



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Bruno Rafael de Oliveira

**Ergonomia organizacional e saúde: condições de trabalho e
presenteísmo em enfermagem hospitalar**

Rio de Janeiro

2021

Bruno Rafael de Oliveira

Ergonomia organizacional e saúde: condições de trabalho e presenteísmo em enfermagem hospitalar

Dissertação apresentada, como requisito parcial para 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

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

O48	Oliveira, Bruno Rafael de. Economia organizacional e saúde : condições de trabalho e presenteísmo em enfermagem hospitalar / Bruno Rafael de Oliveira. – 2021. 130 f. Orientadora: Maria Yvone Chaves Mauro. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 1. Condições de trabalho. 2. Presenteísmo. 3. Enfermeiros. 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
-----	---

Bibliotecária: 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

Bruno Rafael de Oliveira

Ergonomia organizacional e saúde: condições de trabalho e presenteísmo em enfermagem hospitalar

Dissertação apresentada, como requisito parcial para 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 13 de maio de 2021.

Banca Examinadora:

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

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a todos os trabalhadores da enfermagem que se tornaram resistentes ao mundo trabalhista cada vez mais precarizado e desumano; que escolheram a coragem e a busca por conhecimento como instrumentos de luta por melhores condições de trabalho. E a todos que perderam suas vidas trabalhando durante o período pandêmico da COVID-19 e que, mesmo assim, não foram reconhecidos e respeitados como trabalhadores primordiais pelo poder público governamental.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que a tudo me fez suportar, que me manteve firme e mais ávido no compromisso da pesquisa a favor dos trabalhadores da enfermagem.

Ao meu amigo Luiz Paulo pelo companheirismo, paciência e empatia durante todo o processo da pesquisa.

Agradeço a toda a minha família, em especial aos meus pais Carlos e Maria que em meio a diversas dificuldades, sempre foram um referencial de dignidade, caráter e amor. E, aos irmãos: Rosinaldo, Reinaldo e Roberto que faleceram durante o período de pesquisa.

Ao Rosinaldo pela cumplicidade e apoio, Reinaldo, enfermeiro, pelo carinho e exemplo a ser seguido na Enfermagem e Roberto que mesmo ausente, sempre foi um bom homem.

Ao meu cunhado Gilmar Magalhães pela amizade e palavras de apoio nos momentos difíceis.

À minha tia Darci que, sempre contou histórias de superação e luta, motivando assim, a minha trajetória de estudo.

Aos meus irmãos: Ricardo pelo exemplo de resiliência, Ivonete, de bondade, Valéria, fé, Rosângela, simplicidade e Antônio de serenidade.

Com muito carinho, agradeço a minha orientadora Dra. Maria Yvone Chaves Mauro que além de orientar a pesquisa, manteve-se como um conforto acolhedor durante todo o estudo, guiando-me através do exemplo e palavras de empatia a uma pesquisa de luta aos trabalhadores da Enfermagem.

À ergonomista Carla Chistina Chaves Mauro pelas sugestões e críticas construtivas à elaboração da pesquisa.

Aos professores Elias Barbosa de Oliveira, Sheila Nascimento Pereira de Farias, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas e Sérgio Corrêa Marques que compuseram a banca examinadora desta pesquisa, contribuindo para o aperfeiçoamento do estudo.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Trabalho (GESMT) que favoreceu o entendimento da importância de estudos na área de Saúde do Trabalhador, através discussões e fomentação de projetos.

Aos verdadeiros protagonistas da saúde, os trabalhadores da Enfermagem que, necessitam cada vez mais de melhores condições de trabalho e respeito. Os quais encontram em seu dia de trabalho, diversos obstáculos, dentre outros: a falta de autonomia nas determinações de assistência ao paciente.

A todos os amigos do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) que fortalecem a idéia do funcionalismo público de qualidade e o meio pelo qual a assistência à saúde deva ser: gratuita, integral e universal.

Em especial as amigas da Enfermagem: Francine da Rocha e Sônia Regina, profissionais e seres humanos exemplares que sempre apoiaram o meu trajeto de pesquisa e estudos. Que nos momentos difíceis se demonstraram presentes e prestaram palavras de otimismo.

Ao diretor de Enfermagem do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Tony Figueiredo, um enfermeiro que tem suas bases na educação e atualização dos seus trabalhadores, favorecendo o ganho de conhecimento e respeito.

À equipe técnica de Enfermagem e amigos, a qual sou responsável: Daniele Ramires, Osmar Gomes, Márcio José, Maria da Ajuda, Alexandre Zacarias, Lucimar Domingos, Quézia Garcia e Selma Lopes que participaram através de discussões acerca das condições de trabalho.

Aos docentes do curso de Mestrado da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em Enfermagem, pelo conhecimento fornecido e pelo espírito democrático de aula, demonstrando sempre empatia aos alunos às suas diversidades ideológicas.

À professora Janaína Mengal Gomes pelas palavras de incentivo e motivação ao curso, assim como pelo exemplo a ser seguido como profissional.

À coordenadora do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UERJ: Lúcia Helena Garcia Penna, pela dedicação e motivação a todos os alunos do curso através da sua metodologia de ensino.

E gostaria também de demonstrar todo o meu carinho aos meus cães Ringo e Brutos que nos momentos difíceis deste estudo estavam presentes com muito afeto e ternura, seja através das brincadeiras ou dos olhares de amor incondicional.

RESUMO

OLIVEIRA, Bruno Rafael. **Ergonomia organizacional e saúde**: condições de trabalho e presenteísmo em enfermagem hospitalar. 2021. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A Ergonomia Organizacional interfere diretamente na dinâmica do serviço, onde o trabalhador apresenta-se como elemento indispensável ao processo de trabalho, podendo adoecer devido às condições em que a atividade é realizada. Além disso, a permanência do trabalhador adoecido em seu local de trabalho constitui um comportamento chamado de “presenteísmo”. A pesquisa tem como objetivo analisar a associação entre as condições de trabalho e o presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem através dos indicadores da ergonomia organizacional. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal com abordagem quantitativa dos dados, desenvolvido num hospital federal com trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: formulário contendo dados sociodemográficos e profissionais de Mauro & Mauro (INGECTH-SUS) e a Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6). O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa do INTO e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o tratamento dos dados numa planilha da Microsoft Excel Word e posteriormente no *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), foi utilizado o teste Qui quadrado para análise bivariada dos fatores associados às condições de trabalho e presenteísmo. A amostra foi composta por trabalhadores de enfermagem de 05 setores, totalizando 547 trabalhadores. Critérios de inclusão: trabalhadores da equipe de enfermagem com pelo menos 06 meses de trabalho na instituição; e que não tenham se afastado nos últimos trinta dias que antecederam a coleta de dados e estar trabalhando na assistência direta aos pacientes no momento da coleta de dados. Critério de exclusão: trabalhador exclusivamente administrativo ou que trabalhe em setores que apresentem um quantitativo ocupacional reduzido. Resultados: identificou-se que entre os 229 trabalhadores selecionados houve associação significativa entre presenteísmo e condições de trabalho inadequadas no que se referiram a: desconforto gerado por postura indevida por muito tempo; posturas forçadas para a realização de alguma tarefa; esforço físico que produz fadiga; ritmo de trabalho acelerado; conflito com chefias ou encarregados; discriminação no trabalho; assédio moral; longas jornadas de trabalho. Em relação aos danos à saúde percebidos pelos participantes, destaca-se o setor de tratamento da COVID-19 (covidário), no qual 43% dos problemas de saúde foram agravados. Diante dos resultados, recomenda-se a realização de um programa de prevenção do presenteísmo e cuidados voltados para a saúde dos trabalhadores de enfermagem tendo como base a análise das condições de trabalho.

Palavras-chave: Condições de trabalho. Presenteísmo. Equipe de enfermagem.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Bruno Rafael. **Organizational ergonomics and health**: working conditions and presenteeism in hospital nursing. 2021. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Organizational Ergonomics directly interferes in the service dynamics, where the workers present themselves as an indispensable element in the work process, being able to get sick due to the conditions in which the activity is carried out. In addition, the remain of the sick workers in their workplace constitutes a behavior called "presenteeism". The research aims to analyze the association between working conditions and presenteeism among nursing workers through the indicators of organizational ergonomics. This is a cross-sectional epidemiological study with a quantitative approach to the data, developed in a federal hospital with nursing workers (nurses, technicians and nursing assistants). The data were collected using two instruments: a form containing sociodemographic and professional data from Mauro & Mauro (INGECTH-SUS) and the Stanford Gift Scale (SPS-6). The project was submitted to the Ethics Committees Research of INTO and from the Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Participants signed the Informed Consent Form. After processing the data in a Microsoft Excel Word spreadsheet and later in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software, the Chi square test was used for bivariate analysis of factors associated with working conditions and presenteeism. The sample consisted of nursing workers from 05 sectors, totalizing 547 workers. Inclusion criteria: nursing team workers with at least 06 months of work at the institution; and who have not left the previous thirty days prior to data collection and are working on direct patient care at the time of data collection. Exclusion criteria: exclusively administrative worker or who works in sectors that have a reduced occupational quantity. Results: it was identified that among the 229 selected workers there was a significant association between presenteeism and inadequate working conditions in what they referred to: discomfort generated by improper posture for a long time; forced postures to perform some task; physical effort that produces fatigue; accelerated work rate; conflict with managers or supervisors; discrimination at work; bullying; long working hours. Regarding the damage to health perceived by the participants, the treatment sector of COVID-19 (covidary) stands out, in which 43% of health problems were aggravated. In view of the results, it is recommended to carry out a prevention program for presenteeism and care focused on the health of nursing workers based on the analysis of working conditions.

Keywords: Working conditions. Presentism. Nursing team.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização do perfil sociodemográfico da amostragem de trabalhadores - Rio de Janeiro – 2021	70
Tabela 2 –	Percentual de danos relacionados à saúde e frequência de presenteísmo por setor e formação - Rio de Janeiro – 2021	80
Tabela 3 –	Escala de Likert para as condições ergonômicas percebidas pelos trabalhadores segundo a presença ou não do presenteísmo - Rio de Janeiro - 2021	84
Tabela 4 –	Principais problemas de saúde relacionados ao presenteísmo, de acordo com relato dos participantes - Rio de Janeiro – 2021	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH	Adicionais por Plantão Hospitalar
ASO	Atestado de Saúde Ocupacional
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIST	Comissão Internacional de Saúde do Trabalhador
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
dB	Decibéis
EHF	<i>Institute of Ergonomics & Human Factors</i>
EPI's	Equipamentos de Proteção Individual
ERS	<i>Ergonomics Research Society</i>
GRO	Gerenciamento de Riscos Ocupacionais
HFES	<i>Human Factors and Ergonomics Society</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICRP	Comissão Internacional de Proteção Radiológica
II CNST	II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
INPI	Instituto de Propriedade Intelectual
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
ISOC	<i>International Society of Orthopaedic Centers</i>
LER	Lesões por esforço repetitivo
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Norma Regulamentadora
ODAM	<i>Organizational Design and Management</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organizações Sociais
PGR	Programa de Gerenciamento de Riscos

PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPP	Perfil Profissiográfico Previdenciário
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PST	Programas de Saúde do Trabalhador
RAS	Redes de Atenção a Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SMF	Salário Mínimo Federal
SPS-6	Escala de Presenteísmo de Stanford
SST	Saúde e Segurança no Trabalho
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
1.1	Divisão do trabalho em enfermagem	21
1.2	Ergonomia	25
1.2.1	<u>O surgimento da ergonomia</u>	25
1.2.2	<u>Ergonomia e o gerenciamento institucional</u>	28
1.2.3	<u>Ergonomia Organizacional/ Riscos Ergonômicos</u>	29
1.3	Saúde do Trabalhador: da Medicina do Trabalho ao contexto multidisciplinar contemporâneo	30
1.3.1	<u>Reforma trabalhista: repercussões neoliberais à Saúde do Trabalhador</u>	36
1.3.2	<u>Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) e a reestruturação das Normas Regulamentadoras</u>	39
1.3.3	<u>Principais diferenças encontradas após as atualizações das Normas Regulamentadoras</u>	41
1.3.4	<u>Sistema de Escrituração Fiscal Digital das Obrigações Fiscais Previdenciárias e Trabalhistas - O eSocial: consequências para a Saúde e Segurança do Trabalhador</u>	43
1.4	Riscos ocupacionais	44
1.4.1	<u>Condições de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador</u>	46
1.4.2	<u>Riscos biológicos</u>	47
1.4.3	<u>Riscos físicos</u>	48
1.4.4	<u>Riscos de acidente</u>	49
1.4.5	<u>Riscos químicos</u>	50
1.4.6	<u>Riscos ergonômicos</u>	51
1.4.7	<u>Riscos psicossociais</u>	52
1.5	Presenteísmo: contribuições da Teoria do Estresse de Hans Selye	53
2	MÉTODOS	62
2.1	Tipo de estudo	62

2.2	Infraestrutura	62
2.3	População	63
2.4	Coleta de dados	64
2.4.1	<u>Instrumentos para coleta de dados</u>	64
2.4.2	<u>Procedimentos para coleta de dados</u>	66
2.5	Procedimentos para a análise dos dados	67
2.6	Análise estatística dos dados	67
2.7	COVID-19: consequências para o desenho da pesquisa	68
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
3.1	Porcentagem maior do comportamento presenteísta no grupo de estatutários	72
3.2	A influência do presenteísmo no gênero	73
3.3	Faixa de idade do trabalhador e associações com o presenteísmo	74
3.4	Estado civil e consequências para o presenteísmo	75
3.5	Salário e suas repercussões para o presenteísmo	78
3.6	Análise do presenteísmo por setor do hospital através dos danos relacionados à saúde	78
3.7	Condições de trabalho à luz da Ergonomia Organizacional e consequências ao presenteísmo	83
3.8	Problemas relacionados comportamento presenteísta e presenteísmo percebidos pelos trabalhadores	88
	CONCLUSÃO	93
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
	ANEXO A – Instrumento/Caderno B INGEETH-SUS Mauro & Mauro	111
	ANEXO B – Instrumento/Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6)	117
	ANEXO C – Carta de aprovação do CEP INTO	118
	ANEXO D – Carta de aprovação do CEP UERJ	123
	ANEXO E – Declaração de autorização da Instituição	128
	ANEXO F – Carta de autorização das autoras Mauro & Mauro	129
	ANEXO G – Carta de autorização da autora Paschoalin	130

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como propósito mostrar a importância e a necessidade de controle da saúde dos profissionais da enfermagem, no contexto atual trabalhista.

