



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Patrícia Feitosa de Souza

**Interferência da situação gerencial dos serviços e setores de enfermagem
na saúde dos trabalhadores**

Rio de Janeiro

2020

Patrícia Feitosa de Souza

**Interferência da situação gerencial dos serviços e setores de enfermagem
na saúde dos trabalhadores**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Yvone Chaves Mauro

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S729 Souza, Patrícia Feitosa de.
Interferência da situação gerencial dos serviços e setores de enfermagem na saúde dos trabalhadores / Patrícia Feitosa de Souza. - 2020.
113 f.

Orientadora: Maria Yvone Chaves Mauro.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Gestão de riscos. 2. Enfermagem. 3. Riscos ocupacionais. 4. Saúde do trabalhador. I. Mauro, Maria Yvone Chaves. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Patrícia Feitosa de Souza

Interferência da situação gerencial dos serviços e setores de enfermagem na saúde dos trabalhadores

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 18 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Maria Yvone Chaves Mauro (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Cristiane Helena Gallasch
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Sheila Nascimento Pereira de Farias
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

À minha pequena Marjorie Feitosa Medeiros de Sousa, fonte de energia, alegria, carinho e companheirismo, a quem dedico todo o meu amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela proteção, por me permitir realizar sonhos e me dar a força necessária para vencer as dificuldades.

À Prof^a Dra. Maria Yvone Chaves Mauro, pelo carinho, paciência, acolhimento, conselhos e orientações que ultrapassaram os limites da dissertação.

Aos docentes da Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), por todo o conhecimento construído.

Às bibliotecárias da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Eliana Rosa da Fonseca e Vanessa Souza Mendonça, pela atenção, atendimento dedicado e colaboração.

À amiga Enfermeira Fernanda Chagas Marques, presente que o mestrado me concedeu, por todas as palavras de conforto e por me ajudar a levantar depois de alguns tropeços durante a caminhada.

À amiga Enfermeira Ana Cristina Monteiro Coutinho (HEMODINÂMICA/UFRJ), pelas trocas de plantão, sem as quais seria impossível participar das aulas.

À Equipe da Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador (CPST/UFRJ), pela seriedade do trabalho desenvolvido, em especial, à Enfermeira Glaucia Castro e à Dra. Silvia Jardim, por acreditarem em meu potencial profissional e por me estimularem a chegar até aqui.

À Prof^a Dra. Cecilia Maria Izidoro Pinto (UFRJ), pelo incentivo e auxílio que, muitas vezes, adentraram a madrugada.

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.

Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes.

Marthin Luther King

RESUMO

SOUZA, P. F. de. **Interferência da situação gerencial dos serviços e setores de enfermagem na saúde dos trabalhadores**. 2020. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

As condições de trabalho estão diretamente relacionadas com a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores. Durante o desempenho de suas atividades, o trabalhador de enfermagem sofre exposição a riscos químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e, ainda, os psicossociais. Estes últimos, inerentes à organização e à gestão do trabalho, por vezes, atingem a integridade psíquica e a qualidade de vida no trabalho em enfermagem. Neste contexto, tem-se como objeto de pesquisa a situação gerencial dos serviços e setores de enfermagem e sua relação com os riscos à saúde dos trabalhadores de enfermagem. Seus objetivos são: a) caracterizar a situação gerencial de enfermagem; b) identificar problemas de saúde dos trabalhadores de enfermagem destes serviços; e c) verificar se a situação gerencial de enfermagem interfere na saúde de seus trabalhadores. A metodologia utilizada foi quantitativa com análise descritiva. Os dados obtidos decorreram da aplicação de questionário autoexplicativo, visando identificar os eventos sociodemográficos, o perfil gerencial da instituição e os problemas de saúde referidos pelos trabalhadores de um Hospital Universitário do Município do Rio de Janeiro. Os participantes eram Enfermeiros Chefes, Enfermeiros Líderes, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, e o critério de inclusão foi o de pertencerem ao quadro estatutário, utilizando uma amostra estratificada da população. Os resultados da pesquisa podem contribuir para outras investigações no âmbito da Enfermagem do Trabalho, Gerência de Enfermagem e qualidade de vida e saúde dos trabalhadores de enfermagem. Os resultados apontam que o perfil do profissional de enfermagem é composto, em sua maioria, pelo sexo feminino, acima dos 40 anos de idade, e os maiores índices de adoecimento referidos pela equipe de assistência foram os de cunho psicoemocional (estresse, depressão e ansiedade) e osteomusculares (cervicalgia e lombalgia). Foi evidenciado também que a gerência e a equipe de assistência divergem em relação aos dados em alguns itens, como em relação à investigação de problemas de saúde dos profissionais e disponibilidade para empreender as ações com a participação dos trabalhadores, uma vez que a gerência os classifica como “Satisfatório” e a equipe de assistência, como “Ruim”. Diante do exposto, sugere-se que a referida instituição hospitalar crie um Protocolo de Controle da saúde dos trabalhadores, através de reuniões regulares com a participação de gerentes e subordinados, para definir programas de Promoção da Saúde dos Trabalhadores e formas de avaliação e controle dos processos.

Palavras-chave: Gerência de riscos. Enfermagem. Riscos ocupacionais. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

SOUZA, P. F. de. **Interference of the situation management of nursing services and sectors in the health of workers**. 2020. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Working conditions are directly related to workers' health and quality of life. During the performance of their activities, the nursing worker is exposed to chemical, physical, biological, ergonomic and psychosocial risks. The latter, inherent in work organization and management, sometimes reach psychic integrity and quality of life in nursing work. In this context, the object of the present research is the situation management of nursing services and sectors and their relationship with the health risks of nursing workers. Its objectives are a) to characterize the nursing management situation; b) to identify health problems of nursing workers of these services; and c) to verify if the nursing situation management interferes with the health of its workers. The method used was quantitative with descriptive analysis. Data were obtained by applying a self-explanatory questionnaire, aiming to identify the sociodemographic events, the managerial profile of the institution and the health problems reported by the workers of a University Hospital in the city of Rio de Janeiro. The participants were Head Nurses, Lead Nurses, Nursing Technicians and Assistants, and the inclusion criteria was to belong to the statutory framework, using a stratified sample of the population. The research results may contribute to other investigations in the field of Occupational Nursing, Nursing Management and quality of life and health of nursing workers. The results indicate that the profile of the nursing professional is composed mostly of women over 40 years old, and the highest rates of illness reported by the care team were psycho-emotional (stress, depression and anxiety) and musculoskeletal (cervical and low back pain). It was also evidenced that the management and the assistance team differ regarding to the data in some items, such as in relation to the investigation of health problems of professionals and the willingness to undertake actions with the participation of workers, once management classifies them as “Satisfactory” and the care staff as “Bad”. Given the above considerations, it is suggested that this hospital institution create a Worker’s Health Control Protocol, through regular meetings with the participation of managers and subordinates, to define Worker’s Health Promotion programs and ways of processes’ evaluation and control.

Keywords: Risk management. Nursing. Occupational hazards. Worker’s health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma simplificado da estrutura organizacional da equipe de enfermagem	52
Figura 2 – Representação da distribuição dos questionários por categoria profissional	52
Figura 3 – Média dos escores de avaliação das políticas de prevenção de riscos à saúde do trabalhador no hospital de acordo com avaliação dos profissionais da assistência direta e dos gestores.....	72
Figura 4 – Média dos escores de avaliação do interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos de trabalho, segundo a avaliação dos profissionais de assistência direta e dos gestores	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Revisão da produção científica	19
Tabela 2 –	Revisão da produção científica após refinamento	19
Tabela 3 –	Quantitativo de servidores dos serviços e setores da Divisão de Enfermagem	50
Tabela 4 –	Características dos profissionais participantes da pesquisa	55
Tabela 5 –	Cargos e funções principais autorreconhecidas pelos 19 gestores participantes deste estudo.....	57
Tabela 6 –	Situação geral da instituição de acordo com a avaliação dos gestores	60
Tabela 7 –	Avaliação das políticas de prevenção de riscos à saúde do trabalhador no hospital de acordo com avaliação do profissional da assistência direta (123 profissionais)	67
Tabela 8 –	Avaliação das políticas de prevenção de riscos à saúde do trabalhador no hospital de acordo com avaliação dos gestores (19 participantes).....	69
Tabela 9 –	Interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho de acordo com avaliação dos profissionais da assistência direta no último ano	74
Tabela 10 –	Interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho de acordo com avaliação dos gestores no último ano	76
Tabela 11 –	Distribuição de frequências dos problemas de saúde dos profissionais da assistência direta	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABERGO	Associação Brasileira de Ergonomia
AMT	Assédio Moral no Trabalho
AT	Acidente de Trabalho
BDENF	Banco de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRSS	Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde
CVSP	Campus Virtual de Saúde Pública
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
ET	Enfermagem do Trabalho
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde
IEA	<i>International Ergonomics Association</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR - 32	Norma Regulamentadora – 32
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PNVT	Programa Nacional de Valorização do Trabalhador
SESSAT	Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador
SINTUFRJ	Sindicato dos Trabalhadores em Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro
ST	Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	REVISÃO DA LITERATURA	18
1.1	Revisão da produção científica	18
1.2	Saúde do trabalhador	20
1.3	Enfermagem do trabalho	24
1.4	Ergonomia no trabalho e os problemas psicoemocionais	27
1.5	Análise situacional da gerência dos serviços e setores com ênfase nas relações de trabalho	33
1.6	Assédio moral no trabalho	38
1.7	Agravos psicoemocionais dos trabalhadores de enfermagem	42
2	MATERIAL E MÉTODOS	47
2.1	Proposta metodológica	47
2.2	Aspectos éticos	47
2.3	Local de estudo	48
2.4	Participantes	49
2.5	Instrumento de coleta de dados	51
2.6	Procedimentos de coleta de dados	53
2.6.1	<u>Metodologia de análise estatística</u>	54
3	RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO	55
3.1	Perfil do profissional participante da pesquisa	55
3.2	Situação geral da instituição de acordo com a avaliação dos gestores	59
3.3	Políticas de prevenção de riscos à saúde do trabalhador no hospital de acordo com avaliação do profissional de assistência direta e dos gestores ..	66
3.4	Interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho de acordo com a avaliação do profissional da assistência direta e dos gestores ..	73
3.5	Perfil de saúde dos profissionais da assistência direta	80
	CONCLUSÃO	86
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	99

ANEXO A – Autorização dos autores para utilização do questionário de Boix e Vogel	101
ANEXO B – Caderno A	102
ANEXO C – Caderno B	108

INTRODUÇÃO

Esse estudo se integra à linha de pesquisa “Trabalho, Educação e Formação Profissional em Saúde e Enfermagem”, porque oportuniza a identificação de problemas que favorecem a análise crítica das relações no ambiente de trabalho, em suas dimensões objetivas, visando aos determinantes que podem gerar processos de saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem.

O referido estudo surgiu após observação pessoal, durante a práxis de enfermagem em um Hospital Universitário, localizado no Município do Rio de Janeiro, do aumento do quantitativo de profissionais de enfermagem que buscavam o afastamento de suas atividades laborativas, por meio de licenças médicas, por iniciarem um processo de adoecimento de cunho psicológico/psiquiátrico e de outras origens.

Neste hospital, referência no tratamento de diversas patologias de alta complexidade, atuei por 15 anos com Enfermeira Líder em alguns setores, como: Hematologia e Transplante de Medula, Hemodinâmica, Emergência e Psiquiatria. Atualmente, exerço a Enfermagem na Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador.

No decorrer de uma década e meia trabalhando neste hospital, foi possível acompanhar a degradação do espaço físico, queda na qualidade e quantidade dos insumos materiais e diminuição do quantitativo de trabalhadores, por aposentadoria ou por licenças médicas. Porém, ainda preserva a capacidade de cuidar e curar, muito por conta do amor e dedicação dos profissionais das diversas áreas da saúde e administrativas que se empenham ao bom funcionamento da instituição.

Tem-se como problema de pesquisa: “Quais os fatores gerenciais de enfermagem que podem interferir na saúde dos trabalhadores de enfermagem?”

No âmbito do trabalho em saúde, a enfermagem, caracterizada por sua organização complexa em seus processos laborais e por apresentar encadeamentos hierárquicos e de poder bem delimitados, sofre influência da política globalizada e neoliberal, principalmente no tocante às condições e relações de trabalho precárias, que se configuram em prejuízos para a qualidade da assistência prestada e refletem de maneira negativa na saúde e qualidade de vida desses profissionais (GÓIS, 2010).

Hanzelman (2010) diz que o número reduzido de recursos humanos e materiais que, por vezes, impossibilitam a realização de um atendimento de alta qualidade, associado às gerências pouco comprometidas, profissionais pobremente capacitados, excesso de carga

horária, salários indignos e características do próprio processo de trabalho da enfermagem (lidar com a dor, o sofrimento e a morte dos pacientes) configuram um panorama propício para o estresse psicoemocional e insegurança dos profissionais.

É necessário ter como premissa que o trabalhador feliz produz mais e melhor (AVELLAR, 2007).

Decorre, desse contexto, o surgimento do objeto de estudo: “A situação gerencial dos serviços e setores de enfermagem e sua relação com riscos à saúde dos trabalhadores de enfermagem.”

De acordo com Oliveira (2010), os primeiros relatos sobre a saúde dos trabalhadores constam dos anos de 1700 na Itália, na obra do médico Bernardino Ramazzini, intitulada *As doenças dos trabalhadores*. Nesse período, na Inglaterra (1760-1830), ocorreu a Revolução Industrial, o surgimento dos primeiros maquinários que substituíam o trabalho artesanal e o início das relações de trabalho que, naquela época, já se mostravam inadequadas e sem regulamentação.

A mão de obra era constituída de homens, mulheres e crianças, não havia restrições para o cumprimento da carga horária diária de serviço, e o período de repouso/inatividade não era remunerado, gerando alto grau de insegurança por parte dos trabalhadores.

Contextualiza, ainda, que, a partir de 1802, as primeiras leis de amparo aos direitos dos trabalhadores começaram ser implementadas na Inglaterra, França, Alemanha e Itália, limitando a 12 horas a jornada de trabalho diária dos menores, sendo seguida pela proibição da atividade laboral por menores de 9 anos. Posteriormente, foi instituído o direito a uma folga de meio dia semanal para os comerciários e, em 1912, o Código de Leis Trabalhistas. No Brasil, em 1919, a Lei nº 3.725 foi executada e versava sobre o conceito de acidente de trabalho, declaração de acidentes, ações jurídicas e outros assuntos pertinentes à atividade laboral.

Atualmente, a questão da saúde do trabalhador tem recebido maior atenção por parte dos empregadores, e há maior conscientização dos trabalhadores quanto aos seus direitos e deveres, fato este que favorece na aquisição de certificações de qualidade por parte das empresas.

Conforme Oliveira (2010), os conflitos no ambiente de trabalho são antigos e se tornaram mais intensos com o aumento da exigência por aumento da produtividade e eficiência do trabalho, estabelecidos a partir da observação e análise de Frederick Taylor (1856-1915) quanto ao processo de produção nas fábricas.

Porém, as questões ambientais e sociais não eram consideradas, e o trabalhador era estimulado a cumprir as tarefas no menor tempo possível, em que os que mais se destacavam eram premiados por se desdobrarem na execução de tarefas cronometradas. Tanto esforço gerou o surgimento de quadros de fadiga e aumento do número de acidentes associados à atividade laboral.

Tal cenário estimulou a realização de estudos investigativos sobre a influência dos fatores ambientais no trabalho e a produção, nos quais se evidenciou que as condições de trabalho, as relações interpessoais e a questão psicológica dos trabalhadores eram primordiais para a qualidade da produção e de todo o contexto organizacional (OLIVEIRA, 2010).

McGregor (2006) afirma que, desde o final dos anos 1950, o trabalho é considerado fonte de motivação e satisfação pessoal e financeira, e que, para se obter empenho e comprometimento por parte do trabalhador, é necessário o estabelecimento de relação de confiança entre gestores e funcionários. Tal ação é capaz de gerar sentimento de valorização por parte do funcionário, estimulando sua criatividade, disciplina e empreendedorismo. Em tese, defende um ambiente de trabalho humanizado e digno.

Para Lipovetsky (2004, 2007), filósofo francês e analista social, o indivíduo hodierno é complexo, múltiplo e participante direto das atuais transformações das estruturas fundantes da ordem social e de quem somos.

Apenas na década de 1980, a questão da humanização no trabalho ganhou notoriedade no cenário nacional. A humanização defende relações de trabalho menos conflituosas e está focada na satisfação do indivíduo em seu ambiente de trabalho, pois acredita que quanto mais satisfeito e integrado o funcionário estiver em relação à empresa/trabalho, mais ele será capaz de produzir.

Camargo (2017) relata que, atualmente, o trabalho assumiu funções, significados e centralidade na vida das pessoas, sendo primordial para a aquisição dos meios essenciais para a sobrevivência, bens materiais, manutenção de vínculos sociais, além de ser fonte de realização pessoal.

Salienta, ainda, que o trabalho pode ocorrer (ou não) sob diversas condições, como: ser regulamentado pelas leis trabalhistas, em ambientes públicos ou privados, em ambientes com potencial de afetar positiva ou negativamente a saúde física e mental do trabalhador, propiciar realização pessoal e profissional ou gerar experiências de frustração. Pode, ainda, ser fonte de qualidade de vida, saúde e segurança. Portanto, o fato de estar trabalhando ou não pode implicar, para o indivíduo, situação de inclusão ou de exclusão social (CAMARGO, 2017).

Em contrapartida a esta visão, encontra-se o comportamento do homem da pós-modernidade, no contexto neoliberal da precarização das relações, explicitado por Baumann (2004). O autor discorre sobre a prática de descarte de pessoas e relacionamentos, tratados como mercadorias, em que, se porventura não houver mais interesse, podem ser desfeitos e descartados com facilidade. Relata que, na tentativa de evitar o apego nas relações, a insegurança, o egoísmo e a solidão geram barreiras sobre as relações familiares e de amizade, dificultando o desenvolvimento de laços sociais e profissionais.

Diante do exposto, é necessário atentar para a dinâmica dos relacionamentos interpessoais e as peculiaridades do clima organizacional, pois a postura utilizada pela gestão pode ser considerada tanto um fator de risco como ser determinante na prevenção de acidentes e/ou doenças. Para que a segunda opção seja eficaz, é necessário que os gestores sejam devidamente treinados para assumirem tais cargos, como gestores participativos, facilitadores na mediação de conflitos, com o propósito de preservar, incentivar e estimular a equipe, tornando-a coesa e participativa (CARVALHO, 2016).

Tem-se como objetivo geral avaliar a interferência da situação gerencial dos Serviços e Setores de Enfermagem no adoecimento psicoemocional e físico dos trabalhadores de enfermagem.

Os objetivos específicos são:

- a) caracterizar a situação gerencial dos Serviços e Setores de enfermagem;
- b) identificar os problemas de saúde dos trabalhadores de enfermagem destes serviços; e
- c) verificar se a situação gerencial dos Serviços e Setores de enfermagem interfere na saúde de seus trabalhadores.

Na revisão da literatura, foi evidenciado que é fundamental versar sobre os fatores que expõem os trabalhadores de enfermagem ao risco de adoecimento advindos das condições de trabalho.

Portanto, a pesquisa tem como justificativa a necessidade de realizar um estudo sobre o adoecimento dos profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário, onde foi observado o aumento do número de afastamento do trabalho, por questões psicoemocionais e físicas, acarretando problemas administrativos para as gerências, sobrecarga de trabalho para os profissionais que permaneciam nos postos e prejuízos para a qualidade da assistência.

Sousa (2011), em pesquisa realizada no mesmo Hospital Universitário, corrobora a questão do aumento do número de afastamento do trabalho, citando que, dentre os principais

riscos, a exposição à situação de conflito e violência e a discriminação no trabalho, inclusive, com contornos de assédio moral, foram as situações que mais se destacaram.

A Previdência Social/INSS (2017) alerta para o aumento de licenças médicas concedidas aos trabalhadores, em geral, por transtornos mentais e comportamentais, principalmente por depressão e ansiedade, e enfatiza a necessidade de se promover a melhoria dos ambientes de trabalho, visando ao bem-estar dos trabalhadores, mas também a diminuição nos custos gerados a partir do adoecimento do trabalhador.

A contribuição do estudo contempla auxílio à administração do Hospital, no sentido do fornecimento de dados advindos da investigação de questões que emergiram da relação trabalho x saúde, como forma de subsidiar e ampliar tal discussão e auxiliar na construção do saber.

Ainda como contribuição, pode-se criar subsídios para que a referida instituição hospitalar crie um Protocolo de Controle da saúde dos trabalhadores, com a participação de gerentes e subordinados, na definição de Programas de Promoção da Saúde dos Trabalhadores e formas de avaliação e controle dos processos.

É primordial que os trabalhadores de enfermagem sejam capazes de detectar, precocemente, sinais e sintomas de adoecimento psicoemocional ou físico, intervindo prontamente e buscando auxílio, antes da instalação de processos patológicos graves e irreversíveis, e consequentes situações que favoreçam o absenteísmo, presenteísmo e dificuldades nas relações de trabalho e assistência.

Desse modo, a relevância deste estudo está centrada no fornecimento de dados para outras pesquisas no âmbito da Enfermagem do Trabalho, Gerência de Enfermagem e qualidade de vida e saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Destaca-se, ainda, a sensibilização dos gerentes e profissionais de enfermagem, quanto ao conhecimento sobre os riscos ocupacionais aos quais estão expostos os trabalhadores da assistência direta e o valor da saúde do trabalhador para sua satisfação e ajustamento ao trabalho.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Revisão da produção científica

A fim de compreender o cenário da temática, foi realizada, nos meses de maio e junho de 2018, uma revisão da produção científica sobre a relação entre a organização da gerência/ambiente de trabalho e os agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem. Considerou-se a pergunta de pesquisa: “O relacionamento dos funcionários com as gerências dos Serviços e Setores de Enfermagem pode propiciar a ocorrência de riscos à saúde psicoemocional e física dos trabalhadores de enfermagem no ambiente de trabalho?”.

A busca foi efetuada no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), abrangendo as bases de dados científicas: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS), Index Psicologia (INDEXPSI) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Foram utilizados os seguintes descritores em português: profissionais de enfermagem; estresse psicológico; ansiedade; transtorno de ansiedade; depressão; absenteísmo; e ambiente de trabalho.

Para ampliar a busca, foram utilizados sinônimos e palavras-chaves significativos: trabalhadores de enfermagem; trabalhador de enfermagem; profissional de enfermagem; angústia; estresse emocional; sofrimento psíquico; sofrimento mental; psicoemocional; psicoemocionais; ansiedade social; distúrbios de ansiedade; transtornos ansiosos; transtornos de angústia; sintomas depressivos; absenteísmo; e ausência.

Em seguida, foi realizado um refinamento na busca, utilizando critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram os artigos em texto completo publicados nos últimos 10 anos, em que foi evidenciada a carência de obras na área. Foram excluídos os trabalhos repetidos nas bases de dados e os que não se encontravam em conformidade com a temática.

A busca bibliográfica inicial gerou um total de 52 publicações, e, após o refinamento, apenas 31 artigos atenderam aos critérios do estudo.

Tabela 1 – Revisão da produção científica

BDENF	CVSP	IBECS	INDEX	LILACS	TOTAL
PSICOLOGIA					
20	1	1	1	29	52

Fonte: A autora, 2019.

Tabela 2 – Revisão da produção científica após refinamento

BDENF	CVSP	IBECS	INDEX	LILACS	TOTAL
PSICOLOGIA					
2	1	1	0	27	31

Fonte: A autora, 2019.

As terminologias mais encontradas nos artigos, em ordem de frequência, foram: estresse; *burnout*; sofrimento psíquico; qualidade de vida; absenteísmo; acidente de trabalho; riscos ocupacionais; riscos psicossociais; condições de trabalho; violência no trabalho; saúde do trabalhador; local de trabalho; qualidade do serviço; e estratégias defensivas.

As principais situações e relações levantadas foram:

- a) associação entre estresse e síndrome de *burnout*;
- b) condições de trabalho inadequadas que alteram negativamente a qualidade de vida e a saúde do trabalhador;
- c) situações de violência no trabalho que desencadeiam sofrimento psíquico;
- d) absenteísmo como uma estratégia defensiva;
- e) entre os riscos ocupacionais, os riscos psicossociais obtiveram maior destaque;
- f) aumento da ocorrência de acidentes de trabalho por falta de concentração devido a situações-problema no local de trabalho; e
- g) estresse associado à queda na qualidade do serviço.

Esta revisão confirma a pertinência de pesquisar sobre a temática proposta, pois identificou poucas publicações científicas acerca do tema e a necessidade de aprofundar os conhecimentos dos fatores que podem predispor os trabalhadores de enfermagem ao risco de adoecimento nos locais de sua atuação, motivados pelas condições de trabalho às quais estão expostos.

1.2 Saúde do trabalhador

Segundo Mauro e col. (2004), o trabalho sempre desempenhou uma função importante na vida do homem, porém deve respeitar sua vida pessoal e sua saúde, priorizando sua segurança e condições adequadas nos locais onde exerce suas atividades, livres de risco, permitindo ao trabalhador sua própria realização pessoal, ao mesmo tempo em que presta serviços à sociedade.

A mesma autora refere que, além de prover as necessidades biológicas básicas, o trabalho propicia o aplauso social, alivia a condição emocional decorrente das tensões acumuladas, estimula a criatividade, o progresso e contribui para a melhoria de sua comunidade. Se, ao contrário, o trabalho não permitir a satisfação do trabalhador, pode levar à doença e ao afastamento do processo de produção.

