

Adequação ergonômica de apartamentos para a reabilitação de idosos confinados ao leito em ambientes de longa permanência hospitalar.¹

Alan Flammarion Lucena Rêgo

alanfst@hotmail.com

MBA – Sistema de Gestão Integrado

Centro Universitário do Rio Grande do Norte – RN/Brasil

J. P. Chrispim Neto M. Sc.

Mestre em Engenharia de Produção, Professor Orientador

josepadilha@unirn.edu.br

Centro Universitário do Rio Grande do Norte – RN/Brasil

Resumo

Com o intuito de fornecer evidências que venham a proporcionar uma pesquisa mais aprofundada elencamos argumentos a respeito de como unir uma adequação do apartamento como leito hospitalar com a funcionalidade humana. São abordadas duas visões: uma por parte do processo laboral e a outra ao se fazer a ligação com o (a) paciente que se utiliza deste ambiente visto como local de média a longa permanência. O que se preconiza com a avaliação ergonômica é trazer o estrutural o mais próximo da funcionalidade e esta desencadear os benefícios à saúde do (a) paciente que ali se encontra por ser portador de uma limitação física de natureza invalidante temporária ou permanente. Outro aspecto importantíssimo neste trabalho é quanto a ênfase que precisa ser dada à prevenção propriamente dita, já que ao lidarmos com cura ou reabilitação fugimos largamente da doutrina ergonômica e aí adentramos na chamada prevenção secundária, ou seja, apenas, dependendo da situação, iremos minimizar os efeitos nocivos daquilo que deveria ser evitado. Com isto se trás neste trabalho a ênfase quanto ao levantamento bibliográfico já existente quanto à abordagem de conformidades relatadas em ambientes hospitalares cujos apartamentos necessitam de adequações e/ou mudanças de natureza estrutural com o objetivo de fornecer a funcionalidade às AVD's e AIVD's dos seus respectivos pacientes, mais especificamente a pacientes idosos, visto que há limitações naturais impostas pela própria longevidade.

Palavras-chaves: Saúde Ocupacional, Ambiente de Trabalho, Ergonomia, Recursos Humanos.

Título em inglês

Ergonomic adequacy of apartments for the whitewashing of aged confined to the stream bed in environments of long hospital permanence.

Abstract

In order to provide evidence that they provide a more in-depth search arguments below about how to put together a suitability of the apartment as hospital bed with human functionality. Are covered in two views: one for part of the labour process and the other to make the connection to the patient using this environment seen as a long-term average. What if advocates with the ergonomic assessment is to bring the nearest structural functionality and this trigger the benefits to the health of the patient

that there is to be a physical limitation of temporary or permanent nature invalidante. Another important aspect of this work is how much the emphasis needs to be given to the prevention itself, since when dealing with healing or rehabilitation shirk largely doctrine ergonomic and ai enter in secondary prevention, i.e. only, depending on the situation, we will minimize the harmful effects of what should be avoided. With this back in this work the emphasis regarding the existing bibliographic survey regarding the reported compliance approach in hospital environments whose apartments need adjustments and/or changes of a structural nature with the goal of providing the functionality at AVD's and AIVD's of their respective patients, more specifically the elderly patients, since there is natural limitations imposed by own longevity.

Keywords: Occupational Health, Surrounding of Work, Ergonomics, Human Resources.

¹ Artigo apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN como requisito obrigatório para a obtenção de título da Especialista em MBA em Sistema de Gestão Integrado, sob orientação do professor Mestre em Engenharia de Produção José Padilha Chispim Neto.

1. Introdução.

Ao se estudar a saúde, quanto ao aspecto da vontade para mudar o ambiente de trabalho, temos que criar situações para podermos adotar os princípios ergonômicos de natureza preventiva apoiada no processo da transformação constante sempre em busca da satisfação desencadeando no prazer e na promoção da vida. (Souza, 2009).

Como convencimento para a execução deste projeto onde o mesmo se encaminha para faixa da população em que alguns equipamentos podem ter medidas ajustáveis visando uma melhor acomodação aos seus usuários, não se pode negligenciar as adequações que merecem atenções particulares, logo, certos critérios precisam ser levantados para se desenvolver fatos que sejam relevantes e com isso permitir a atuação do chamado processo produtivo do ambiente de trabalho.

O que vai contribuir com a recuperação e/ou reabilitação do paciente idoso, em particular, para promover uma boa qualidade de vida do mesmo é simplesmente a chamada noção de adequação seguida ou não de mudança. Isto será salutar devido ao que chamamos de Artrocinesiologia, ciência que dedica seus estudos à estrutura, à função e ao movimento humano das suas articulações (Neumann *in* Guccione, 2002).

Ante a este argumento, já que o (a) idoso (a) se encontra confinado ao leito hospitalar, porém não menos incapaz às suas A.V.D.'s (Atividades da Vida Diária) e/ou A.I.V.D.'s (Atividades Instrumentais da Vida Diária) produzimos situações convincentes quando nos deparamos com o crescente processo industrial e ao colocarmos o ser humano como pivô das avaliações visando, em particular, uma boa recuperação do mesmo, elencamos o ponto de fundamental importância conhecido por AAM (Amplitude Articular de Movimento) e que esse (a) idoso (a) ao permanecer imóvel por uma monotonia ambiental, passivamente os movimentos também passam a apresentar certas imobilidades (Guccione, 2002).