O mundo do trabalho está cada vez mais adoecido. Aumento da produtividade, escassez de recursos humanos, vínculos empregatícios frágeis, crise pandêmica, Saúde do Trabalhador (ST) com o campo de atuação cada vez mais limitado, chefias sem o perfil para liderar, falta de reconhecimento pelo aspecto humano do trabalhador, conjuntura política, estrutura organizacional inadequada, desmonte do serviço de Educação Continuada, aumento dos conflitos interpessoais, entre outros, são exemplos dos fatores que contribuem para tal adoecimento.

Como poderá ser avaliada a situação ou lutar por um mundo trabalhista mais digno e saudável?

Esta pergunta simples e direta exigiria em contra partida uma resposta ao mesmo nível de lucidez. No entanto, talvez, a resposta não seja única e sim um conjuntura de respostas estruturadas, na qual uma contextualização seja entendida como o caminho a ser seguido para uma verdadeira situação de Trabalho Decente.

No atual panorama trabalhista mundial, cuidar do trabalhador tornou-se um verdadeiro ato de coragem e resistência. O cuidado ao trabalhador exige bom entendimento da situação do ambiente de trabalho que, pode ser compreendido através de estudos e pesquisas que comprovem cientificamente as dificuldades enfrentadas, para que se criem instrumentos ou mecanismos necessários, à saúde desses trabalhadores.

O presente estudo terá como objeto **a percepção quantificada dos trabalhadores da equipe de enfermagem sobre a relação entre o presenteísmo e as condições de trabalho**. Contudo, essa relação deverá considerar a Ergonomia Organizacional e Saúde do Trabalhador, como alicerces da pesquisa.

De acordo com Ferreira, Merino e Figueiredo (2017), Fontoura *et al.* (2018) e H. Santos *et al.* (2018), no final do século XVIII, as condições de trabalho eram insalubres e degradantes ao trabalhador: os turnos de trabalho eram longos e exaustivos, os locais de produção não eram adaptados e as pressões sofridas pelo aumento da produtividade adoeciam cada vez mais o trabalhador. Contudo, a

diminuição da produtividade causada pelo adoecimento ou afastamento do trabalhador dentro das instituições, determinou a necessidade de medidas que melhorassem tais condições de trabalho.

A ergonomia funciona como um instrumental técnico/científico que beneficia o estudo sobre os trabalhadores e a instituição, pois aponta as melhoras das condições de trabalho, evitando adoecimento do trabalhador e diminuição na produtividade. É pertinente citar alguns dos benefícios da ergonomia: a) melhora o clima organizacional ; b) diminui os riscos e acidentes ocupacionais; c) reduz os pedidos de afastamentos; d) diminui o número de faltas e atrasos por parte dos trabalhadores; e) traz satisfação por parte dos trabalhadores com o seu ambiente de trabalho; f) diminui os fatores de risco relacionados a problemas emocionais como depressão, estresse e ansiedade (FERREIRA *et al.*, 2018; IIDA; BUARQUE, 2016).

Desta forma, pode-se inferir que a Ergonomia Organizacional não estuda somente os aspectos físicos e estruturais de uma instituição, mas também o ser humano inserido dentro da organização do trabalho, as quais diversas outras áreas do conhecimento poderiam ser abordadas para contribuir ao entendimento do adoecimento do trabalhador (FERREIRA *et al.*, 2018; GARRIDO *et al.*, 2017; HOFFMANN; SANTANA; FREITAS, 2021).

O **presenteísmo**, que é uma consequência do adoecimento, foi descrito pela primeira vez em 1892, o termo foi mencionado no livro de humor *The American Claimant* (O Americano que Solicita) pelo autor Mark Twain. O mesmo termo foi usado posteriormente em publicações ocasionais como no *Everybody's Business* (Todos os Negócios), 1931, *National Liquor Review* (Revisão Nacional de Licores), 1943 e *Contemporary Unionism* (Sindicalismo Contemporâneo) em 1948, todos periódicos no ramo de negócios (JONHS, 2010; TWAIN, 1892).

O presenteísmo foi considerado por muito tempo como o contrário do absenteísmo, termo este utilizado quando o trabalhador se encontra afastado do trabalho. Tal comparação foi utilizada até a década de 80, onde começaram a surgir novos contextos mais contemporâneos para o termo presenteísmo (REVUELTA; FRANCISCO, 2014; WIDERA; CHANG; CHEN, 2010).

Hoje a percepção de presenteísmo agrega cada vez mais os valores relacionados à produtividade e a saúde do trabalhador. Para Gosselin, Lemyre e Corneil (2013, p. 75),

no passado, presumia-se que a presença no trabalho era igual a desempenho. Agora parece que a perda de produtividade relacionada à saúde pode ser atribuída tanto aos trabalhadores que comparecem ao trabalho quanto aos que optam por não fazê-lo [...].

Atualmente, o presenteísmo é considerado quando o trabalhador encontra-se fisicamente no seu local de trabalho, mas mentalmente afastado, devido a causas de ordem: físicas, psicológicas ou sociais. O presenteísmo interfere na produtividade do trabalhador, gerando consequências prejudiciais para o seu ambiente de trabalho, assistência e para si próprio (JONHS, 2010; REVUELTA; FRANCISCO, 2014).

Justificativa

O trabalhador adoecido sofre forte influência das condições de trabalho. De acordo com Fernandes, Soares e Silva (2018, p. 222),

[...] as pressões sofridas de diferentes formas pelos profissionais de enfermagem no ambiente laboral, as jornadas duplas de trabalho associadas ao modo de enfrentamento do trabalhador, a baixa remuneração e a violência laboral que leva ao estresse e à depressão foram as causas mais reveladas [...].

No relatório emitido em 1999, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) reforça a necessidade de se estabelecer um ambiente saudável de trabalho:

[...] o Trabalho Decente é o ponto de convergência dos quatro objetivos estratégicos da OIT (o respeito aos direitos no trabalho, a promoção do emprego, a extensão da proteção social e o fortalecimento do diálogo social), e condição fundamental para a superação da pobreza, a redução das desigualdades sociais, a garantia da governabilidade democrática e o desenvolvimento sustentável [...].

Mesmo com as determinações recomendadas pela OIT, observa-se um crescimento vertiginoso da precarização do trabalho nos últimos anos: vínculos empregatícios cada vez mais frágeis através das terceirizações, Organizações Sociais (OS) ou contratos sem garantias ao trabalhador que acentuam ainda mais este quadro.

Outro fator determinante às péssimas condições de trabalho atual, no Brasil, foi o surgimento de uma doença altamente infecciosa, na cidade chinesa de Wuhan,

a COVID-19 (Doença do Coronavírus que surgiu em 2019) na população mundial que, impactou fortemente as condições de trabalho.

De acordo com uma análise do relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a pandemia no Brasil: de 03 de janeiro de 2020 até 07 de março de 2021, ocorreram 10.869.227 casos confirmados de COVID-19 com 262.770 óbitos notificados.

Atualmente estão registrados 2.447.562 trabalhadores da enfermagem em todo o país. São 430.154 auxiliares, 1.413.425 técnicos de enfermagem, 603.676 enfermeiros e 307 enfermeiras obstetritzas. Destaca-se que um mesmo profissional que possuir mais de uma inscrição de emprego seja na mesma categoria ou em categorias distintas foi contabilizado mais de uma vez (COFEN, 2021).

Até 08 de janeiro de 2021, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2021), foram registradas 500 mortes por COVID-19 entre os trabalhadores da Enfermagem em todo o país.

A Declaração do Centenário da OIT, aprovada em junho de 2019, estabeleceu que "condições de trabalho seguras e saudáveis são fundamentais para um trabalho digno". Isto é ainda mais significativo atualmente, uma vez que garantir a segurança e a saúde no trabalho é indispensável na gestão da pandemia e na capacidade de retomar o trabalho (OIT, 2021).

Em relação à segurança e proteção, os gestores devem informar aos seus trabalhadores, as seguintes mensagens:

- Não deixar de descansar durante o trabalho ou entre os turnos;
- Comer alimentos saudáveis em quantidade suficiente;
- Participar de atividades físicas;
- Manter contato com familiares amigo, inclusive virtualmente;
- Evitar usar estratégias pouco úteis de enfrentamento da situação;
- Evitar o estigma e a discriminação;
- Procurar pessoas de confiança para obter ajuda;
- Conhecer os fatos, mas evitar assistir, ler ou ouvir notícias angustiantes;
- Amplificar histórias positivas;
- Proteger e apoiar os outros (OIT, 2021).

Observa-se em relação à declaração da OIT sobre a importância da informação ao trabalhador que, encontra-se envolvido por suas atividades em seu ambiente de trabalho. Sendo assim, **pesquisas na área sobre condições de trabalho são necessárias**, pois as fontes de informação encontram-se baseadas em estudos científicos.

O estudo sobre o presenteísmo relacionado às condições de trabalho justifica-se pela luta do autor em criar subsídios e dados à criação de um programa institucional de riscos e promoção da saúde dos trabalhadores de modo à influenciar também, os considerados presenteístas.

Sendo especialista em Enfermagem do Trabalho e autor deste estudo, exerço a enfermagem há quase 20 anos na assistência aos pacientes. Possuo como experiência profissional a assistência em emergência, centro de tratamento intensivo e clínica ortopédica. Atualmente trabalho como enfermeiro concursado de uma instituição federal de ensino, na função de líder do setor de hemodiálise.

Contribuições do estudo

Para abordar as contribuições do estudo sobre a pesquisa, ensino e assistência à saúde do trabalhador, diante das condições de trabalho ora observadas, desenvolveu-se uma busca na literatura atual, sobre condições de trabalho e presenteísmo entre os trabalhadores da enfermagem.

Foram utilizadas as palavras chave integradas: condições de trabalho, presenteísmo e enfermagem hospitalar. De acordo com as bases de dados, encontraram-se os seguintes resultados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) – 01 estudo quantitativo, descritivo, através de uma entrevista semiestruturada com 39 participantes da equipe de enfermagem com tema “Presenteísmo na Enfermagem: repercussões para a saúde do trabalhador e a organização hospitalar”, Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), onde nenhum estudo foi encontrado até o período de fevereiro de 2021.

Muitas pesquisas na área são necessárias, pois a profissão Enfermagem exige de seus trabalhadores: atenção, foco e responsabilidade, além de recursos físicos, mentais, sociais e técnicos. Observa-se cada vez mais um número crescente de trabalhadores nesta área apresentando adoecimento.

A Enfermagem é considerada uma profissão que permanece diretamente e por maior parte do tempo em contato com o paciente, ouvindo seus anseios, tristezas e dificuldades em lidar com o tratamento. A carga emocional resultante

desta relação, associadas às condições de trabalho inadequadas podem ser extremamente prejudiciais ao profissional e à instituição (AQUINO *et al.*, 2016; FERREIRA; MERINO; FIGUEIREDO, 2017; FONTOURA *et al.*, 2018; LUZ *et al.*, 2016).