O Ministério da Saúde (MS) considera que a saúde e a doença são processos dinâmicos e estão articulados com o desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico, e que a maneira como homens, mulheres e crianças entram no mercado de trabalho é decisiva para o estabelecimento das formas de adoecer e morrer (BRASIL, 2001).

Ainda de acordo com o MS, trabalhador pode ser definido como qualquer pessoa que exerça atividade laborativa, mesmo que não esteja inserida no mercado formal de trabalho. E, nesta categoria, está incluído também o trabalho familiar/doméstico.

Lacaz (2007) delinea Saúde do Trabalhador (ST) como sendo um campo de práticas e conhecimentos que emergem da Saúde Coletiva e visa conhecer e intervir na relação trabalho-saúde-doença, tendo como referencial uma sociedade que se encontra em um processo de profundas mudanças políticas, econômicas e sociais. E que, atualmente, contrapõe-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, objetivando superá-los, identificando-se com conceitos relativos à determinação social do processo saúde-doença e com a abordagem do sofrer, adoecer e morrer das classes e grupos sociais inseridos em processos produtivos.

Para Mendes (2018), a ST deve ser compreendida como um termo em estruturação, oriundo da dinâmica social das classes trabalhadora, intelectual e acadêmica, iniciada no ano de 1980, que busca a atuação direta dos trabalhadores e trabalhadoras na construção política, das ações de Saúde Pública executadas pelo Estado, englobando os cuidados, vigilância, promoção e reabilitação da saúde, tanto na esfera pública, quanto privada.

Destaca, ainda, que tais ações devem ser direcionadas para a modificação do arquétipo do trabalho subjogado, adoecedor e perigoso, vislumbrando uma ST libertadora, baseada na solidariedade, na proteção da vida e da saúde.

A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, prevista e fundamentada na Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde – SUS), Capítulo I, Art. 6º, § 3º, tem suas ações embasadas na definição de Saúde do Trabalhador (ST) como sendo um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

O objetivo da CIST é promover assessoria ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) nos assuntos referentes à saúde do trabalhador e tem, como atribuições, elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade para a promoção de saúde do trabalhador (art. 15, VI), participar da formulação e na implementação das políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho (art. 16, II, d) e participar da definição de normas.

Além de estabelecer critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho (art. 16, V), deve, ainda, apresentar ao CNS, anualmente, o plano de trabalho e o calendário de reuniões, baseado no planejamento do CNS, nas propostas das Conferências Nacionais de Saúde, nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e na Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.

Vieira (1994) afirma ser primordial entender o homem como um ser único que, como tal, está sujeito à ação de variados fatores que podem determinar sua estabilidade física e mental, seu relacionamento social e familiar e a interação com o ambiente de trabalho e seus pares.

Enfatiza que o trabalho e a saúde formam um binômio que se relaciona de maneira muito estreita com a vida de um indivíduo e tem a capacidade de interferir positiva ou negativamente no seu bem-estar físico e equilíbrio mental. Por isso, o trabalho é considerado muito importante na vida humana.

Também ressalta que, para preservar a saúde dos trabalhadores, é necessário atentar para três requisitos essenciais, que são: a questão legal (exigência do cumprimento das leis relacionadas à segurança e saúde no trabalho); a educação (empoderar os trabalhadores quanto à conscientização e conseqüente avaliação dos riscos aos quais estão expostos em seus ambientes de trabalho, seus direitos e deveres); e a parte técnica (que consiste na aplicação de

conceitos como os de engenharia, ergonomia e comportamento humano, entre outros, para a aquisição, estabelecimento e manutenção de locais de trabalho seguros e salutar).

Para tanto, há necessidade de lançar mão de ações interdisciplinares focadas nestes três aspectos e centradas na segurança e na saúde do trabalhador.

O processo de industrialização no mundo e no Brasil promoveu várias transformações, inclusive, a nível social, impulsionando a modernização e muitos avanços tecnológicos em todas as áreas da produção, mesmo nas áreas não urbanas, com a introdução de maquinário que passou a substituir a mão de obra no campo.

Com isso, ocorreu o êxodo rural, a procura de novas oportunidades de trabalho e gradual aumento da população urbana.

As cidades, por sua vez, não estavam preparadas para esse crescimento populacional e não conseguiram manter o padrão na qualidade de vida em geral, refletindo em muitos aspectos, como na moradia, nos padrões alimentares e ciclos naturais dos indivíduos, no sono e repouso (já que muitas empresas passaram a oferecer turnos de trabalho noturno), gerando alterações fisiológicas provenientes das respostas inadequadas a essas alterações no estilo de vida no âmbito pessoal e profissional (VIEIRA, 1994).

Com o passar dos anos, houve também aceleração do ritmo de trabalho, o que exigiu o aumento do nível de atenção, concentração e comprometimento pessoal, visando ao crescimento da produtividade e conseqüente aumento dos lucros. Em contrapartida, há redução da atividade muscular, mantendo os trabalhadores em posições fixas ou de pouca mobilidade, devido à automação do maquinário, o que colabora com surgimento de doenças osteomusculares, sedentarismo, obesidade, problemas circulatórios, hipertensão, entre outras patologias.

Para Vieira (1994), numa visão antropológica, esse aumento da automatização das funções gera, também, maior exigência emocional e mental do trabalhador, devido ao aumento de tensão, estresse e ansiedade, pois os mesmos são diretamente afetados pela pressão em busca de maior eficiência, objetivando a manutenção de seus postos de trabalho, padrão salarial e capacidade de acompanhar as modernizações lançadas a cada dia.

Tal fato propicia o surgimento de patologias associadas aos modos de trabalho e o posterior absenteísmo, pela incapacidade em lidar e contornar as adversidades impostas, fazendo com que o trabalhador perca sua capacidade de resiliência.

Conforme nos revela a Previdência Social/INSS, em seu estudo datado de 2017, a dorsalgia foi a patologia que mais acometeu e afastou, em nível de licenças médicas concedidas aos trabalhadores, no referido ano.

O estudo também salienta o crescimento de afastamentos por transtornos mentais e comportamentais, pois os episódios depressivos alcançaram a 10ª colocação, resultando em 43,3 mil auxílios-doença; enquanto outras patologias classificadas como outros transtornos ansiosos aparecem em 15º lugar, sendo equivalente a 28,9 mil casos.

O transtorno depressivo recorrente consta da 21ª posição, gerando 20,7 mil auxílios-doença por afastamento do trabalho. Esta instituição previdenciária federal tem grande preocupação com a Saúde e Segurança do Trabalhador (SST), no sentido de proporcionar a melhoria do local de trabalho, até mesmo por conta dos custos a partir do adoecimento do trabalhador, gerados, principalmente, por acidentes de trabalho.

A Lei nº 8213, em seu artigo 19, de 24 de julho de 1991, estabelece que acidente de trabalho (AT) é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de uma empresa ou empregador doméstico, que gere lesão corporal ou perturbação funcional, que cause a morte, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

A Previdência Social/Saúde e Segurança do Trabalhador também considera AT:

- a) o acidente ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho;
- b) a doença profissional produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho inerente à atividade; e
- c) a doença do trabalho adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e que com ele esteja diretamente relacionada.

Diante do exposto, entende-se que depressão e outros transtornos mentais (ansiedade e pânico) podem, dependendo das circunstâncias, ser considerados como acidente de trabalho/doença do trabalho e obter respaldo da legislação trabalhista.

Tais episódios de desequilíbrio emocional/mental podem ser desencadeados no ambiente corporativo, devido a inúmeros fatores, entre os quais se destacam a alta demanda de trabalho, assédio moral, desequilíbrio entre esforço e recompensa, falta de reconhecimento por parte do empregador, humilhações, perseguição e agressões verbais, situações que evidenciam a ocorrência de violência no trabalho.

Baptista (2017) revela que a Organização Mundial de Saúde (OMS - 2000) considera a violência no ambiente de trabalho contra os profissionais de enfermagem uma epidemia mundial. Ainda, conceitua violência no trabalho como sendo qualquer situação em que o trabalhador é agredido de forma física, psicológica ou moral, implicando riscos para a sua segurança, bem-estar ou saúde.

A autora ainda relata que a violência nos locais de trabalho é frequente, sendo uma realidade global presente em vários tipos de trabalho e grupos ocupacionais, podendo ocorrer de três formas: externa (relacionada à localização geográfica da instituição); pelos pacientes/familiares/acompanhantes (devido à demora no atendimento, espera para a marcação de consultas etc.); e interna (entre os trabalhadores da instituição – chefias, administradores e colegas de trabalho).

A violência no trabalho é ampla, podendo englobar a organização, divisão e relações de trabalho (acúmulo de tarefas, ritmo acelerado, sobrecarrega um trabalhador ou equipe, precarização dos direitos trabalhistas), abuso de autoridade, agressão física (chutes, socos e empurrões) e agressão psicológica (comportamentos repetidos de constrangimento, humilhação, assédio moral, sexual, ou *bullying*), condições de trabalho insalubres e inseguras com exposição a riscos ocupacionais (BAPTISTA, 2017).

1.3 Enfermagem do trabalho

De acordo com Sá, Enfermagem do Trabalho compreende um conjunto de ações assistenciais e educativas que visam à interação no processo de trabalho-saúde-doença, com o objetivo de valorizar o ser humano em seu ambiente laborativo.

Surgiu na Inglaterra, no século XIX, sendo inicialmente chamada de “Enfermagem Laboral”. Nesse período, os atendimentos da enfermagem eram realizados por meio de visitas domiciliares aos trabalhadores doentes.

Sá revela, ainda, que, no Brasil, a Enfermagem do Trabalho (ET) foi incluída nas instituições por imposição do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que estava preocupado em diminuir o índice de AT, que havia crescido demasiadamente no início dos anos 70, período em que o Brasil atingiu o maior índice mundial em acidente de trabalho.

Com o objetivo de frear a ocorrência de AT, as empresas contrataram profissionais especializados na saúde do trabalhador (médico do trabalho, auxiliar de enfermagem do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho e técnico de segurança do trabalho).

Surgiu, assim, o Programa Nacional de Valorização do Trabalhador (PNVT), através da Portaria nº 3237/72, do Ministério do Trabalho, baseada na Recomendação nº 112/59 da OIT/OMS (Recomendação para os Serviços de Saúde Ocupacional).

Inicialmente, a presença de enfermeiro foi considerada menos necessária. Contudo, em 1975, a Portaria nº 3460 implementou a inclusão do Enfermeiro na Equipe de Saúde Ocupacional.

No ano de 1985, foi promulgada pela OIT a Resolução nº 161/85 com diretrizes para o atendimento à saúde do trabalhador, formalizando a organização dos Serviços de Saúde, baseada na Política Nacional de Saúde do Trabalhador, nos serviços de saúde para os trabalhadores, em função dos riscos profissionais e na assistência aos trabalhadores independentes.

A Resolução nº 161/85 engloba também a vigilância do meio ambiente de trabalho, da saúde do trabalhador, educação dos trabalhadores sobre saúde, formação de profissionais na área e suporte às empresas.

No Brasil, segundo Mauro (1998), o primeiro movimento para criação de uma Especialização em ST foi feito pela Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), que promoveu um Curso Multidisciplinar para médicos, engenheiros e enfermeiras, com carga horária de 120 horas, a fim de formar os Coordenadores (formadores da nova política de Saúde do Trabalhador) para desenvolver cursos de especialização nas diferentes áreas de ST, em 1973.

O Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho teve início em 1974, sob o controle da FUNDACENTRO - Ministério do Trabalho, que também fornecia o Registro de Especialista para os profissionais de enfermagem atuarem na Equipe de Saúde Ocupacional. Esta equipe era composta de Médicos do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Inspetor de Segurança e Auxiliar de Enfermagem do Trabalho.

De acordo com a legislação, Consolidação das Leis do Trabalho, apenas um Enfermeiro do Trabalho foi recomendado para atuar em empresas que contam com um quantitativo igual ou superior a 3501 empregados, conforme a Norma Regulamentadora nº 4 (NR - 4), em 1975.

O Conselho Federal de Enfermagem estabeleceu Resoluções para orientar o registro da especialidade:

- a) Resolução nº 100/88: estabeleceu que o Curso de Especialização para Enfermeiro deve ter carga horária de 800 horas, e que o registro de especialista deve ser solicitado ao Conselho Regional de Enfermagem - COREN;
- b) Resolução nº 005/90: regulamentou o registro do título de enfermeiro no COREN; e

c) Resolução nº 173/94: substituiu a Resolução 100/88 e omitiu a exigência de carga horária, porém os procedimentos de registro de Especialista em Enfermagem permaneceram.

Conforme Mauro (1998), um especialista Enfermeiro do Trabalho necessita contemplar muitos requisitos, dentre os quais se destacam:

- a) ser profissional de Enfermagem de nível superior;
- b) ser portador de Certificado de Especialização em Enfermagem do Trabalho;
- c) estar registrado como Especialista em Enfermagem do Trabalho com base na Resolução nº 173/94 do COFEN;
- d) estar classificado pelo COFEN no quadro I, Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87;
- e) ter sensibilidade social no que se refere à situação dos trabalhadores;
- f) ter interesse para melhorar a qualidade de vida no âmbito do trabalho e família do trabalhador;
- g) ter conhecimento sobre a legislação do trabalho existente no país e convênios internacionais;
- h) demonstrar conhecimentos epidemiológicos da saúde ocupacional, da administração, do ensino e da assistência para esta área; e
- i) demonstrar capacidade de trabalho em equipe e em grupo.

São muitas as atribuições do Especialista em Enfermagem do trabalho, entre elas:

- a) direção de enfermagem do trabalho de instituição ou Serviço de Saúde Ocupacional, de empresa pública e/ou privada e chefia de serviço e de unidade de enfermagem do trabalho;
- b) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de atendimento de enfermagem do trabalho;
- c) exercício do magistério nas disciplinas específicas dos cursos de enfermagem do trabalho;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem do trabalho;
- e) consulta de enfermagem;
- f) prescrição da assistência de enfermagem do trabalho;
- g) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica;
- h) participação no planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde dos trabalhadores;

- i) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde ocupacional e em rotina aprovada pelo serviço; e
- j) participação nos programas de identificação, avaliação e controle de riscos ocupacionais em empresas ou comunidade.

A partir da promulgação da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – COFEN, o dimensionamento do quantitativo de enfermagem é de composição, conforme a Lei nº 7.498/86 e Dec. nº 94.406/87, sendo necessário um enfermeiro supervisor onde houver trabalhadores de enfermagem.

A enfermagem do trabalho é uma especialidade da enfermagem que forma profissionais Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem para assistir o trabalhador, reconhecer onexo saúde-trabalho-vida, e visa à prevenção e à promoção da saúde do trabalhador, buscando sanar problemas e conflitos através de soluções concretas, fundamentadas numa cultura prevencionista da empresa.

Desde os anos 1990, inúmeras foram as mudanças no cenário do trabalho. Tais mudanças promoveram uma valorização do ser humano como trabalhador, priorizando a qualidade de vida e bem-estar no trabalho e a saúde e segurança no ambiente laboral. Sem dúvida, isso reforça a importância de uma relação digna entre saúde e trabalho para o aumento da produtividade, a satisfação no trabalho, aumento na expectativa de vida e redução nos índices de absenteísmo e morbimortalidade relacionadas à atividade laboral (LINO, 2012).

Afinal, o trabalhador deve ser mantido num patamar saudável, dentro de uma empresa igualmente saudável, conforme os princípios que regem a saúde do trabalhador de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

1.4 Ergonomia no trabalho e os problemas psicoemocionais

Para iniciar o entendimento sobre ergonomia, é imprescindível compreender o que a palavra ergonomia significa. É uma palavra derivada do grego, em que “ergon” significa trabalho, e “nomos” significa normas, regras. Daí, conclui-se que é um conjunto de normas e regras que regem e delimitam o trabalho (MÁSCULO, 2011; PORTAL ERGONOMIA, 2000).

A ergonomia está fundamentada no conhecimento anatômico, fisiológico e psicológico do corpo humano e suas limitações para adaptação do homem ao trabalho, bem como do trabalho ao homem.

A adaptação do homem ao trabalho ocorre por meio de um planejamento de recursos humanos em relação às demandas do trabalho a ser realizado e deve considerar as características individuais, como sexo, idade, constituição corporal e treinamento.

Em contrapartida, a adaptação do trabalho ao homem faz referência especial à configuração do trabalho e deve considerar as características do ambiente físico (iluminação, calor, ruídos etc.) e humano (desgaste energético, carga mental, fadiga etc.), projetando maquinários e dispositivos gerais que possam ser utilizados com conforto, segurança e eficiência.

Tais adaptações são capazes de melhorar a proteção contra acidentes, promover sensação de bem-estar e autorrealização do trabalhador, além de aumentar a qualidade, a quantidade e a precisão do produto final (RIVAS, 2007).

A Associação Brasileira de Ergonomia (Abergo), com o intuito de facilitar o entendimento sobre ergonomia, adota a definição da Associação Internacional de Ergonomia (IEA – *International Ergonomics Association*), aprovada em agosto de 2000, que estabelece que a ergonomia é uma disciplina científica que estuda as interações entre os seres humanos e outros elementos do sistema de trabalho, aplicando princípios teóricos, dados e métodos a fim de realizar projetos para otimizar o bem-estar humano e o desempenho global do sistema.

Segundo Lida (2016), “a ergonomia é o estudo da adaptação do trabalho ao ser humano e objetiva a preservação da saúde, segurança, satisfação, eficiência e produtividade” dos trabalhadores em relação ao sistema produtivo, através da diminuição do estresse, da fadiga e, conseqüentemente, dos índices de erros e acidentes. É uma especialidade que contribui para a saúde do trabalhador, e seus estudiosos recebem a titulação de ergonomistas, sendo sua atribuição contribuir para análise, planejamento e avaliação de tarefas, postos de trabalho, produtos, ambientes e sistemas, a fim de harmonizá-los com as necessidades, habilidades e limitações dos trabalhadores, utilizando-se de uma abordagem holística da atividade humana, em seus aspectos físicos, cognitivos, sociais, organizacionais e ambientais.

Para ampliar a compreensão dos objetivos da ergonomia, o autor faz as seguintes explicações:

- a) saúde e segurança: para preservar a saúde e a segurança, o nível de exigências do trabalho e ambiente deve estar nos limites fisiológicos e cognitivos das

capacidades do trabalhador, para que se consiga evitar o estresse, a fadiga, os acidentes e o surgimento de doenças ocupacionais;

- b) satisfação: é atingida quando as necessidades e expectativas do trabalhador são atendidas, gerando um nível adequado de conforto e bem-estar. Para tanto, é necessário proporcionar crescimento e reconhecimento profissional, remuneração digna e ambiente de trabalho saudável. Relata, ainda, que trabalhadores satisfeitos são mais seguros e produtivos. Porém, alerta para analisar a subjetividade do termo, pois uma mesma situação pode ser considerada satisfatória ou não, de acordo com a percepção de cada um; e
- c) eficiência e produtividade: mensuram e comparam os resultados atingidos com os recursos utilizados e o tempo utilizado para tal finalidade. Ambas são o produto de planejamento, organização, tecnologia e conhecimento adequado e disponível aos trabalhadores.

Conforme a Abergó, a ergonomia pode ser dividida em:

- a) ergonomia física: estuda o funcionamento orgânico do trabalhador e tem relação com o homem e o trabalho, nos aspectos da anatomia humana e biomecânica da atividade física, ou seja, como o trabalho influencia na musculatura, postura e articulações. Os problemas de saúde mais detectados nesse tópico são os relacionados à postura no trabalho, execução de movimentos repetitivos e distúrbios osteomusculares no trabalho (DORT). Seus objetivos são melhorar a relação homem-máquina e preservar a saúde física do trabalhador;
- b) ergonomia cognitiva: estuda os níveis mental e emocional inseridos nas relações de trabalho e está relacionada ao campo da memória, nível de atenção e concentração e capacidade de raciocínio, as respostas mentais e emocionais. As disfunções mais observadas neste aspecto são: estresse, dificuldade na tomada de decisão, insatisfação, desmotivação e queda no desempenho das atividades. Tem por objetivos avaliar e promover intervenções específicas que possibilitem a melhoria do nível mental do trabalhador; e
- c) ergonomia organizacional: estuda os estímulos externos que a empresa promove nos trabalhadores, ou seja, refere-se ao aspecto de como o sistema de organização da instituição pode influenciar nonexo homem-trabalho. Neste segmento, o mais comum é observar situações que se caracterizam como assédio moral, fato este que está diretamente ligado ao tipo de liderança,

modelo de gestão, política, cultura e clima organizacional da empresa. O objetivo é melhorar a qualidade da gestão, através da análise e intervenção na cultura organizacional da instituição, buscando promover a segurança, saúde e bem-estar no ambiente de trabalho.

Iida (2016) afirma que, em muitas instituições, o trabalho é executado em situações insalubres, geradoras de sofrimento, mutilações e óbito. Entretanto, se todo o saber em ergonomia fosse implementado, as doenças ocupacionais e o sofrimento diminuiriam, contribuindo para a melhoria das condições de vida dos trabalhadores.

O autor relata, ainda, sobre as aplicações da ergonomia e suas classificações:

- a) concepção: ocorre durante a elaboração de algum produto, máquina ou sistema, em que é necessária maior experiência, pois exige decisões sobre um sistema/produto que ainda não está concluído. Ex.: elaboração de estações de trabalho;
- b) correção: visa à solução de problemas relacionados à produção, fadiga, segurança, doenças do trabalhador, através de substituição de maquinários, implementação de dispositivos de segurança, redução de ruídos etc., com o objetivo de corrigir as imperfeições não percebidas na fase de concepção;
- c) conscientização: promove, nos trabalhadores, a capacidade de identificar e corrigir problemas cotidianos ou de caráter emergencial, por meio de reciclagens e/ou treinamentos que favorecem o reconhecimento de fatores de risco no ambiente laboral; e
- d) participação: nesta fase, o trabalhador ou consumidor é consultado, pois suas contribuições são fidedignas e baseadas no conhecimento prático do processo de produção ou de consumo.

Sendo assim, o autor aponta que a implementação dos princípios da ergonomia em uma instituição pode promover uma série de benefícios, como aumento da produtividade, clima organizacional favorável, diminuição da ocorrência de acidentes de trabalho, satisfação do trabalhador em desempenhar suas funções, diminuição dos casos de depressão, ansiedade e estresse, diminuição do número de pedidos de desligamento da empresa, diminuição de faltas (absenteísmo), atrasos, presenteísmo, entre outros fatores.

Camargo (2017) define presenteísmo como o ato de exercer suas atividades laborativas estando doente ou sem a conexão necessária ao desempenho de suas funções. Ou seja, trata-se de estar presente fisicamente, porém, de maneira parcial, sem foco no trabalho

propriamente dito, gerando diminuição de sua capacidade produtiva e aumento dos riscos à saúde do trabalhador, inclusive, propensão à ocorrência de acidentes de trabalho.

O presenteísmo está atrelado a situações e problemas, como o absenteísmo, diminuição ou ausência de qualidade de vida, perda do significado e sentido do trabalho, que levam ao adoecimento dos trabalhadores.

O absenteísmo é um importante indicador do grau de saúde das organizações de trabalho e pode ser definido como a observação e o registro de ausências do trabalhador devido a licenças e/ou faltas não planejadas e motivadas por diferentes razões. Não são considerados os períodos de gozo de férias programadas, que podem ser consideradas no planejamento da organização com a finalidade de controlar e minimizar perdas ou variações de produtividade em relação à frequência e à assiduidade dos trabalhadores (CAMARGO, 2017).

Reforça, ainda, que a má gestão dos fatores de risco psicossocial e emocional resulta, para as organizações de trabalho, o aumento da rotatividade de pessoal, do absenteísmo, do presenteísmo, dos acidentes de trabalho e a diminuição da produtividade. E que pesquisas apontam a importância e a necessidade de mudar o modo de organização institucional, sugerindo o desenvolvimento de políticas humanizadas de gestão e valorização do fator humano no ambiente laboral.

Em especial, no ambiente hospitalar, as relações de trabalho estão intimamente interligadas com as questões de saúde do trabalhador e a segurança do paciente.

No decorrer dos últimos anos, políticas públicas para prevenir a ocorrência de doenças nos profissionais de saúde, associadas ao desempenho de suas atividades, adquiriram maior evidência, principalmente após a identificação do vírus HIV e da obrigação de se evitar o surgimento de casos da doença relacionados à assistência desses doentes.

Nesse sentido, foram criadas Normas Regulamentadoras (NR), sendo muito importante a NR-32, aprovada pela Portaria do Ministério do Trabalho nº 485/2005, que versa sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.

A NR-32 tem por fim o estabelecimento de diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, em qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, de todas as formas de ação de promoção, assistência, pesquisa e ensino em saúde, em qualquer nível de complexidade, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (CAMISASSA, 2017).

Itens de grande importância no processo de prevenção do adoecimento dos trabalhadores de saúde são os fatores de risco de natureza psicoemocional, que podem desencadear processos como sentimentos de falta de realização profissional, estresse, despersonalização do sujeito perante a si mesmo e aos outros, depressão, exaustão emocional, ansiedade, desânimo, entre outros, como o abandono do trabalho (SCHAUFELI, ENZMANN, 1998).

Dentre esses sintomas, o estresse laboral ou *burnout*, que é um fenômeno complexo e específico, instala-se quando as exigências do trabalho excedem as capacidades, os recursos e as necessidades do trabalhador. Esse problema tem recebido especial atenção, inclusive, a nível internacional, como é o caso do *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), pois considera que sua cronicidade é extremamente deletéria à saúde física e mental do indivíduo.

Um estudo realizado pelo *Health and Safety Executive* (HSE) detectou que a Medicina e a Enfermagem estão entre as sete profissões mais estressantes, devido ao alto nível de exigência física e psicológica (MCINTYRE, 1994).