De acordo com estudos que analisam as limitações funcionais e as incapacidades físicas no (a) idoso (a), primariamente devemos nos preocupar com aquelas, pois estas são suas consequências (Guccione, 2002), pensamento este ratificado pelo conjunto de disciplinas que atua como fontes de melhorias para as condições de trabalho, ou seja, parte da concepção.

A isto chamamos de disciplinas intervencionistas que carregam consigo a responsabilidade de transformar as situações de trabalho, muito semelhante à corrente americana de estudos ergonômicos (Souza, 2009).

Podemos traçar, desta forma, um elo com a corrente europeia destes estudos ergonômicos a qual esta alicerçada no processo compreensão para atingir a transformação se utilizando nada mais nada menos do que da Psicologia do Trabalho. Em resumo, se analisarmos ambas como objeto de estudo central o homem, temos que permitir a participação multiprofissional (Souza, 2009).

Para que possamos alcançar sucesso para tais atividades é necessária uma boa avaliação da sua funcionalidade, ou seja, o seu nível funcional remanescente e a partir daí se trabalhar a evolução da mesma. Tudo isso dentro de um ambiente em conformidade. O que se procura nesta análise é a compreensão daquilo que é considerado negativo para a recuperação do paciente, diga-se deficiência e incapacidade, adotando-se o ponto positivo que é a promoção constante da funcionalidade (Farias, 2005).

Neste trabalho procuramos analisar e sugerir adequações ergonômicas que venham ao encontro das informações elencadas que acentuem a promoção da incansável busca da continuação da funcionalidade do paciente idoso ao se pressupor o seu mínimo de conforto já prejudicado pelo próprio confinamento ao leito hospitalar.

2. Objetivos.

I. Geral.

Atenuar os níveis de estímulos nocivos e agudos nos idosos oriundos do confinamento ao leito ao reestruturar o ambiente físico para prevenir o surgimento de doenças oportunistas ou secundárias (físicas ou psíquicas) à doença de base e consequentemente de fatores desencadeadores de sequelas, até certo ponto, invalidante e, com isso, gerar bem-estar geral dos idosos.

II. Específicos.

- Promover conforto psicofísico oriundo, por exemplo, de dores musculares, ocasionadas pelo confinamento ao leito e à monotonia;
- Trabalhar na prevenção ao orientar sobre os riscos neutros geradores dos distúrbios agudos secundários;
- Promover a adequação estrutural como facilitador ao conforto, à segurança e à eficiência do tratamento no leito, porém que gere eficácia plena ao bem-estar geral;
- Ensinar posturas em conformidade para o cotidiano no leito e no ambiente como um todo;
- Conscientizar para o conhecimento do seu próprio corpo e promover, assim, o equilíbrio necessário das funções orgânicas;
- Solicitar o atendimento multidisciplinar.

3. Justificativa.

Melhorar a qualidade de vida dos idosos no intuito de atenuar fatores agudos (estresse, cansaço postural, irritabilidade, cansaço visual, luminosidade inadequada, etc.) ocasionados pela ociosidade e pelo confinamento ao leito decorrente de uma não conformidade ergonômica.

O sentido para iniciarmos esta pesquisa esta embasado em uma única solução: a busca da saúde preventiva. Após a ocorrência do distúrbio agudo os sintomas e sinais clínicos passam a ser considerados crônicos com fases agudas ou recidivas originados do problema de base, consequentemente, dificultando ainda mais a boa qualidade de vida e o processo de recuperação.

Nesta etapa, entramos na prevenção secundária, ou seja, tratamento ou reabilitação com o objetivo de sanar não mais a causa, mas amenizar as consequências que são constantes não somente de natureza física, mas seguida de um complicador, o de natureza psíquica, já que o paciente idoso é um portador de problemas latentes e que de acordo com as circunstâncias estruturais, como por exemplo, posicionamento dos móveis e ruídos internos e externos ao ambiente em que ele se encontra nada o ajuda a manter o seu bem-estar.

Ante a esta situação desenvolve-se uma negação por parte do idoso como sendo uma aversão propriamente dita a tudo que seja oferecido como critério de apoio, ou seja, ele passa a entender como fator “compensador” ao seu já fragilizado estado de saúde.

A partir daí seguem-se os fatores agudos supracitados com repetições até atingir um estado de total irritabilidade com quaisquer assuntos que sejam tratados, ao recobrar a plena consciência, culminando no ponto final: não há nenhum argumento que gere convencimento. Com isso a família é obrigada a conviver com o drama ou retirá-lo do ambiente nocivo para buscar outro local seja ele qual for, contanto que saia daquele. Esta caracterizada, neste momento, a lesão de natureza psíquica por uma inobservância estrutural.

Em suma, a falta de um cuidado e adequação ergonômica do ambiente esta conduzindo a não preservação do bem-estar do idoso naquele local e, conseqüentemente, todos os ambientes (apartamentos) daquela instituição poderão estar passando pela mesma situação.