Este estudo traz contribuições com dados significativos na apresentação de resultados que poderão auxiliar a comunidade científica, na difusão de conhecimento e nas intervenções, criando estratégias de promoção da saúde e prevenção do adoecimento do trabalhador, bem como aumento da produtividade dos trabalhadores de enfermagem na instituição hospitalar.

A atual temática de pesquisa possibilitará aos alunos e futuros trabalhadores, entender melhor o panorama da saúde da equipe de enfermagem, assim como quebrar paradigmas antigos da própria profissão, fazendo com que o futuro profissional se torne consciente da importância de sua posição e lutas necessárias por melhores condições de trabalho dentro da própria classe.

Observa-se cada vez mais um número crescente de trabalhadores na área de enfermagem apresentando doenças e agravos. Somado a esse perfil de trabalhadores adoecidos, encontra-se uma falta de reconhecimento do estado de saúde destes mesmos trabalhadores (ALMEIDA; MARTINS, 2017; FALCO *et al.*, 2013; FERREIRA; MERINO; FIGUEIREDO, 2017).

Do ponto de vista da especialidade, pressupõe-se que a obtenção de informações originárias por meio desta pesquisa, contribuirá significativamente para a ST, favorecendo a criação de novos programas baseados no perfil ocupacional.

Para Vieira *et al.* (2018), o **Presenteísmo** gera uma série de custos diretos e indiretos às instituições devido às perdas de produtividade causadas por afecções agudas e outros problemas de saúde.

O presenteísmo tem sido motivo de preocupação entre a população brasileira, bem como mal identificado dentro da equipe de enfermagem, podendo gerar consequências graves e riscos para o trabalhador (SANTOS, H. *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018).

Neste contexto, vale lembrar que os profissionais de enfermagem lidam com riscos ergonômicos dentro de uma unidade hospitalar, ou seja, erros técnicos de trabalhadores presenteístas podem causar danos irreparáveis tanto para si próprios como para outros.

O presenteísmo, segundo Vieira *et al.* (2018, p. 5),

[...] é um fenômeno dialético que envolve trabalhadores, gestores e usuários, pelo fato de este evento afetar a produtividade e a qualidade do serviço. O presenteísmo além de contribuir para o agravamento de doenças crônicas, devido ao não afastamento do trabalhador para tratamento médico, afeta o relacionamento interpessoal, gera conflitos e morosidade no atendimento. Há possibilidade de erros e efeitos adversos aos pacientes sob os cuidados das equipes.

O reconhecimento e acolhimento de trabalhadores presenteístas, dentro da instituição, terão como consequências a melhora da assistência de enfermagem e a saúde do trabalhador de enfermagem.

Com os resultados obtidos, torna-se possível subsidiar planos de promoção ao profissional, fortalecendo elos de confiança institucional e motivação e influenciando significativamente na assistência ao paciente que poderá contar com uma equipe de enfermagem mais saudável e focada em suas atividades (FERREIRA; MERINO; FIGUEIREDO, 2017; VIEIRA *et al.*, 2018).

Objetivo geral

Avaliar através da Ergonomia Organizacional a associação entre as condições de trabalho e o presenteísmo dos trabalhadores de enfermagem.

Objetivos específicos:

- a) identificar nos trabalhadores de enfermagem os fatores de riscos e danos à saúde percebidos no ambiente de trabalho;
- b) analisar nas condições de trabalho de enfermagem e os fatores que podem gerar adoecimento ao trabalhador;
- c) aferir entre os trabalhadores de enfermagem o índice de presenteísmo;
- d) verificar a associação de presenteísmo nos trabalhadores de enfermagem a partir dos danos percebidos e resultados.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O capítulo irá abordar as questões referentes à divisão do trabalho em enfermagem e a necessidade da ergonomia para o estudo em questão. As discussões referentes à divisão do trabalho possibilitarão ao leitor compreender um pouco mais as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores da enfermagem através de suas responsabilidades categóricas. Através do destaque atribuído à Ergonomia, os leitores poderão entender sobre a história e aplicabilidade desta Ciência para a atual pesquisa.

Os subtemas da Ergonomia sobre o Surgimento da Ergonomia, Ergonomia e o gerenciamento institucional e Ergonomia Organizacional e Riscos Ergonômicos foram utilizados com o objetivo de se traçar um roteiro cronológico para entendimento do leitor sobre o trabalho de Enfermagem.

1.1 Divisão do trabalho em enfermagem

A enfermagem apresenta uma história determinada por uma crescente problematização com as necessidades de saúde e complexidade das suas atividades, cujo foco principal tem sido estudado com metas a fundamentar melhores práticas para a assistência integral. Evidencia-se a carência do comprometimento em melhorar a organização do trabalho da enfermagem para conquistar modelos gerenciais de qualidade e eficazes que conseguirão atender a demanda da instituição (BECERRIL, 2018; SILVA, A. *et al.*, 2017).

A enfermagem apresenta-se nos moldes de atenção clínica onde ocorre uma supervalorização das especialidades que a compõe, determinando uma fragmentação do conhecimento de todo o processo de trabalho e desvalorização do cuidado integral. A Organização do Trabalho voltado na tarefa que busca a lucratividade em larga escala, vem transformando o trabalho em Enfermagem cada vez mais doentio para os seus profissionais. As incorporações de novas tecnologias específicas e seus devidos manuseios tornam ainda mais esse processo patológico

preocupante para a classe (BECERRIL, 2018; CHAVES *et al.*, 2017; RITZEL; KÜMMEL, 2019).

Contudo, novas práticas assistenciais de natureza ampliada de atendimento crescem por meio de um contexto holístico de saúde. No Brasil, políticas que articulam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a Integralidade e a Acessibilidade das atividades às práticas profissionais tornam-se cada vez mais presentes. Com isso, políticas como a de Redes de Atenção a Saúde (RAS) influenciam cada vez mais a organização do trabalho na saúde, seja através das questões assistenciais ou gerenciais (MARTINS; PERROCA, 2017; SERAFIM *et al.*, 2017; SILVA, R.*et al.*, 2017).

As experiências acadêmicas e profissionais resultaram no interesse em investigar as organizações dos serviços de saúde. Observa-se que a globalização, o contexto macroestrutural e o desenvolvimento do pensamento neoliberalista influenciam a saúde dos trabalhadores, onde a transformação ocorrida nas últimas três décadas no processo de trabalho pelo capitalismo passou a determinar novos riscos e agravos para saúde dos profissionais da equipe de enfermagem (BRANDÃO *et al.*, 2018; GOMES *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2017).

A Organização do Trabalho em Enfermagem é marcada pela divisão de tarefas, constituída por classes e departamentalização de toda a produtividade onde cada membro da equipe possui conhecimento necessário somente da sua atividade, fortemente sendo influenciada pelo sistema taylorista de produção (CHAVES *et al.*, 2017; RITZEL; KÜMMEL, 2019).

Consequentemente observa-se o aumento da precariedade do ambiente hospitalar, pois o sistema de trabalho voltado exclusivamente para a produtividade e lucratividade em larga escala contribui para o excesso da carga de trabalho, fluxo intenso de trabalho, controle rigoroso das atividades, pressão de tempo e necessidade de profissionais versáteis e multifuncionais, o salário pago ao trabalhador, bem como o quantitativo desses profissionais se torna cada vez menor (CHAVES *et al.*, 2017; GOMES *et al.*, 2017; RITZEL; KÜMMEL, 2019).

Destaca-se ainda que o trabalhador que se vê obrigado a realizar atividades altamente insalubres sob pressão, quando a instituição não oferece o mínimo adequado para o profissional desenvolver suas tarefas em condições adequadas de trabalho (FERREIRA *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2017).

A partir de 1970, pesquisas na área manifestam a influência da divisão do trabalho na enfermagem, ganhando maior relevância os processos de trabalho: assistir e gerenciar, com uma distribuição clara das atividades entre os trabalhadores da profissão, reforçando a divisão do trabalho a ser direcionado e o que poderá ser auxiliado (CHAVES *et al.*, 2017; LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016).

Resumidamente, o enfermeiro fica com a responsabilidade de administrar e comandar a unidade que presta assistência e as atividades realizadas pela equipe de enfermagem, além de realizar cuidados que exijam maior atenção e complexidade. Já os técnicos e auxiliares de enfermagem, efetuam a maior parte dos cuidados prestados de forma direta aos pacientes, sob o gerenciamento e supervisão do enfermeiro. Nesta organização do trabalho, em que o assistir e o gerenciar ficam em evidência na realização das atividades da enfermagem e em especial do enfermeiro, tem se mantido até a atualidade, mesmo que estudos indiquem novas formas de organização do trabalho (GOMES *et al.*, 2017; RITZEL; KÜMMEL, 2019; SANTOS, S. *et al.*, 2018).

Os limites das atividades dos profissionais de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) estão definidos no Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a lei 7.498/86, sobre o exercício profissional da Enfermagem. As atividades do enfermeiro estão descritas nos artigos 8 e 9, as competências do técnico de enfermagem, no artigo 10, e as do auxiliar no artigo 11 do referido decreto (BRASIL, 1986; LEAL; MELO, 2018).

As funções são divididas por níveis de complexidade e cumulativas, ou seja, ao técnico competem as suas funções específicas e as dos auxiliares, enquanto que o enfermeiro é responsável pelas suas funções privativas, outras mais complexas e ainda pode desempenhar as tarefas das outras categorias (LEAL; MELO, 2018; LOMBARDI; CAMPOS, 2018; SANTOS *et al.*, 2019).

Desse modo, às três categorias concerne integrar a equipe de saúde e a promover a educação em saúde. Contudo, é a gestão que compreende atividades como planejamento da programação de saúde, em geral, elaboração de planos assistenciais, parecer em projetos arquitetônicos (quando solicitados), programas de treinamento, desenvolvimento de tecnologias apropriadas, contratação do pessoal de enfermagem, além da prestação de assistência ao parto e a prevenção de infecção hospitalar, bem como prevenção de danos ao paciente e de prevenção da

saúde dos trabalhadores, acidentes no trabalho, dentre outras que são de responsabilidade do enfermeiro (CHAVES *et al.*, 2017; LOMBARDI; CAMPOS, 2018)..

Dessas atividades, cabe ao técnico de enfermagem assistir o enfermeiro no planejamento das atividades de assistência, no cuidado ao paciente em estado grave, na prevenção e execução de programas de assistência integral à saúde e participando de programas de higiene e segurança do trabalho, além de obviamente, de assistência de enfermagem executadas privativamente pelo enfermeiro (LEAL; MELO, 2018; SANTOS *et al.*, 2019).

É de exclusiva responsabilidade do enfermeiro a direção do serviço de enfermagem (em instituições de saúde e de ensino, públicas, privadas e a prestação de serviço); as atividades de gestão como planejamento da assistência de Enfermagem, consultoria, auditoria, entre outras, a consulta de Enfermagem, a prescrição da assistência de Enfermagem, os cuidados diretos a pacientes com risco de morte, a prescrição de medicamentos (estabelecidos em programas de saúde e rotina) e todos os cuidados de maior complexidade técnica (LOMBARDI; CAMPOS, 2018; MORAES FILHO; ALMEIDA, 2016; SANTOS *et al.*, 2019).

Cabe aos auxiliares de enfermagem: integrar a equipe de saúde e educar, preparar pacientes para a consulta, prestar cuidados de higiene, alimentação e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, além de zelar pela limpeza em geral e ainda, administrar medicamentos, aplicar e conservar vacinas e fazer curativos; colher material para exames laboratoriais, executar atividades de desinfecção e esterilização; realizar controle hídrico do paciente; realizar testes para subsídio de diagnóstico; instrumentar; efetuar o controle de pacientes e comunicantes em doenças transmissíveis; prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatório; aplicar oxigenioterapia; nebulização; enterocлизма; enema e calor ou frio; executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de paciente; e participar dos procedimentos pós-morte (CHAVES *et al.*, 2017; LEAL; MELO, 2018; LOMBARDI; CAMPOS, 2018).

1.2 Ergonomia

1.2.1 O surgimento da ergonomia

A Ergonomia surgiu após a Segunda Guerra Mundial, mais especificamente em 12 de Julho de 1949, pela qual a intervenção interdisciplinar do trabalho por meio da adaptação do trabalhador e ambiente foi necessária. O termo ergonomia vem do grego *ergon* (trabalho) e *nomias* (regras), considerada como a ciência que relaciona o homem ao seu ambiente de trabalho. A ergonomia estabelece condições necessárias ao aumento da produtividade com qualidade, conforto e bem-estar dos trabalhadores (CASSUNDÉ; BARBOSA; MENDONÇA, 2016; FERREIRA; MERINO; FIGUEIREDO, 2017; FONTOURA *et al.*, 2018).