Vários estudos apontam que o estresse no ambiente de trabalho pode ser desencadeado por inúmeras situações, como a sobrecarga de trabalho, conflitos entre profissionais, inadequação na relação entre o quantitativo de recursos humanos e de pacientes, necessidade de mais de um vínculo empregatício e, principalmente, por aspectos organizacionais e estilo de liderança.

Uva e Serranheira (2009) afirmam que o fato de o profissional de saúde ser responsável por pessoas favorece, naturalmente, o surgimento do estresse. Porém, condições organizacionais inadequadas podem colaborar consideravelmente para o adoecimento por estresse.

Em muitos casos, conforme Uva (2008), a saúde psicoemocional do trabalhador se deteriora de maneira drástica e rápida, sendo necessária a intervenção de equipe multiprofissional para garantir e dar suporte e apoio psicológico e emocional para readaptar o trabalhador de saúde ao ambiente de trabalho, social e familiar.

O pronto reestabelecimento e satisfação do trabalhador de saúde têm efeitos grandiosos na queda do absenteísmo, atrasos (o que, por si só, configura um benefício econômico para a instituição), na qualidade da assistência, mas, principalmente, na segurança do paciente, pois um profissional saudável, seguro, satisfeito e valorizado tem seu nível de dedicação e atenção aumentados (UVA, 2008).

Em um estudo, realizado pelo SINTUFRJ - Sindicato dos Trabalhadores em Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (2018), aponta que a terceira maior causa de licenças médicas na instituição é por adoecimento mental, referindo que “assédio moral, conflitos no ambiente de trabalho e lógica produtivista, são alguns fatores que provocam sofrimento psíquico nos servidores, docentes ou técnicos administrativos”.

1.5 Análise situacional da gerência dos serviços e setores com ênfase nas relações de trabalho

Santos (2013) relata que uma instituição organizada administrativamente de maneira inadequada pode ser geradora de um meio ambiente laboral desfavorável para seus trabalhadores e, conseqüentemente, no caso de unidades de saúde, para seus clientes/pacientes.

O autor define diagnóstico organizacional ou situacional como sendo o resultado da análise de dados coletados em determinado local com o objetivo de caracterizar as reais condições de saúde de uma população e os riscos aos quais está exposta. Tais dados podem favorecer o planejamento de ações de caráter interventor para a melhoria do quadro de saúde, além de servir como importante ferramenta para os gestores direcionarem suas ações de maneira geral.

A administração de instituições, inclusive a hospitalar, utiliza-se de algumas teorias para embasar suas regras e ações. Kurcgant (2016) contextualiza algumas destas teorias da administração:

- a) Teoria Científica: sua proposta é aumentar a produção, por meio de um nível operacional eficiente, no qual a divisão de trabalho, a especialização do profissional e a padronização de suas tarefas (o como fazer) são os pilares. Com isso, o profissional perde a visão global do trabalho e seu reconhecimento como ser humano único, completo e complexo, passando a ser visto apenas como uma peça de uma grande engrenagem. Esta teoria enfatiza também um aumento de remuneração, conforme o aumento da produção. Na enfermagem, essas ações são vistas com frequência, por exemplo, na divisão de escala para execução de tarefas assistenciais fragmentadas, em que o ideal seria uma

assistência integral e holística, iniciada pelo planejamento, execução e avaliação da prestação da assistência;

- b) Teoria Clássica: esta teoria preza a estrutura, a organização e o funcionamento padronizado entre os diversos setores da instituição (técnica, comercial, financeira, pessoal, segurança, contábil e administrativa). Sua preocupação é com a divisão dos setores que compreendem a organização, e não com a divisão individual do trabalho e sua estrutura informal, constituída das relações interpessoais, o que originou a divisão horizontal do trabalho, também conhecida por departamentalização. É comumente encontrada nos ambientes hospitalares, onde as pessoas não são consideradas, e as atividades a serem desempenhadas são valorizadas em questões quantitativas em detrimento da qualidade dos serviços, que certamente ficam assistencialmente prejudicados;
- c) Teoria das Relações Humanas: ao contrário da anterior, é uma teoria que considera os aspectos psicológicos e sociológicos, baseando-se nas necessidades humanas e em uma administração democrática de pessoal. Acredita ser importante a colaboração entre os profissionais para os melhores resultados na produção e trabalha com conceitos de motivação humana, liderança, comunicação e a dinâmica de grupo. Na realidade da enfermagem, esta teoria se materializa na figura do líder como condutor de grupos, no sentido de ser este um facilitador na comunicação de membros de sua e de outras equipes;
- d) Teoria Burocrática: visa à racionalidade na administração e na adequação das organizações, conforme os resultados almejados. Busca o controle rígido das atividades e dos sistemas de pessoal, valorizando mais os regulamentos e normas e mantendo a impessoalidade nas relações humanas. No âmbito da enfermagem, o grupo passa a ter características puramente profissionais e especializadas, assumindo um posicionamento previamente definido por quem gerencia a organização;
- e) Teoria Comportamentalista: preocupa-se com o processo e com o desempenho/comportamento da organização. Visa à realização do trabalho de maneira mais satisfatória e não à melhor maneira de executá-lo. No trabalho da enfermagem, é encontrada principalmente na centralização do poder e na mínima participação dos trabalhadores; e

- f) Teoria de Sistemas: preconiza que os sistemas existem dentro de outros sistemas, que podem ser abertos ou fechados. Os abertos fazem o intercâmbio de matéria e energia com o meio e se baseiam nos relacionamentos interpessoais. Enquanto, os fechados, não interagem com o meio ambiente, não oferecendo nem recebendo influências do mesmo. No ambiente da saúde e da enfermagem, esta teoria tem sido utilizada com sucesso em algumas organizações, em que estas podem ser consideradas como subsistemas do sistema de saúde e com ele trocam energia e matéria, aceitando insumos compatíveis com sua política.

Corrêa (2011) afirma que são muitas as teorias que versam sobre os estilos de liderança e suas interações com os trabalhadores e, durante o processo de trabalho das gerências de enfermagem, estas assumem posturas de liderança específicas e diferenciadas, recebendo as seguintes classificações: autocrática, democrática e liberal.

Na autocrática, todo o direcionamento de execução e divisão de tarefas é dado pelo líder/gestor, sem que haja qualquer participação do grupo, por ele comandado. O líder assume a postura de explorador e dominador dos liderados, e os elogios e/ou críticas são direcionados de forma pessoal e direcionados individualmente (MUNIZ, 2017).

Na liderança democrática, a tomada de decisões é realizada em grupo, sendo estas incentivadas e supervisionadas pelo líder, o que possibilita, aos trabalhadores, indicar soluções diversas para os problemas da instituição, e as críticas e/ou elogios são direcionadas aos fatos e não às pessoas. Além disso, o grupo tem autonomia para indicar qual a melhor divisão de tarefas e os pares para executá-las. Neste caso, a condução do líder é feita por meio de aconselhamento técnico (CHIVENATO, 2014).

A terceira classificação de liderança é a liberal, em que há total liberdade de ação e escolha por parte dos trabalhadores quanto às questões de tomada de decisão, na divisão de tarefas e seus pares, havendo, portanto, uma participação mínima e modesta do líder, não interferindo sequer na avaliação e/ou regulação/direcionamento dos acontecimentos (CHIAVENATO, 2006).

Estas definições nos remetem às influências interpessoais e psicológicas que estes três diferentes tipos de liderança (autocrática, democrática e liberal) podem gerar em seus trabalhadores e que podem, claramente, ser observadas na modificação de seus comportamentos e posturas, de acordo com as exigências e imposições advindas dos diferentes tipos de liderança.

Corrêa (2011) enfatiza que a exposição à liderança autocrática pode promover severa insatisfação, tensão e frustração da coletividade e agressividade do grupo, que pode, ainda, perder seu poder de iniciativa e decisão.

Em contrapartida, a liderança democrática propicia um bom relacionamento entre os pares, e torna os trabalhadores mais responsáveis e seguros.

E, no caso da liderança liberal, os trabalhadores apresentam franco desrespeito à figura do líder, maior agressividade e individualismo, além de maior atividade, porém menor produtividade devido à perda de tempo por falta de concentração nas questões profissionais (CORRÊA, 2011).

Chiavenato (2014) diz que a liderança é primordial em todos os tipos de organização humana, pois o administrador/gestor deve ter conhecimento e domínio sobre a natureza humana, para saber direcionar corretamente seus funcionários. Pois, sem estes saberes, o líder, além de não obter os resultados esperados, ainda pode angariar prejuízo e perdas significativas na produtividade e, principalmente, na manutenção do equilíbrio emocional, psicológico e mental de seus comandados.

Souza (2015) define o processo de trabalho como sendo uma prática que se destina à transformação de um objeto em um produto com uma finalidade específica. No caso dos profissionais de enfermagem, finalidade é o atendimento das necessidades humanas em desequilíbrio dos clientes.

Relata, também, sobre as várias atribuições desempenhadas pela enfermagem, que compreendem tarefas administrativas, de ensino, assistencial e gerencial, o que caracteriza uma franca sobrecarga de trabalho e desgaste, que interferem diretamente, de forma negativa, na qualidade da assistência, no nível de atenção e irritabilidade, e na saúde psíquica e física do trabalhador. Seu estudo revelou que o desgaste psíquico se sobrepôs ao físico, pois é um reflexo de uma inadequação e conseqüente insatisfação com a prática e o ambiente profissional.

Amestoy (2013) discorre sobre a importância de uma liderança de enfermagem que tenha a capacidade de desenvolver suas atividades de maneira prazerosa, de motivar e despertar, em sua equipe, tal sentimento e o potencial profissional da coletividade. Destaca também que, atualmente, existe um olhar voltado, por parte dos docentes de enfermagem, para a formação de enfermeiros-gerentes quanto ao aprimoramento das competências técnicas e científicas que promovam, junto à equipe, o diálogo, a ética e a humanização nas relações. É essencial que o enfermeiro assuma o papel de agente de mudança na melhoria da assistência e nos relacionamentos interpessoais.

McConnell (1982) destaca a necessidade de um comportamento assertivo por parte dos gerentes de enfermagem quanto aos processos de socialização, comunicação e interação com seus funcionários. Muitas barreiras devem ser superadas, pois a formação da enfermagem é centrada em hierarquias organizacionais com autoridade e poder localizados no topo, o que promove um distanciamento com as chefias, temor em declarar sentimentos e pensamentos, dificuldade na tomada de decisões e desconhecimento dos seus próprios direitos, como a relutância em legitimar seu próprio direito à saúde e ao bem-estar.

Por se tratar de uma profissão essencialmente feminina, McConnell (1982) revela que, entre os homens, há menos disputas internas e menos problemas de relacionamento. Enquanto, no âmbito feminino, este comportamento competitivo se apresenta exacerbado e desleal, dificultando, inclusive, as tentativas de apoio às enfermeiras que passam por situações de conflito.

Neste âmbito, surgem as perseguições verticais, manifestações de abuso de poder, em público ou de maneira velada, enfatizando sua inutilidade, ignorando sua presença e/ou seu desempenho profissional, rompendo a integridade mental, emocional e instaurando o assédio moral dentro da instituição (MCCONNELL, 1982).

A autora destaca a necessidade de as mulheres em geral, inclusive as enfermeiras, conscientizarem-se de suas condutas, do que estão fazendo umas com as outras e se comprometerem com a relação interpessoal e comportamental, transformando uma situação destrutiva em um comportamento assertivo. Cita, também, a síndrome da abelha-rainha, em que mulheres se identificam com os homens e se sentem superiores a outras mulheres. E que, para tais gestores(as) com este perfil, é necessário modificar muito a conduta para se tornar mais cooperativo e menos ameaçador, visando, com isso, manter uma gerência bem-sucedida, pois a não mudança de comportamento pode ser autodestrutiva e levar a sentimentos de raiva, à não colaboração por parte dos funcionários e posteriores adoecimentos, inclusive, de cunho psicológico.

1.6 Assédio moral no trabalho

O Assédio Moral no Trabalho (AMT) é um tipo de violência antiga e existe desde que o trabalho surgiu. Muito comum também atualmente, tanto em empresas públicas quanto

privadas, existe uma aura de tabu por parte da sociedade trabalhista quanto à discussão sobre o tema.

Embora não seja foco desta pesquisa, o tema será brevemente abordado devido aos inúmeros prejuízos, advindos desta prática, à saúde psicoemocional dos trabalhadores.

Baptista (2017) relata que pesquisas mais consistentes sobre o tema surgiram no início dos anos 1980, e que cada país utiliza uma terminologia diferente para o AMT, por exemplo: *bullying* (Inglaterra, Austrália, Irlanda), *mobbing* (Alemanha e algumas regiões dos Estados Unidos), *harassment* (Estados Unidos), terror psicológico no trabalho e/ou psicoterror (países de língua espanhola).

No Brasil, tramita, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei nº 4742, que data de 2001 e versa sobre o AMT, definindo-o, no Art. 146 – A, como a desqualificação constante, através de palavras, gestos e/ou atitudes, da segurança, da imagem ou da autoestima do servidor ou empregado por conta do vínculo hierárquico de função ou laboral, com pena de detenção de três meses a um ano e multa. Ressalta que os chefes assumem posturas tendenciosas e discriminatórias contra o empregado, expondo-o a situações de tortura psicológica que geram, inclusive, o surgimento de doenças psicossomáticas. Cita, ainda, os estudos da Dra. Margarida Barreto, médica do trabalho, que constatam que a maioria dos entrevistados apresenta queixas de males generalizados, como dores, aumento de pressão arterial, palpitações, tremores e redução da libido (BRASIL, 2001).

Contudo, somente em 12 de março de 2019, o projeto de lei foi aprovado na Câmara de Deputados, com pena de detenção de um a dois anos e multa (aumentada em um terço, se a vítima for menor de 18 anos) para quem ofender reiteradamente a dignidade do trabalhador.

Agora, o projeto de lei está sob análise do Senado. Cabe ressaltar que as causas judiciais apenas terão início, se a vítima representar contra ofensor, sendo a mesma irretratável, ou seja, não se pode desistir da causa posteriormente (PORTAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019)

O AMT se caracteriza pela exposição dos trabalhadores a situações de humilhação e constrangimento de maneira repetitiva e prolongada, por meio de atos, gestos e/ou comportamentos hostis, durante a jornada de trabalho, no exercício de suas funções (BRASIL, 2013).

A repetição sistemática desses episódios desestabiliza a relação da vítima com o processo de trabalho, pois, na maioria dos casos, o indivíduo se encontra em situação de impossibilidade de comunicação, argumentação e defesa (BARRETO, 2005).

O AMT, através da intimidação e práticas vexatórias no local de trabalho, muitas vezes, relacionados à hierarquia de poder, desencadeia danos psíquicos e físicos no trabalhador, podendo ocasionar a perda de emprego ou degradação do ambiente de trabalho em que a vítima está inserida.

Para Hirigoyen (2002), o assédio moral pode ocorrer em diferentes modalidades:

- a) vertical: praticada por profissional hierarquicamente superior contra seus subordinados;
- b) horizontal: praticada entre colegas de mesmo nível hierárquico;
- c) ascendente: praticada por um subordinado contra seu superior; e
- d) misto: quando estão presentes os tipos horizontal e vertical descendente, e se caracteriza por assédio horizontal prolongado e sem interferência da hierarquia, o que torna a chefia cúmplice, adquirindo, então, contornos de assédio vertical descendente.

Estudos revelam a presença do AMT entre os membros da equipe de Enfermagem, e que muitos destes profissionais aceitam e reproduzem tal violência devido à cultura organizacional, gerando adoecimento e prejuízo no desempenho das funções (BAPTISTA, 2017).

Hagopian (2018) relata que seus estudos evidenciaram que os trabalhadores de enfermagem apresentam grande dificuldade na identificação de episódios de AMT, e que, quando o fazem, sempre o associam a abuso de poder, sinônimo de humilhação e constrangimento e dificuldade de compreender o que é ordem, hierarquia e assédio.

Barreto (2000) alerta para a necessidade de distinguir situações de conflito e assédio, pois, no dia a dia do trabalho, muitas vezes, ambas as situações se confundem, e um ato isolado de humilhação não pode ser considerado assédio moral. O assédio envolve repetição sistemática, intencionalidade (induzir ao pedido de demissão), direcionalidade (uma pessoa é escolhida para ser assediada), temporalidade (durante a jornada de trabalho, no exercício das funções, por dias e meses) e degradação deliberada das condições de trabalho.

Em contrapartida, o termo conflito faz referência às relações interpessoais, como opiniões, valores, objetivos e necessidades e está diretamente relacionado com a maneira que enfrentamos a situação de conflito.

A Fiocruz (2014) define o conflito como um embate entre diferentes culturas profissionais, valores de mundo, reivindicações, disputas de poder ou escassez de recursos, e que tais situações não devem ser encaradas negativamente.

O conflito se caracteriza por:

- a) ser consciente e se manifestar na comunicação direta;
- b) a interação divergente entre os trabalhadores é mantida; e
- c) ser ocasional e surgir em decorrência de situações específicas.

Baptista (2017) enfatiza que o assédio moral não deve ser confundido com a necessidade de estabelecer metas e resultados por parte da gerência, em relação ao que se refere à produtividade ou diminuição de erros durante o processo de trabalho. Cita, como exemplos, a elaboração da escala de serviço (que pode gerar conflitos, pois cada profissional anseia pelo atendimento de suas necessidades) e as avaliações de desempenho (que apontam as falhas, mas que são necessárias para a melhoria do processo de trabalho).

É importante ressaltar que a violência no ambiente de trabalho tem repercussões graves na saúde dos trabalhadores, principalmente de enfermagem, e podem ocorrer em âmbito individual (profissional que sofre a violência), coletiva (equipe de trabalho que sofre ou presencia a violência) e institucional (a organização é o cenário da violência).

Individualmente, o trabalhador pode apresentar problemas de saúde físicos e/ou psíquicos, com sintomas de transtornos de ansiedade e depressão (medo, raiva, desgosto, constrangimento, nervosismo, tristeza, angústia, desapontamento, que podem levar ao suicídio), acompanhados de perturbações psicossomáticas (crises de choro, hipertensão, doença cardiovascular, estresse, inclusive pós-traumático, e isolamento) (HIRIGOYEN, 2002). Muitos estudos revelam que o assédio moral é considerado, pelos trabalhadores, como um evento traumático, gerador de grande sofrimento, e que o sofrimento psíquico pode se manifestar de várias maneiras, como: aumento ou diminuição de peso, insônia e irritabilidade e ter consequências também nos hábitos de vida, como o início de uso ou abuso de substâncias psicoativas, como álcool e drogas (FAIMAN, 2016; TITO, 2017).

Outras repercussões também podem ser observadas, como aumento na ocorrência de acidentes biológicos, cefaleia, dor de estômago, isolamento, perda ou aumento do apetite, síndrome de *burnout*, tristeza etc.

Na dimensão coletiva, a violência gera isolamento e desconforto no grupo e/ou no indivíduo alvo, desintegrando e impactando o trabalho da equipe, desencadeando falhas na comunicação, desentendimentos, desmotivação e dificuldade em estabelecer mecanismos de defesa, componente essencial na proteção da violência no trabalho.

Santos (2013) relata que o clima organizacional influencia no comprometimento e satisfação no trabalho, pois um ambiente hostil e desfavorável atinge diretamente a manutenção do bem-estar dos trabalhadores.

Na dimensão institucional, a violência afeta o indivíduo, o grupo e também a instituição. Quando ocorre uma violência, toda a dinâmica de trabalho da organização é afetada, e, conseqüentemente, os resultados ficam comprometidos, seja no ritmo de trabalho, na produtividade, na concentração, na capacidade de julgamento, no desempenho ou no surgimento do presenteísmo, que é quando o trabalhador está no trabalho, porém não em sua capacidade total de desempenho.

Silva (2016) destaca a importância de discussões na área de Saúde do Trabalhador sobre o adoecimento, a capacidade para o trabalho e o impacto do presenteísmo no desempenho e eficiência das organizações, pois, ao apresentar um dano psíquico, o trabalhador necessita de acompanhamento psiquiátrico, psicológico e medicamentoso, o que agrava o contexto de violência.

Também são comuns as ausências por licença médica, faltas, abonos e abandono do trabalho, que caracterizam o absenteísmo e impactam a dinâmica de trabalho devido à escassez de recursos humanos e diminuição da qualidade de assistência aos pacientes (BAPTISTA, 2014).

A violência no ambiente de trabalho da enfermagem compromete a credibilidade da instituição, a dinâmica de trabalho e o resultado final da qualidade da assistência devido à alteração na concentração, apatia, falha na comunicação e orientação ao paciente, registros equivocados e falhas no cumprimento de protocolos de segurança profissional e do paciente (FELLI; BAPTISTA, 2015).

A violência no trabalho deve ser combatida e prevenida, com a participação dos trabalhadores e gerentes dos serviços de saúde, com o intuito de fortalecer os ambientes de trabalho, tornando-os seguros e saudáveis para trabalhadores e usuários (CORREIA, 2016).

Silva (2016) destaca algumas medidas que podem colaborar para a prevenção e combate à violência, como: exercitar a empatia com os usuários, estabelecer comunicação efetiva, por meio de orientações objetivas, estimular a construção de um clima de trabalho favorável, fortalecer o trabalho em equipe, monitorar atos de violência a partir das notificações e dos indicadores sociais da qualidade de atendimento, criar uma Comissão Interna Contra a Violência, e capacitar as lideranças visando ao desenvolvimento de ferramentas que estimulem uma gestão compartilhada e participativa e a redução de conflitos nos grupos.

Segundo o Coren/SP, alguns casos de violência no ambiente de trabalho são passíveis de demandas judiciais e precisam ser comprovados através de documentos, como atas de reuniões, fichas de acompanhamentos de desempenho e testemunhas idôneas.

Orienta, também, a anotar as humilhações sofridas (dia, mês e ano da ocorrência, nome do agressor e dos colegas que as presenciaram, o que foi dito etc.), permitir que o fato ganhe visibilidade com a ajuda dos pares, notificar junto à Ouvidoria e/ou Comissão de Ética do hospital ou serviço, procurar o Coren da sua jurisdição e solicitar orientação.

Além disso, recomenda não conversar com o agressor sem que haja testemunha, procurar sindicato ou outras instâncias (Ministério Público, Justiça do Trabalho, Comissões de Direitos Humanos etc.), procurar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da região e buscar apoio junto a familiares e amigos.

É necessário compreender a importância de dialogar com os trabalhadores de enfermagem sobre a violência no ambiente de trabalho, bem como os desafios que serão enfrentados, além de conscientizar e alertar a sociedade, com o objetivo de combater e prevenir tais ocorrências.

1.7 Agravos psicoemocionais dos trabalhadores de enfermagem

A enfermagem, ao longo de sua trajetória, recebeu algumas definições de teóricas importantes, que serão sempre referenciadas pelos profissionais de enfermagem. Esta pesquisa destaca a definição da Doutora em Enfermagem, Wanda de Aguiar Horta (1969):

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação; de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais.

Conforme a definição, a Enfermagem cuida do ser humano, auxiliando em sua recuperação, através do atendimento de suas necessidades básicas, recuperando, mantendo e promovendo a sua saúde.

Contudo, há uma inquietação sobre o atendimento das necessidades de saúde do trabalhador: Quem cuida? Quem olha para esse aspecto?

Como em todas as outras profissões, o trabalhador de enfermagem também está exposto a uma série de riscos e fatores que podem desencadear seu adoecimento, com destaque para: a exposição a riscos ergonômicos (posturas inadequadas, longas jornadas de trabalho, monotonia, tarefas repetidas, estresse mental); físicos (ruídos, temperaturas, radiações ionizantes e não ionizantes); químicos (gases e vapores irritantes, anestésicos e

asfiantes, antibióticos, antineoplásicos e outros medicamentos diversos); biológicos (vírus, bactérias, fungos, parasitas, protozoários, bacilos); e exposição às situações que exigem grandes demandas emocionais, como nascimento e/ou finitude da vida.

Somadas a esses fatores, evidenciam-se as condições de escassez de insumos materiais e recursos humanos, desorganização administrativa, inabilidade gerencial, falta de reconhecimento profissional, baixos salários, necessidade da manutenção de mais de um vínculo empregatício para adquirir um padrão de vida digno, dificuldades de relacionamento interpessoal, situações de assédio e perseguições, que geram desmotivação, desequilíbrios físico e mental, ansiedade e depressão e outros.

McConnell (1982) diz que os enfermeiros têm adoecido mais a cada dia, e que pesquisas sociais e médicas sugerem que tais fenômenos são a expressão de uma relação conflituosa entre as pessoas e as organizações de trabalho.

Vários estudos sobre o perfil de morbidade dos trabalhadores de enfermagem apontam a seguinte prevalência: doenças osteomusculares, cardiovasculares e respiratórias, transtornos emocionais e comportamentais, exposição às doenças infecciosas e parasitárias.

De acordo com Guimarães (2016), a diversidade e a gravidade do adoecimento físico e mental dos trabalhadores são decorrentes das inadequações na organização institucional e dificuldades nas relações sociais inseridas no ambiente de trabalho.

Dejours (1986) destaca, na psicodinâmica do trabalho, que a organização do trabalho é constituída por hierarquia, conteúdo e divisão de tarefas, organização temporal do trabalho e relações humanas.

Tal pensamento é corroborado por Ferreira Junior (2000), quando diz que, para compreender uma situação de distúrbio na saúde mental associado ao trabalho, é preciso analisar as condições e a organização do trabalho, uma vez que as condições de trabalho podem ser fontes geradoras de doenças físicas e mentais. Enfatiza, ainda, que quanto maior a flexibilidade e a capacidade de atender às necessidades dos trabalhadores, mais saudáveis são a organização e o ambiente de trabalho.