4. Referencial Teórico.

Antes de falarmos do assunto propriamente dito, precisamos enunciar o que significa saúde de acordo com novos estudos que há anos são trabalhados no intuito de se fazer entender que para a comunidade ter o que se diz sobre saúde não se configura apenas o acesso à mesma, mas como ela é vista no âmbito das três esferas: preventiva, curativa e de reabilitação e dentro da prevenção há o fator primordial que é a análise do social, pois sem este estudo nada se pode fazer de concreto já que ao se implementar uma filosofia preventiva tem-se primeiro que educar a população.

Ao estudarmos saúde como meio para obter um fim agimos na contra mão do método, pois é querer aplicar tal mudança de metodologia sem conhecer a quem irá receber este benefício, ou seja, a população compreende o que isto significa? O executor do método traçou planos de educação sanitária? As políticas públicas existentes contemplam este entendimento, claramente? Ante a estas indagações surge o ponto imperioso: o conceito de saúde possui o mesmo consenso, quando o aplicamos à população de um modo geral? Saúde preventiva não é direito adquirido apenas por uma pequena parcela, mas é o resultado de uma decisão de uma maioria para um todo.

“A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral”. É neste ponto que podemos entrar com a nova visão dada pela adequação sugerida para modificar o conceito de saúde. Não seria mais lógico dizermos que: “saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?” (Segre, 1997).

Ante a tal explicação precisamos levantar um questionamento longo: será que ao rotularmos a saúde como um perfeito equilíbrio (o qual não é complacente, ou seja, não há realmente um elo pelas próprias interferências naturais vivenciadas pelos seres humanos modernos - estresse, doenças profissionais, doenças ocupacionais, distúrbios latentes que eram inerentes apenas à longevidade, há

aproximadamente 30 anos como, por exemplo, o AVC – e obrigados às práticas laborais atuais) não seria mais aceitável dizer que a nossa condição de saúde apresenta exatamente um chamado equilíbrio entre os fatores supracitados pela OMS desde que respeitadas todas as análises observadas e comprovadas dentro de um espectro de uma realidade atual de cada pessoa? Creio que ao se desenvolver este experimento estamos caminhando em direção à lógica e ao correto, visto que a minha condição momentânea difere, por vários fatores, da condição, também do momento, do meu semelhante. Assim sendo, poderão existir técnicas infindáveis para se elencar solubilidade (s) a determinados distúrbios estruturais e funcionais, pontos centrais e pertinentes para se chegar a um chamado “equilíbrio”: educar (prevenir) e posteriormente pensar em uma ação preventiva secundária, porque aquilo que é primário, ao dizermos que é prevenção se torna redundância.

Como profissional de saúde lamento ter que adentrar no campo da chamada prevenção secundária por ser ela uma visão anacrônica do verdadeiro significado do atuar como fomentador da prevenção pura como ela é.

No momento em que damos crédito ao tratamento ou à reabilitação estamos fugindo do propósito real e é deste ponto que surge a terrível temática: se é para ganhar dinheiro, ganhamos de toda forma. Deste ponto elencamos o pensamento inverso: porém, se é para trabalhar de acordo com a correta visão da saúde apliquemos a prevenção. Com estes dois argumentos chegamos a uma conclusão quase lógica e de convencimento absurdo: se pudermos prevenir, tudo bem, caso contrário, trataremos.

O que se deseja analisar não é a colocação do termo para que o conceito tenha força de aplicação, mas como se deixá-lo entender para que seja implementado, objeto este não trabalhado pelas autoridades. Ao se aplicar a saúde, independentemente da esfera social a ser beneficiada nos reportamos à Constituição Federal no Cap. 2 Dos Direitos Sociais em seu Art. 6º que diz: *“São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”*

Diante desta proposição chegamos ao ponto crucial para provarmos que o conhecimento dos fatores social, econômico e financeiro, são as molas-mestras para que todo e qualquer preceito legal tenha uma implementação digna e justa e, consequentemente, vermos a funcionalidade, objetivo fim de quaisquer normas.

Seguindo o raciocínio do que precisa ser compreendido por funcionalidade, podemos desta forma, afirmar que o conhecimento atual a respeito do que é funcionalidade humana é nada mais do que a possibilidade de se discutir funções das estruturas orgânicas, atividades dinâmicas e a participação no meio social não apenas de formas técnica e científica, mas acima de tudo político-econômicas através do ponto de maior importância que é o contexto social. (Farias, 2005).

Partindo desse pressuposto é que podemos chegar à explicação da real necessidade de se ampliar o estudo dos ambientes confinados em instituições de saúde onde vivem temporária ou permanentemente os pacientes idosos para gerar uma convivência harmônica do ser humano já debilitado com este próprio ambiente dentro de uma conformidade, ergonomicamente falando.

Se seguirmos a análise individualizada da realidade de cada ser humano portador de limitações estruturais e/ou funcionais, temporárias ou permanentes,

caminhamos em direção à verdadeira definição do que pretendemos passar e usar nesta pessoa, ou seja, não é porque a técnica ensinada pede tal ação que vamos realmente executar esta ação, primeiramente, e por uma obrigação não somente ética, mas acima de tudo humana, temos que analisar os aspectos sociológicos, comportamentais, econômicos e financeiros, sem negligenciar o mais importante dito psíquico que em nosso estudo se trata do paciente idoso.