Diferentemente de outras áreas científicas de estudo que não apresentam uma data específica de origem, a Ergonomia possui um marco oficial para o seu surgimento: 12 de junho de 1949 na Inglaterra. Nessa data e local, um grupo de pesquisadores e cientistas se reuniu para debater e tornar oficial um novo campo de atuação transdisciplinar da Ciência. Tais pesquisadores, já se conheciam, provavelmente devido ao interesse militar de estudos anteriores durante a II Guerra Mundial. Em um desses encontros que ocorreu em 16 de fevereiro de 1950, foi sugerida a terminologia: ergonomics, construída pelo radical *ergon* (trabalho) e *nomos* (leis naturais, regras).

Esse neologismo foi aceito pela fundação *Ergonomics Research Society* (ERS), em 1950; posteriormente, em 2009, o nome da organização passou *Institute of Ergonomics & Human Factors* (EHF) (FERREIRA; MERINO; FIGUEIREDO, 2017; FONTOURA *et al.*, 2018; IIDA; BUARQUE, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2019; SANTOS, H.*et al.*, 2018).

A nova terminologia, denominada Ergonomia, previamente, havia sido citada pelo polonês Wojciech Jastrzebowski, que divulgou a pesquisa intitulada “Ensaio de ergonomia ou ciência do trabalho, baseada nas leis objetivas da ciência sobre a natureza” no ano de 1857. Porém, a ergonomia só conquistou o seu lugar de matéria mais “científica” a partir dos anos 50, devido à iniciativa da ERS. Foram vários os pesquisadores dessa fundação que contribuíram para a difusão dos conhecimentos

ligados a esse novo campo da Ciência, cujo objetivo de sua aplicabilidade deixa de ser somente militar e passa a ser também industrial (CASSUNDÉ; BARBOSA; MENDONÇA, 2016; FERREIRA; MERINO; FIGUEIREDO, 2017; HOFFMANN; SANTANA; FREITAS, 2021; IIDA; BUARQUE, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2019; SANTOS, H. *et al.*, 2018).

Neste contexto, foram relocadas antigas disciplinas como fisiologia do trabalho e psicologia do trabalho. Contudo, a denominação “ergonomia” foi aceita nos principais países europeus. Para os norte-americanos, a terminologia mais aceita foi a “*human factors*” (fatores humanos); ainda assim, o conceito ergonomia, também passou a ser considerada. (FERREIRA *et al.*, 2018; FONTOURA *et al.*, 2018; IIDA; BUARQUE, 2016; LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016).

Na atualidade, Lida e Buarque (2016) citam quatro fases da ergonomia: Ergonomia Física (1950 - 1960) - o estudo se resume no binômio homem-máquina; Ergonomia de sistemas físicos (1970) - onde ocorreu incorporação de variáveis do meio ambiente; Ergonomia Cognitiva (1980) - passou a se ocupar de aspectos cognitivos; Macroergonomia (1990) que inclui o Projeto e Gerência das organizações às demais fases.

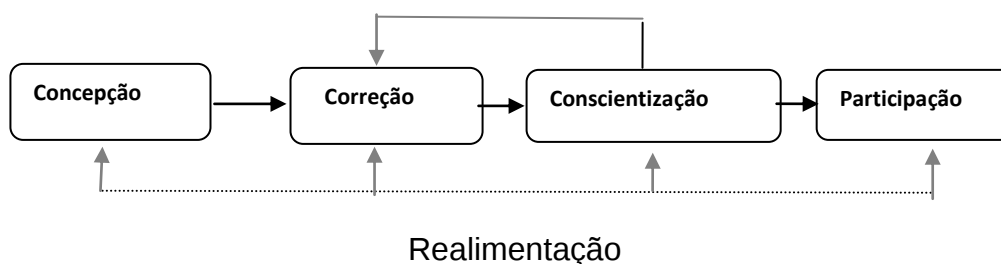
A visão macroergonômica (organizacional) – Na concepção macroergonômica muitas decisões devem ser tomadas em nível da administração superior da empresa, e as contribuições da ergonomia passam a ser mais abrangentes, gerando melhores resultados, mais significativos (60% a 90%), do que às aquelas abordagens microergonômicas que foram somente nos trabalhadores individuais ou em postos de trabalhos isolados (10% a 15%) (IIDA; BUARQUE, 2016; FERREIRA *et al.*, 2018).

Os autores supracitados citaram relatos de decisões gerenciais que provocaram redução de 70% no índice de acidente e tempo perdido com estes, justificando-se plenamente as aplicações da macroergonomia.

As aplicações da Ergonomia – de acordo com Lida e Buarque (2016) e Wisner (1987), as aplicações da macroergonomia para melhorar as condições de trabalho em empresas e saúde do trabalhador, classificam-se em: concepção, correção, conscientização e participação:

- a) Ergonomia de concepção: a aplicação da ergonomia se dá na elaboração do projeto do produto, da máquina, ambiente ou sistema;
- b) Ergonomia de correção: é aplicada em situações reais, para resolver problemas que podem interferir na “segurança”, fadiga excessiva, doenças do trabalhador ou quantidade e qualidade da produção, e pode exigir custo elevado de implantação;
- c) Ergonomia de conscientização: trabalha com a capacitação dos próprios trabalhadores para a identificação e correção dos problemas do dia a dia ou aqueles emergenciais. Porque os imprevistos podem surgir a qualquer momento e os trabalhadores devem estar preparados para enfrentá-los;
- d) Ergonomia de participação: envolve o próprio usuário do sistema na solução de problemas ergonômicos. A ergonomia de conscientização informa o trabalhador sobre os possíveis problemas e possíveis soluções, enquanto a ergonomia de participação envolve o trabalhador de forma ativa na busca de soluções para os problemas, promovendo a realimentação de informações para as fases de conscientização, correção e concepção, conforme a Figura abaixo.

Figura – Processo de Realimentação



Fonte: IIDA; BUARQUE, 2016.

A ergonomia também tem sua aplicação relacionada ao custo/benefício no setor produtivo sendo aceita se for capaz de comprovar que é economicamente viável, apresentando um custo/benefício favorável economicamente.

Segundo Ferreira, Merino e Figueiredo (2017), a ergonomia organizacional é responsável por estabelecer as condições e fatores indispensáveis ao bom funcionamento de um serviço, descrita também por diversos autores como macroergonomia; a ergonomia organizacional busca resolver problemas referentes: ao relacionamento entre trabalhador e instituição, seleção de recursos humanos e treinamento, identificação das atribuições e tarefas ao trabalhador, estrutura e arranjo físico do ambiente de trabalho, relacionamentos interpessoais, recomendações na elaboração de planos de trabalho, métodos e procedimentos mais adequados ao perfil da instituição (CASSUNDÉ; BARBOSA; MENDONÇA, 2016; FERREIRA; MERINO; FIGUEIREDO, 2017; FONTOURA *et al.*, 2018; SANTOS, S. *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2016).

São considerados pilares da Ergonomia Organizacional: estímulo da liderança e motivação, encorajamento das equipes, o interesse pela tarefa e a implantação de sistemas de satisfação. Contudo, a principal meta é criar sistemas de trabalho compatíveis com as características sociotécnicas do local de trabalho, estabelecendo uma interação adequada e de qualidade entre homem, máquina, tarefa, programa e ambiente, assegurando assim, um sistema de serviço totalmente equilibrado (FERREIRA *et al.*, 2018; FONTOURA *et al.*, 2018; LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016).

Dentro de uma instituição, a Ergonomia Organizacional exerce influência direta sobre a forma de produção do trabalhador. Neste contexto, considerando o trabalhador como o eixo integrante entre ambiente e tarefa, pode-se observar o papel fundamental que exerce o profissional dentro da dinâmica produtiva. Por isso, quando as condições de trabalho não são adequadas ao trabalhador, este, pode entrar em sofrimento psíquico ao responsabilizar-se pela tarefa a ser executada, favorecendo o seu adoecimento (FERREIRA *et al.*, 2018; FONTOURA *et al.*, 2018; GARRIDO *et al.*, 2017).

1.2.2 Ergonomia e o gerenciamento institucional

Desde o seu surgimento nos anos 50, a ergonomia passou a realizar pesquisas cada vez mais completas e extensas sobre o trabalho humano. Como

uma nova ciência, começou a englobar novos subcampos dentro de sua própria área de atuação, onde antes os estudos se baseavam somente em nível executivo operacional; tempos depois passaram a considerar problemáticas mais amplas como o gerenciamento institucional (FERREIRA *et al.*, 2018; GARRIDO *et al.*, 2017; HOFFMANN; SANTANA; FREITAS, 2021; IIDA; BUARQUE, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2019).

1.2.3 Ergonomia Organizacional/ Riscos Ergonômicos

Com o tempo a Ergonomia passou a estudar a interação entre homem, máquina, ambiente e tecnologias envolvidas no processo. Essa visão mais ampliada, ou seja, o macro passou a integrar o contexto de projeto e gerência de toda a instituição. Surge então, uma nova terminologia: a Macroergonomia, também conhecida como *Organizational Design and Management* (ODAM). Apresenta características diferentes dos três níveis iniciais, que são denominados como microergonomias, na medida em que objetivavam prioritariamente os locais de trabalho, o ambiente e as questões cognitivas. A Macroergonomia possui como uma das suas características principais, a visão global do processo produtivo e gerencial de toda a instituição (CASSUNDÉ; BARBOSA; MENDONÇA, 2016; HOFFMANN; SANTANA; FREITAS, 2021; IIDA; BUARQUE, 2016; MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016; REINERT; VERGARA; GONTIJO, 2019; SANTOS, H. *et al.*, 2018).

As condições de trabalho podem ser beneficiadas, diretamente, pelo entendimento e aplicabilidade correta da ergonomia no processo produtivo da organização. Para isso, basta conciliar um processo produtivo de qualidade tanto para o trabalhador quanto para a instituição, onde ocorra o envolvimento multiprofissional nas diversas esferas administrativas da organização (FERREIRA *et al.*, 2018; GARRIDO *et al.*, 2017; IIDA; BUARQUE, 2016; REINERT; VERGARA; GONTIJO, 2019).

São várias as funções e classificações da ergonomia. Contudo, a sua aplicabilidade ocorre de acordo com o tipo de processo ergonômico necessário a cada situação organizacional. Sendo assim, podem ser classificadas em:

concepção, correção, conscientização e participação dos trabalhadores, como mencionadas anteriormente (FERREIRA *et al.*, 2018; IIDA; BUARQUE, 2016).

1.3 Saúde do Trabalhador: da Medicina do Trabalho ao contexto multidisciplinar contemporâneo

Os meios de produção mudam ao decorrer da história da humanidade e a percepção do trabalho pelo homem se modifica na medida em que o trabalhador sente-se reconhecido como parte fundamental do processo. Por isso, o processo de trabalho considerado mutável ao decorrer dos anos, deve considerar as necessidades advindas do próprio trabalhador, sobre as questões trabalhistas.

Durante a Revolução Industrial, houve uma exponencial aceleração na produção de bens e materiais de consumo. O aumento da produção exigiu ainda mais força de trabalho, que não foi acompanhada por condições de trabalho compatíveis com as necessidades de seus trabalhadores. Muitos trabalhadores adoeceram e até mesmo morreram, devido às condições de trabalho que se tornaram ainda mais precárias (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018; LIMA *et al.*, 2017).

Tais perdas ou afastamentos preocuparam e muito, o dono do meio de produção que, tinha parte da sua lucratividade afetada. Somado aos prejuízos que só aumentava, uma parcela dos trabalhadores decidiram reivindicar melhores condições de trabalho, através de manifestações.

Nesta mesma época, mais precisamente em 1830, surge a Medicina do Trabalho. A partir deste momento, o dono da fábrica passa a contar com médicos, de sua inteira confiança, que visitavam as instalações e com isso, poderia se isentar de qualquer responsabilidade trabalhista, considerando que o médico contratado poderia construir respaldos para a defesa do proprietário da fábrica (MENDES; DIAS, 1991; SOUZA, 2020).

Contudo, esse modelo centrado no médico e de responsabilização do trabalhador por sua saúde, não foi suficiente para satisfazer os anseios das relações trabalhistas. O trabalhador continuava se afastando por doenças e mortes ou não

produzia de forma eficiente aos olhos do dono da fábrica, devido às condições de trabalho que ficavam cada vez mais precárias.

Com o ritmo de trabalho cada vez mais acelerado, visando dar conta da produção que, além do aumento dos bens já produzidos, o período entre guerras do século XX, pressionou ainda mais o trabalhador a produzir mais, visto que a produção de armas e produtos bélicos seria extremamente necessária.

Os prejuízos ao empregador e as péssimas condições de trabalho percebidas pelo empregado, exigiram a criação de um novo modelo à saúde dos trabalhadores. Surge então, após a II Guerra Mundial, a Saúde Ocupacional que tinha como características principais: o ambiente, a multidisciplinaridade dos profissionais da saúde e a intervenção dos locais de trabalho (LIMA *et al.*, 2017; PAIVA; LIMA DALMOLIN; DOS SANTOS, 2020).