Guimarães (2016) afirma que é necessário identificar o perfil de saúde, social, econômico e ambiental da classe trabalhadora, para que se possam realizar intervenções adequadas aos riscos e agravos dos trabalhadores e analisar o quanto essas intervenções foram eficazes na eliminação desses agravos.

Todavia, para que todo esse processo ocorra, é imprescindível a notificação dos agravos ocorridos, pois o que se vê na prática é a subnotificação dos casos, o que dificulta grandemente o monitoramento da saúde do trabalhador, por parte dos gestores.

Outra informação importante levantada por Guimarães (2016) quanto às notificações é que a precarização (necessidade de adquirir mais de um vínculo empregatício devido aos baixos salários) do serviço de enfermagem é um fator gerador do aumento dos registros de afastamento, pois quanto mais vínculos empregatícios, mais o trabalhador estará exposto aos riscos ocupacionais inerentes à profissão, como o desgaste biopsíquico e estresse laboral.

Ferreira Júnior (2000) define alguns agravos, como podemos ver a seguir:

- a) ansiedade: sentimento vago de medo, evidenciado por tensão derivada de antecipação de perigo ou do desconhecido. Passa a ser patológica quando é exagerada, desproporcional em relação ao estímulo e interfere com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo;
- b) desgaste: diminuição/perda da capacidade potencial corporal e psíquica, que podem gerar acidentes de trabalho;
- c) fadiga: pode ser física e mental, favorecendo o surgimento de distúrbios do sono, irritabilidade, desânimo, dores diversas e perda de apetite;
- d) estresse: surge a partir do desequilíbrio entre o ambiente e o indivíduo, desencadeando reações fisiológicas e mentais necessárias para adaptação, podendo se apresentar na forma de cefaleia, taquicardia, hipertensão arterial, dermatoses, gastrite, baixa autoestima, irritabilidade, medo, desmotivação e ansiedade;
- e) depressão: manifesta-se mais comumente com quadros de tristeza, sensação de fracasso, ausência de esperança, desânimo perante o futuro e a vida de uma maneira geral, o que, geralmente, conduz à ocorrência de acidentes de trabalho, uso de álcool, drogas, fumo e absenteísmo e/ou licenças médicas por período prolongado; e
- f) *burnout*: conhecida também por Síndrome do Desgaste Profissional (SDP), é definida como uma síndrome psicoemocional que acomete pessoas cujo trabalho implica atenção e cuidado aos outros. Caracteriza-se por autoavaliação negativa no trabalho, insatisfação pessoal e exaustão emocional, frequentemente associada a atividades exercidas sob pressão, com alto nível de exigências e mínimas compensações.

McConnell (1982), corroborado por Apela (2014), define *burnout* como sendo uma síndrome de exaustão energética, física e emocional, resultante do estresse do contato interpessoal, que gera um autoconceito negativo e de extrema angústia, experimentado por profissionais que se sentem sobrecarregados.

Apela (2014) diz que o indivíduo se torna incapaz de se adaptar ou lidar com a situação adversa, ficando cansado, exausto e propenso a desenvolver uma sintomatologia física, como estresse, cefaleia, distúrbios gastrointestinais, ganho ou perda de peso, insônia, falta de ar, taquicardia, hipertensão arterial e úlceras de estresse.

Refere que outros sintomas podem ser de ordem comportamental, como passar a odiar ir ao trabalho, chegar atrasado, sair mais cedo, desânimo, frustração, sentimento de culpa, distanciamento dos pares, dificuldade em expressar ou controlar os sentimentos adequadamente, aumento do absenteísmo, negativismo, abuso de álcool e drogas, depressão e resignação a uma situação que julga sem esperança de mudança.

McConnell (1982) relata que é preferível evitar o *burnout* a tratá-lo, e, para tanto, medidas preventivas podem e devem ser tomadas para diminuir sua incidência, através do uso de mecanismos de enfrentamento efetivos de situações angustiantes e psicologicamente prejudiciais.

Cita, ainda, que o enfermeiro deve descobrir a fonte de estresse existente em sua vivência de trabalho e as modificações interiores que ocorreram e influenciaram a maneira de lidar, perceber e experimentar o fato hostil e perigoso, pois tudo isso torna o indivíduo carente e fragilizado por acreditar que tais situações são insuperáveis, e a ansiedade se instala quase que imediatamente.

Algumas estratégias podem ser utilizadas para prevenir o *burnout*, e McConnell (1982) destaca o autogerenciamento (entender a origem do estresse, reconhecer suas necessidades e sentimentos, identificar sintomas de esgotamento, manter postura positiva, boa alimentação, ter tempo só para si mesmo, praticar exercícios físicos e pedir ajuda e apoio quando julgar necessário); melhoria organizacional (encorajar a equipe a expressar seus sentimentos e propor e compartilhar solução para os problemas detectados, convidar funcionários para participar das tomadas de decisões, incluir o gerenciamento do estresse em programas de orientação e auxílio aos trabalhadores); e utilização de sistemas de apoio (compartilhar sentimentos, estabelecimento de metas e objetivos quanto à solução de problemas e manutenção de diálogo aberto e honesto para viabilizar a criação dos sistemas de suporte).

Um item salientado por Ferreira Júnior (2000) é o retorno do trabalhador afastado por licença médica com diagnóstico de distúrbios psíquicos. Neste momento, o trabalhador necessita dar continuidade ao acompanhamento por equipe multidisciplinar, através de ações integradas, com associação psicológica e psiquiátrica, medicações e apoio da equipe de trabalho, gerentes e familiares.

É relevante ressaltar a importância da qualidade de vida no dia a dia dos trabalhadores como estratégia de prevenção, intervenção e superação das situações de estresse no ambiente de trabalho.

Segundo Pereira (2012), não há um consenso teórico estabelecido para o termo “qualidade de vida”, mas é comumente definido como uma satisfação geral com a vida: ter saúde, amor, prazer, felicidade, controle de sua vida, boas condições de vida e moradia, estilo de vida saudável, bem-estar físico, funcional, emocional e mental, acesso a serviços médicos-assistenciais de qualidade, família bem estruturada, práticas regulares de exercícios, boa alimentação, boa renda, bom ambiente social, entre outros sistemas de valores.

É uma definição de caráter subjetivo, pois está intimamente ligada às percepções individuais e ao quanto suas necessidades estão sendo atendidas ou não. Contudo, é inquestionável que a harmonização do conjunto dos valores citados é imprescindível para preservar a saúde global dos trabalhadores dentro e fora do ambiente de trabalho.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Proposta metodológica

A proposta metodológica do presente estudo é a pesquisa quantitativa, de caráter descritivo.

Para Mattar (2001), a pesquisa quantitativa busca a validação das hipóteses mediante a utilização de dados estruturados, estatísticos, com análise de um grande número de casos representativos, recomendando um curso final da ação. Ela descobre, quantifica e classifica os dados e generaliza os resultados da amostra para os interessados.

Malhotra (2001) diz que, na pesquisa quantitativa, o principal é determinar a composição e o tamanho da amostra, devendo ser bem definida, pois serão deduzidas para o todo; caso contrário, podem surgir problemas ao se utilizar a solução para o todo.

Serapioni (2000) versa que a metodologia quantitativa é uma metodologia robusta quanto à validade, pois os dados obtidos podem ser generalizáveis para a totalidade da população.

A pesquisa descritiva retrata as peculiaridades de uma determinada população ou fenômeno, através de dados coletados por meio da aplicação de questionário ou observação sistemática.

Neste tipo de pesquisa, após a coleta de dados, é realizada a análise dos mesmos com posterior disposição das consequências resultantes em um sistema de produção, empresa ou produto (PEROVANO, 2014).

2.2 Aspectos éticos

As precauções éticas implicadas na pesquisa com seres humanos foram garantidas em atendimento ao disposto na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

A fim de assegurar a autonomia dos sujeitos, os mesmos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), após receberem orientação quanto aos aspectos

éticos relacionados aos objetivos e rumos da pesquisa, bem como às formas de produção de dados e inserção no estudo, que também constam no termo escrito.

Foram informados, ainda, sobre a voluntariedade de sua participação, garantia de anonimato, possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízos, riscos e/ou benefícios e, após a assinatura do TCLE, os sujeitos receberam uma cópia do mesmo (APÊNDICE).

Os dados foram coletados através da replicação de parte de dois instrumentos sobre condições de trabalho já aplicados anteriormente no Projeto Guarda-chuva intitulado “Inovação de Gestão das Condições de Trabalho em Saúde para Hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS/Brasil”, tendo obtido aprovação de vários Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), sendo os mais recentes do CEP/HUCFF, nº 429.446, de 10 de outubro de 2013, e CEP SR-2/UERJ, nº 410.545, de 17 de outubro de 2013.

A presente pesquisa foi aprovada pelo CEP/UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, nº 06248819.7.1001.5282, em 11 de julho de 2019, e CEP/UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro, nº 06248819.7.2001.5257, em 22 de agosto de 2019.

2.3 Local de estudo

A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário Federal, localizado no Município do Rio de Janeiro, referência para o diagnóstico e tratamento de patologias de alta complexidade.

Trata-se de um hospital universitário federal público, terciário e de ensino, atualmente, com 150 leitos ativados, distribuídos em clínica médica e cirúrgica, setor de radiodiagnóstico, centro hematológico, nefrologia, transplante renal e cuidados intensivos; conta, também, com 21 salas cirúrgicas e realiza procedimentos inéditos e estudos pioneiros, sendo considerado um centro de excelência.

Está inserido no sistema de referência e contrarreferência do SUS e do Sistema Suplementar.

É um campo de treinamento para o ensino de graduação, especialização e pós-graduação das profissões de saúde no que se refere à assistência de média e alta complexidade, no qual se destacam os programas de Residência Médica e Residência Multiprofissional.

Conta com um efetivo de 3000 funcionários dedicados ao ensino, pesquisa e assistência. O quadro de funcionários de enfermagem é composto por 903 profissionais entre enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, admitidos através de concurso público, além dos profissionais de enfermagem terceirizados/extraquadro (EQ).

2.4 Participantes

Os participantes da pesquisa foram os Enfermeiros Líderes, Chefes de Setor e Chefes de Serviço, Gestor, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, de ambos os sexos, admitidos através de concurso público, que exercessem suas funções há, no mínimo, 6 meses na instituição onde a pesquisa foi realizada.

Entretanto, para as categorias de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, será utilizada a estratégia de amostra estratificada, pois, segundo Malhotra (2001), amostragem estratificada é aplicada quando há a necessidade de dividir a população em estratos homogêneos, como, por exemplo, classe social, faixa etária, sexo, tipo de atividade, formação etc. A decisão por estratificar a amostra da população pesquisada ocorreu devido à existência de funções diferenciadas dentro das categorias (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares). De acordo com Vergara (2006), a amostra estratificada seleciona uma amostra de cada grupo da população, podendo ser proporcional ou não.

Os trabalhadores de enfermagem extraquadro (EQ) se encaixaram no critério de exclusão por não terem direitos garantidos pelo Regime Jurídico Único (RJU), que é o conjunto de direitos, deveres, garantias, vantagens, proibições e penalidades aplicáveis ao funcionalismo público. O critério de exclusão do estudo também englobou funcionários que estavam afastados do serviço, independentemente do motivo, bem como aqueles que, por algum motivo, não desejaram participar da pesquisa.

Segundo Vergara (2006), a população de uma pesquisa consiste no conjunto de elementos que contemplam as características que serão objeto de estudo. Quanto à amostra, trata-se de uma parte deste universo escolhido, de acordo com algum critério de representatividade.

A população alvo deste estudo foi formada por todos Servidores dos Setores e Serviços de Enfermagem da instituição envolvida, que, em setembro de 2018, era de 861 profissionais. Destes, 205 são Enfermeiros; 320 são Técnicos de Enfermagem; e 336 são

Auxiliares de Enfermagem, de acordo com informações fornecidas pela Divisão de Enfermagem do referido hospital, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Quantitativo de servidores dos Serviços e Setores da Divisão de Enfermagem

Categoria profissional	Quantitativo
Enfermeiros (RJU)	205
Téc. de enfermagem (RJU)	320
Aux. de enfermagem (RJU)	336
Total	861

Fonte: A autora, 2019.

Para consecução dos resultados de interesse e pela impossibilidade de coletar dados de toda a população, foi retirada uma amostra aleatória do universo definido anteriormente. Considerando-se uma seleção por amostragem aleatória simples e margem de erro global resultante de, no máximo, 5% o tamanho total da amostra (n), estimado pelo tamanho da população N , pela fórmula:

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

Aqui, z se refere ao valor da variável aleatória com distribuição normal padrão, para o qual o valor da função de distribuição acumulada é igual a $(1 - \alpha)/2$ ($\alpha =$ nível de confiança). Sendo assim, o valor de z está intimamente ligado ao intervalo de confiança desejado para as proporções de interesse. No presente caso, determinou-se um intervalo de confiança de 95%, cujo valor correspondente a esta área na curva normal é de 1,96; p é a estimativa preliminar da proporção de interesse e $q = 1 - p$. Devido à insuficiência preliminar de estimativa para as proporções desejadas, o produto pq foi substituído pelo seu valor máximo: 0,25, e d se refere à margem de erro (no caso, 0,05).

Assim, o tamanho mínimo da amostra de estudo estimada para este trabalho foi de 266 profissionais. O presente trabalho fica, assim, sujeito a erros máximos de 5% nas proporções estimadas, ao nível de 95% de confiança, baseando-se neste tamanho populacional.

Os questionários foram distribuídos nos quatro Serviços Assistenciais, assim denominados: Serviço de Saúde da Comunidade, Serviço de Internação Clínica, Serviço de Internações Cirúrgicas e Serviço de Materiais Esterilizados/Centro Cirúrgico.

2.5 Instrumentos de coleta de dados

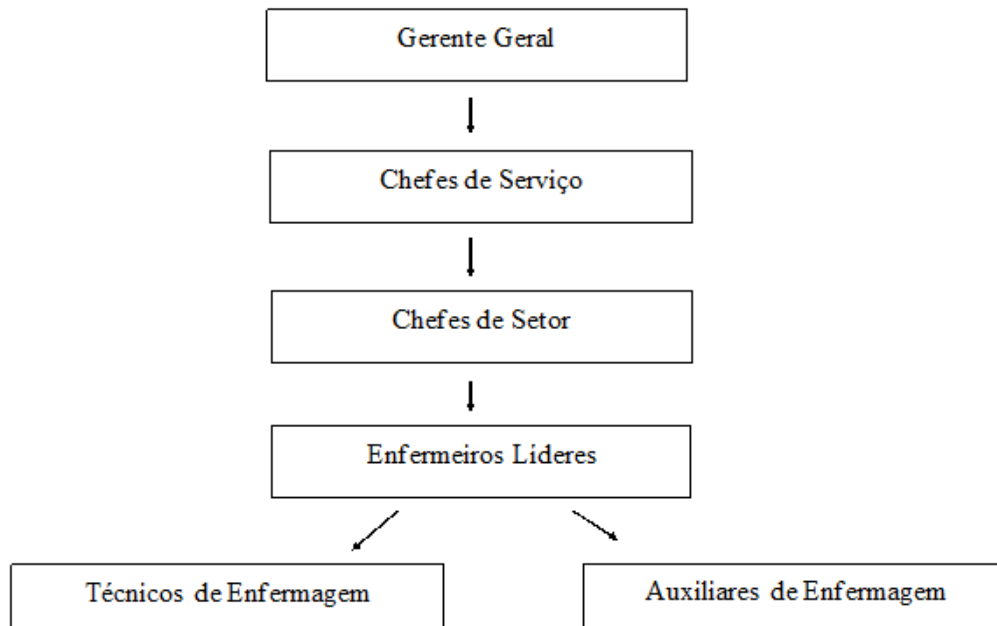
Os instrumentos de coleta se originaram de instrumentos elaborados para pesquisar condições de trabalho em indústria na Espanha, autorizados por seus idealizadores Boix e Vogel (1997) para a Prof^a Doutora e Pesquisadora Maria Yvone Chaves Mauro que, com sua assistente de pesquisa, Carla Christina Chaves Mauro, traduziram e adaptaram para as instituições de saúde, aplicaram e validaram metodologicamente em 2009, no Brasil (ANEXO A).

Atualmente, foi acrescido de mais um instrumento relativo à aplicabilidade da Norma Regulamentadora 32 do MTE, formando um conjunto de quatro cadernos (A, B, C e D), com registro no INPI (Instituto Nacional da Propriedade Industrial) em 2018.

Para a coleta de dados nesta pesquisa, foram utilizados os questionários designados como Caderno A (Anexo B) e Caderno B (Anexo C).

A Figura 1 apresenta, a seguir, um organograma simplificado da estrutura organizacional da equipe de enfermagem dentro da instituição:

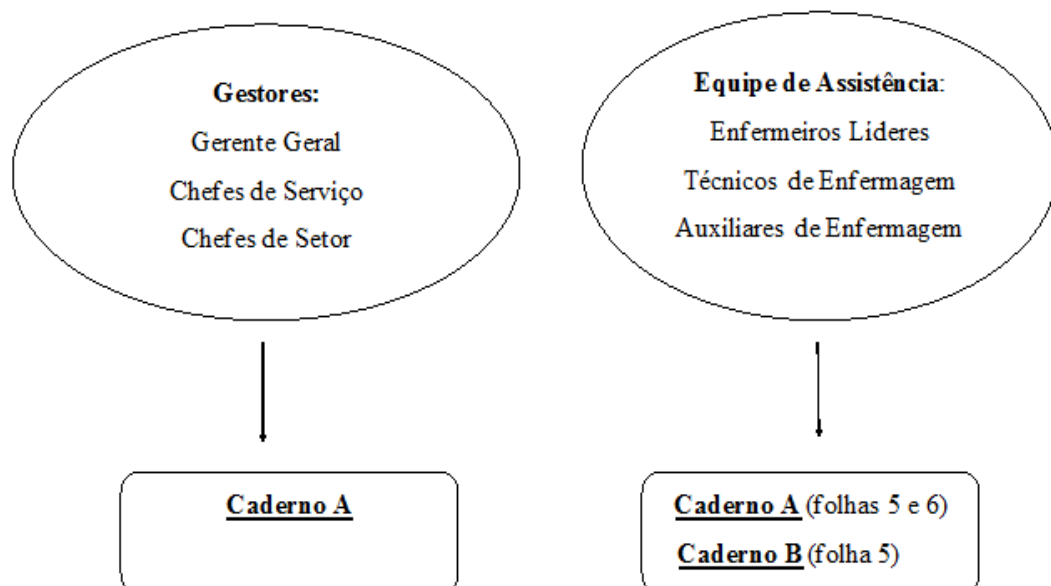
Figura 1 – Organograma simplificado da estrutura organizacional da equipe de enfermagem



Fonte: A autora, 2019.

Na figura 2, temos a representação da distribuição dos questionários por categoria profissional:

Figura 2 – Representação da distribuição dos questionários por categoria profissional



Fonte: A autora, 2019.

Com o Caderno A, é possível identificar o perfil organizacional da instituição, a organização política da instituição, conhecer as políticas de prevenção utilizadas e identificar o interesse da instituição e dos trabalhadores, na prevenção de riscos no ambiente de trabalho. É composto por 46 perguntas e recebeu o acréscimo dos itens “sexo” e “idade”, para possibilitar uma melhor caracterização da amostra.

Com o Caderno B, é possível identificar os danos à saúde percebidos pelo trabalhador, como os problemas de saúde, os fatores de risco do meio ambiente laboral e os problemas comportamentais de saúde dos trabalhadores. Porém, para esta pesquisa, foi aplicada apenas a folha 5 do referido Caderno, que abrange os “Danos à saúde percebidos”, do item 47 ao 75, perfazendo um total de 29 questões fechadas. Foram acrescentados ao questionário os itens “idade”, “sexo” e “função”, com o objetivo de complementar e enriquecer a análise do estudo.

2.6 Procedimentos de coleta de dados

Os indivíduos foram convidados para participar do estudo, e, neste momento, explicadas as etapas da produção de dados, como também os aspectos éticos da pesquisa e a assinatura do TCLE.

Aos que aceitaram participar do estudo, foi distribuído o questionário impresso, com a finalidade de detectar sinais e sintomas de agravos psicoemocionais, preservando o sigilo e o anonimato do sujeito da pesquisa.

A coleta, a análise e a descrição dos dados obtidos através da aplicação do questionário impresso foram feitas de maneira individual, com o objetivo de caracterizar a situação gerencial, identificar os problemas de saúde dos trabalhadores e descrever como a situação gerencial interfere na saúde de seus trabalhadores.

Foram realizadas 25 incursões diurnas ao cenário da pesquisa, no período compreendido entre os dias 23 de agosto de 2019 e 20 de setembro de 2019, para distribuição e recebimento dos questionários.

A dinâmica utilizada foi entregar os questionários para os participantes, com agendamento de retorno para o recebimento dos mesmos, de 3 a 7 dias após a entrega, devido às escalas e trocas de plantão. Por incursão, foram entregues, em média, 10 questionários. Porém, no ato do recebimento, a quantidade diminuiu para, aproximadamente, 5 questionários entregues por dia de visita.

A amostra estratificada do estudo é de 266 questionários respondidos entre enfermeiros chefes e equipe de assistência.

Contudo, apenas 142 questionários foram devolvidos.

Destes 142 questionários, 123 foram respondidos e entregues pelos profissionais da assistência direta, e 19 pelos enfermeiros chefes.

Vale ressaltar que o referido hospital possui 27 enfermeiros chefes (um Gerente Geral, quatro Chefes de Serviço e vinte e dois Chefes de Setor) e que todos foram convidados a participar da pesquisa, com exceção dos licenciados, com o objetivo de contemplar o entendimento das chefias sobre a dinâmica do hospital.

2.6.1 Metodologia de análise estatística

A partir dos dados coletados, foi construído um banco de dados posteriormente analisado com auxílio do programa SPSS (Statistical Package for the Social Science), versão 22.0, e pelo aplicativo Microsoft Excel 2007. Para caracterização da amostra e análise descritiva do comportamento das variáveis, os dados foram sintetizados por meio de estatísticas descritivas (mínimo, máximo, média, mediana, moda, desvio padrão, coeficiente de variação - *CV*), gráficos e distribuições de frequências. A variabilidade da distribuição de uma variável quantitativa foi considerada baixa, se $CV < 0,20$; moderada, se $0,20 \leq CV < 0,40$; e alta, se $CV \geq 0,40$.

Todas as discussões consideraram nível de significância máximo de 5% (0,05), ou seja, a regra de decisão nos testes foi a rejeição da hipótese como nula, sempre que o p-valor associado ao teste for menor que 0,05.

Detalhes da metodologia proposta podem ser encontrados em Fávero et al. (2009) e Medronho et al. (2009).

3 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

3.1 Perfil do profissional participante da pesquisa

Os resultados deste trabalho foram obtidos com base numa pesquisa feita com 123 profissionais de enfermagem da assistência direta e 19 enfermeiros gestores gerenciais de um Hospital Universitário do Município do Rio de Janeiro.

As distribuições de frequências de variáveis que caracterizam estes profissionais são exibidas na Tabela 4, na qual as frequências típicas são grifadas em negrito.

Tabela 4 – Características dos profissionais participantes da pesquisa

Variável	Profissionais da assistência direta n=123		Gestores n=19	
	F	%	F	%
Sexo				
Feminino	87	70,7	16	84,2
Masculino	36	29,3	3	15,8
Idade (anos)				
20 - 27	1	0,8	0	0,0
28 - 34	10	8,1	4	21,1
35 - 41	18	14,6	1	5,3
42 - 48	31	25,2	6	31,6
49 - 55	28	22,8	5	26,4
56 - 62	24	19,5	2	10,6
63 - 67	9	7,3	1	5,3
68 - 74	2	1,6	0	0,0
Função				
Auxiliar de Enfermagem	32	26,0	0	0,0
Enfermeiro	36	29,3	19	100,0
Técnico de Enfermagem	55	44,7	0	0,0

Fonte: A autora, 2019.

Os profissionais da assistência direta são, em sua maioria, do sexo feminino (70,7%), estão na faixa etária de 42 a 62 anos (67,5%) e são técnicos de enfermagem (44,7%).

Os gestores são todos enfermeiros (100,0%), em sua maioria, do sexo feminino (84,2%) e também estão, mais frequentemente, na faixa etária de 42 a 62 anos (68,6%).

A faixa etária que compreende o maior número de trabalhadores, tanto assistenciais, quanto gestores, é a que compreende o intervalo entre 42 a 48 anos (37 profissionais).

Os dados desta pesquisa corroboram os dados obtidos pelo estudo do Perfil da Enfermagem no Brasil, realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem em associação com a Fundação Oswaldo Cruz (MACHADO et al., 2015) que evidenciou a enfermagem como uma profissão predominantemente feminina (85,1%), porém com crescente aumento da inserção do sexo masculino como parte integrante da equipe. Além disso, exaltou que os profissionais de enfermagem representam 50% da força de trabalho na área da saúde, o que reflete a importância da profissão no Brasil.

Barreira (2011) elucida que a feminilização da enfermagem no Brasil iniciou no princípio da década de 1920, seguindo o padrão estabelecido pela Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (hoje em dia, Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ), que se estendeu até aproximadamente 1970, quando o cenário passou a se modificar, com a inserção do sexo masculino na profissão.

Outros dados importantes evidenciados pela pesquisa de Machado et al. (2015) foram que 61,7% dos profissionais de enfermagem estão na faixa etária de 40 anos, e que, em sua maioria, a equipe de enfermagem é constituída por técnicos de enfermagem (77%). Ambos confirmados na presente pesquisa.

Braga (2019) destaca que a manutenção da dupla ou tripla jornada de trabalho da mulher perpetua a continuidade do modelo de família patriarcal, em que é designado às mulheres as responsabilidades domésticas, o cuidado dos filhos, além da necessidade de conciliar com o exercício profissional, sobrecarregando a mulher e sua vida pessoal.