A inobservância desses fatores será somada às reações negativas de recepção de todas e quaisquer técnicas que por mais salutares que provadas sejam nada de benefício trarão aquele (a) paciente. Agora pensemos em uma aplicação coletiva. O predomínio do resultado esperado não só será o oposto do pretendido, mas também, terá o efeito adverso, ou seja, haverá a grande possibilidade da não aceitação pela não percepção por parte do (a) paciente das suas capacidades. Enfim, se ele (a) mesmo (a) não confia em si por fatores físicos adversos, como os profissionais irão desenvolver constantes prevenções para que se evitem as conhecidas lesões secundárias de quaisquer naturezas?

Com isso indaguemos: quantas falhas, que poderemos sem medo chamar de erros, terão que ser corrigidas no intuito de readequar aquilo que bastava apenas adequar antes do uso ou que durante o uso pudesse haver uma adaptação individual e instantânea? Isto só tem um resultado final: insatisfação do (a) paciente com um custo para a instituição, pois ao invés de o (a) paciente perceber o conforto que lhe seria proporcionado vivenciou o trauma de querer sair imediatamente independente de haver uma recuperação funcional por uma inadequação estrutural.

Para que seja entendido melhor tal assunto podemos traduzir essa convivência humana com o respectivo ambiente como sendo sinônimo de funcionalidade humana que veio à tona através da publicação pela OMS em 1976 da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps), (CIDID) que foi seguido por Farias (2005) ao descrever que:

“De acordo com esse marco conceitual, impairment (deficiência) é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; disability (incapacidade) é caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; handicap (desvantagem) reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade. O modelo da CIDID descreve, como uma sequência linear, as condições decorrentes da doença: Doença → Deficiência → Incapacidade → Desvantagem”. (Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005).

Como prova de evolução da medicina e da saúde como um todo a CIDID passou por uma revisão pela própria OMS na qual foram detectadas várias falhas e dentre elas uma que seria, a partir daí, o ponto de constante discussão Homem x Saúde: a falta da abordagem dos aspectos sociais e ambientais. De todo esse processo de reestruturação a OMS em 2001, em uma Assembléia Mundial da Saúde, aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). (Farias, 2005).

O objetivo da CIF esta embasado na correlação direta entre funcionalidade e incapacidade que ao traduzir quer dizer o que uma pessoa “pode ou

não pode fazer na sua vida diária” partindo da análise das funções estruturais e funcionais do organismo humano bem como as limitações de atividades (inclusões social e ambiental) impostas pela própria natureza patológica congênita ou adquirida. (Farias, 2005).

É preciso termos muito cuidado ao levantarmos que o (a) paciente é não funcional e/ou não capaz bem como o inverso. São duas visões muito diferentes entre si.

Primeira observação: o (a) profissional precisa, independentemente de quaisquer fatores ou técnicas, fazer-se acreditar e em seguida obter o crédito do (a) paciente, pois afirmar que existe ou não uma funcionalidade e/ou capacidade é algo muito empírico que somente é visto no meio acadêmico.

Segunda observação: traduzir não a técnica a ser executada, mas o benefício que a mesma trará e desencadeará em outros ganhos, ou seja, o (a) paciente não está preocupado com o que será executado com ele, pois isso é de conhecimento profissional, embora seja necessário explicar superficialmente o que será feito, afinal é o corpo dele (a) que está sendo manipulado, porém, o (a) paciente dirá que se o (a) profissional está trabalhando tal atividade é porque ele (a) sabe onde deseja chegar que é o ponto comum a ambos. Este é o raciocínio de quem recebe o serviço denominado aqui de saúde.

Terceira observação: muito mais importante é deixar claro que o (a) paciente tem plena capacidade, o que ele (a) não consegue enxergar, momentaneamente, é a funcionalidade que está limitada em decorrência de um distúrbio ao qual foi acometido e que pequenas adaptações e/ou mudanças que serão promovidas naquele ambiente ao qual se encontra trarão benefícios funcionais. Afinal de contas há o conhecimento da Biomecânica Funcional, mas que só será alcançada quando for desenvolvida a base estrutural conhecida como adaptação estática à Biomecânica, fazer o (a) paciente entender, acreditar e lembrar de toda a sua funcionalidade pré distúrbio e é neste ponto que fechamos o ciclo ao fazê-lo acreditar na sua capacidade.

Enfim, é convencer que não houve perda, pois se trata de uma colocação muito genérica, mas impedir que ele (a) possa criar limitações. O que houve foi uma redução da funcionalidade o que, por hipótese alguma, o (a) torna incapaz.

Estes são os princípios Cinesiológicos e Biomecânicos que podem ser distintos uns dos outros, mas que jamais irão se separar.

No contexto geral o grande entendimento que se chegou a respeito da CIF é que ela procura protagonizar que o homem tem que ser inserido, já no ambiente em que vive, em uma prática biopsicosocial o que o faz funcional (Farias, 2005).