Porém, a centralização do poder de atuação e autoridade por parte médica dentro da equipe multidisciplinar, ainda era muito observada neste modelo. A necessidade de percepção da saúde dos trabalhadores não poderia ser em sua maioria biomédica, ou seja, a saúde do trabalhador deveria ser considerada em sua integralidade (COSTA-JUNIOR; COUTO; MAIA, 2016; PAIVA; LIMA DALMOLIN; DOS SANTOS, 2020).

Sendo assim, surge a necessidade de um modelo mais atualizado em relação à saúde do trabalhador. O mundo no final da década de 60 passava por imensas transformações sociais e o processo de trabalho sofreu significativa influência de movimentos que visavam relações de trabalho mais democráticas (COSTA-JUNIOR; COUTO; MAIA, 2016).

Observa-se que o avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, durante as décadas de 60 e 70, aumentou o quadro perceptivo pelos pesquisadores do processo saúde-doença, influenciando nas relações no ambiente de trabalho. Esse novo contexto trabalhista necessita de uma intervenção no mundo das atividades produzidas (JESUS *et al.*, 2017; RITZEL; KÜMMEL, 2019).

Na Saúde Pública, foi proposto observar novas práticas de atenção à saúde dos trabalhadores, no foco das propostas da Reforma Sanitária Brasileira. Contudo, a ST continua buscando maior expressividade na atenção primária à saúde. Historicamente, passou a configurar uma nova referência que, com a inclusão de algumas Ciências Sociais – exclusivamente da ideologia marxista, colaborou para

determinar a visão da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional (FONTOURA *et al.*, 2018; HOFFMANN; SANTANA; FREITAS, 2021; SANTOS, H. *et al.*, 2018).

O ponto de partida para o estudo dos fatores que condicionam o mecanismo de produção e saúde para os trabalhadores é a dinâmica ou processo de trabalho, contextualização recuperada, nos anos 70 das ideologias propostas por Karl Marx. A utilização da ideia de “processo de trabalho” como objeto analítico favorece reconstruir conceitos ainda predominantemente influenciados por causa e consequências do ponto de vista uni ou multicausais, sem considerar os fatores sociais e o contexto histórico do trabalho. Sendo assim, o trabalhador e ambiente são compreendidos de forma externa, ocorrendo uma abstenção das relações de trabalho e produção, onde as condições de trabalho adequadas são substituídas pela materialização de bens a serem produzidos, ocasionando desta forma mais agravos à saúde do trabalhador (CASSUNDÉ; BARBOSA; MENDONÇA, 2016; MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016; RITZEL; KÜMMEL, 2019).

A ST caracteriza-se como uma área de práticas, conhecimentos planejados e multiprofissionais, pelos quais a habilidade técnica, social, política, humana e de relações interdisciplinares servirão para análise e intervenção das relações de trabalho que produzem doenças e agravos. Suas referências são a saúde da coletividade, ou seja, assistência à coletividade trabalhadora através da prevenção (ALMEIDA; MARTINS, 2017; LUZ *et al.*, 2016).

A assistência multidisciplinar resulta na vontade de contribuir para a articulação de dois sistemas de análise: o que determina o fator social, político, econômico e cultural que definem as relações peculiares geradas nos ambientes de trabalho e a característica reproduzida dos processos de trabalho de reprodução social dos diferentes grupos humanos que são determinadas em parte pelas repercussões retiradas das necessidades de saúde de cada trabalhador. Entre as contextualizações existentes da interação entre relações e as características de cada processo de trabalho, resultam os riscos associados ao ambiente de trabalho e as que se relacionam com a organização do trabalho (FONTOURA *et al.*, 2018; HOFFMANN; SANTANA; FREITAS, 2021, RITZEL; KÜMMEL, 2019).

A Reforma Sanitária tentou influenciar o movimento de ST através do redirecionamento do pensamento, que conseguiu maior atenção com o dinamismo da VIII Conferência Nacional de Saúde, na década de 80. Nessa mesma época, foi realizada I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em que foram

divulgadas e promovidas atividades e ações de implantação da Rede de Serviços de ST (FERREIRA; MERINO; FIGUEIREDO, 2017; PORTO; DALL'AGNOL, 2016; VIEIRA *et al.*, 2018).

A comunicação com os trabalhadores é demasiadamente importante para a incorporação de novas práticas que possam vir a contribuir na elaboração de novos métodos de trabalho e mudanças no ambiente em que se situa o trabalhador. As experiências obtidas ao longo dos anos por esses empregados são peculiares e devem ser respeitadas, pois esses são os verdadeiros sujeitos que conhecem de perto o ambiente e o processo de trabalho. Essa metodologia trabalhista com ação transformadora observada já nos finais da década de 1970 foi absorvida pelo “Modelo Operário Italiano”, tendo como objetivo a transformação e o controle das condições de trabalho nas seções de produção (HOFFMANN; SANTANA; FREITAS, 2021; VIEIRA *et al.*, 2018; PEREIRA; TRAESEL; MERLO, 2013).

Contudo, o caminho de estabelecimento e fundação da ST no SUS, não aconteceu de forma linear e nem espontânea em sua implantação no país. A propagação e sua eventual divulgação da Constituição Federal, em 1988, contribuíram para a introdução de suas diretrizes e princípios na área de ST no SUS; as dificuldades para o fortalecimento de seus ideais apareceram inúmeras vezes, como imponentes obstáculos para sua consolidação (PORTO; DALL'AGNOL, 2016; SANTOS, H. *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018).

Em nosso país, o novo modelo, a Saúde do Trabalhador (ST), surge em caráter de campo ou área, ou seja, ainda mais abrangente que o contexto de modelo, que parece seguir somente normas e protocolos exclusivamente trabalhistas. Teve como marco a I Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador e a Constituição de 1988, posteriormente regularizada pela lei do Sistema Único de Saúde (SUS) (8.080 de 19 de setembro de 1990) (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018; MENDES; DIAS, 1991).

Inicialmente nos anos 90, observaram-se novos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) em várias regiões do país, porém quase todos enfrentaram dificuldades em sua implantação; em alguns casos tiveram somente vida útil aumentado por pouco tempo (FONTOURA *et al.*, 2018; RITZEL; KÜMMEL, 2019; SANTOS, H. *et al.*, 2018).

Eram muitos os desafios encontrados: ausência de uma cultura de saúde do trabalhador, dificuldade de manusear novas tecnologias, falta de uma metodologia

baseada em estudos científicos na saúde do trabalhador, conflitos com entidades institucionais pertencentes ao Estado, resistência das vigilâncias sanitária e epidemiológica, ausência de percepção por parte dos trabalhadores à aceitação aos programas, corpo técnico insuficiente, e até mesmo ausência de dispositivos que poderiam normatizar as ações do colegiado nas três esferas de governo (JESUS *et al.*, 2017; RITZEL; KÜMMEL, 2019; VIEIRA *et al.*, 2018).

Vagarosamente ainda nos anos 90, a medida que se avançava tecnologicamente a sociedade, novas dificuldades emergiam. Até o ano 1995, a promulgação da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (II CNST), acontecida nos anos 90; foi modificada e retirada a determinação da constituição que municipalizava as ações. Contudo, essa proposta já estabelecida era antagonista a IX Conferência Nacional de Saúde, que promovia um novo exemplo de gestão do SUS. Com isso, para a ST que possuía um ideal de municipalização de suas ações, mais um problema a sua implantação acabara de surgir. Ainda hoje, observa-se dificuldade de se municipalizar as ações de ST (LUZ *et al.*, 2016; SANTOS, H. *et al.*, 2018; PEREIRA; TRAESEL; MERLO, 2013).

A II CNST promoveria alguns dos avanços que poderiam vir a acontecer, entre eles: a constituição paritária das entidades sindicais e organizações populares que poderiam beneficiar a ST, à medida que contribuiriam para as peculiaridades de cada ambiente de trabalho em suas regiões; porém tal avanço, acredita-se que nunca aconteceu realmente até os dias de hoje. Destaca-se, a participação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que quando articulados com alguns gestores do Estado, levam em consideração a participação popular (AQUINO *et al.*, 2016; SOUZA; MENDES, 2016; VIEIRA *et al.*, 2018).

Durante a década de 90, observou-se também a implantação da Comissão Internacional de Saúde do Trabalhador (CIST), articulada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sua implantação obedecia aos artigos 12 e 13 da Lei Orgânica de Saúde.

No decorrer da segunda da metade da década de 90, a CIST se consolidou, constituindo-se de forma dinâmica nas práticas e políticas de ST. Contudo, mais desafios precisavam ser superados para sua efetiva implantação (RITZEL; KÜMMEL, 2019; SILVA, A. *et al.*, 2017; SOUZA; MENDES, 2016).

Algumas das ações foram determinantes por mérito da CIST, entre elas a Instrução Normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no SUS,

significante progresso para o campo de atuação de ST, assinada e formalizada em 1998 (PIALARISSI, 2017; SOUZA; MENDES, 2016).

A divulgação da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, ainda na década de 90, contribuiu na construção de um modelo de saúde pautado em sistematizações mais justas ao trabalhador. A utilização de um instrumento pautado na Lei Orgânica de Saúde, em seu artigo 6º (parágrafo 3º, inciso VII), foi analisada e ampliada até 2001, transformando-se num guia de referência para a classe médica de peritos e profissionais de saúde em geral, até os dias atuais. Porém, tal lista necessita de revisão e atualização (MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016; RITZEL; KÜMMEL, 2019; SOUZA; MENDES, 2016).

A CIST ainda cooperou na elaboração da formulação de Autorizações de Internação Hospitalar nos casos referentes aos acidentes de trabalho e a Política de Saúde Ocupacional para o trabalhador do SUS, inserindo a NOB e Princípios e diretrizes para a gestão do Trabalho no SUS (LEAL; MELO, 2018; SOUZA *et al.*, 2019).

A entrada da saúde do trabalhador no novo século, no ano de 2000, começa através do campo técnico de ST do Ministério da Saúde, após uma proposta de construção que estabelece uma rede de ampliada de ST que, reformulada, onde 24 meses de sua ideia inicial seria oficialmente implantada como Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (AQUINO *et al.*, 2016; PEREIRA; TRAESEL; MERLO, 2013; SOUZA; MENDES, 2016; VIEIRA *et al.*, 2018).

A sua estrutura atual regulamentada pela Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, a RENAST deve fazer parte do campo de atuação dos serviços do SUS por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018; LEAL; MELO, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018).

Paulatinamente, com a consolidação crescente da RENAST, com a manifestação de três portarias: entre 2002 e 2009, concretizando-a, foi notório o progresso nessa área, a do trabalhador, assumindo de vez a sua identidade no contexto da saúde. Uma análise dos primeiros vinte anos de ST no SUS já demonstrava a sua importância para a saúde dos trabalhadores no país (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018; MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016; SOUZA; MENDES, 2016).

Devido ao seu tamanho continental, suas diferenças culturais, variabilidade econômica e as diferentes tecnologias de trabalho observadas como grandes barreiras a serem vencidas, podemos considerar a ST um grande progresso para a saúde da população. Destaca-se ainda a consolidação dos CEREST que trabalham em consonância entre as instituições do Estado (RITZEL; KÜMMEL, 2019; SILVA, R. *et al.*, 2017; VIEIRA *et al.*, 2018).

A criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), pela Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012) representou um marco exponencial de extrema relevância para coordenar as atividades e o sistema de produção do trabalhador no Brasil. Esta política pode ser considerada a principal referência que estabelece princípios e diretrizes da área de ST; a Política além de determinar o campo de atuação e quem faz parte, pode favorecer diminuindo a distância entre a produção de conhecimentos científicos e elaboração de planos de assistência pautados na prática do trabalhador (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018; RITZEL; KÜMMEL, 2019; SILVA, R. *et al.*, 2017).

Vale destacar, entre outros, os objetivos do PNST (BRASIL, 2021b):

- I- fortalecer a Vigilância em Saúde do trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde;
- II- promover a saúde em ambientes e processos de trabalho saudáveis;
- III- garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos de rede.

1.3.1 Reforma trabalhista: repercussões neoliberais à Saúde do Trabalhador

O neoliberalismo é entendido de acordo com a perspectiva de quatro dimensões: econômica globalizada; luta antidisciplinar; teórica e simbólica e por última, a disposição subjetiva (ANDRADE, 2019).

A primeira definida pela acumulação financeirizada, já a segunda é considerada uma luta contra os sistemas de regulamentação e/ou governabilidade, a terceira tem como o objetivo a desconstrução da ideologia de mercado eficiente,

valor da competitividade e da economia na política e a quarta dimensão, observa-se a visão subjetiva microssocial e intraindividual (ANDRADE, 2019; LAVAL, 2018; VENUGOPAL, 2015).