Além disso, o autor ressalta que a gravidez é apontada como sinônimo de transtorno na organização do trabalho e defende que, enquanto as responsabilidades da casa e do cuidado com os filhos não forem, de fato, compartilhadas de maneira igualitária com os homens, as mulheres permanecerão em uma posição sobrecarregada e mais penosa no mundo do trabalho.

Atualmente, o mundo do trabalho passa por diversas transformações que influenciam nas condições laborais e na saúde psíquica dos trabalhadores e das trabalhadoras, pois está impregnado de relações conflituosas entre pares, pelas desigualdades entre homens e mulheres e pela desvalorização e invisibilidade do trabalho feminino (BRAGA, 2019).

Todas essas questões são geradoras de tensão nas trabalhadoras, em razão do acúmulo de tarefas e por um sentimento de culpa, quando não conseguem conciliar o trabalho e a família.

A precarização das condições de trabalho, como ambientes laborais inadequados e insalubres, falta de material, equipe reduzida, trabalho prescrito diferente do trabalho real, rotina rígida, acúmulo de funções, baixa remuneração salarial, entre outros, geram sobrecarga e adoecimento do trabalhador.

A falta de reconhecimento do trabalho de enfermagem por parte da instituição e por parte da população, exposição a ambientes insalubres, a precarização das condições de trabalho se refletem em problemas psíquicos e físicos, como dores de cabeça e em várias partes do corpo, alterações de sono, podendo gerar acidentes de trabalho (CARREIRO, 2013).

Atualmente, com a reforma trabalhista no Brasil, iniciada no ano de 2017, supõe-se que tais condições tendem a se agravar diante das novas modalidades de contratação, gerando consequências graves, principalmente às mulheres, que exercem, muitas das vezes, dupla (ou tripla) jornada de trabalho (BRAGA, 2019).

A Tabela 5 mostra os cargos e funções principais autorreconhecidas pelos 19 gestores participantes deste estudo no hospital:

Tabela 5 – Cargos e funções principais autorreconhecidas pelos 19 gestores participantes deste estudo

Cargo principal	Função	F	%
	Ensino	2	10,5%
Chefe de Setor	Ensino e Assistência	6	31,6%
	Assistência Especializada	1	5,3%
	Assistencial	5	26,3%
	Coordenação e Assistência	3	15,8%
	Chefe de Setor	2	10,5%

Fonte: A autora, 2019.

Pela tabela, observa-se que 15 gestores (79%) se autorreconhecem exercendo também atividades assistenciais, e 8 gestores (42,1%) se autorreconhecem também envolvidos com o ensino. Ressalta-se a questão de que apenas 2 gestores (10%) se autorreconheceram na função de Chefes.

Os dados apontam para a falta de formação acadêmica em gerência, pois os mesmos não conseguem se enxergar como gestores na instituição.

Sabe-se que o enfermeiro tem papel fundamental na estrutura organizacional do hospital, pois assume as tarefas relacionadas à assistência, bem como o gerenciamento dos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, no aspecto de seleção de materiais para a instituição.

Camelo (2016) afirma que a gerência é uma das competências do enfermeiro e que, para atuar como tal, são necessárias: formação, iniciativa, disponibilidade, habilidades e atitudes que almejem alcançar sempre os melhores resultados. Porém, aponta que a falta de formação acadêmica específica e/ou treinamento prévio para assumir o cargo gerencial é praticamente inexistente, na maioria dos casos.

Relata, ainda, a deficiência de disciplinas voltadas à questão gerencial durante a graduação, como forma de auxiliar no desempenho da função no futuro profissional. Muitos se tornam gerentes por indicação ou convite de seus superiores, o que revela um caráter informal para a ascensão no cargo, e aprendem a gerenciar com o tempo, no dia a dia do local de serviço, sem treinamento.

Para ser considerado um bom enfermeiro gerencial, o mesmo deve apresentar em seu perfil algumas características, como a capacidade de identificar e enfrentar problemas, sugerir mudanças e estratégias que contribuam para a qualidade do cuidado, estar sempre próximo da equipe e clientela, sempre com conhecimentos, habilidades e atitudes que atendam com propriedade e eficácia as demandas dos serviços, como controle de qualidade e produtividade, plano de prevenção de riscos e reduzindo ao máximo a insatisfação no contexto laboral (PIHLAINEN, 2016).

Neste sentido, pesquisadores, como Trigueiro (2014), apontam que a escolha de um enfermeiro para assumir o cargo de gerente ocorre, muitas vezes, apenas pelo simples entendimento de que o maior o tempo de assistência em enfermagem hospitalar confere ao mesmo maturidade profissional, aperfeiçoamento de habilidades e visão crítica diante das situações de conflito.

É primordial ressaltar a responsabilidade das instituições na capacitação de seus trabalhadores, inclusive e principalmente, os gestores. E que, no âmbito da enfermagem, a responsabilidade por esta capacitação está vinculada ao serviço de Educação Continuada em Serviço, que é o setor corresponsável por motivar, sensibilizar e capacitar os funcionários, a fim de buscarem conhecimento e crescimento profissional para realizarem adequadamente suas atribuições (FERREIRA, 2009).

Corroborando este item, temos o Capítulo II – Dos Deveres da Enfermagem, Art. 54, que versa sobre a necessidade e a importância de estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de enfermagem que se encontrem sob sua supervisão e coordenação (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2018).

Neste sentido, a educação em serviço deve estar em concordância com os interesses e necessidades dos envolvidos, com os objetivos da instituição e, no caso da enfermagem, a finalidade do trabalho, que é uma assistência de enfermagem de excelência, além de melhorias na qualidade do ambiente de trabalho.

Spagnol (2010) destaca que um dos maiores desafios do enfermeiro gestor é conhecer todo o serviço, as tarefas pertinentes ao cargo e a missão institucional, e que a falta de algum destes gera dificuldades para uma gerência eficaz.

Sendo assim, é primordial que os enfermeiros gestores aprofundem o seu conhecimento sobre o universo organizacional, assumindo, de fato, suas atribuições de gerenciamento, inclusive, das relações interpessoais, e não apenas supervisione a execução de procedimentos assistenciais.

Para Jacondino (2016), tanto as funções assistenciais como as gerenciais fazem parte das responsabilidades do enfermeiro, pois, para uma assistência de qualidade, é necessário lançar mão de conhecimentos da administração.

Porém, em diversos momentos, o enfermeiro se defronta com modelos gerenciais não definidos, com problemas de recursos humanos, físicos e financeiros que fazem com que suas ações sejam direcionadas apenas para a resolução de problemas, o que, nem sempre, resulta em um trabalho eficaz.

Desse modo, o trabalho do enfermeiro na gerência dos serviços deve ter uma abordagem ampliada e com potencial transformador da prática no contexto em que atua.

3.2 Situação geral da instituição de acordo com a avaliação dos gestores

A Tabela 6 mostra o resultado da avaliação dos gestores sobre a situação geral da instituição no último ano:

Tabela 6 – Situação geral da instituição de acordo com a avaliação dos gestores

Situação geral da instituição	Frequência das respostas (%)						Escore associado à resposta			Classificação do item segundo o escore médio
	Excelente	Bom	Satisfatória	Ruim	Péssimo	Desconhece	Média	Desvio Padrão	C.V	
13. Disponibilidade de recursos para gestão	0,0%	0,0%	26,3%	57,9%	15,8%	0,0%	42,1	13,2	0,31	Ruim
14. Evolução econômica da Instituição	0,0%	0,0%	26,3%	36,8%	31,6%	5,3%	36,8	18,0	0,49	Ruim
15. Inovações tecnológicas	0,0%	10,5%	36,8%	47,4%	5,3%	0,0%	50,5	15,4	0,31	Satisfatório
16. Produtividade	0,0%	15,8%	42,1%	36,8%	0,0%	5,3%	52,6	19,1	0,36	Satisfatório
17. Competitividade no Mercado	0,0%	10,5%	47,4%	21,1%	5,3%	15,8%	46,3	25,0	0,54	Satisfatório
18. Preocupação em relação ao Meio Ambiente	0,0%	16,7%	16,7%	38,9%	16,7%	11,1%	42,2	24,6	0,58	Satisfatório
19. Nível de negociação com os Trabalhadores	0,0%	10,5%	47,4%	21,1%	21,1%	0,0%	49,5	19,3	0,39	Satisfatório
20. Nível de negociação com os Sindicatos	0,0%	0,0%	36,8%	26,3%	10,5%	26,3%	34,7	24,8	0,71	Ruim
21. Nível de negociação com o Governo	0,0%	0,0%	21,1%	42,1%	21,1%	15,8%	33,7	20,1	0,60	Ruim
22. Nível de negociação com os Fornecedores	0,0%	0,0%	52,6%	10,5%	0,0%	36,8%	35,8	28,7	0,80	Ruim
23. Nível de negociação com Outros	0,0%	0,0%	47,4%	15,8%	5,3%	31,6%	35,8	27,1	0,76	Ruim
24. Plano geral de política de prevenção de riscos no trabalho	0,0%	0,0%	15,8%	36,8%	21,1%	26,3%	28,4	21,4	0,75	Ruim
25. Avaliação concreta dos planos de prevenção	0,0%	0,0%	15,8%	36,8%	26,3%	21,1%	29,5	20,4	0,69	Ruim
26. Protocolos das medidas de prevenção	0,0%	5,3%	21,1%	31,6%	21,1%	21,1%	33,7	24,1	0,72	Ruim
27. Adequação dos recursos técnicos necessários para aplicação destes protocolos	0,0%	5,3%	10,5%	42,1%	21,1%	21,1%	31,6	22,4	0,71	Ruim
28. Rigor profissional dos serviços de prevenção	0,0%	0,0%	21,1%	36,8%	21,1%	21,1%	31,6	21,4	0,68	Ruim
29. Integração dos objetivos de prevenção no sistema de gestão	0,0%	0,0%	10,5%	42,1%	26,3%	21,1%	28,4	19,2	0,68	Ruim
30. Políticas de formação dos trabalhadores (as) e seus representantes nas decisões	0,0%	0,0%	42,1%	15,8%	15,8%	26,3%	34,7	25,7	0,74	Ruim
Global	0,0%	4,1%	29,8%	33,3%	15,8%	17,0%	34,9	17,3	0,50	Ruim

Fonte: A autora, 2019.

Nenhum item foi classificado como “excelente” por nenhum gestor, e a resposta de maior frequência é a resposta “Ruim”.

Avaliando os escores resultantes da avaliação da situação geral da instituição pelo gestor, conclui-se que a situação geral da instituição foi classificada como “Ruim”, pelo escore médio de 34,9; com desvio padrão 17,3.

Além dos dados acima, os que serão apresentados a seguir, apesar de não constarem da tabela, foram obtidos através do Caderno A, em resposta aos itens de 5 a 12, e representam, com clareza, o grau de conhecimento dos gestores sobre a instituição e os modos como a mesma vem sendo conduzida na atualidade.

Todos os 19 gestores (100%) reconhecem a atividade principal do hospital como sendo de assistência e ensino.

Dos 19 gestores, 18 (94,7%) declararam a existência de uma Representação Sindical dos Trabalhadores no Hospital.

Os mesmos 18 (94,7%) também declararam haver um serviço próprio de Controle de Saúde do Trabalhador, realizado pelo Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador .

Dentre os 19 gestores, 17 (89,5%) declararam haver uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Somente 8 gestores, dos 19 (42,1%), afirmaram que as medidas preventivas estão associadas ao cumprimento da NR-32.

Apenas 9 gestores, do total de 19 (47,4%), afirmaram que existe um programa de prevenção de doenças e acidentes.

Somente 1 gestor, dos 19 (5,3%), declarou existir um Comitê de Biossegurança.

E 8 (42,1%), dos 19 gestores, declararam existir um centro de controle de resíduos hospitalares na instituição.

Tais dados confirmam a precariedade do conhecimento dos gestores e da situação atual da instituição, principalmente em relação às questões básicas e primordiais, como o cumprimento da NR-32, a existência de comitê de biossegurança e centro de controle de resíduos hospitalares.

A NR-32 tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, e foi instituída pela Portaria nº 485 de 11 de novembro do ano de 2005, pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

As diretrizes da NR-32 estão fundamentadas na adequação do ambiente de trabalho para preservação da segurança do profissional da saúde. Quando há necessidade de uma norma para regulamentar uma área na sociedade, entende-se que esta precisa ser conhecida e cumprida por todos, como forma de favorecimento da coletividade. Geralmente, confere direitos, impõe deveres e seu descumprimento pode acarretar sanções.

É de conhecimento comum que trabalhadores da área de saúde estão cotidianamente expostos e vulneráveis a riscos de acidentes de trabalho inerentes à profissão.

Conforme Camisassa (2017), as instituições devem proteger seus funcionários, através do que é preconizado na NR-32, com ações de segurança em saúde, objetivando minimizar a exposição aos riscos no transcorrer da jornada de trabalho.

Para que tal objetivo seja atingido, empregados e empregadores devem atuar em conjunto, discutindo e ajustando as mudanças pertinentes, nas relações e condições de trabalho.

Configura-se como dever do trabalhador da área de saúde conhecer sobre o que versa a NR-32 e exigir seu cumprimento, para um ambiente de trabalho mais seguro. Tal postura profissional torna o trabalhador um agente da ação, com capacidade de transformar e adequar o ambiente de trabalho.

Quanto às instituições de saúde, estas têm o dever de assegurar a capacitação dos trabalhadores (antes do início das atividades), identificar os riscos ambientais (através de ações de prevenção, eliminação e controle por meio da observação in loco das condições de exposição do trabalhador), identificar novos riscos biológicos e, continuamente, adaptar-se à evolução tecnológica do conhecimento, principalmente, quanto à utilização segura de insumos químicos (BRASIL, 2005).

Para a eficácia da NR-32, é necessário seguir o que preconizam outras NRs, como a NR-5, NR-7, NR-9 e o Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS).

A NR-5 regulamenta a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e tem como objetivo prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho, para tornar compatível o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Todas as instituições públicas ou privadas, que tenham trabalhadores como empregados, devem constituir, estabelecer e manter em funcionamento tal comissão com representantes do empregador e dos empregados (CAMISASSA, 2017).

A CIPA deve identificar os riscos do processo de trabalho, elaborar o mapa de riscos e plano de trabalho que possibilite a ação preventiva e solução de problemas de segurança e

saúde no trabalho. Para tanto, é necessário implementar, controlar e avaliar a qualidade das medidas de prevenção necessárias nos locais de trabalho, verificando, periodicamente, situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores.

Todas as informações relativas à segurança e saúde no trabalho, além dos impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores, devem sempre ser divulgadas aos trabalhadores envolvidos.

A CIPA deve, ainda, colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho, além de divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como analisar as causas das doenças e acidentes de trabalho, propondo medidas de solução para os problemas identificados, entre outros (CAMISASSA, 2017).

A NR-7 é referente ao PCMSO. É um programa de atenção à saúde do trabalhador e avalia o funcionamento orgânico das ocupações profissionais, portanto, não deve se restringir à avaliação clínica individual do trabalhador, mas abordar e avaliar coletiva e epidemiologicamente a população de trabalhadores da instituição, alvo das suas ações.

Tal programa possui caráter preventivista, ou seja, deve agir antes que a doença se instale no organismo do trabalhador. Seu objetivo principal é a promoção e preservação da saúde dos empregados, e necessita ser elaborado em função dos riscos aos quais os trabalhadores estão expostos durante sua atividade laboral, sempre articulado com as demais NRs.

Importante destacar que saúde, no âmbito da saúde do trabalhador, envolve não apenas a ausência de doença, mas também os componentes físicos e mentais que afetam a saúde, diretamente relacionados com a segurança e higiene no trabalho.

O PCMSO deve não somente identificar os riscos químicos, físicos e biológicos presentes no ambiente de trabalho, mas também considerar outros fatores de adoecimento, como riscos ergonômicos e de acidentes, bem como analisar informações administrativas, teóricas e práticas sobre o processo de trabalho.

Diante da identificação dos riscos para cada função, é definido um conjunto de exames clínicos e complementares específicos, os quais os trabalhadores que executam determinada função devem realizar para prevenir ou detectar precocemente danos à sua saúde.

Devem ser realizadas, também, visitas aos locais de trabalho para identificar e analisar os processos produtivos, os postos de trabalho e captar informações sobre acidentes de

trabalho e doenças ocupacionais, entre outros. É primordial identificar a atividade realizada, a jornada, o ritmo e a produtividade de trabalho.

A partir das evidências encontradas nos exames e nas visitas, é possível identificar a prevalência de adoecimento dos profissionais, buscar as causas dos mesmos e, posteriormente, implementar mudanças que objetivem a mudança e a melhoria do cenário (CAMISASSA, 2017).

Para Rogers (1997), no hospital, esta função cabe à gerência de enfermagem, por possuir a capacidade de proporcionar a estrutura e as orientações necessárias para elaboração, implementação e avaliação de um programa de saúde com qualidade e eficaz .

O gestor deve cultivar as relações interpessoais entre todas as chefias e trabalhadores, no tocante às condições de trabalho, através de planejamento, organização, direção, coordenação e controle, pois considera que todos os objetivos são alcançáveis quando todos os componentes da equipe de trabalho se empenham na obtenção do mesmo fim, que é a melhoria das condições do ambiente de trabalho e de saúde do trabalhador (ROGERS,1997).

A NR-9 aborda o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), que tem por objetivo estabelecer medidas que visem a eliminação, redução ou controle desses riscos em prol da preservação da integridade física e mental do trabalhador. Importante destacar que os riscos ambientais são aqueles existentes nos ambientes de trabalho, causados por agentes físicos, químicos ou biológicos, capazes de gerar danos à saúde do trabalhador.

Havendo situações previstas na NR-9, medidas para a eliminação, minimização ou controle dos riscos ambientais deverão ser adotadas e devem incluir o monitoramento periódico da exposição, a informação aos trabalhadores e o controle médico. Ressalta, ainda, que é necessário levar em consideração o conhecimento e a percepção dos trabalhadores em relação ao processo de trabalho e aos riscos ambientais existentes, para melhor planejar e executar o PPRA em todas as suas fases (SARAIVA, 2019).

Para implementação adequada, o PPRA deve contemplar parâmetros mínimos, como ter conhecimento dos riscos e se antecipar a eles, estabelecer prioridades e metas de avaliação e controle, avaliar os riscos e a exposição dos trabalhadores, implantar medidas de controle e avaliar de sua eficácia; monitorar a exposição aos riscos, registrar e divulgar os dados, entre outros.

Destaca-se que a responsabilidade de estabelecer, implementar e assegurar o cumprimento do PPRA pertence à instituição. Porém, os trabalhadores devem colaborar e participar da implementação e execução do programa, seguindo as orientações oferecidas nos

treinamentos e comunicar aos seus superiores, segundo seu ponto de vista, a ocorrência de situações que ofereçam riscos à saúde dos trabalhadores (SARAIVA, 2019).

O Programa de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), conforme a Resolução da Diretoria Colegiada, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA - RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004, estabelece que o mesmo deve ser constituído por um conjunto de procedimentos planejados e implementados com bases científicas, técnicas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos de serviços de saúde e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Segundo o COFEN-303/2005, o enfermeiro está habilitado a assumir a Responsabilidade Técnica do PGRSS.

Para a implementação do PGRSS, é necessário planejar os recursos físicos e materiais necessários, bem como capacitar os recursos humanos envolvidos na ação, desde a geração até a disposição final.

É composto por várias etapas, como segregação (separação dos resíduos), acondicionamento (consiste em embalar os resíduos), identificação (fornece informações ao correto manejo), transporte interno (é o traslado dos resíduos até ao armazenamento temporário), armazenamento temporário (é a guarda temporária dos resíduos), tratamento (desinfecção ou esterilização, a fim de promover a redução, a eliminação ou a neutralização dos agentes nocivos), armazenamento externo (é a guarda dos recipientes de resíduos até a coleta externa) e coleta e transporte externos (consiste na retirada dos resíduos do armazenamento externo até a unidade de tratamento ou disposição final).

Todas estas etapas devem ser realizadas através da utilização de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ).

Diante do exposto acima e dos dados obtidos pelo caderno A nas questões 5 a 12 e na Tabela 6, principalmente nos itens 24 - 29, em que os gestores, enquanto representantes e responsáveis pela instituição, avaliam as políticas de prevenção de acidente na instituição como “ruim”, conclui-se que os trabalhadores a eles designados se encontram em alto grau de exposição e vulnerabilidade aos agravos à saúde no ambiente de trabalho, advindos da falta de iniciativa e atitude dos gerentes em implementar as determinações das NRs.

3.3 Políticas de prevenção de riscos à saúde do trabalhador no hospital de acordo com a avaliação do profissional da assistência direta e dos gestores

A Tabela 7 mostra o resultado da avaliação dos profissionais da assistência direta sobre as políticas de prevenção de riscos à saúde do trabalhador praticadas na instituição no último ano. As frequências típicas estão grifadas em negrito, e, para cada item avaliado, foram calculados a média, o desvio padrão e o coeficiente de variação do escore resultante da avaliação realizada.

Tabela 7 – Avaliação das políticas de prevenção de riscos à saúde do trabalhador no hospital de acordo com avaliação do profissional da assistência direta (123 profissionais)

Aspectos das políticas de prevenção	Frequência das respostas (%)						Escore associado à resposta			Classificação do item segundo o escore médio
	Excelente	Bom	Satisfatório	Ruim	Péssimo	Desconhece	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	
31. Consulta e participação dos trabalhadores (as) e seus representantes	3,3%	10,6%	12,2%	36,6%	15,4%	22,0%	36,7	27,3	0,74	Ruim
32. Funcionamento do Serviço de Segurança e Saúde	3,3%	13,0%	22,0%	35,8%	16,3%	9,8%	44,4	24,9	0,56	Satisfatório
33. Notificação dos Problemas de Saúde dos profissionais	4,1%	10,6%	28,5%	26,8%	15,4%	14,6%	43,4	26,8	0,62	Satisfatório
34. Registro dos Problemas de Saúde dos profissionais	4,1%	13,0%	25,2%	30,1%	11,4%	16,3%	43,9	27,4	0,62	Satisfatório
35. Investigação de Problemas de Saúde dos profissionais	2,4%	8,1%	13,8%	35,8%	17,1%	22,8%	35,0	26,2	0,75	Ruim
36. Controle atual das condições de saúde dos trabalhadores (as)	4,1%	10,6%	10,6%	34,1%	24,4%	16,3%	37,4	26,7	0,71	Ruim
37. Vigilância da saúde dos trabalhadores (as)	4,1%	8,1%	14,6%	33,3%	19,5%	20,3%	36,6	27,1	0,74	Ruim
38. Registro de Acidente de Trabalho	9,8%	22,8%	39,8%	11,4%	5,7%	10,6%	57,6	27,6	0,48	Satisfatório
39. Investigação de Acidente de Trabalho	5,7%	7,3%	32,5%	24,4%	12,2%	17,9%	43,3	28,0	0,65	Satisfatório
40. Inspeção periódica das condições de segurança nos postos de trabalho	3,3%	4,9%	9,8%	24,4%	24,4%	33,3%	27,6	26,8	0,97	Ruim
Global	4,4%	10,9%	20,9%	29,3%	16,2%	18,4%	40,5	18,5	0,46	Ruim/ Satisfatório

Fonte: A autora, 2019.

Por parte dos profissionais da assistência direta, a maioria dos itens recebeu avaliação mais frequente “Ruim”.

Somente os itens “Notificação dos Problemas de Saúde dos profissionais”, “Registro de Acidente de Trabalho” e “Investigação de Acidente de Trabalho” receberam avaliação mais frequente “Satisfatório”.

Analisando os escores resultantes da avaliação, observou-se que os itens foram classificados como “Ruim ou Satisfatório”, e todos os itens apresentaram alta variabilidade na resposta.

Globalmente, a política de prevenção de riscos à saúde do trabalhador na instituição foi considerada “Ruim” pelos profissionais da assistência direta. Porém, segundo o escore médio, há equivalência entre “Ruim” e “Satisfatório”.

A seguir, será apresentada a Tabela 8, que mostra o resultado da avaliação dos gestores sobre as políticas de prevenção de riscos à saúde do trabalhador, praticadas no último ano na instituição. As maiores frequências estão grifadas em negrito, e, para cada item avaliado, foram calculados a média, o desvio padrão e o coeficiente de variação do escore resultante da avaliação realizada.

Tabela 8 – Avaliação das políticas de prevenção de riscos à saúde do trabalhador no hospital de acordo com avaliação dos gestores (19 participantes)

Aspectos das políticas de prevenção	Frequência das respostas (%)						Médio	Escore		Classificação do item segundo o escore médio
	Excelente	Bom	Satisfatória	Ruim	Péssimo	Desconhece		Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	
31. Consulta e participação dos trabalhadores (as) e seus representantes	0,0%	0,0%	10,5%	73,7%	5,3%	10,5%	36,8	15,3	0,42	Ruim
32. Funcionamento do Serviço de Segurança e Saúde	0,0%	10,5%	36,8%	36,8%	0,0%	15,8%	45,3	23,9	0,53	Satisfatório
33. Notificação dos Problemas de Saúde dos profissionais	0,0%	5,3%	52,6%	26,3%	5,3%	10,5%	47,4	21,3	0,45	Satisfatório
34. Registro dos Problemas de Saúde dos profissionais	0,0%	5,3%	52,6%	10,5%	10,5%	21,1%	42,1	26,6	0,63	Satisfatório
35. Investigação de Problemas de Saúde dos profissionais	0,0%	5,3%	26,3%	47,4%	5,3%	15,8%	40,0	22,1	0,55	Satisfatório
36. Controle atual das condições de saúde dos trabalhadores (as)	0,0%	5,3%	15,8%	52,6%	10,5%	15,8%	36,8	21,4	0,58	Ruim
37. Vigilância da saúde dos trabalhadores (as)	0,0%	0,0%	26,3%	52,6%	5,3%	15,8%	37,9	19,9	0,52	Ruim
38. Registro de Acidente de Trabalho	10,5%	5,3%	57,9%	15,8%	0,0%	10,5%	55,8	25,5	0,46	Satisfatório
39. Investigação de Acidente de Trabalho	5,3%	5,3%	42,1%	21,1%	5,3%	21,1%	44,2	28,7	0,65	Satisfatório
40. Inspeção periódica das condições de segurança nos postos de trabalho	5,3%	5,3%	5,3%	31,6%	21,1%	31,6%	29,5	28,6	0,97	Ruim
Global	2,1%	4,7%	32,6%	36,8%	6,8%	16,8%	41,6	16,3	0,39	Satisfatório

Fonte: A autora, 2019.