As evoluções dos aspectos ergonômicos precisam estar alinhadas a uma boa prática gestora, podemos dizer até por excelência, oriunda das organizações, mas não apenas em situações potenciais vistas pelos olhos da diretoria, mas principalmente informações ouvidas e acolhidas dos próprios colaboradores de atribuições distintas, porém não menos importante, já que fazem parte da parcela de maior valor no crescimento e desenvolvimento destas organizações. De acordo com Barros (2006), toda esta estrutura que conduz à funcionalidade parte notoriamente do enorme desafio das organizações em geral, particularmente, na saúde em se deparar com os aspectos não só da própria saúde, mas acima de tudo da segurança que inclui seus colaboradores e seus contribuintes diretos ou responsáveis pela manutenção

destas organizações. É neste grande portal que se encontra a Ergonomia não apenas como ciência geradora, mas contributiva de modo funcional, ou seja, atuando de forma efetiva na prevenção de doenças através de um elo homem <- -> processo produtivo no contexto segurança e paciente <- -> ambiente no aspecto saúde e ambos contribuindo não somente para um ambiente saudável de trabalho, mas acima de tudo de permanência prolongada de quem se utiliza do serviço de saúde visando o benefício saudável.

Muito salutar esta compreensão de fazer entender o benefício saudável, pois pressupõe mais do que certa e cabível, a aplicação e funcionamento do termo funcionalidade. Vamos entender mais.

De acordo com Drucker *apud* Barros (2000), a qualidade que precisa ser implementada a cada dia nos cenários competitivos, sejam eles quais forem, obrigatoriamente tem que seguir uma mudança de atitude, no nosso caso a saúde, na pessoa dos prestadores de serviços.

Isto afetará de tal maneira não só a missão organizacional, como acima de tudo, a visão das mesmas quanto ao fator ambiente proporcionador do tão almejado conjunto ergonomicamente em conformidade explicitado pela tríade conforto, segurança e eficiência, porém, se e somente se, a direção e o sentido funcionais desta execução tomar um caminho a um único entendimento: a eficácia. (Barros, 2006).

Partindo de um ponto de vista social, a responsabilidade ante ao processo natural do envelhecimento da população brasileira esta praticamente entregue às famílias, visto que as instituições “curadoras” pararam quanto ao âmbito evolução, embora a cada dia a própria medicina se torne mais dinâmica, porém menos atenciosa. Ao se falar de tal situação deixemos claro que se trata, em algumas situações, dos ambientes hospitalares.

Partindo desse pressuposto, tais fatores culminam nas não conformidades evidenciadas nos respectivos ambientes (Saad, 1991).

Para ratificar tal argumento, Santos (1994), diz que “o velho é considerado uma sobrecarga para a família”. Se analisarmos pelo lado estrutural temos as limitações dos espaços físicos das habitações temporárias, porém ao estudarmos pelo âmbito funcional observamos as dificuldades ante ao ato para o exercício natural das suas AIVD's. Junte-se a isso a não conformidade estrutural do dispositivo de repouso. Em suma, vemos diante deste fato uma inobservância quanto à geração de meios que venham a facilitar não somente o conforto de quem esta confinado ao leito, mas, digamos assim de passagem, também de quem exerce uma atividade laborativa, pois se um desconforto causa prejuízo na qualidade do atendimento, consequentemente gera danos à saúde de quem dela já é refém.

De acordo com a Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 2007, a população idosa mundial esta em um crescimento praticamente que adentrando ao campo fenomenal, já que a expectativa de vida aumentou e taxa de fecundidade diminuiu acompanhada pela taxa de mortalidade. O Brasil não fica à margem desta estatística, porque este crescimento esta em uma escala, digamos, quase que vertical. Isto se deve ao processo visível de rápidas transformações estruturais e funcionais das instituições que, digo assim de passagem, estão vivenciando enormes dificuldades pela obrigatoriedade na adaptação para não apenas terem uma quantidade de ambientes de média e longa permanência, mas acima de

tudo de boa qualidade. Ao refletirmos isso na ergonomia o assunto se torna mais salutar ainda, isto devido às necessidades que são vividas pela própria população idosa, necessidades estas traduzidas nas suas mais variadas formas de adaptações, sejam humanas ou ambientais.

Ao elencarmos temas conhecidos como análises em ambientes sejam de média ou longa permanência, não queremos falar apenas das instituições asilares, propriamente ditas, mas aos hospitais que em determinadas situações passam a ser locais com tais características, logo passam a ter as mesmas observações sendo vistas como meios de transformações físicas, psíquicas e cognitivas, ou seja, tudo se traduz em funcionalidade.

O grande diferencial que podemos abordar tanto para um ambiente de trabalho como para um de média ou longa permanência é a normatização preparada para os mesmos, pois não podemos distinguir tipos de execuções que visem benefícios não apenas estruturais, mas de grande importância funcional. Para isto procuremos entender, em suas entrelinhas, o que diz a Norma Regulamentadora – 17 em seu *caput*:

17.1. Esta Norma Regulamentadora visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente (Ministério do Trabalho, 2012).

Se analisarmos com mais critério veremos que a aplicação desta NR não se restringe a apenas ao uso laboral, mas também ao uso de quem indiretamente necessita do apoio do quociente executor das tarefas laborais.