Englobando todos os aspectos contextuais do neoliberalismo e suas características, a Reforma trabalhista, aprovada pela Lei de nº 13.467 de 13 de julho de 2017, altera mais de 100 artigos da CLT de 1943. Considerada por muitos um grande divisor trabalhista e econômico do panorama da sociedade brasileira, pois as suas mudanças previstas impactam todo o sistema da produção atual (ANDRADE, 2019; BRASIL, 2017; CARVALHO, 2017).

São várias as mudanças previstas na lei da Reforma Trabalhista de acordo com o artigo 611-A, mas as principais modificações coletivas são:

- I – pacto quanto à jornada de trabalho, observados os limites constitucionais;
- II – banco de horas anual;
- III – intervalo intrajornada, respeitado o limite mínimo de trinta minutos para jornadas superiores a seis horas;
- IV – adesão ao Programa Seguro-Emprego (PSE), de que trata a Lei no 13.189, de 19 de novembro de 2015;
- V – plano de cargos, salários e funções compatíveis com a condição pessoal do empregado, bem como identificação dos cargos que se enquadram como funções de confiança;
- VI – regulamento empresarial;
- VII – representante dos trabalhadores no local de trabalho;
- VIII – teletrabalho, regime de sobreaviso, e trabalho intermitente;
- IX – remuneração por produtividade, incluídas as gorjetas percebidas pelo empregado, e remuneração por desempenho individual;
- X – modalidade de registro de jornada;
- XI – troca do dia de feriado;
- XII – enquadramento do grau de insalubridade;
- XIII - prorrogação de jornada em ambientes insalubres, sem licença prévia das autoridades competentes do Ministério do Trabalho;
- XIV – prêmios de incentivo em bens ou serviços, eventualmente concedidos em programas de incentivo;
- XV – participação nos lucros ou resultados da empresa (BRASIL, 2017).

Para Carvalho (2017, p. 93),

[...] o sucesso da reforma depende fundamentalmente do fortalecimento da representação dos trabalhadores na negociação, ponto deixado de lado na reforma. E, de imediato, causa profunda perda do poder de barganha dos trabalhadores, visto que há vários elementos na reforma que ampliam a discricionariedade do empregador sobre os contratos individuais e coletivos [...].

Em termos de negociação e inerente ao mecanismo produtivo, a força de trabalho, difícil de quantificar e qualificar, passa a ser um ponto central de determinações desta reforma, na qual as alterações previstas pela lei apresentam um teor mercadológico da venda do trabalhador, observada através da flexibilização da CLT.

Para Santana *et al.* (2020, p. 2),

o trabalho possui um papel fundamental para o desenvolvimento humano. Contudo, pode se tornar uma fonte de sofrimento físico e psíquico, quando inserido em um contexto de precarização e flexibilização de suas relações, ou seja, em situações nas quais as condições mínimas de saúde e segurança não são garantidas.

Na área da saúde, acordos previstos em lei que favoreçam mais o empregador do que o trabalhador pode gerar além do adoecimento ocupacional, implicações para a saúde dos pacientes assistidos.

Diferentemente de outros produtos ou bens, a força de trabalho, como já mencionada, é indissolúvel do seu proprietário, ou seja, o trabalhador. Por isso, acordos estabelecidos por leis devem priorizar o aspecto humano trabalhista e suas consequências para a saúde do trabalhador (CAMPOS *et al.*, 2017; VOGEL, 2013).

O pesquisador Carvalho (2017, p. 89) cita como consequências da Reforma:

expansão do banco de horas, jornada 12-36 e indenização de intervalo de descanso;
ampliação da jornada por tempo parcial e estabelecimento do trabalho intermitente;
vedação da caracterização do trabalhador autônomo como empregado mesmo em caso de exclusividade e continuidade;
possibilidade de terceirização irrestrita;
equiparação do trabalhador hiperssuficiente com o contrato coletivo;
possibilidade de demissão coletiva sem autorização do sindicato.

Indiscutivelmente uma lei que prevê melhores condições de trabalho, garantias e benefícios ao trabalhador é importante, mas na realidade o que se pode extrair conclusivamente desta reforma é a legalização da precarização do trabalho, observada, por exemplo, pela extinção do Ministério do Trabalho e Emprego, assim como a dificuldade de acessibilidade imposta por esta lei a Justiça do Trabalho (SANTANA *et al.*, 2020; VENUGOPAL, 2015).

Outro produto criado por esta lei foi a terceirização da atividade-fim, onde o serviço de saúde ofertado através do Sistema Único de Saúde poderá ser realizado

por empresas ou instituições privadas, determinando infrações éticas e morais (SANTANA *et al.*, 2020).

Com isso, nota-se um aumento do número das contratações de trabalhadores da saúde em velocidade vertiginosa através das Organizações Sociais (OS), empresas, fundações e autarquias no poder público.

Concursos públicos cada vez mais escassos, salários defasados e atrasados, condições de trabalho inadequadas ao serviço a ser oferecido, aumento do autoritarismo pela subordinação dos trabalhadores são exemplos das consequências da reforma.

As repercussões neoliberais da Reforma Trabalhista para o campo da ST são inúmeras. Contudo, observa-se de imediato um enfraquecimento do poder de barganha do trabalhador com o seu empregador, pois tal reforma, criou através da lei já estabelecida, instrumentos necessários para aumentar o desequilíbrio das negociações entre o empregador e empregado.

1.3.2 Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) e a reestruturação das Normas Regulamentadoras

O novo programa firma-se como meta a ser seguida através da reestruturação da Norma Regulamentadora nº1 (NR 01), possuindo como principal objetivo, a prevenção de acidentes nos ambientes de trabalho, através de um planejamento eficaz que diminua o risco de acidentes (AUGUSTO MARINHO *et al.*, 2018; BRASIL, 2020a).

Observa-se então, a incorporação das novas diretrizes à NR 01, na qual não foi necessária a criação de uma nova norma e sim, a reestruturação de uma já existente (BRASIL, 2020a).

Destaca-se ainda que o novo texto da NR 01, no qual se encontra em consonância com normas internacionais de segurança, como por exemplo, a ISO 45001 que dispõe sobre o Sistema de Gestão de Saúde e Segurança Ocupacional (AUGUSTO MARINHO *et al.*, 2018; PATRÍCIO *et al.*, 2019).

A ISO 45001 é uma norma internacional que determina os critérios para um sistema de gestão de segurança e saúde no trabalho, com especificações para a

sua aplicação, melhorando de forma significativa o desempenho da Saúde e Segurança no Trabalho (SST) na prevenção de lesões e doenças (AUGUSTO MARINHO *et al.*, 2018; SIQUEIRA *et al.*, 2015).

Considerado um programa com o intuito de gerenciar os riscos existentes no ambiente de trabalho e suas atividades, o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), sofreu forte influência da Portaria nº 6.730 de 09/03/2020 (altera a NR 01) e também das Portarias nº 6.734 de 09/03/20 (altera a NR 07) e nº 6.735 de 10/03/2020 (altera a NR 09) (BRASIL, 2020a, 2020b, 2020c).

As alterações possibilitarão um programa ocupacional mais dinâmico e completo, considerando todos os riscos ocupacionais existentes, não somente os riscos físicos, químicos e biológicos, mas também os riscos ergonômicos, de acidentes e mecânicos (PATRÍCIO *et al.*, 2019; SIQUEIRA *et al.*, 2015).

Entre tais alterações, teremos, por exemplo, uma mudança significativa que será a redução de custos e prazos. Ao contrário do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), que remete a renovação anual, o PGR estabelece um prazo maior de dois anos e para empresas com certificação em Segurança e Saúde do Trabalhador, o prazo poderá ser de até três anos. A mudança favorecerá também uma autonomia maior sobre os riscos, visto que, a criação de novos riscos poderá ser evidenciada como necessária (BRASIL, 2020c; SIQUEIRA *et al.*, 2015).

A avaliação dos riscos no PPRA era feita através da identificação em primeiro lugar, depois o reconhecimento e em seguida a avaliação dos riscos. Já com a mudança para o PGR, cada risco deve ser classificado de acordo o seu nível de severidade das possíveis lesões ou agravos à saúde com a probabilidade ou chance de sua ocorrência (BRASIL, 2020a; PATRÍCIO *et al.*, 2019).

O plano de ação deverá ser elaborado pelas empresas através de medidas aprimoradas, introduzidas ou mantidas. Em relação às medidas de prevenção, deverá ser determinadas as formas de acompanhamento, resultados ou elaboração de cronogramas (AUGUSTO MARINHO *et al.*, 2018).

O PGR é um instrumento utilizado com o objetivo de se gerenciar os riscos existentes no ambiente de trabalho. Deve ser adequado a cada processo/etapa do processo de trabalho, adaptando-se também às demais normas regulamentadoras (AUGUSTO MARINHO *et al.*, 2018; PATRÍCIO *et al.*, 2019).

São considerados dois documentos básicos pelo PGR para se cumprir as exigências relacionadas aos registros no ambiente de trabalho: plano de ação e

inventário de riscos (SIQUEIRA *et al.*, 2015).

O plano de ação, de acordo com O PGR é mais dinâmico e de acordo com o ambiente de trabalho que deverá contemplar formas de acompanhamento e aferimento, como por exemplo, planilhas ilustrativas (PATRÍCIO *et al.*, 2019; SIQUEIRA *et al.*, 2015).

Já o inventário de riscos deverá considerar:

- a) Descrição das atividades;
- b) Descrição dos processos e ambientes de trabalho;
- c) Descrição de perigos e de possíveis lesões ou agravos à saúde dos trabalhadores;
- d) Dados da análise preliminar ou do monitoramento das exposições dos agentes físicos, químicos e biológicos e os resultados da avaliação de ergonomia nos termos da NR-17;
- e) Critérios adotados para a avaliação dos riscos e tomada de decisão;
- f) Análise dos riscos, incluindo a classificação para fins de elaboração do plano de ação (BRASIL, 2020a, 2020b).

A estrutura do PGR para o Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO) segue as etapas: a) responsabilidades; b) processo de identificação de perigos e avaliação de riscos; c) controle de riscos; d) implementação e acompanhamento (BRASIL, 2020a, 2020b, 2020c).

Destaca-se também a importante função do GRO na avaliação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, assim como, a elaboração de planos que promovam a prevenção de situações emergenciais no ambiente de trabalho (AUGUSTO MARINHO *et al.*, 2018; SIQUEIRA *et al.*, 2015).

1.3.3 Principais diferenças encontradas após as atualizações das Normas Regulamentadoras

O Novo texto da NR 01 destaca as principais etapas no gerenciamento de riscos do PGR que, deverá ser respeitado: a) prevenção de riscos à saúde do

trabalhador que possam ter origem em seu ambiente; b) determinação das ameaças e possíveis lesões ou agravos à saúde do trabalhador; c) análise dos riscos no ambiente de trabalho com determinação do nível de risco; d) classificação dos riscos no ambiente de trabalho; e) determinação de medidas de implementação; f) acompanhamento e gestão dos riscos (BRASIL, 2020a).

A redação atualizada da NR 07 segue bem alinhada com a NR 01 sem grandes modificações. Observa-se a incorporação de novos anexos, talvez sejam estas as grandes atualizações significativas. Texto da NR 07 atual engloba os anexos: a) I – monitoração da exposição ocupacional e agente químicos; b) II – controle médico ocupacional da exposição a níveis de pressão sonora elevados; C) III – controle radiológico e espirométrico da exposição de agentes químicos; d) IV – controle médico ocupacional de exposição à condições hiperbáricas; e) V – controle médico ocupacional da exposição à substâncias químicas cancerígenas e a radiações ionizantes (BRASIL, 2020b).

Já a grande mudança acontecerá com a NR 09, de acordo com a atualização a atual NR não poderá ser mais associada ao PPRA, na qual a gestão dos riscos só poderá ser feita através do novo modelo do PGR (BRASIL, 2020a, 2020c).

De acordo com a Portaria nº 6.735 de 10/03/2020, a NR 09: “Esta Norma Regulamentadora – NR estabelece os requisitos para a avaliação das exposições ocupacionais a agentes físicos, químicos e biológicos quando identificados no Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR, previstos na NR – 01, e subsidiá-lo quanto às medidas de prevenção para os riscos ocupacionais” (BRASIL, 2020c).

Na realidade existe uma propensão desta NR transforma-se num grande campo destinado a Higiene Ocupacional, ou seja, será uma norma que terá como objetivos: reconhecimento, avaliação e controle dos riscos ocupacionais no ambiente de trabalho. Outra recente atualização foi a incorporação de um anexo destinado que visa definir critérios de prevenção aos riscos ocupacionais decorrentes da exposição ao calor.

As mudanças ocorridas nas normas regulamentadoras 01, 07 e 09 agregaram valor ao campo de SST, visto que trouxeram mais hegemonia, transparência e dinamismo ao gerenciamento dos riscos. A atualização trouxe também mais relevância e significado aos riscos de acidente/mecânicos e ergonômicos (BRASIL, 2020a, 2020b, 2020c).