A classificação global pelo escore médio dos profissionais da assistência direta e gestores difere no item “Investigação de problemas de saúde dos profissionais”, que, para os profissionais da assistência direta, é “Ruim” e, para os gestores, é “Satisfatória”.

O item mais bem avaliado, tanto pelos profissionais da assistência direta quanto pelos gestores, é o “Registro de acidente de trabalho”.

Segundo o escore médio, tanto os profissionais da assistência direta quanto os gestores avaliaram a política de prevenção de riscos à saúde do trabalhador na instituição como “Satisfatória” (Tabelas 7 e 8).

Avaliando em conjunto as duas tabelas, pode-se chegar à conclusão de que, embora as políticas de prevenção de riscos à saúde do trabalhador na instituição sejam consideradas satisfatórias, estão distantes de serem adequadas à realidade desta instituição, pois alguns itens não foram bem avaliados por ambos. Além disso, a equipe de assistência está mais focada na qualidade de assistência, ao passo que os gestores estão mais direcionados para o controle de recursos humanos, materiais e institucionais.

Segundo Vasconcellos (2017), o Brasil não obtém sucesso em implementar determinadas políticas no âmbito da saúde pública, principalmente na área da Saúde do Trabalhador, devido à dificuldade em mostrar a perda da saúde como resultado da exploração do trabalho, onde as instituições respondem com o silêncio, por receio de perderem a perpetuação do poder. Refere que o trabalhador não vende seu trabalho, e, sim, sua força de trabalho.

É preciso compreender a importância de atender às “necessidades necessárias” do homem, como promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto de forma individual, como coletiva (VASCONCELOS, 2017).

Para tanto, é imprescindível que a instituição tenha conhecimento dos problemas de saúde de seus trabalhadores, para que possam obter subsídios para seus planos de ação. E uma das formas de adquirir este conhecimento é através do perfil epidemiológico dos agravos aos quais os trabalhadores são acometidos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014).

Segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social (2011), centenas de milhares de trabalhadores são retirados compulsoriamente do exercício do trabalho, devido à forma como os processos produtivos se organizam, gerando adoecimentos e mortes.

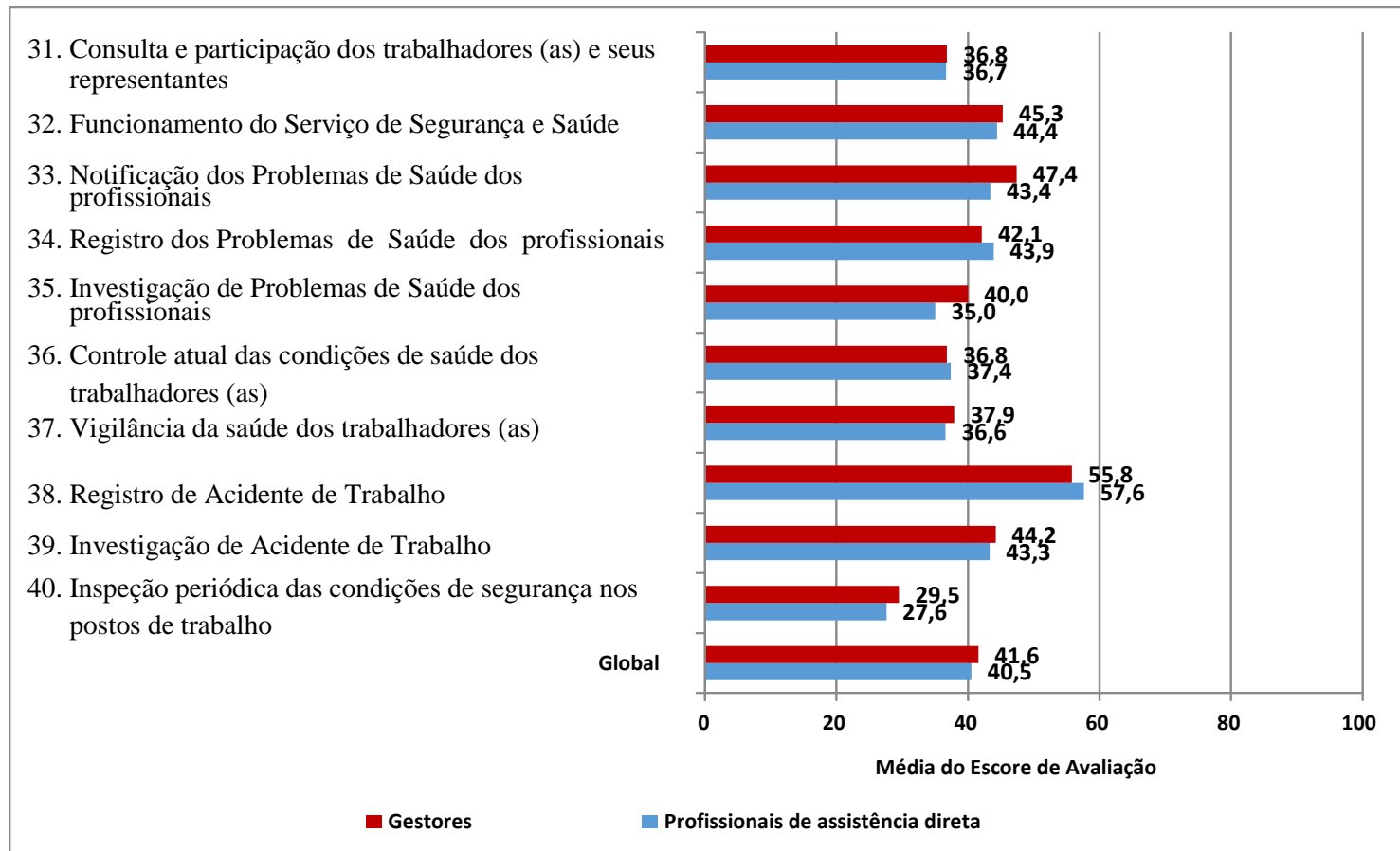
Destaca-se que, para uma política de prevenção de acidentes segura, eficiente e transformadora, é necessário ter o registro dos problemas de saúde, identificar o grau de absenteísmo geral e por setor (motivo pelo qual se afastam, por quanto tempo e o quantitativo de profissionais afastados), controlar a saúde dos trabalhadores através de exames periódicos,

registrar corretamente os acidentes de trabalho, realizar palestras periódicas que elucidem aos trabalhadores como proceder diante à ocorrência de acidentes de trabalho, promover a comunicação dos dados aos trabalhadores (o que, conseqüentemente, promove integração entre gestão, serviço de atenção à saúde do trabalhador e os profissionais), entre outras atitudes.

Diante dos dados da pesquisa e da literatura, entende-se que, para atender às necessidades em Saúde do Trabalhador, é necessário conhecer, planejar e executar de maneira eficaz e proativa, ações voltadas para a melhoria da qualidade de saúde do trabalhador, através de planos de prevenção que atendam ao que estabelecem os dispositivos legais, baseando-se sempre no que demonstram os indicadores epidemiológicos e os desajustes internos, em virtude do adoecimento relacionado ao trabalho. Desse modo, para transformar a realidade, é necessário intervir nos processos, condições de trabalho e ambientes.

Ainda sobre esta temática, temos a Figura 3, que exibe a comparação das médias dos escores de profissionais de assistência direta e gestores quanto à avaliação das políticas de prevenção de riscos à saúde do trabalhador no hospital.

Figura 3 – Média dos escores de avaliação das políticas de prevenção de riscos à saúde do trabalhador no hospital de acordo com avaliação dos profissionais da assistência direta e dos gestores



Fonte: A autora, 2019.

A Figura 3 aponta para um dado importante, explicitado no item 40, referente à Inspeção periódica das condições de segurança nos postos de trabalho.

Este item recebeu os escores de avaliação mais baixos, tanto por parte do profissional da assistência direta, quanto pelos gestores.

Interessante perceber que os gestores avaliam como baixa a inspeção de segurança nos postos, o que nos instiga a saber o porquê de essa inspeção ser tão baixa, pois os frutos advindos desta ação seriam capazes de solucionar muitos problemas quanto ao bem estar do profissional em seu ambiente de trabalho (prevenindo acidentes, adoecimentos e ausências) e, conseqüentemente, refletindo beneficemente na qualidade da assistência prestada ao paciente.

É primordial ressaltar que a política deve ser de prevenção, e, impreterivelmente, é necessário se antecipar à ocorrência de problemas e ter uma visão ampliada do funcionamento e necessidades dos postos de trabalho e perfil dos profissionais.

Para tanto, visando maior eficiência e eficácia, todos os trabalhadores devem ser participantes ativos das tomadas de decisão, junto às chefias.

3.4 Interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho de acordo com a avaliação do profissional da assistência direta e dos gestores

A Tabela 9 mostra o resultado da avaliação sobre o interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho de acordo com avaliação dos profissionais da assistência direta no último ano. As maiores frequências estão grifadas em negrito, e, para cada item avaliado, foram realizados a média, o desvio padrão e o coeficiente de variação do escore resultante da avaliação realizada.

Tabela 9 – Interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho de acordo com avaliação dos profissionais da assistência direta no último ano

Interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho	Frequência das respostas (%)							Escore	Desvio Padrão	Coeficiente de Variação	Classificação do item segundo o escore médio
	Excelente	Bom	Satisfatório	Ruim	Péssimo	Desconhece	Médio				
41. Nível de informação geral dos profissionais sobre saúde no trabalho	3,3%	14,8%	25,4%	32,8%	16,4%	7,4%	46,7	24,5	0,52	Satisfatório	
42. Grau de preocupação dos trabalhadores sobre as questões de saúde e segurança do trabalho.	4,9%	19,7%	27,9%	34,4%	9,8%	3,3%	53,1	23,0	0,43	Satisfatório	
43. Interesse dos profissionais por temas específicos relacionados com saúde e segurança.	3,3%	23,1%	22,3%	38,8%	8,3%	4,1%	52,4	23,0	0,44	Satisfatório	
44. Disponibilidade da Gerência para aceitar as soluções ou reclamações dos trabalhadores	2,5%	6,6%	28,7%	18,0%	27,9%	16,4%	37,7	26,1	0,69	Ruim	
45. Disponibilidade para empreender as “ações” ou iniciativas dos trabalhadores	4,1%	7,4%	21,3%	28,7%	16,4%	22,1%	37,5	27,8	0,74	Ruim	
46. Iniciativa dos profissionais para reivindicar ações de prevenção	4,9%	9,0%	19,7%	36,1%	13,9%	16,4%	41,1	26,9	0,65	Satisfatório	
Global	3,8%	13,4%	24,2%	31,5%	15,5%	11,6%	44,5	17,9	0,40	Satisfatório	

Fonte: A autora, 2019.

A Tabela 10 traz os resultados da avaliação sobre o interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho de acordo com avaliação dos gestores no último ano. As maiores frequências estão grifadas em negrito e, para cada item avaliado, foram realizados a média, o desvio padrão e o coeficiente de variação do escore resultante da avaliação realizada.

Tabela 10 – Interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho de acordo com avaliação dos gestores no último ano

Interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho	Frequência das respostas (%)							Escore Desvio Padrão	Coeficiente de Variação	Classificação do item segundo o escore médio
	Excelente	Bom	Satisfatória	Ruim	Péssimo	Desconhece	Médio			
41. Nível de informação geral dos profissionais sobre saúde no trabalho	0,0%	5,3%	26,3%	52,6%	15,8%	0,0%	44,2	15,7	0,36	Satisfatório
42. Grau de preocupação dos trabalhadores sobre as questões de saúde e segurança do trabalho.	5,3%	10,5%	42,1%	31,6%	10,5%	0,0%	53,7	20,1	0,37	Satisfatório
43. Interesse dos profissionais por temas específicos relacionados com saúde e segurança.	0,0%	5,3%	36,8%	47,4%	10,5%	0,0%	47,4	15,2	0,32	Satisfatório
44. Disponibilidade da Gerência para aceitar as soluções ou reclamações dos trabalhadores	10,5%	21,1%	36,8%	21,1%	10,5%	0,0%	60,0	23,1	0,38	Bom
45. Disponibilidade para empreender as “ações” ou iniciativas dos trabalhadores	0,0%	26,3%	42,1%	15,8%	15,8%	0,0%	55,8	20,6	0,37	Satisfatório
46. Iniciativa dos profissionais para reivindicar ações de prevenção	0,0%	15,8%	26,3%	31,6%	21,1%	5,3%	45,3	22,9	0,51	Satisfatório
Global	2,6%	14,0%	35,1%	33,3%	14,0%	0,9%	51,1	14,6	0,29	Satisfatório

Fonte: A autora, 2019.

Os itens analisados receberam avaliação de resposta mais frequente “Ruim” por parte dos profissionais da assistência direta, evidenciando pouco interesse e/ou desconhecimento da prevenção dos riscos no trabalho por parte dos mesmos.

Por parte dos gestores, a avaliação de resposta mais frequente quanto ao interesse na prevenção dos riscos foi classificado como “Satisfatório”, o que demonstra que esta categoria tem mais interesse na prevenção dos riscos e/ou mais conhecimento sobre o assunto.

Analisando os escores resultantes da avaliação, observa-se que os itens foram classificados como “Satisfatório” ou Ruim” por parte dos profissionais da assistência direta, e “Satisfatório” ou “Bom” por parte dos gestores.

Globalmente, o interesse dos profissionais na política de prevenção dos riscos do trabalho foi considerada “Satisfatório” pelos profissionais da assistência direta e pelos gestores.

É preocupante o fato de os profissionais da assistência se mostrarem pouco interessados na prevenção de riscos no trabalho, pois configura exposição, sem noção real dos perigos aos quais estão suscetíveis, e, mais do que isso, impossibilita-os de reivindicar por medidas adequadas de prevenção de riscos no ambiente de trabalho, que podem afetar sua integridade, bem-estar físico, moral e psicossocial.

Entre esses fatores de riscos no trabalho da enfermagem, podemos citar a escassez de recursos materiais (ausência de equipamentos de proteção individual tais como, luvas de procedimento, máscaras, óculos de proteção, além da precariedade na fiscalização quanto ao uso desses equipamentos e escassez no fornecimento destes materiais aos profissionais etc.), falha no dimensionamento de pessoal, déficit de conhecimento e de capacitações frente às questões de biossegurança (ANDRADE, 2018).

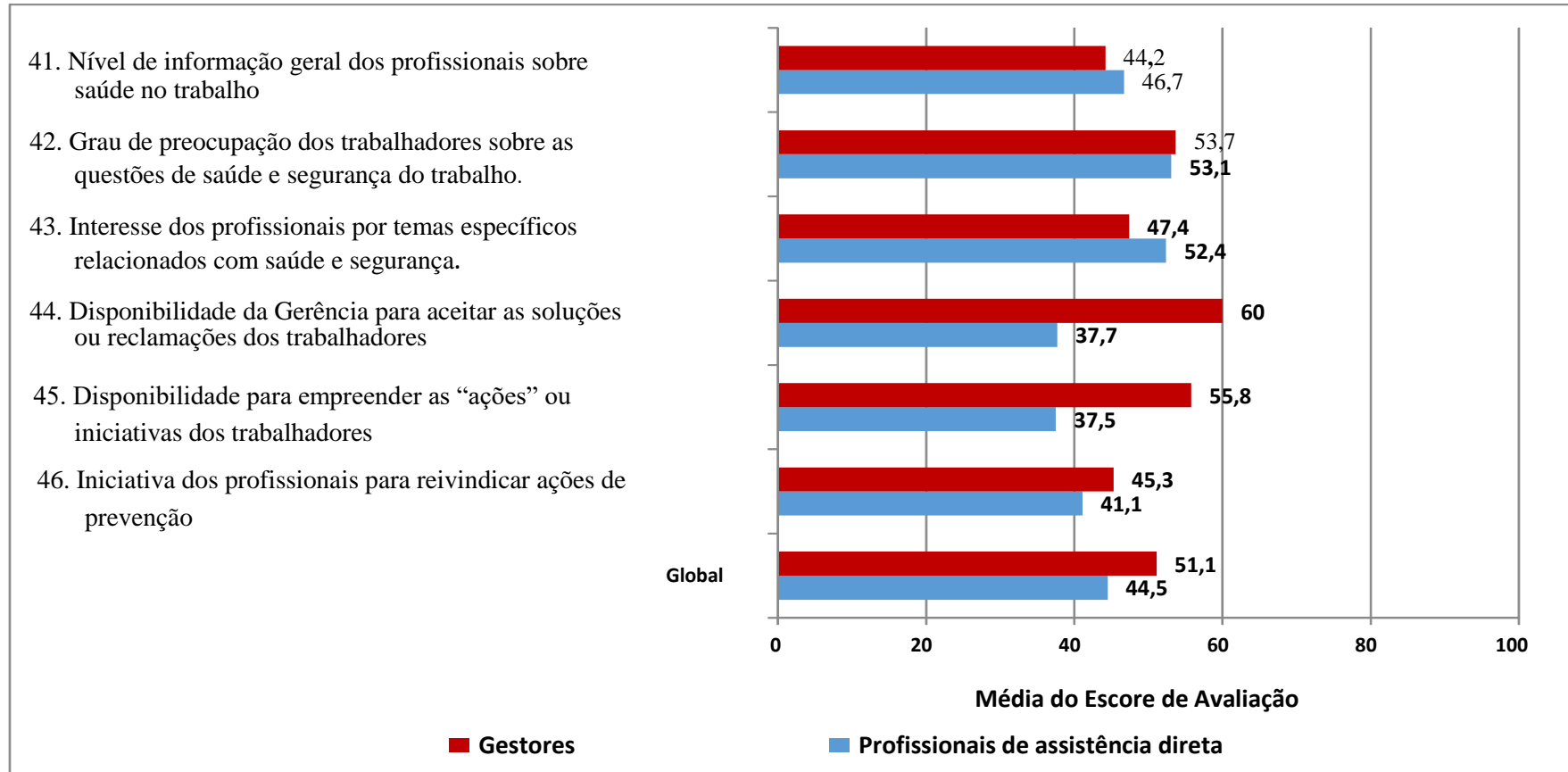
Souza (2016) afirma que é de conhecimento geral que a maneira mais eficiente de prevenir riscos ocupacionais na enfermagem é por meio de ações educativas realizadas pela equipe da “educação continuada em serviço”, que associam os programas e metas a serem alcançadas pelos gestores e instituições de saúde, com a formação de multiplicadores de conhecimento. Porém, esses treinamentos nem sempre ocorrem de forma concreta e eficaz e, quando ocorrem, apresentam fragilidade nas orientações.

Para ações de prevenção de acidentes eficientes, é necessário modificar a realidade dos modos de fazer do trabalho, lançando mão da tecnologia e da educação em serviço, além de normas e procedimentos que promovam e facilitem a comunicação, avaliação, tratamento e acompanhamento dos acidentes de trabalho, e os dados provenientes destas ações devem também estar disponíveis aos trabalhadores. Além disso, deve-se implantar programas que

visem ao controle administrativo, com a adoção de medidas de segurança, tendo a equipe de enfermagem como agente de transformação.

Ainda sobre a questão de prevenção de acidentes, desperta a atenção a avaliação diferente entre trabalhadores da assistência e gestores nos itens 44 e 45, conforme demonstra a Figura 4, de acordo com a média dos escores de avaliação de interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho.

Figura 4 – Média dos escores de avaliação do interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho, segundo a avaliação dos profissionais de assistência direta e dos gestores



Fonte: A autora, 2019.

A Figura 4 mostra, segundo os escores de avaliação de interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho, uma diferença significativa de avaliação entre os profissionais da assistência direta e gestores, quanto aos itens 44 e 45, que versam sobre a disponibilidade da gerência em aceitar e empreender soluções ou reclamações e ações ou iniciativa dos trabalhadores.

De acordo com esta figura, os gestores demonstram grande disponibilidade e abertura para absorver as sugestões dos trabalhadores. Porém, esta avaliação decai, praticamente pela metade, na avaliação dos profissionais da assistência direta.

Os escores demonstram que os profissionais da assistência direta e gestores não estão consonantes nas ideias e análises.

O mais preocupante é a evidência da falta de sensibilidade quanto à autocrítica por parte dos gestores, o que em muito dificulta a autoavaliação perante as ações junto aos seus subordinados.

Diante disso, é possível concluir que a diferença entre os escores das respostas da equipe assistencial e gerente reflete a falta de abertura e receptividade dos gerentes para com as questões dos profissionais da assistência, constituindo, portanto, um fator de risco ocupacional, sendo geradora de insatisfações e adoecimentos.

3.5 Perfil de saúde dos profissionais da assistência direta

A Tabela 11 exhibe a distribuição de frequências dos problemas de saúde dos profissionais da assistência direta. Os itens em negrito representam as respostas mais frequentes.

Tabela 11 – Distribuição de frequências dos problemas de saúde dos profissionais da assistência direta

Danos a Saúde Percebidos	SIM	NÃO	SIM		
			Provocados	Agravados	Não Relacionado
47. Doenças Infeciosas	16,3%	83,7%	5,7%	0,8%	9,8%
48. Consumo frequente de medicamentos	34,1%	65,9%	12,2%	8,9%	13,0%
49. Problemas do sistema nervoso	36,6%	63,4%	22,0%	10,6%	4,1%
50. Estresse	72,4%	27,6%	44,7%	23,6%	4,1%
51. Depressão	35,0%	65,0%	21,1%	8,9%	4,9%
52. Agressões ou condutas violentas	15,4%	84,6%	5,7%	2,4%	7,3%
53. Transtornos do sono	51,2%	48,8%	30,9%	16,3%	4,1%
54. Mudanças de humor/alterações de comportamento	43,1%	56,9%	29,3%	8,9%	4,9%
55. Alcoolismo e uso de outras drogas	12,2%	87,8%	4,9%	0,8%	6,5%
56. Dor de cabeça frequente	39,0%	61,0%	22,8%	9,8%	6,5%
57. Perda Auditiva	17,1%	82,9%	3,3%	4,1%	9,8%
58. Problemas oculares	36,6%	63,4%	11,4%	6,5%	18,7%
59. Doenças do Coração	17,9%	82,1%	5,7%	3,3%	8,9%
60. Hipertensão Arterial Sistêmica	38,2%	61,8%	17,9%	9,8%	10,6%
61. Varizes	59,3%	40,7%	38,2%	14,6%	6,5%
62. Doenças Renais	12,2%	87,8%	2,4%	4,1%	5,7%
63. Problemas respiratórios	21,1%	78,9%	6,5%	4,9%	9,8%
64. Doenças de pele	14,6%	85,4%	5,7%	2,4%	6,5%
65. Problemas digestivos	27,6%	72,4%	14,6%	5,7%	7,3%
66. Doenças do Fígado	9,8%	90,2%	3,3%	3,3%	3,3%
67. Fadiga Muscular	43,1%	56,9%	26,8%	13,0%	3,3%
68. Problemas de articulação	53,7%	46,3%	36,6%	13,8%	3,3%
69. Cervicalgias	47,2%	52,8%	33,3%	12,2%	1,6%
70. Lombalgias	60,2%	39,8%	43,1%	13,0%	4,1%
71. Intoxicação por substâncias químicas	11,4%	88,6%	6,5%	0,0%	4,9%
72. Transtornos relacionados ao ciclo menstrual	17,1%	82,9%	5,7%	3,3%	8,1%
73. Transtornos da gravidez ou de órgão reprodutor	12,2%	87,8%	4,1%	1,6%	6,5%
74. Afastamentos frequentes por motivo de doença	26,8%	73,2%	12,2%	9,8%	4,9%
75. Mudança/transferência do trabalho por motivo de doença	21,1%	78,9%	12,2%	4,9%	4,1%

Fonte: A autora, 2019.

Os problemas de saúde mais prevalentes entre os profissionais (problemas que obtiveram frequências acima de 50%), foram: o Estresse (72,4%), as Lombalgias (60,2%), as Varizes (59,3%), os Problemas de articulação (53,7%), e os Transtornos do sono (51,2%).

Importante ressaltar alguns outros problemas de saúde também considerados como “provocados pelo trabalho”: as Cervicalgias (33,3%), as Mudanças de humor/alterações de

comportamento (29,3%), a Fadiga Muscular (26,8%), a Dor de cabeça frequente (22,8%), os Problemas do sistema nervoso (22,0%) e a Depressão (21,1%).

O problema de saúde mais notoriamente considerado como agravado pelo trabalho foi o Estresse (23,6%).

Os problemas de saúde mais frequentemente declarados como não relacionados ao trabalho são os problemas oculares (18,7%), o consumo frequente de medicamentos (13,0%) e a hipertensão arterial sistêmica (10,6%).

Portanto, a presente pesquisa evidencia que a maioria dos casos de adoecimento dos profissionais de enfermagem desta instituição está relacionada a distúrbios psicoemocionais/mentais e osteomusculares, corroborando com diversas pesquisas realizadas na área.