Partimos de uma premissa: *preciso executar as minhas tarefas não apenas por executá-las, mas preciso provar que as fiz muito bem. É neste aspecto que entra, além da eficiência, a eficácia, pois não estou em busca de um automatismo laboral, mas de um prazer como resultado finalístico e é o que me interessa, já que ao concluir as tarefas percebi que apenas não as finalizei, porém as conclui muito bem.*

Ao encerrar meu dia de trabalho absorvi, com isso, a filosofia do que é fazer bem as minhas responsabilidades, concluo e afirmo que o resultado foi uma somatória de variáveis contidas nos aspectos não só psicofísicos, mas muito mais criterioso que é o funcional. Naquele dia vivenciei pontos práticos: menor cansaço físico, nível de dor de cabeça quase imperceptível, dores difusas com menor intensidade (já que sou clinicamente diagnosticado como portador de uma pequena lesão vertebral em níveis cervical e lombar – osteófitos marginais ou popularmente ditos “bico de papagaio”), dentre outros aspectos que em muitas situações me tiram a funcionalidade.

Ante a esta observação pude participar mais da vida dinâmica do meu ambiente de trabalho e transmiti essa sensação para quem necessitou do meu apoio.

Repassemos esta linha de raciocínio para o aspecto funcional de quem se utiliza deste ambiente, reconhecido agora como favorável, tanto na sua disposição como na boa adequação. A pergunta que fica é: houve uma contribuição plena no âmbito de ajuda no prognóstico positivo da pessoa idosa confinada a este ambiente? A própria evolução ao se perceber a recuperação psicofísica já responde.

Em um entendimento final de como se observar um comportamento clássico de análise e implementação de saúde preventiva, traçamos sugestões para o

futuro da ergonomia não apenas tomando como eixo o lado tecnológico, mas acima de tudo, o alicerce de todo esse processo, a saúde. Nada que se procura um consenso deixa de, em algum momento, obter a opinião do núcleo saúde e com a ergonomia jamais pode ser diferente.

Como poderemos traçar objetivos funcionais, palavra esta alicerçada na saúde, sem que tenhamos a pesquisa no campo prefixado ou sufixado BIO-: “prefixal ou sufixal que entra em muitos termos, especialmente da linguagem científica com o sentido de vida” (Dicionário Digital Aulete, 2012).

Partindo desta definição temos Biomecânica, Biotecnologia, Biocinética, Biomassa, Biociências, Micróbios, Bioenergia, Aeróbio, Anaeróbio, Biologia, etc.

Como podemos ver, o prelúdio de todo e qualquer efeito laborativo é a base científica, é o estudo humano, são os fatores presentes nas dúvidas que geram os processos em sentido a busca e ao conhecimento que até então se apresenta como desconhecido à ciência, ao homem e à vida.

Desde a antiguidade o homem procura sempre formalizar seus conceitos baseados em atos, sejam eles pensados ou mecânicos, constantemente em busca do melhor resultado. É sabido que toda e qualquer fonte não surgiu simplesmente do nada, já que nada é por acaso e com a ergonomia não foi, não é e nem tampouco será diferente, porque ela faz parte do nosso cotidiano em busca da constante proximidade do ato perfeito, pois como consequência disto desejamos o nosso bem-estar psicofísico desde que observadas todas as conformidades elencadas por ela.

Podemos aqui desenvolver por muitas linhas diretrizes de como gostaríamos de ver a ergonomia no decorrer do tempo, já que hoje tanto se fala, de forma incansável, em ambiente com qualidade, conforto, saúde e segurança preconizados pela nova filosofia de atuação da saúde e segurança do trabalho, tanto dentro da própria ergonomia como da saúde ocupacional.

Ao se falar sobre evolução, levantamos o questionamento feito por Assis *et al* (2003) que divide o Humam Factory, a Análise Ergonômica do Trabalho e a Macroergonomia como modelos de prática ergonômica. Inseridos numa sequência lógica temos o primeiro modelo representando a herança inglesa e americana das relações dos Sistemas Homem-Máquina, o segundo modo como a ergonomia centrada nas atividades dos trabalhadores e o terceiro aspecto voltado para o meio ambiente, sistemas sócio-técnico, aspectos culturais e ideológicos.

Ante as exposições vistas ratificamos o que tanto se fala na ciência da ergonomia: o estrutural que influencia diretamente no funcional. Estamos repetindo constantemente a mesma temática, o mesmo raciocínio, porque não se pode desmembrar um do outro, é construir uma estrutura superior sem oferecer o suporte na base. Vamos sempre pecar pela carência.

Mesmo sabendo que existe uma normatização quanto à aplicação da correta ergonomia, através da Norma Regulamentadora – 17 (Ministério do Trabalho, 1978), pode-se observar a enorme dificuldade na sua implementação, visto que a própria norma não deixa clara e muito menos desperta ou insinua metodologias para que a mesma seja aplicada, raciocínio este é seguido também pelo manual de aplicação desta NR – 17 (Ministério do Trabalho, 2002), ou seja, são incompreensíveis tais paradoxalidades quando abordamos o assunto saúde e, particularmente, o aspecto que complementa a avaliação ergonômica do trabalho: a avaliação dos riscos

ergonômicos, digo, que metodologia usar se a ferramenta citada e usada é apenas a equação do *National Institute for Occupational Safety and Health – NIOSH*?