1.3.4 Sistema de Escrituração Fiscal Digital das Obrigações Fiscais Previdenciárias e Trabalhistas - O eSocial: consequências para a Saúde e Segurança do Trabalhador

Criado pelo governo federal através do decreto nº 8.373 de 11 de dezembro de 2014, o eSocial é considerado de acordo com esta regulamentação: “[...] o instrumento de unificação da prestação das informações referentes à escrituração das obrigações fiscais, previdenciárias e trabalhistas [...]”. Ou seja, ferramenta que possui também como objetivo, atender as obrigações trabalhistas (BRASIL, 2014; GONÇALVES, 2019; YOSHITERU, 2019).

Esse novo sistema implantado possui como garantias ao trabalhador: acompanhamentos dos riscos ocupacionais pela plataforma, afastamentos, informações trabalhistas e previdenciárias com maior transparência dos contratos de trabalho, evitando assim, perder informações no decorrer do tempo (HARTWIG, 2020; YOSHITERU, 2019).

São considerados os princípios do e-Social: a) I – viabilizar a garantia de direitos previdenciários e trabalhistas; b) II - racionalizar e simplificar o cumprimento de obrigações; c) III – eliminar a redundância nas informações prestadas pelas pessoas físicas e jurídicas; d) IV - aprimorar a qualidade de informações das relações de trabalho, previdenciárias e tributárias; e) V – conferir o tratamento diferenciado às microempresas e empresas de pequeno porte (GONÇALVES, 2019; YOSHITERU, 2019).

A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) deverá ser informada até o primeiro dia útil seguinte à ocorrência do acidente ou imediatamente em caso de falecimento do colaborador. As possíveis multas para o atraso ou se deixar de comunicar o acidente podem variar entre o limite e o máximo de salário de contribuição (HARTWIG, 2020; ORTELAN; PINTO, 2018).

Já para realizar as suas atividades, o retorno ao trabalho, a mudança de função, periódico ou questão demissional, o trabalhador deverá realizar o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO). O eSocial determina, através do artigo 201 da CLT que o empregador estará sujeito à multa, na qual o valor será determinado pelo fiscal do trabalho e poderá variar entre R\$ 402,53 (quatrocentos e dois reais e

cinquenta e três centavos) até R\$ 4.025,33 (quatro mil e vinte e cinco reais e trinta e três centavos) (BRASIL, 2014; HARTWIG, 2020; ORTELAN; PINTO, 2018).

O eSocial deverá ser abastecido com informações pertinentes ao Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), documento este que possui dados importantes sobre a exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, na qual dependendo dos riscos, o trabalhador poderá ter direito a aposentadoria especial (HARTWIG, 2020; YOSHITERU, 2019).

Mais que uma plataforma informatizada, o eSocial, funciona como um sistema de informações que servirá como ferramenta de transparência e responsabilidades entre as partes envolvidas no processo de trabalho. Destaca-se ainda que, o sistema incorpora todo dispositivo legal trabalhista sancionado (GONÇALVES, 2019; HARTWIG, 2020).

1.4 Riscos ocupacionais

Segundo com o capítulo V, título II, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Decreto-lei nº 5.452/43, as normas relativas à Segurança e Medicina do Trabalho são de observância obrigatória por todas as empresas brasileiras celetistas. A fiscalização, no entanto, deve ocorrer através das Delegacias Regionais do Trabalho. Estas devem, além de facilitar a fiscalização do cumprimento das normas de segurança e medicina do trabalho, direcionar as penalidades cabíveis por descumprimento das normas constantes no artigo 201 da CLT (BRASIL, 2017; MAURO; VEIGA, 2008; RITZEL; KÜMMEL, 2019).

A Lei nº 6.514 de dezembro de 1977 dá nova redação ao capítulo V da CLT e estabelece atribuição do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) a regulamentação das questões relativas à segurança e à saúde no trabalho, através das Normas Regulamentadoras (NR), aprovadas pela portaria 3.214/78. Assim sendo, as NR são normas que objetivam estabelecer requisitos técnicos e legais sobre os aspectos de segurança e saúde ocupacional. Elas são elaboradas e modificadas por comissões tripartites constituídas por representantes do governo, empregadores e empregados em relação a diversos temas (BRASIL, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2019; RITZEL; KÜMMEL, 2019).

As normas regulamentadoras, resumidamente, são: NR 1 – Disposições gerais; NR 2 – Inspeção prévia (revogada); NR 3 – Embargo ou Interdição; NR 4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho; NR 5 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; NR 6 – Equipamentos de Proteção Individual; NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional; NR 8 – Edificações; NR 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais; NR 10 – Instalações e Serviços de eletricidade; NR 11 – Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais; NR 12 – Máquinas e Equipamentos; NR 13 – Caldeiras e Vasos de Pressão; NR 14 – Fornos; NR 15 – Atividades e Operações Insalubres; NR 16 – Atividades e Operações Perigosas; NR 17 – Ergonomia; NR 18 – Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção; NR 19 – Explosivos; NR 20 – Segurança e Saúde no Trabalho com Inflamáveis e Combustíveis; NR 21 – Trabalho a Céu Aberto – NR 22 – Segurança e Saúde Ocupacional na Mineração (JUSBRASIL, 2019; MENDES *et al.*, 2017).

Segue o resumo das normas regulamentadoras: NR 23 – Proteção Contra Incêndios; NR 24 – Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho; NR 25 – Resíduos Industriais; NR 26 – Sinalização de Segurança; NR 27 – Registro Profissional do Técnico de Segurança (revogada); NR 28 – Fiscalização e Penalidades; NR 29 – Segurança e Saúde no Trabalho Portuário; NR 30 – Segurança e Saúde no Trabalho Aquaviário; NR 31 – Segurança e Saúde no Trabalho, Agricultura, Pecuária, Silvicultura, Exploração Florestal; NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde; NR 33 – Segurança e Saúde dos Trabalhadores em Espaços Confinados; NR 34 – Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria de Construção e Reparação Naval; NR 35 – Trabalho em Altura; NR 36 – Segurança e Saúde no Trabalho em Empresas de Abate e Processamento de Carnes e Derivados e NR 37 – Segurança e Saúde na Plataforma de Petróleo (JUSBRASIL, 2019; RODRIGUES; FAIAD, 2018).

Em outubro de 2014 havia um total de 35 Normas Regulamentadoras (NRs). A NR 01 até a 26 e NR 28 até 36, sendo as NRs 02 e 27 documentos revogados. Os riscos ocupacionais estão descritos no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) presente através da NR 09 do MTE (LAHOZ, 2019; REINERT; VERGARA; GONTIJO, 2019; RITZEL; KÜMMEL, 2019).

Esta Norma Regulamentadora, NR 09 estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos empregadores e instituições que

admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). Esta norma visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, levando em consideração a proteção do meio ambiente dos recursos naturais (NAZARIO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2019).

O conceito de risco de acordo com a ISO 31000:2009 é: “O efeito de incertezas sobre os objetivos”. De acordo com a NR 09 os riscos são considerados de natureza: física, química e biológica, posteriormente a NR 05 que dispõe sobre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) em seu anexo IV dos mapas de riscos menciona também os riscos de acidente e riscos ergonômicos (BOLICO DA SILVA, 2019; IIDA; BUARQUE, 2016; RITZEL; KÜMMEL, 2019; SANTOS *et al.*, 2019).

1.4.1 Condições de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador

Para entender a concepção das condições de trabalho é necessário incorporar aspectos novos e antigos do trabalho que afetam a saúde do trabalhador. Esta incorporação facilita o entendimento das condições de trabalho através de uma contextualização, na qual pode ser dividida em três áreas: a) o ambiente de trabalho - considerado um conjunto de aspectos materiais que compõem o ambiente no qual a tarefa é executada, por exemplo, as condições de segurança; b) as demandas de tarefas – entre elas, posturas, atenção, monotonia; c) organização do trabalho – distribuição e tempo de execução das tarefas, entre os trabalhadores, por exemplo. Sendo assim, as condições de trabalho podem ser entendidas como um conjunto de variáveis que podem influenciar na relação entre trabalho e saúde (CÉSPEDES SOCARRÁS; MARTÍNEZ CUMBRERA, 2016; SABASTIZAGAL-VELA; ASTETE-CORNEJO; BENAVIDES, 2020).

Destaca-se que as condições de trabalho inadequadas podem produzir possíveis danos à saúde do trabalhador; esta possibilidade de danos denomina-se fator de risco. O planejamento organizacional deverá ser realizado, a fim de prevenir os danos percebidos pelo trabalhador. A organização hospitalar poderá contar com o

suporte técnico das normas regulamentadoras, entre elas a NR 32 que dispõe sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde (RODRIGUES; FAIAD, 2018; SABASTIZAGAL-VELA; ASTETE-CORNEJO; BENAVIDES, 2020).

1.4.2 Riscos biológicos

Geralmente, a transmissão de agentes biológicos ocorre por infecção através das vias aéreas, penetração por via tegumentar, ou ingestão de alimentos contaminados. As infecções por transmissão sanguínea são descritas como as de maior risco para os trabalhadores de enfermagem.

As maiores incidências de doenças nas quais estão expostos os trabalhadores no ambiente hospitalar são: hepatite B, hepatite C e SIDA. Já dentre as infecções transmitidas por via aérea, a tuberculose, chama a atenção, pois quando comparada a outras doenças como influenza, varicela, coqueluche e doença meningocócica, pesquisas demonstram que o risco de profissionais da equipe de enfermagem adquirirem a tuberculose é oito vezes maior diante de outros profissionais de saúde, por estarem diretamente envolvidos na assistência com outros pacientes (BOLICO DA SILVA, 2019; MAURO; VEIGA, 2008; MARTINS; PERROCA, 2017; NAZARIO *et al.*, 2017; SILVA, A. *et al.*, 2017).

Considerado já por muitos, como o maior risco biológico da atualidade para os profissionais da saúde, a COVID-19 (Corona VirusDisease), que teve seu primeiro caso registrado no país em 25 de fevereiro de 2020, passou a ser assunto entre a comunidade científica devido ao seu grande poder de transmissibilidade e letalidade (SOUZA, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2020), já foram confirmados no mundo 107.423.526 casos de COVID-19 (417.768 novos em relação ao dia anterior) e 2.360.280 mortes (12.695 novas em relação ao dia anterior) até 12 de fevereiro de 2021, desde o seu primeiro caso, que foi registrado em dezembro de 2019 na cidade chinesa de Wuhan.

O painel de casos e óbitos do Ministério da Saúde confirmou que: de 27 de março de 2020 até 19 de fevereiro de 2021 foram registrados 10.081.676 casos e 244.765 óbitos no total, em todo o território nacional (BRASIL, 2021a).

Em dezembro de 2020, algumas vacinas candidatas contra a COVID-19 receberam autorização para o uso emergencial em alguns países e atualmente já se iniciou a vacinação de grupos prioritários como idosos e profissionais da saúde.

A capacidade mutagênica do vírus associada à necessidade preventiva da sua infecção ocupacional, deixaram algumas dúvidas a serem respondidas pela comunidade científica: haverá um plano de vacinação ocupacional permanente, como acontece com vacinas já implantadas pelo Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) para a vacina que previne a COVID-19? A ST está preparada para lidar com as sequelas geradas nos trabalhadores da saúde durante a pandemia?

Mais a frente, neste estudo, de acordo com a percepção dos trabalhadores, serão observados, de forma estatística, os danos agravados ao trabalhador de enfermagem que atua exclusivamente no covidário de uma instituição hospitalar.

1.4.3 Riscos físicos

São considerados riscos físicos aqueles associados às diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores como: ruído, pressões ambientais altas ou baixas, temperaturas anormais, radiações ionizantes, como o uso do ultrassom, por exemplo (FERREIRA *et al.*, 2018; GREGÓRIO, 2017).

Para prevenir os riscos físicos é fundamental que o ambiente de trabalho seja adequado, com boa ventilação, iluminação, sinalização e espaço físico adequado. Contudo é indispensável seguir as recomendações específicas por cada tipo de risco físico, através das normas regulamentadoras e dos órgãos fiscalizadores pertinentes.

De acordo com a Norma Brasileira – NBR 10152, os níveis sonoros aceitáveis para ambientes hospitalares, variam de 35 a 45 decibéis (dB). Os níveis de intensidade superiores aos parâmetros limítrofes são considerados geradores de desconforto psicológico e podem ocasionar riscos à saúde quando o tempo de exposição for prolongado e os valores excederem em muito os níveis aceitáveis. Observa-se ainda que a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) por se tratar de um setor fechado, possui por natureza, uma acústica desfavorável, torna-se mais

sensível ao ruído entre os demais setores do hospital (MARTINS; PERROCA, 2017; RITZEL; KÜMMEL, 2019; SILVA *et al.*, 2017a).