Matiz (2018) define doença laboral como a condição adquirida como resultado da exposição a fatores de riscos inerentes à atividade laboral ou ao meio em que o trabalhador se vê obrigado a trabalhar.

E o Capítulo I - Dos Direitos da Enfermagem, Art. 2º afirma que os profissionais de enfermagem tem como direito exercer suas atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e de violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2018).

Muitos são os fatores que desencadeiam o adoecimento dos profissionais de enfermagem, mas podemos destacar a gestão deficiente de recursos humanos, financeiros e materiais, o não cumprimento de leis e normas regulamentadoras que protegem a saúde física e mental dos trabalhadores e estrutura física do ambiente de trabalho degradada e em desajustes ergonômicos.

Além desses fatores externos, não podemos esquecer os fatores internos e característicos da profissão de enfermagem, como as jornadas de trabalho exaustivas, escalas de trabalho em turnos e plantões, mobiliário inadequado, necessidade de realizar horas extras para completar escalas desfalcadas por conta de faltas isoladas ou vinculadas à licenças médicas, e o fato de estar constantemente exposto ao sofrimento e morte, que contribuem para o desgaste e adoecimento físico e emocional dos profissionais da enfermagem (SOUZA, 2016).

O trabalhador sofre de doenças profissionais não apenas por conta de suas atividades laborativas, mas também por não saber dominar e conviver com os seus efeitos em sua vida. Esse ônus configura em custos à nível de sofrimento humano, incapacidades e perdas

financeiras institucionais, pois se representa em despesas para a área de saúde pública (MUNHOZ, 2018).

A exposição prolongada e permanente aos fatores de risco existentes no ambiente de trabalho propicia o surgimento de doenças relacionadas ao trabalho e, frequentemente, são responsáveis por afastamentos, licenças médicas e aposentadorias por invalidez.

O estresse ocupacional na enfermagem é considerado uma das maiores e recorrentes causas de adoecimento mental (VERSA, 2012).

Existem diversos motivos para que o adoecimento mental ocorra, como conflitos entre a profissão e o sistema em que está inserida, a responsabilidade pela vida de outras pessoas, o convívio com a dor e o sofrimento, contato com equipamentos inadequados, deficiências de recursos humanos, problemas de relacionamento, ambiguidade de papéis, ritmo excessivo de trabalho, longas jornadas, muitas vezes duplas ou triplas, tempo de descanso diário insuficiente para a recuperação etc. (VERSA, 2012).

O estresse em alto grau pode evoluir para a alteração do padrão do sono, mudanças nos hábitos de alimentação, mudanças de humor, irritabilidade, diminuição da capacidade de concentração e Síndrome de *Burnout* (SB), que é a síndrome do cansaço exaustivo, doença característica de profissionais que trabalham com o público, e, apesar do esforço para alcançar suas metas, os mesmos não se sentem reconhecidos, gerando falta de interesse pela profissão e manifestação de transtornos mentais e físicos (DÍAZ-RODRIGUEZ, 2011).

Neste aspecto, percebemos grande divergência quanto à expectativa e realidade, pois muito se fala sobre a humanização da assistência à saúde, mas pouco se faz em relação à saúde do trabalhador em saúde. Pouca atenção é dada aos aspectos nocivos do adoecimento do profissional de saúde que permanece em pleno exercício de suas funções, pois esse problema pode ecoar negativamente na qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes e familiares nos serviços de saúde (LINCH, 2011).

Algumas estratégias de intervenção podem ser propostas para amenizar os riscos de estresse no ambiente de trabalho, como a diminuição da carga emocional, aumento no quantitativo de recursos humanos e materiais em número e qualidade suficientes para a demanda, maior valorização do trabalhador, jornada e remuneração dignas, implementação de atividades de educação permanente, grupos de reflexão, ginástica laboral e a implementação de estudos alinhados com as políticas de saúde do trabalhador no âmbito da prevenção, promoção, assistência e reabilitação do profissional acometido pelos agravos à saúde mental relacionado à função.

Quanto ao adoecimento por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), a enfermagem, dentre as profissões da área da saúde, é a categoria profissional mais afetada em virtude das características singulares de suas atividades, que exigem trabalho em turnos e esforço físico e mecânico intenso e contínuo (ATTARCHI, 2014).

As atividades desenvolvidas pela enfermagem são repetitivas e agravadas por carga horária elevada, posturas inadequadas durante a prestação de cuidados e pela inadequação física do ambiente de trabalho.

Ao longo de anos de trabalho, músculos, tendões, nervos e ligamentos ficam comprometidos, propiciando o aparecimento de dores, formigamento, dormência e fadiga precoce, que contribuem para o afastamento, limitações e posterior incapacidade para o trabalho (LIMA, 2014).

Importante destacar que limitações laborais geram a tristeza e a insatisfação do trabalhador, que, muitas vezes, inicia um processo de adoecimento psicoemocional associado ao DORT.

Diante disso, conclui-se que os DORT são causados, principalmente, por deficiências na organização do trabalho (déficit de profissionais, turnos prolongados etc.) e por inadequações ergonômicas do espaço físico do posto de trabalho (MACHADO, 2014).

De acordo com Oliveira (2017), os DORT podem ser prevenidos através da compreensão do ambiente organizacional de trabalho e, a partir desta, criar estratégias de promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores, como implementação de intervalos durante o turno de trabalho, ginástica laboral e estímulo à prática de exercícios regulares fora do ambiente de trabalho. Tais atitudes visam melhorar as condições de trabalho, minimizar o desenvolvimento e consequências desses distúrbios e, bem como, reduzir os afastamentos e as licenças desses profissionais.

Portanto, diante dos dados obtidos sobre os problemas de saúde dos profissionais de enfermagem desta instituição, pode-se afirmar que os mesmos se encontram exercendo suas funções em franco adoecimento físico e mental.

Percebe-se que, além de problemas físicos decorrentes de precárias condições de trabalho, problemas de ordem psicológica têm afetado o cotidiano dos trabalhadores. Em decorrência disso, o sofrimento psíquico se mostra um fator desencadeador de queixas, como fadiga, depressão, entre outras, que precisam ser discutidas e combatidas (BRAGA, 2019).

Machado (2016) relata que a qualidade de vida do profissional de enfermagem pode ser ainda mais prejudicada pelo fato de ser uma profissão majoritariamente feminina, com

carga horária de trabalho extenuante e baixos salários. Além disso, as atividades físicas, culturais, sociais, entre outras, são colocadas em segundo plano.

Cordeiro (2019) afirma que, apesar de a enfermagem ter o cuidado como foco central de sua atuação, por vezes, seus profissionais não se dedicam ao cuidado de si mesmo, o que colabora com o surgimento de situações prejudiciais à sua vida pessoal, profissional, social e de saúde, como qualidade do sono, alimentação inadequada e falta de atividade física.

Enfatiza, ainda, que, a partir da implementação do cuidado de si pelo profissional de enfermagem, o mesmo se conscientiza sobre os riscos do seu trabalho e suas consequências, sobre os sinais e sintomas presentes no trabalho que interferem em sua saúde e a relevância de se tornar mais atencioso ao seu autocuidado e apto para reivindicar o cumprimento de seus direitos legais.

CONCLUSÃO

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a interferência da situação gerencial dos Serviços e Setores de Enfermagem no adoecimento dos trabalhadores de enfermagem.

A população de trabalhadores de enfermagem do hospital participante da pesquisa é predominantemente feminina, acima dos 40 anos de idade, e a maioria dos participantes refere sofrer de transtornos psicoemocionais (estresse, depressão e ansiedade) e de questões osteomusculares (cervicalgia e lombalgia).

A situação gerencial dos Serviços e Setores de enfermagem se apresenta deficiente devido à falta de formação acadêmica específica na área gerencial, pois os gerentes não conseguem se autodenominar como gestores na instituição. Além disso, os mesmos afirmam que as Normas Regulamentadoras, principalmente a NR-32, não são cumpridas e desconhecem a existência e o funcionamento de alguns programas internos (como Comitê de Biossegurança e Programa de controle de resíduos hospitalares na instituição).

O Plano geral de política de prevenção de riscos no trabalho, os Protocolos de medidas de prevenção, Vigilância da saúde dos trabalhadores (as) e Adequação dos recursos técnicos para aplicação destes protocolos foram avaliados como “Ruim” pelos gestores.

Diante disso, pode-se inferir que as doenças dos trabalhadores não são avaliadas e investigadas adequadamente por parte dos gestores, evidenciando importante desinformação por parte dos mesmos, sobre o perfil de saúde e necessidades de seus trabalhadores.

Neste contexto, fica clara a exposição dos profissionais de enfermagem a inúmeros riscos de acidentes em seu ambiente de trabalho, que é agravada pelo conhecimento deficiente sobre a realidade do adoecimento de seus funcionários.

Ainda sobre os gestores, os mesmos se consideram muito disponíveis em aceitar as sugestões ou reclamações dos trabalhadores. Porém, estes trabalhadores avaliaram que esta disponibilidade dos gerentes praticamente não existe, o que, certamente, é um gerador de conflito, insatisfação e adoecimento no âmbito do estresse e ansiedade.

A ausência ou a precariedade dos itens acima descritos têm impacto direto e de forma deletéria nas condições de saúde dos trabalhadores. Este cenário pode ser revertido e transformado positivamente através de ações firmes e assertivas por parte dos gestores com a implementação de medidas simples, como o cumprimento da NR-32 e efetiva vigilância da saúde dos trabalhadores.

Quanto ao adoecimento dos trabalhadores de enfermagem destes Serviços e Setores, foram identificados, com maior prevalência, problemas psicoemocionais (Estresse, Transtornos do sono, Mudanças de humor/alterações de comportamento, Problemas do sistema nervoso e Depressão) e físicos (osteomusculares: Lombalgias, Problemas de articulação, Cervicalgias, Fadiga Muscular e de outras ordens como: Varizes e Dor de cabeça frequente).

Trata-se de uma situação importante e preocupante, pois configura a existência de um trabalhador adoecido, estressado e depressivo, o que alerta para a ocorrência do presenteísmo, impactando diretamente nos níveis de atenção, dedicação e qualidade da assistência prestada.

Tais evidências deixam explícita a interferência negativa da situação gerencial dos Serviços e Setores de enfermagem no adoecimento de seus trabalhadores.

Com respeito aos subsídios para as melhorias das condições de trabalho, sugere-se que a referida instituição hospitalar promova reuniões regulares, com a participação de gerentes e subordinados, para discutir os problemas que os incomodam e que julgam interferir no seu cotidiano de trabalho e padrão de saúde, e promover a criação e implementação de um Programa de Promoção da Saúde dos Trabalhadores, com suas formas de avaliação e controle dos processos envolvidos, visando à melhoria do ambiente de trabalho e à qualidade da saúde de seus trabalhadores, o que certamente resultará na melhoria da qualidade do gerenciamento da assistência de enfermagem prestadas aos pacientes.

Neste sentido, a formação específica dos gestores sobre os fatores que interferem na Saúde do Trabalhador e sua capacitação em gerência de enfermagem podem garantir melhor qualidade do relacionamento entre gerente e trabalhadores e do processo gerencial como um todo.

Diante de todo o contexto investigado e discutido, verifica-se a necessidade de considerar os princípios da Ergonomia, no tocante à adaptação e melhoria das condições de trabalho no aspecto físico e psicossocial. É notório que as boas condições de trabalho favorecem o bom funcionamento da organização, assim como a organização do trabalho deve contemplar a necessidade de participação dos trabalhadores nos aspectos que afetam sua vida e a sua saúde.

Conclui-se, ainda, a necessidade de um Programa de Educação em Serviço para formação e desenvolvimento de gerentes altamente qualificados, e potenciais, porque a qualidade dos serviços de enfermagem reflete a qualidade de seus gerentes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 29-45.
- AMESTOY, S. C. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino aprendizagem da liderança. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 468-475, abr/jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a24.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2018.
- ANDRADE, G. B.; WEYKAMP, J. M.; CECAGNO, D. et al. Biossegurança: fatores de risco vivenciados pelo enfermeiro no contexto de seu trabalho. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é fundamental/ J. Res.: Fundam. Care*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 565-571. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6462/pdf_1. Acesso em: 22 dez. 2019.
- APELA, V. M. Síndrome de desgaste profissional: ¿ qué podemos hacer? **Biomedicina**, v. 8, n. 2, p. 38-47, 2014. Disponível em: http://www.um.edu.uy/docs/sindrome_desgaste_rcb.pdf. Acesso em: 27 ago. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ERGONOMIA. **O que é ergonomia?** Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.abergo.org.br/internas.php?pg=o_que_e_ergonomia. Acesso em: 13 maio 2018.
- ATTARCHI, M.; RAEISI, S.; NAMVAR, M.; GOLABADI, M. Association between shift working and musculoskeletal symptoms among nursing personnel. **Iran J Nurs Midwifery**, v. 19, n. 3, p. 309-14, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24949072>. Acesso em: 23 dez. 2019.
- AVELLAR, L. Z.; IGLESIAS, A.; VALVERDE, P. F. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. **Psic Est.**, v. 12, p. 475-81, 2007.
- BARRETO, M. M. S. **Assédio moral**: a violência sutil - análise epidemiológica e psicossocial no trabalho no Brasil. 2005. 236 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.
- BARRETO, M. M. S. **Uma jornada de humilhações**. São Paulo: FAPESP; PUC, 2000.
- BAPTISTA, P. C. P. **Incapacidade no trabalho**: a compreensão de gerentes de enfermagem. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014. Tese de livre-docência.
- BAPTISTA, P. C. P. **Violência no trabalho**: guia de prevenção para os profissionais de enfermagem. São Paulo: Coren-SP, 2017.
- BARREIRA, I. A.; BAPTISTA, S. S.; SAUTHIER, J.; SANTOS, T. C.F.; et al. Primeira República: a implantação da enfermagem laica e seus desdobramentos (1889-1930). In: PADILHA, M. I.; BORENSTEIN, M. S.; SANTOS, I. (Orgs). **Enfermagem**: história de uma profissão. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2011.

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. 2004.

BRAGA, N. L.; ARAÚJO, N. M. de; MACIEL, R. H. Condições do trabalho da mulher: Uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 211-231, maio/ago. 2019. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/11435>. Acesso em: 16 dez. 2019.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Câmara aprova punição para assédio moral no trabalho**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/553265-camara-aprova-punicao-para-assedio-moral-no-trabalho/>. Acesso em: 20 maio 2019.

_____. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 4.742, de 2001. Introduce art. 146-A no Código Penal Brasileiro - Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 -, dispendo sobre o crime de assédio moral no trabalho. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, DF, 26 maio 2001. p. 24176. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD26mai2001.pdf#page=74>. Acesso em: 21 maio 2019.

_____. Ministério da Economia. Secretaria de Previdência. **Saúde do Trabalhador**: dor nas costas foi doença que mais afastou trabalhadores em 2017. Brasília, DF, 8 mar. 2018. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/2018/03/saude-do-trabalhador-dor-nas-costas-foi-doenca-que-mais-afastou-trabalhadores-em-2017/>. Acesso em: 26 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria da Previdência Social. **Anuário estatístico da previdência social**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/27_130924-151222-748.pdf. Acesso em: 21 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria de Previdência. **Saúde e segurança do trabalhador**. Brasília, DF, 14 nov. 2012/ modificado em: 03 out. 2017. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/saude-e-seguranca-do-trabalhador>. Acesso em: 26 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 jul. 1991. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/.../artigo-19-da-lei-n-8213-de-24-de-julho-de-1991>. Acesso em: 27 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cist/index.html. Acesso em: 22 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica em Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria nº 3.237 de 1972. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1972.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **NR -32**. 2005. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Assédio do Moral e Sexual no trabalho**. Cartilha elaborada pela subcomissão de gênero com participação da Comissão de Ética do MTE. Brasil: 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Programa Nacional de Valorização do Trabalhador**, PNVNT, CANPAT. Brasília, DF, 26 jul. 1972.

BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, p. 1575-89, 2007.

CAMARGO, M. L. Presenteísmo: denúncia do mal-estar nos contextos organizacionais de trabalho e de riscos à saúde do trabalhador. **R. Laborativa**, v. 6, n. 1 (especial), p. 125-146, abr./2017. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>. Acesso em: 3 set. 2018.

CAMELO, S. H. H.; SOARES, M. I.; CHAVES, L. D. P.; ROCHA, F. L. R.; SILVA, V. L. S. Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. e11637, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.11637>. Acesso em: 18 dez. 2019.

CAMISASSA, M. Q. **Segurança e saúde no trabalho - NRs 1 a 36 comentadas e descomplicadas**. 4. ed. São Paulo: Ed. Método, 2017.

CARVALHO, G. M. de. **Enfermagem do trabalho**. São Paulo: EPU, 2001.

CARVALHO, J. B. L., RAMOS, N. O. F., CÂMARA, A. G., TEIXEIRA, G. A., LOPES, T. R. G. Gestão participativa e a interface com trabalhadores do sistema único de saúde: uma revisão integrativa. **RBEPT**, v. 2, n. 11, 2016. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/article/view/4194/pdf>. Acesso em: 27 dez. 2019.

CARREIRO, G. S. P.; FERREIRA FILHA, M. O.; LAZAERTE, R.; SILVA, A. O.; DIAS, M. D. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Ver. Eletr. Enf.** v., 15, n. 1, p. 146-55, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>. Acesso em: 17 dez. 2019.

CHIAVENATO, I. **Administração geral e pública**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Barueri: Manole, 2014.

COCHRAN, W. G. **Sampling techniques**. 3. ed. [s/l]: John Wiley & Sons, 1967.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº 303/2005, de 23 de junho de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3032005_4338.html. Acesso em: 29 dez. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST**. Brasília, DF, s/d. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cist/index.html. Acesso em: 26 maio 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (Brasil). **Código de ética e principais legislações para o exercício da enfermagem**. São Paulo, COREN – SP, nov. 2018.

COLLIS, J., HUSSEY, R.. **Pesquisa em Administração**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CORDEIRO, M. **Cuidando de mim para cuidar do outro**: percepção do profissional de enfermagem sobre a relação entre o trabalho e a saúde. 2019. 64f. Dissertação (Mestrado em Educação para a saúde) – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/28024>. Acesso em: 16 dez. 2019.

CORRÊA, G. M. Estilos de liderança: autocrática, democrática e liberal. In: **Administradore.com**. João Pessoa, mar. 2011. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/mobile/artigos/negocios/estilos-de-lideranca-autocratica-democratica-e-liberal/52800/>. Acesso em: 4 jun. 2018.

CORREIA, J. A. C. **Violência no trabalho dos enfermeiros no serviço de urgência**. 2016. 172f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, 2016.

COSTA, D. M. et al. **Assédio moral no ambiente de trabalho em enfermagem**: uma reflexão ética. Cuité: Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG. Trabalho não publicado. Disponível em: <apps.cofen.gov.br/cbenf/.../arquivostrabalhos/I19825.E8.T3986.D4AP.pdf>. Acesso em: 21 set. 2017.

DÍAZ-RODRIGUEZ, L.; ARROYO-MORALES, M.; CANTARERO-VILLANUEVA, I.; FERNANDEZ-LAO, C.; POLLEY, M.; FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C. Uma sessão de Reiki em enfermeiras diagnosticadas com síndrome de Burnout tem efeitos benéficos sobre a concentração de IgA salivar e a pressão arterial. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1132-8, 2011.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Rev. Bras. de Saúde Ocupacional**, v. 14, p. 7-11, 1986.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2010.

FAIMAN, C.J.S. A queixa de assédio moral no trabalho e a psicoterapia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 1, p. 127-135, 2016.

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

FEDERAÇÃO DOS HOSPITAIS E ESTABELECIMENTO DE SERVIÇO DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ. **NR – 32**. Disponível em: <http://www.fehospar.com.br>. Acesso em: 3 maio 2018.

FELLI, V.E.A.; BAPTISTA, P.C.P. (Orgs.) **Saúde do Trabalhador de Enfermagem**. Barueri-SP: Manole, 2015. v. 1. 374p.

FERREIRA, A.B.H. **Minidicionário Aurélio Escolar**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FERREIRA, J.C.O.A. F.; KURCGANT, P. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 31-6, 2009.

FERREIRA JUNIOR, M. **Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Roca, 2000.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). **Assédio moral e sexual no trabalho: prevenção e enfrentamento na Fiocruz**. Rio de Janeiro, 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). **Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/gerenciamento-residuos-servico-saude.htm. Acesso em: 19 dez. 2019.

FONTES, K. B., PELLOSO, S. M., CARVALHO, M. D. B. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32 n. 4, p. 815-22, dez. 2011. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/prog_det.asp?te_codigo=19&pr_codigo=17. Acesso em: 22 set. 2018.

GARCIA, G. F. B. (Org.) **Legislação de Segurança e Medicina do Trabalho**. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Método, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GÓIS, O.S., GUIMARÃES, J., MEDEIROS, S.M. Neoliberalismo e programa saúde da família: a propósito do trabalho precarizado. **Rev enferm UFPE**, v. 4, p. 1204-10, 2010.

GONÇALVES, F. G. A, LEITE, G. F. P., SOUZA, N. V. D.O., SANTOS, D. M. O modelo neoliberal e suas repercussões para o trabalho e para o trabalhador de enfermagem. **Rev enferm UFPE**, v. 7, p. 6352-9, 2013.

GUIMARÃES, A.L.O; FELLI, V.E.A. Notificação de problemas de saúde em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 3, p. 507-14, maio/jun. 2016.

HAGOPIAN, E.M., FREITAS, G. F. de; SILVA, T. A. et al. Percepções dos enfermeiros sobre o conceito de assédio moral. **Rev. Enf. UFPE online**, Recife, v. 12, n. 3, p. 738-44, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a23504p738-744-2018>. Acesso em: 22 set. 2018.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Rev. esc. enferm USP**, v. 44, p. 694-701, 2010.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (Reino Unido). **Occupational stress statistics bulletin 2002/03**. London: HSE, 2003. Disponível em: <http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/ohsb0203.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2018.

HIRIGOYEN, M. F. **Mal-estar no trabalho**: redefinindo o assédio moral. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

HIRIGOYEN, M. F. **O assédio no trabalho**: como distinguir a verdade. Cascais: Pergaminho, 2002.

HORTA, W. de A. Conceito de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 2, n. 2, set. 1969. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v2n2/0080-6234-reeusp-2-2-001.pdf>. Acesso em: 28 maio 2018.

IIDA, I. **Ergonomia**: projeto e produção. 3. ed. S. Paulo: Blucher, 2016.

JACONDINO, M. B.; MARTINS, C. L.; NUNES, N. J. S.; THOFEHRN, M. B. Processo de trabalho em enfermagem: competências gerenciais. In: THOFEHRN, M. B. (Org.). **Enfermagem**: manual de gerenciamento. Porto Alegre: Moriá Editora, 2016. p. 13-26.

JOHN, G. Presenteeism in the workplace: a review and research agenda. **Journal and organization behavior**, v. 31, n. 4, p. 519-42, 2010.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016.

LACAZ, F. A. C. **O campo Saúde do Trabalhador**: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil. (Cadernos de Saúde Pública). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2007.v23n4/757-766/>. Acesso em: 22 set. 2018.

LIMA, A. C. S.; MAGNAGO, T. S. B. S.; PROCHNOW, A.; CERON, M. D. S.; SCHARDONG, A. C.; SCALCON, C. B. Fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 22, n. 4, p. 526-32, 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a15.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2019.

LINCH, C. G. F., GUIDO, L. A. Estresse de enfermeiros em unidade de hemodinâmica no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 1, p. 63-71, 2011.

LINO, M. M.; POLIANA, T. N.; LINO, M. M.; FURTADO, M. Enfermagem do Trabalho à Luz da Visão Interdisciplinar. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100014. Acesso em: 6 maio 2018.

LIPOVETSKY, G. **A felicidade paradoxal**. São Paulo: Companhia das letras, 2007.

LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LORENZ, V. R.; BENATTI, M. C. C.; SABINO, M. O. Burnout e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 8, 2010.

MACHADO, L. S. F.; RODRIGUES, E. P.; OLIVEIRA, L. M. M.; LAUDANO, R. C. S.; SOBRINHO, C. L.N. Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 5, p. 684–91, 2014. Disponível em: doi: [http:// dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670503](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670503). Acesso em: 26 dez. 2019.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 1/4, p. 11-17, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caracter%C3%ADsticas-gerais-da-enfermagem-o-perfil-s%C3%B3cio-demogr%C3%A1fico.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2019.

MACHADO, M. H.; LIVEIRA, E.S.; LEMOS, W.R.; LACERDA, W.F. de; JUSTINO, E. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 56, p. 52-69, dez. 2016.

MAETRIS, E.; NASCIMENTO, E. R. P.; BERTONCELO, K. C. G.; MARTINS, J. J. Estratégias para o Acolhimento dos Familiares dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 73-8, jan/mar 2012.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman , 2001.

MÁSCULO, F.S.; VIDAL, M.C. (Orgs.). **Ergonomia**: Trabalho adequado e eficiente. Rio de Janeiro: Elsevier/ABEPRO, 2011.

MATIZ, A. T.; CERVERA, S. G.; BARRERO, Y. F. N. **Gestión de la seguridad y salud en el trabajo**: manual práctico para implementación de los estándares mínimos. 1. reimp. Colômbia: Legis Editor S. A., 2018.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MAURO, M. Y. C. Especialização em enfermagem do trabalho. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 51, n. 3, p. 469-484, jul./set. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v51n3/v51n3a11.pdf>. Acesso em: 6 maio 2018.

MAURO, M. Y. C.; MAURO, C. C. C. **Inovação de gestão das condições de trabalho em saúde para Hospitais do SUS/BRASIL**: Edital MCP/CNPq/MS-DECIT nº 23/2006, aprovado pelo CNPq em julho 2009. Brasília, DF. Relatório técnico da pesquisa.