Ante a esta situação é praticada uma numerosidade variada de métodos que culminam na determinação, quantificação e qualificação que o (a) avaliador (a) possui para ratificar uma análise que enquadre a exposição orgânica aos fatores de riscos relacionados não apenas ao ambiente, mas, acima de tudo, a quem se utiliza de um serviço de saúde por médio ou longo período (Colombini *apud* Pavani e Quelhas, 2006).

É muito salutar quando falamos de métodos para desenvolver o processo de análise principalmente qualitativo no âmbito saúde e mais ainda quando convergimos esta avaliação para a ergonomia, porque não lhe é dada a devida atenção como fator essencial para levantamentos das dificuldades estruturais que influenciam direta e proporcionalmente na funcionalidade.

Primeiro, se falarmos pelo ponto de vista dos (as) colaboradores (as), veremos a grande falta de orientação, ou seja, a inobservância do informar a respeito da razão pela qual se fez ou se faz uma adequação do ambiente laboral, quando existe tal ação.

Segundo, ao visualizarmos a utilização deste ambiente laboral, por parte do (a) usuário (a), percebemos ainda mais a necessidade da sua correta adequação para que este possa usufruir do mesmo de forma que gere segurança, conforto e eficiência, porém sempre em busca do processo compatível que promova a reabilitação saudável e isto significa dizer eficácia, evento este percebido pelo (a) paciente devido à ênfase dada à ergonomia de percepção que é aquilo que não precisamos falar por ser bem percebido e bem compreendido.

Isto é fruto de uma correta observância do que pode ou não afetar o que chamamos de funcionalidade, logo, a sua falta, em ambas as situações, as funcionalidades são afetadas (laborais e de usufruto), pois não podemos permitir que ocorra como por exemplo, o fenômeno da interferência sonora, porque isto já provocará uma alteração no conforto, mesmo que tenha havido uma outra adequação estrutural.

5. Metodologia.

Para provarmos que estamos embasados em argumentos científicos provados todo e qualquer conjunto de obra precisa demonstrar uma metodologia de estudo e metodologia esta precisa ser citada por fontes confiáveis epidemiologicamente falando, já que se trata de uma ciência ratificadora de dados sejam eles quais forem (Silva, 2005).

De acordo com Minayo *apud* Silva, 1993 p.23 a pesquisa nada mais é do que uma atividade introdutória para que se ratifique uma realidade.

Já na visão de Demo *apud* Silva, 1996 p.34 as pesquisas são indagações constantes de formas críticas e criativas, porém, mantendo o seu próprio o seu sentido nato.

E pela visão de Gil *apud* Silva, 1999 p.42 a pesquisa é pragmática, ou seja, torna formal e sistematizada a própria evolução do método científico.

Em um entendimento sumário Silva 2005 complementa que quando há a necessidade de se levantar uma pesquisa é porque uma determinada situação

apresenta um problema e para isso elencamos procedimentos metodológicos racionais e sistemáticos com o objetivo de apresentar uma solução ao caso.

Antes a estas informações poderemos, assim, resumir que para se ter um bom desenvolvimento na aplicação de uma pesquisa regras precisam ser cumpridas, respeitadas e revisadas, pois dentro do projeto científico, em alguns momentos, a própria metodologia precisa ser adaptada ao caso e se isto ocorre consequentemente ela jamais terá que ser engessada.

Dito isto, poderemos dizer que este trabalho foi realizado através de uma pesquisa bibliográfica, o que dentro de uma classificação geral de acordo com os procedimentos técnicos (Gil *apud* Silva, 1991), significa dizer que algo já existente proporcionou apoio para que fossem produzidos tais pontos o que promoveu a continuação dos estudos relacionados ao tema.

Para Silva 2005, há classificações que podem ser adotadas para determinadas pesquisas e para este trabalho em particular podemos enumerar as seguintes:

5.1 Quanto à natureza da pesquisa: é aplicada porque gera conhecimento para a aplicação prática em um problema específico localizado.

5.2 Quanto à abordagem: é qualitativa por considerar um dinamismo entre o real e o que está sendo considerado, já que nesta situação não podemos traduzi-la por números.

5.3 Quanto aos objetivos: é exploratória porque torna explícito o problema e elenca hipóteses por meio de um levantamento bibliográfico.

5.4 Quanto aos procedimentos técnicos: é bibliográfica pois foi elaborada a partir de material já existente tomando como base artigos, livros e pesquisas em materiais disponibilizados na Internet.

6. Conclusão.

Sabemos que a perfeição não existe, principalmente quando se prepara um ambiente para se receber pacientes, já que a própria condição denota, como consequências, comportamentos variáveis e que são características naturais expostas pelos seres humanos diante de quaisquer enfermidades que os ponham em inatividades temporárias ou permanentes. É nesta verificação que procuramos adotar a chamada regra de boas práticas, que não é apenas utilizada para procedimentos internos de quaisquer instituições, mas, acima de tudo, quando é necessária a sua percepção por terceiros.

