.J *Biomech.* 2013 Sep 3;46(13):2236-41.
14. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Direção-Geral da Saúde, 2003; [acessado em 10 jan. 2015]. Disponível em:<http://www.perciamedicadf.com.br/cif2/cif_portugues.pdf>.
15. Ruaro JÁ, Ruaro MB, Souza DE, Fréz AR, Guerra RO. Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil – uma década de história. *Rev Bras Fisioter.* 2012;16(6):454-62.
16. Costa Danilo, Lacaz FA de C José, Filho MJ, Vilela RAG. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev. bras. Saúde ocup.* São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.
17. Silva CD; Pinto WM. *Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem.* *Saúde: Rev.Saúde Coletiva em Debate.* 2012. Faculdade de Integração do Sertão, Serra Talhada Pernambuco 2(1).
18. Oliveira AA, Silva JC, Costa JA, Rodrigues JE, Penha RS. *Fluxo da informação, a partir dos prontuários, para a gestão das organizações em saúde.* Disponível em: <www.ead.fea.usp.br/semead/11semead/resultado/trabalhosPDF/872.pdf> . Acesso em: 6 mar. 2015.
19. Araujo ES, Buchalla CM. *Utilização da CIF em Fisioterapia do Trabalho: uma Contribuição para Coleta de dados sobre Funcionalidade.* *Rev. Acta Fisiatri.* 2013. Universidade de São Paulo (SP) 20(1).
20. Gerzson LR; Klaus MR; Melo S de A; Knaut LAM. Instruments for assessing the functionality and disability of children with stroke: a systematic review of the literature. *ConScientiae Saúde*, vol. 14, núm. 2, 2015.