MAURO, M. Y. C.; MUZI, C. D.; GUIMARÃES, R. M.; MAURO, C. C. C. Riscos ocupacionais em saúde. **R. Enferm. UERJ**, v. 12, p. 338-45, 2004.

MCCONNELL, E. A. **Burnout in the nursing profession**: coping strategies, causes and costs. St. Louis: The C. V. Mosby Company, 1982.

MCGREGOR, D. **The human side of enterprise, annotated edition**. Nova Iorque: McGraw-Hill Education, 2006.

MCINTYRE, T. **Stress e os profissionais de saúde**: os que tratam também sofrem. **Anal Psicol.**, v. 12, n. 2-3, p. 193-200, 1994.

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

MENDES, R. et al. **Dicionário de saúde e segurança do trabalhador**: conceitos, definições, história, cultura. Novo Hamburgo (RS): Proteção Publicações Ltda, 2018.

MUNHOZ, C. S.; DANTAS, T. G. M.; RÍNCON, L. A. A.; TOGNINI, S. Fatores de risco para o transtorno mental relacionado ao trabalho em profissionais de enfermagem. **Rev. Aten. Saúde**. São Caetano do Sul, v. 16, n. 56, p. 83-93. abr./jun. 2018. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5200/pdf. Acesso em: 26 dez. 2019.

MUNIZ, F. V. et. al. **Estilos de liderança em enfermagem na instituição hospitalar e na atenção básica**. XXV Seminário de Iniciação Científica, 2007. Disponível em: file:///C:/Users/pfeit_000/Downloads/8015-1-34267-1-10-20170919.pdf. Acesso em: 4 jun. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. **Stress at work**. Atlanta (GA): NIOSH; 2006. Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>. Acesso em: 24 abr. 2018.

OLIVEIRA, C. A. D. de. **Manual prático de saúde e segurança do trabalho**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010.

OLIVEIRA, M. F. de. **Metodologia científica**: um manual para a realização de pesquisas em Administração. Catalão: UFG, 2011.

OLIVEIRA, V. C.; ALMEIDA, R. J. de. Aspectos que determinam as doenças osteomusculares em profissionais de enfermagem e seus impactos psicossociais. **J Health Sci**. v. 19, n. 2, p. 130-5, 2017. Disponível em: <https://revista.pgskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/4272/3565>. Acesso em: 26 dez. 2019.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.) Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de Saúde? In: **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720 p.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-50, abr./jun. 2012.

PERES, R. S.; PEREIRA, M. S.; XAVIER, F. T. A. X.; OLIVEIRA, F. M. Compartilhar para conviver: relato de uma intervenção baseada em grupos de encontro para abordagem de estressores ocupacionais. **Rev. SPAGESP**, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2011.

PEROVANO, D. G. **Manual de metodologia científica**: para segurança pública e defesa social. São Paulo: Jurua Editora, 2014.

PIHLAINEN, V.; KIVINEN, T.; LAMMINTAKANEN, J. Management and leadership competence in hospitals: a systematic literature review. **Leadersh Serv Saúde (Bradf Engl)**, v. 29, n. 1, p. 95-110, 2016.

PORTAL ERGONOMIA NO TRABALHO. **O que é ergonomia?** 2000. Disponível em: <http://www.ergonomianotrabalho.com.br/ergonomia.html>. Acesso em: 13 maio 2018.

RIVAS, R. R. **Ergonomia em el diseño y la producción industrial**. Buenos Aires: Nobuko, 2007.

ROGERS, B. **Enfermagem do trabalho: conceitos e práticas**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, 1997.

SÁ, T. J. de. **Enfermagem do Trabalho**. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfrVIAE/enfermagem-trabalho>. Acesso em: 6 maio 2018.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. de. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. (Coleção Saúde Coletiva).

SANTOS, L. C. **Diagnóstico situacional da UBS Barreiro de Cima**. Belo Horizonte, UFMG, 2010. Disponível em: https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/BC_diagnostico.pdf. Acesso em: 3 jun. 2018.

SANTOS, J. N.; NEIVA, E. R.; ANDRADE-MELO, E. A. Relação entre clima organizacional, percepção de mudança organizacional e satisfação do cliente. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 29, n. 1, p. 31-39, out. 2013.

SARAIVA E. **Segurança e medicina do trabalho**. Saraiva Editora, 23. ed., 2019.

SAÚDE OCUPACIONAL.ORG. **Cresce número de afastamentos por depressão**. 03 jul. 2016. Disponível em: <http://www.saudeocupacional.org/2016/07/como-esta-a-saude-mental-do-trabalhador-no-ambiente-corporativo.html>. Acesso em: 26 maio 2018.

SCHAUFELI, W.; ENZMANN, D. **The burnout companion to study and practice: a critical analysis**. Londres: CRC Press, 1998.

SEGURANÇA e medicina do trabalho. 82. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2019.

SEGURANÇA e medicina do trabalho: Lei N° 6.514, de 22 de dezembro de 1977. 68. ed. Rio de Janeiro: Atlas SA, 2011.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

SILVA, F. J. **Capacidade para o trabalho e presenteísmo em trabalhadores de enfermagem: propostas de intervenções gerenciais**. 2016. 171f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SILVA, P. L.; PAIVA, L.; FARIA, V. B.; OHL, R. I. B.; CHAVAGLIA, S. R. R. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 3, p. 427-432, 2016.

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Adoecimento mental é causa de afastamento. **Jornal do Sindicato dos Trabalhadores em Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Edição nº 1251, 2 - 8 julho. 2018.

SOUSA, F. M. S. de. **Condições de trabalho de ambiente cirúrgico e a saúde dos trabalhadores de enfermagem**. 2011. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, 2011.

SOUZA, I. A. S. et al. Processo do trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. **Acta Paul. Enferm.**, v. 28, n. 5, p. 447-453, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500075>. Acesso em: 5 jun. 2018.

SOUZA, A. F. L. S.; QUEIROZ, A. A. F. L. N.; OLIVEIRA, L. B.; MOURA, M. E. B.; BATISTA, O. M. A. B.; ANDRADE, D. Representações sociais da enfermagem sobre biossegurança: saúde ocupacional e o cuidar preventivista. **Rev. Brasileira de enfermagem REBEn**, 2016.

SPAGNOL, C. A.; L'ABBATE, S. Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 9, p. 822-7, 2010.

SPECTOR, P. Individual differences in the job stress process of health care professionals. In: FIRTH COZENS, J.; PAYNE, R. **Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions**. Chichester: John Wiley & Son, 1999. p. 33–42.

TITO, R. S.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, F. J.; FELLI, V. E. A. Mental health problems among nurses in pediatric cardiac intensive care. **British journal of nursing**. v. 26, n. 15, p. 870-73, 2017.

TRIGUEIRO, E. V.; LEITE, J. E. L.; DANTAS, D. N. A.; COURA, A. S.; ENDERS, B. C. Profile and positioning of the nurse manager regarding to the nursing process. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 343-9, 2014.

TRINDADE, L. L., LAUTERT, L. Síndrome de burnout entre os trabalhadores da estratégia de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 274-9, 2010.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Sistema de Biblioteca e Informação. **Manual para Elaboração de Dissertações e Teses**. Organizado por Elaine Baptista de Matos Paula et al. 5. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: SIBI, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Núcleo de Estudos. **Trabalho e Constituição do Sujeito**. Disponível em: http://www.assediomoral.ufsc.br/?page_id=442. Acesso em: 21 set. 2017.

UVA, A. S.; SERRANHEIRA, F. Saúde do trabalhador, ergonomia e a segurança do paciente. **Saúde Trab.**, v. 7, p. 5-29, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/268743545SaudedotrabalhadorErgonomiaeSegurancaadopaciente>. Acesso em: 21 abr. 2018.

UVA, A. S.; SERRANHEIRA, F.; SOUSA, P.; LEITE, E.; PRISTA, J. Occupational health and ergonomics toward patient safety. In: OVRETVEIT, J.; SOUSA, P. (Edits.). **Quality and safety improvement research: methods and research practice from the international quality improvement research network (QIRN)**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública Lisboa, 2008. p. 263-87.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate [online]**, v. 41, n. 113, p. 605-617, 2017. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042017000300605&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 21 dez. 2019.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

VERSA, G. L. G. S., MURASSAKI, A. C. Y., INOUE, K. C., MELO, W. A., FALLER, J. W., MATSUDA, L. M. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 2, p. 78-85, 2012.

VIEIRA, S. I. **Medicina básica do trabalho**. 3. ed. Curitiba: Genesis, 1994.

APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRJ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do projeto de pesquisa: **“Situação gerencial dos serviços e setores de enfermagem e agravos à saúde dos trabalhadores”.**

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre o processo de trabalho e as relações interpessoais no ambiente hospitalar e os possíveis prejuízos à saúde dos trabalhadores de enfermagem. Sua participação é importante para ajudar a criar estratégias para solucionar as situações de não conformidade nas relações de trabalho e minimizar seus efeitos na saúde do trabalhador de enfermagem.


Objetivo: Este estudo tem por objetivo caracterizar a situação organizacional das gerências dos Serviços e Setores de Enfermagem e possível associação dos riscos à saúde com repercussões de problemas psicoemocionais dos trabalhadores de enfermagem. O estudo tem duração total de dois (02) anos e se configura em uma Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com apoio institucional do Hospital Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde a coleta de dados será realizada.

Descrição dos procedimentos para coletas de dados: a coleta de dados será feita através de aplicação individual de questionário que possui um tempo de preenchimento aproximado de 10 minutos, com informações que buscam a coleta de informações sobre seu estado de saúde com enfoque nos aspectos psicoemocionais e possível relação com fatores organizacionais e gerenciais.

Direito de confidencialidade e acessibilidade: Os dados coletados serão utilizados apenas para os objetivos citados, podendo ser utilizado também para estudos futuros e os resultados poderão ser divulgados em eventos, artigos e/ou revistas científicas, por isso, todo o material utilizado na pesquisa e dados por ele gerados serão guardados, pela pesquisadora, por cinco (05) anos e destruído após esse período. Em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase da pesquisa, visando o anonimato e a confidencialidade. Asseguramos sigilo absoluto de sua participação. Você poderá ter acesso aos seus próprios resultados a qualquer momento.

Riscos: a participação na presente pesquisa envolverá um risco muito baixo e desconforto mínimos em função do método e a técnica utilizados durante a obtenção dos dados (questionários individuais), porém os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados a riscos emocionais e de constrangimento ao responder as perguntas. Entretanto, caso haja constrangimento de qualquer natureza, poderá desistir de responder o questionário ou parar de responder temporariamente, em caso de emoção, sem prejuízo algum para você.

ANEXO A – Autorização dos autores para utilização do questionário de Boix e Vogel


UNIÓN DE MUTUAS

Valencia, 20 de octubre de 2007



A quien corresponda:

Dr. Pere Boix, coautor junto con el profesor Laurent Vogel, de la Universidad Libre de Bruselas, de "La evaluación de riesgos en los lugares de trabajo – guía para una intervención sindical" publicado por la Oficina Técnico Sindical Europea para la Salud y Seguridad.

AUTORIZA A. Dra. María Yvonne Chaves Mauro

Docente de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro - UERJ e Investigadora Principal (en Brasil recibe la denominación de Coordinadora) del proyecto financiado por el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), recurso MCT- CNPq/ MS-SCTIE- DECIT - Nº 23/2006, titulado: Innovación en la Gestión de las Condiciones de Trabajo en Salud para Hospitales del Sistema Único de Salud - SUS/BRASIL.

A UTILIZAR, TRADUCIR Y ADAPTAR para el sector de la salud y mas concretamente al sector Hospitalario, el cuestionario que se encuentra en dicha publicación.

 
Fdo. Dr. Pere Boix

ANEXO B – Caderno A



INOVAÇÃO DE GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE PARA HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS/BRASIL
(MAURO & MAURO, 2000)

INSTRUMENTO PARA GESTÃO DA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM HOSPITAIS
(MAURO & MAURO, 2000)

CADERNO A ⁽¹⁾**DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO**

Guia de Orientação para a Definição de uma Estratégia de Ação Transformadora

MANUAL DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO**OBJETIVO:**

- Caracterizar a situação organizacional da instituição como subsídio para o planejamento estratégico, visando melhorias das condições de trabalho.

**CONTEÚDO:**

- Compõe-se de:
 - ✓ Dados gerais da instituição de saúde;
 - ✓ Situação geral da Instituição;
 - ✓ Política de prevenção da instituição;
 - ✓ Interesse dos trabalhadores na prevenção dos riscos no trabalho.

**INSTRUÇÃO DE APLICAÇÃO:**

- Este caderno poderá ser aplicado por profissionais com formação em Segurança, Meio Ambiente e Saúde (SMS) ou auto-aplicado.

**RESPONDENTE:**

- Este caderno deverá ser respondido pelo Diretor Geral da Instituição ou pessoa designada por ele e pela Coordenação de Enfermagem, com assessoria das Chefias de Serviço (quando houver).

⁽¹⁾ Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO & MAURO (2000).

CADERNO A ⁽¹⁾

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Guia de Orientação para a Definição de uma Estratégia de Ação Transformadora

DADOS GERAIS

1. Atividade Principal do Hospital
2. Função da Pessoa que foi entrevistada:
3. Número de trabalhadores (as):

CATEGORIA RH	TOTAL	HOMEM	MULHER	Tipo de contratação					
				Estatutário			CLT	Cooperativado	Residente
				Federal	Estadual	Municipal			
Enfermeiro									
Técnico de Enfermagem									
Auxiliar de Enfermagem									

4. Número de trabalhadores ausentes:
Geral do Hospital:

CATEGORIA RH	FÉRIAS	LICENÇA MÉDICA	FALTAS
Enfermeiro			
Técnico de Enfermagem			
Auxiliar de Enfermagem			

5. Existe alguma Associação ou Representação Sindical dos Trabalhadores neste Hospital?
 Sim Não Nome/sigla:
6. Comitês ou Comissões de Apoio a Saúde do Trabalhador:
 Comitê de Biossegurança Comitê de Ergonomia
 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
 Outros:

⁽¹⁾ Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO & MAURO (2000).

CADERNO A ⁽¹⁾

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Guia para Definição de uma Estratégia de Ação Transformadora

DADOS GERAIS

7. Atividade Principal do Hospital
8. Serviço de Controle de Saúde no Trabalho:
 Sim Não
9. O serviço de controle de Saúde do Trabalhador
 Próprio Externo
10. As medidas preventiva de saúde estão associadas aos cumprimentos da NR-32 ?
 Sim Não Desconheço
11. Programas de Prevenção de:
- Doenças: (hepatite, tuberculose, etc)
 Sim Não
 - Acidentes: (trabalho, ergonômicos, precarização do trabalho, etc.)
 Sim Não
12. Quais os procedimentos adotados para a gestão dos resíduos hospitalares.
-
-
-
-
-
-
-

⁽¹⁾ Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO & MAURO (2000).

CADERNO A ⁽¹⁾

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Guia para Definição de uma Estratégia de Ação Transformadora

SITUAÇÃO GERAL DA INSTITUIÇÃO

Opinião a respeito da situação sobre os seguintes aspectos enumerados no último ano:

Valor: 5 – Excelente ; 4 – Bom ; 3 – Satisfatória ; 2 – Ruim ; 1 – Péssimo ; 0 - Desconhece

Aspectos da Instituição	5	4	3	2	1	0
13. Disponibilidade de recursos para gestão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Evolução econômica da Instituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Inovações tecnológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Produtividade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Competitividade no mercado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Preocupação em relação ao Meio Ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nível de negociação com os Trabalhadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Nível de negociação com os Sindicatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Nível de negociação com o Governo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Nível de negociação com os Fornecedores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nível de negociação com Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Plano geral de política de prevenção de riscos no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Avaliação concreta dos planos de prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Protocolos das medidas de prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Adequação dos recursos técnicos necessários para aplicação destes protocolos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Rigor profissional dos serviços de prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Integração dos objetivos de prevenção no sistema de gestão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Políticas de formação dos trabalhadores (as) e seus representantes nas decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO & MAURO (2000).

CADERNO A ⁽¹⁾

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Guia para Definição de uma Estratégia de Ação Transformadora

POLÍTICAS DE PREVENÇÃO

Opinião a respeito da situação dos seguintes aspectos (no último ano):

Valor: 5 – Excelente ; 4 – Bom ; 3 – Satisfatória ; 2 – Ruim ; 1 – Péssimo ; 0 - Desconhece

Aspectos da Instituição	5	4	3	2	1	0
31. Consulta e participação dos trabalhadores (as) e seus representantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Funcionamento do Serviço de Segurança e Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Notificação dos Problemas de Saúde dos profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Registro dos Problemas de Saúde dos profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Investigação de Problemas de Saúde dos profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Controle atual das condições de saúde dos trabalhadores (as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Vigilância da saúde dos trabalhadores (as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Registro de Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Investigação de Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Inspeção periódica das condições de segurança nos postos de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações						

⁽¹⁾ Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO & MAURO (2000).

CADERNO A ⁽¹⁾

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Guia para Definição de uma Estratégia de Ação Transformadora

**INTRESSE DOS TRABALHADORES NA PREVENÇÃO
DOS RISCOS NO TRABALHO**

Opinião a respeito da situação dos seguintes aspectos (no último ano):

Valor: 5 – Excelente ; 4 – Bom ; 3 – Satisfatória ; 2 – Ruim ; 1 – Péssimo ; 0 - Desconhece

Aspectos da Instituição	5	4	3	2	1	0
41. Nível de informação geral dos profissionais sobre saúde no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Grau de preocupação dos trabalhadores sobre as questões de saúde e segurança do trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Interesse dos profissionais por temas específicos relacionados com saúde e segurança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Disponibilidade da Gerência para aceitar as soluções ou reclamações dos trabalhadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Disponibilidade para empreender as “ações” ou iniciativas dos trabalhadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Iniciativa dos profissionais para reivindicar ações de prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações

Pesquisador:..... Início: hs Final: hs Data: /..... /

⁽¹⁾ Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO & MAURO (2000).

ANEXO C – Caderno B

INGECTH SSTINOVAÇÃO DE GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE PARA HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS/BRASIL
(MAURO & MAURO, 2000)INSTRUMENTO PARA GESTÃO DA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM HOSPITAIS
(MAURO & MAURO, 2000)**CADERNO B ⁽¹⁾****QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS:**

Identificação subjetiva dos problemas de Saúde no Trabalho

MANUAL DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO**OBJETIVO:**

- ➔ Identificar os riscos e danos percebidos pelos trabalhadores no seu trabalho.

**CONTEÚDO:**

- ➔ Compõe-se de:
 - ✓ Questionário para caracterização profissional dos trabalhadores;
 - ✓ Questionário para identificação dos fatores de risco do ambiente de trabalho;
 - ✓ Questionário para identificação de problemas de saúde relacionados ao trabalho.
 - ✓ Questionário para avaliar a opinião sobre este questionário.

**INSTRUÇÃO DE APLICAÇÃO:**

- ➔ Este caderno será auto-aplicado por profissionais da área de Saúde/Enfermagem.

**RESPONDENTE:**

- ➔ É importante que este caderno seja respondido pelo próprio trabalhador, de acordo com a sua percepção.

⁽¹⁾ Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO & MAURO (2000).

CADERNO B ⁽¹⁾

QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS

Identificação subjetiva de problemas de Saúde no Trabalho

CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES

1. Local de trabalho:
2. Formação:
 - Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem Outros
3. Início de atuação no setor:
4. Tipo de contrato/inserção:
 - Estatutário Federal Estatutário Estadual Estatutário Municipal
 - Contrato CLT Outros Contratos Cooperativa
5. Sexo
 - Masculino Feminino
6. Idade:
7. Estado Civil:
 - Solteiro Casado (ou união consensual) Divorciado/Desquitado Viúvo
8. N° de Vínculos Empregatícios: 1 2 3 4 5
9. Tipo de Jornada nesta unidade de Saúde:
 - Jornada diurna Jornada noturna Plantão 24 horas Diarista
10. Carga Horária Semanal neste local:
 - 20 a 29 horas 30 a 39 horas 40 ou mais horas 24 horas
11. Carga Horária Semanal em outro local:
 - 20 a 29 horas 30 a 39 horas 40 ou mais horas Não se aplica
12. Faixa Salarial em Salário Mínimo Federal:
 - 1 a 2 salários 3 a 5 salários 6 a 8 salários
 - 9 a 11 salários acima de 11 salários mínimo

⁽¹⁾ Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO & MAURO (2000).

CADERNO B ⁽¹⁾
QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS
 Identificação subjetiva de problemas de Saúde no Trabalho

FATORES DE RISCOS DO AMBIENTE DE TRABALHO

Considere que no seu Posto de Trabalho existem alguns dos seguintes FATORES DE RISCO ocupacional
 Marque com um X no quadrinho correspondente à legenda abaixo. Preencha utilizando:

- A - Sempre** – você observa todos os dias no seu trabalho.
B - Quase Sempre – você observa muitas vezes no seu trabalho.
C - Raramente – você observa poucas vezes no seu trabalho.
D - Não acontece – você não observa no seu trabalho.
E - Desconhece – você não tem conhecimento se acontece ou não.

Riscos percebidos pelos trabalhadores	A	B	C	D	E
Riscos Físicos					
13. Exposição à radiação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Exposição ao ruído.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Exposição à temperatura inadequada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Exposição à umidade excessiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riscos Químicos					
17. Contato com substância química.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Exposição a gases, vapores ou aerossóis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riscos Biológicos					
19. Exposição ao vírus da Hepatite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Exposição ao vírus HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Exposição a outros riscos biológicos (secreção, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riscos de Acidente/Mecânicos					
22. Risco por contato elétrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Risco de incêndio ou explosão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Risco de queda de materiais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Choques contra objetos móveis/imóveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Falta de equipamentos de proteção individual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Má utilização de equipamento de proteção individual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Lesão por material perfurocortante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO & MAURO (2000).

CADERNO B ⁽¹⁾

QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS
Identificação subjetiva de problemas de Saúde no Trabalho

FATORES DE RISCOS DO AMBIENTE DE TRABALHO

Considere que no seu Posto de Trabalho existem alguns dos seguintes FATORES DE RISCO ocupacional
Marque com um X no quadrinho correspondente à legenda abaixo. Preencha utilizando:

- A - Sempre** – você observa todos os dias no seu trabalho.
B - Quase Sempre – você observa muitas vezes no seu trabalho.
C - Raramente – você observa poucas vezes no seu trabalho.
D - Não acontece – você não observa no seu trabalho.
E - Desconhece – você não tem conhecimento se acontece ou não.

Riscos percebidos pelos trabalhadores	A	B	C	D	E
Riscos Ergonômicos					
29. Desconforto pela postura adotada por muito tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Posturas forçadas para realização de alguma tarefa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Esforço físico que produz fadiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sobrecarga de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Organização insatisfatória de horário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Duração excessiva da jornada de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ritmo de trabalho acelerado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Recursos materiais insuficientes para realizar o trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Tarefas rotineiras ou monótonas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Percorre longa distância durante a jornada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Permanece na postura em pé por muito tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Violência no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Conflito com chefia ou encarregados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Conflito com clientes ou pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Conflito entre trabalhadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Pouca oportunidade de decisão sobre a realização do trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Falta de oportunidade de promoção no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Discriminação no trabalho (assédio moral).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO & MAURO (2000).

CADERNO B ⁽¹⁾
QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS
 Identificação subjetiva de problemas de Saúde no Trabalho

PROBLEMAS DE SAÚDE DOS PROFISSIONAIS

Marque com um X no quadrinho correspondente à legenda abaixo. Preencha utilizando:

NÃO – O problema não existe.

Provocado – Você não possuía o problema e adquiriu ao trabalhar neste local.

Agravado – Você já tinha o problema e ficou pior depois de começar a trabalhar neste local.

Não relacionado ao trabalho – O problema não tem a ver com o trabalho deste local.

Danos a Saúde Percebidos	NÃO	SIM		
		Provocados	Agravados	Não Relacionado
47. Doenças Infecciosas				
48. Consumo frequente de medicamentos				
49. Problemas do sistema nervoso				
50. Estresse				
51. Depressão				
52. Agressões ou condutas violentas				
53. Transtornos do sono				
54. Mudanças de humor/alterações de comportamento				
55. Alcoolismo e uso de outras drogas				
56. Dor de cabeça frequente				
57. Perda Auditiva				
58. Problemas oculares				
59. Doenças do Coração				
60. Hipertensão Arterial Sistêmica				
61. Varizes				
62. Doenças Renais				
63. Problemas respiratórios				
64. Doenças de pele				
65. Problemas digestivos				
66. Doenças do Fígado				
67. Fadiga Muscular				
68. Problemas de articulação				
69. Cervicalgias				
70. Lombalgias				
71. Intoxicação por substâncias químicas				
72. Transtornos relacionados ao ciclo menstrual				
73. Transtornos da gravidez ou de órgão reprodutor				
74. Afastamentos frequentes por motivo de doença				
75. Mudança/transferência do trabalho por motivo de doença				

⁽¹⁾ Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO & MAURO (2000).

CADERNO B ⁽¹⁾

QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS
Identificação subjetiva de problemas de Saúde no Trabalho

PESQUISA DE OPINIÃO

Queremos sua opinião sobre o questionário. Por favor, responda, pois sua avaliação é muito importante.

76. Em relação à compreensão deste questionário:

- Ótimo Muito Bom Bom Regular Ruim

Porque?

.....

.....

.....

.....

.....

77. Em relação às instruções de preenchimento:

- Ótimo Muito Bom Bom Regular Ruim

Porque?

.....

.....

.....

.....

.....

78. Quanto ao tempo que você levou para responder a este questionário:

- Gastei tempo demais para responder o questionário.
- Não gastei muito tempo para responder o questionário.
- Respondi rapidamente o questionário.

⁽¹⁾ Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO & MAURO (2000).