Enfim, trabalhar a funcionalidade estrutural é poder modificar o ambiente sem que haja a necessidade de mudar o que já foi feito, porém é fornecer a capacidade de modificar o posicionamento físico no intuito de ajudar a funcionalidade de quem se utiliza desta estrutura.

I. Pontos que podem ser estudados em pesquisas posteriores.

1. Existe uma concepção em que se cria uma correlação direta entre ambiente natural e a recuperação dos pacientes.
2. Há uma importância ser dada à recuperação de pacientes crônicos reabilitados em um ambiente natural como base epidemiológica para a saúde pública.
3. A área disponível para que se possa adequar o ambiente cabe se adotar o estudo e confecção de um projeto.
4. Precisa haver diálogos entre os profissionais e os pacientes cogitando tal projeto.
5. Sabemos que há uma relação direta entre as causas os efeitos de doenças específicas. Ante a isto é preciso criar uma inter-relação com o ambiente para minimizar as consequências mais graves de convivência do paciente com a patologia.
6. Ante a afirmação anterior, há a necessidade de se desenvolver junto às instituições de saúde a relação entre emergência, reemergência e permanência dos estados patológicos visto que o confinamento do paciente de forma constante no leito prorroga o quadro de diminuição funcional.
7. Partindo desse pressuposto, aproveitar a funcionalidade do paciente confinado ao leito no sentido de aumentar a sua condição física remanescente ou, de acordo com a OMS, a sua CIF que esta dentro da chamada família de classificações, é condição básica para se evitar os efeitos secundários deletérios oriundos de um agravo (lesão) patológico já limitante por si próprio.
8. Desta feita, ratifica-se a hipótese de que há uma condição básica que relaciona o homem ao meio dando ao mesmo a chamada inclusão social desde que seja criada pela equipe de saúde a relação direta entre incapacidade x funcionalidade x saúde x ambiente.
9. A toda esta afirmação pressupõe que a equipe já ventila desenvolver trabalhos sobre as potencialidades das pessoas portadoras de limitações físicas trazendo-as a realidade das chamadas AIVD's, prova disto é a acreditação passada pela própria equipe quando do processo de reintegração destes pacientes à vida social em virtude de levantar argumentos que os convença a confiar nas suas capacidades físicas.
10. E para complementar os argumentos elencados, precisa-se melhorar a compreensão que se tem a respeito da relação DV (Dias Vividos) x DC (Dias Confinados), fator condicionante para que se possa atingir o que é preconizado pela própria OMS: tornar o (a) paciente funcional para corroborar com outro dado estatístico que é a expectativa de vida humana hoje mais elevada.

7. Levantamento Bibliográfico.

ASSIS, Maria Alice Altenbourg de; DUTRA, Ana Regina Aguiar; PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa; SANTOS, Neri dos; O futuro da ergonomia: preocupações com a taxionomia e com os problemas globais do próximo século. Prod. vol.13 no.2 São Paulo 2003.

BARROS, Maria Helena Bessa; O método PDCA como ferramenta de análise ergonômica do trabalho: estudo de caso em uma indústria de embalagem cartonada. Bauru, São ,SP. p 1, 2006.

DICIONÁRIO Digital Caldas Aulete. Rio de Janeiro. 2012. Acessado em: 09/04/2012. Disponível em < [www. aulete.uol.com.br/](http://www.aulete.uol.com.br/)>

FARIAS, Norma; Buchalla, Cássia Maria; A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas; Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005;

GUCCIONE, Andrew A. Fisioterapia Geriátrica: Avaliação Funcional do Idoso. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Guanabara Koogan, 2002. p 114-115.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. Acessado em: 09/04/2012. Disponível em < [www.normaregulamentadora.com.br/2008/06/06/nr-17/Ministério do Trabalho](http://www.normaregulamentadora.com.br/2008/06/06/nr-17/Ministério%20do%20Trabalho)>

NEUMANN, Donald A. Considerações Artrocinesiológicas no Idoso. In Guccione, Andrew A. Fisioterapia Geriátrica. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Guanabara Koogan, 2002. p 63.

PAVANI, Ronildo Aparecido; Quelhas, Osvaldo Luiz Gonçalves In Colombini. A avaliação dos riscos ergonômicos como ferramenta gerencial em saúde ocupacional In Simpósio de Engenharia de Produção, XIII, 2006. Bauru, São Paulo, Brasil. Anais do SIMPEP. Acessado em: 15/08/2012. Disponível em < www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/282.pdf>

RBCEH, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 75-82, jul./dez. 2007.

SILVA, Edna Lúcia da. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação/Edna Lúcia da Silva, Estera Muszkat Menezes. – 4. ed. rev. atual. – Florianópolis: UFSC, 2005. 138p.

SEGRE, Marco, O conceito de saúde. Rev. Saúde Pública, **31 (5)** : 538-42, 1997.

SOUZA, Katia Reis de. A aventura da mudança: sobre a diversidade de formas de intervir no trabalho para se promover saúde. 1ª ed, Rio de Janeiro : s.n., 2009. 253 f.