A temperatura influencia diretamente no conforto térmico do trabalhador, pois o gasto térmico é uma queixa comumente encontrada dentro do sistema produtivo. Por exemplo, quando o profissional da saúde, precisa percorrer longas distâncias, num curto certo intervalo de tempo sob um sistema de refrigeração ineficaz. Como consequência, o gasto de energia é aumentado à medida que a sua temperatura corporal não encontra um sistema regulatório auxiliado pela temperatura externa, a do ambiente (BALTHAZAR *et al.*, 2017; MAURO; VEIGA, 2008).

As condições de trabalho de alta pressão (as hiperbáricas) ou baixa pressão são observadas em tratamentos de pacientes com feridas de difícil cicatrização, por exemplo, e apresentam um risco elevado para o desenvolvimento de doenças do trabalho. São exigidos, por seus trabalhadores, nestas circunstâncias, cuidados especiais em relação à execução de seus procedimentos (FERREIRA *et al.*, 2018; GREGORIO, 2017).

Já a radiação ionizante, observa-se o risco entre os trabalhadores da saúde, também, quando o paciente precisa realizar em seu leito uma radiografia, procedimento bastante comum nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), no qual o profissional envolvido, precisa seguir todas as recomendações necessárias pela Comissão Internacional de Proteção Radiológica (ICRP) (BALTHAZAR *et al.*, 2017; GOULART *et al.*, 2020).

1.4.4 Riscos de acidente

Os riscos de acidentes são cada vez mais observados na prática assistencial dos trabalhadores de enfermagem. Tais riscos são identificados como os principais em diversas pesquisas, são eles: exposição à picada de insetos, quedas devido ao desnivelamento do chão, acidentes com perfurocortantes, choque ao contato com rede elétrica sem manutenção adequada, mordedura de animais, visita a domicílios com risco de desabamento (GAMA; TAVARES, 2019; MARTINS; PERROCA, 2017; RITZEL; KÜMMEL, 2019; SILVA, R. *et al.*, 2017).

O Tribunal Superior do Trabalho (TST, 2020) considera acidente de trabalho o que dispõe a Lei nº 8.213/91, em seu art. 19:

acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1991).

Atualmente, observa-se dentro do campo dos acidentes de trabalho uma discussão provocada, por dispositivos legais, aprovados recentemente, em relação aos acidentes de percurso ou trajeto, no qual o ponto principal da dialética seria se, tais acidentes deveriam continuar ou não sendo considerados acidentes de trabalho, eximindo o empregador ou empresa de obrigações trabalhistas.

O art. 21 da lei nº 8.213/91, equipara o acidente de trabalho no seu inciso I ao acidente sofrido pelo segurado, ainda que fora do local e horário de trabalho. Contudo, a Lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017 que aprovou a Reforma Trabalhista, excluiu, em seu 2º inciso do art. 58, o tempo despendido do trabalhador da sua residência até o seu local de trabalho:

O tempo despendido pelo empregado desde a sua residência até a efetiva ocupação do posto de trabalho e para o seu retorno, caminhando ou por qualquer meio de transporte, inclusive o fornecido pelo empregador, não será computado na jornada de trabalho, por não ser tempo à disposição do empregador (BRASIL, 2017).

Estamos vivendo um período transitório das leis trabalhistas e de acordo com alguns especialistas da área, a configuração de acidente de trajeto ou percurso dependerá do estabelecimento do nexos causal do acidente, onde serão necessários documentos comprobatórios do ocorrido.

1.4.5 Riscos químicos

São vários os determinantes que podem prejudicar a saúde dos trabalhadores de enfermagem, quando se fala em risco químico. Pode-se citar a sensibilização por antimicrobianos, as dermatites alérgicas ou por irritação. As dermatoses

ocupacionais têm como principais agentes os antibióticos, antissépticos, detergentes, desinfetantes, sabões e as luvas de borracha, problemas esses que poderiam ser evitados se os trabalhadores fizessem o uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) durante a manipulação, preparo e administração das drogas ou substâncias (BOLICO DA SILVA, 2019; GAMA; TAVARES, 2019; RITZEL; KÜMMEL, 2019; SANTOS *et al.*, 2019; SILVA, R. *et al.*, 2017).

1.4.6 Riscos ergonômicos

São considerados como fatores geradores de risco ergonômico no trabalho de enfermagem: posturas inadequadas; excesso de deslocamentos; carga de trabalho intensa; trabalho noturno em períodos ininterruptos ou seguidos com ausência de descanso; trabalho com alta produtividade e complexidade de atividades, necessitando de extrema atenção por longos períodos de tempo; falta de intervalos adequados para descanso; exigência acentuada por resultados e organograma institucional inflexível; condições de trabalho insalubres e com números insuficientes de profissionais da enfermagem ou arranjo físico inadequado e ambiente de trabalho desagradável com relações interpessoais conflituosas (LAHOZ, 2019; MARTINS; PERROCA, 2017; MAURO; VEIGA, 2008; SANTOS *et al.*, 2019, SILVA, R. *et al.*, 2017).

Observa-se que são influenciadas pelos mobiliários do ambiente, organização do trabalho e pelas características antropométricas de cada trabalhador da enfermagem. O levantamento ou transferência de peso durante a realização de um curativo ou passagem de paciente para uma maca é considerada uma das causas mais comuns de acidentes entre os trabalhadores de enfermagem (LAHOZ, 2019; NAZARIO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2019; SILVA, R. *et al.*, 2017).

1.4.7 Riscos psicossociais

Num mundo cada vez mais capitalista em busca de lucratividade “doa a quem doer”, observa-se que as condições de trabalho encontram-se cada vez mais precarizadas, gerando nos trabalhadores inúmeros problemas de saúde. Os riscos ao trabalhador extrapolam os limites de aceitabilidade e a saúde mental encontra-se, no cenário atual do trabalho, debilitada.

Dentro do campo de atuação do trabalho da enfermagem, encontram-se diversos mecanismos desencadeantes ao adoecimento psicossocial do trabalhador. Por isso, identificar e entender sob quais riscos estão expostos estes trabalhadores é extremamente importante para a prevenção de problemas e promoção da saúde no ambiente do trabalho (SACADURA–LEITE *et al.*, 2019; SANTOS, H. *et al.*, 2018).

São considerados riscos psicossociais, todos os agentes ou fatores de risco que podem gerar no trabalhador, um adoecimento mental através do seu ambiente de trabalho. Ou seja, quando uma condição de trabalho inadequada é presente no ambiente de trabalho, por exemplo, relação conflituosa com a chefia, observa-se um aumento de chances de adoecimento mental dos profissionais (GREGÓRIO, 2017; FERREIRA *et al.*, 2018).

A depressão, o estresse e a ansiedade são considerados os principais agentes ou fatores psicossociais desencadeantes do adoecimento mental, de acordo com a percepção dos trabalhadores. A organização do trabalho inadequada influencia significativamente no surgimento de novos riscos psicossociais, assim como, um ambiente com processos de trabalho estruturados de qualidade, para a diminuição dos mesmos (BEZERRA *et al.*, 2015; SANTOS, S. *et al.*, 2018).

De acordo com um estudo de S. Santos *et al.* (2018, p. 376), sobre a identificação de adoecimento mental dos trabalhadores, através de biomarcadores: “a prevenção de riscos psicossociais e o diagnóstico precoce com o auxílio de biomarcadores podem reduzir o presenteísmo e o absenteísmo e promover a melhoria da saúde mental dos trabalhadores”.

Os riscos ocupacionais estão cada vez mais presentes no ambiente de trabalho, entre eles o psicossocial. A comprovação destes riscos, através de suas consequências ao trabalhador, encontra-se cada vez mais acessível a ST. E, as

dificuldades de mapeamento deste tipo de risco, não podem mais ser consideradas como “desculpas” para a ausência de sua identificação entre os trabalhadores.

As ausências de mecanismos regulamentários dos riscos psicossociais são evidentes no campo de ST, o que não torna o risco passível de ser negligenciado. Pelo contrário, a atenção aos riscos psicossociais deve ser cada vez maior, pois, observa-se uma prevalência de doenças mentais entre os trabalhadores. De acordo com relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), até 2030 a depressão será a doença mais incapacitante do mundo (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 2017; FERNANDES; PEREIRA, 2016).

Atualmente, um projeto de lei nº 3.588 de 2020 de autoria do deputado federal Alexandre Padilha, tramita dentro da Câmara dos Deputados. O projeto propõe incluir no artigo 200 da CLT, que trata das disposições das Normas Regulamentadoras, medidas de prevenção, intervenção e gestão dos riscos psicossociais por parte do empregador, nos termos que dispões o artigo 157, I e II da CLT.

1.5 Presenteísmo: contribuições da Teoria do Estresse de Hans Selye

O presenteísmo foi considerado por muitos anos como o oposto do absenteísmo ou para destacar o desempenho do trabalhador em seu ambiente de trabalho, onde foi observado nas últimas décadas como um comportamento adversário da produtividade. Pesquisadores norte-americanos e europeus concluíram em suas pesquisas que os custos referentes ao presenteísmo superam o absenteísmo. No país existe uma incipiência de estudos que relacionem o presenteísmo a produtividade (ALMEIDA; MARTINS, 2017; CAMARGO *et al.*, 2017).

Atualmente o presenteísmo é considerado quando o trabalhador encontra-se fisicamente no seu local de trabalho, mas mentalmente afastado, devido a causas de ordem: físicas, psicológicas ou sociais. O presenteísmo interfere na produtividade do trabalhador, gerando consequências prejudiciais para o seu ambiente de trabalho, assistência e para si próprio (JONHS, 2010; REVUELTA; FRANCISCO, 2014).

As atividades no local de trabalho quando não desenvolvidas com qualidade, podem acarretar graves implicações não só para o ambiente de trabalho, como

também para toda a equipe. Na enfermagem, o presenteísmo pode favorecer a falta de eficiência na assistência e para saúde dos usuários. Determina do ponto de vista ocupacional, piora no quadro de saúde do trabalhador (GARRIDO *et al.*, 2017; LOPES *et al.*, 2016).

Para Widera, Chang e Chen (2010), o presenteísmo ocorre quando um funcionário vai trabalhar mesmo quando uma doença o impede de funcionar plenamente no trabalho. Para estes pesquisadores,

uma mudança fundamental é necessária por parte das organizações de saúde para ver medidas como licenças médica irrestrita não apenas como benefícios aos funcionários, mas sim como oportunidades reais de investimento que ajudam a proteger a segurança do paciente (WIDERA; CHANG; CHEN, 2010, p. 1246).

Associado há algum tempo a problemas de origem osteomusculares, alergias, cefaleias, disfunções gastrointestinais e transtornos mentais, o presenteísmo também pode ser fortemente influenciado por questões pessoais e organizacionais. As questões pessoais são identificadas, por exemplo, através do trabalhador que se preocupa em perder o emprego, manutenção da sua imagem de trabalhador leal e competente e o sentimento de responsabilização com a instituição e colegas de trabalho. Já os problemas organizacionais relacionam-se, entre outros, com a motivação do trabalhador pela instituição e relações interpessoais prejudiciais com chefias (VIEIRA *et al.*, 2018; WIDERA; CHANG; CHEN, 2010).

A pesquisa de Paschoalin, Griep e Lisboa (2012, p. 310), “a produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado”, cria uma associação do presenteísmo às condições de saúde e de trabalho dos profissionais, nas quais, estas relações condizem com a realidade vivida pelos trabalhadores de enfermagem no Brasil. Por isso, evidencia-se a necessidade de se investir na qualidade de vida, trabalho e saúde desses trabalhadores.

Observa-se nos últimos anos uma transformação nas competências dos trabalhadores, assim como precarização das condições de trabalho. As determinações que ditavam as regras de produtividade, que antes eram exigências físicas, tornam-se cada vez mais cognitivas e psíquicas. Sendo assim, os aspectos psicossociais e organizacionais do trabalho são considerados componentes relevantes para uma análise da qualidade de vida desses trabalhadores (PIALARISSI, 2017; SANTOS *et al.*, 2017).

Contudo, o medo de perder o seu trabalho diante de uma crise econômica em que vive o país e não recuperá-lo posteriormente ou de ser subjugado como mau profissional, faz com que o trabalhador não se afaste do seu local de trabalho, ou seja, permaneça trabalhando mesmo com algum agravo de saúde. O medo de perder o emprego amplifica o sofrimento mental, através de condutas de obediência ao chefe de setor na instituição a qual trabalha. Observa-se, então que o presenteísmo é difícil de ser identificado, por essa razão é considerado um comportamento que deve ser estudado cada vez mais dentro da comunidade científica (CASSUNDÉ; BARBOSA; MENDONÇA, 2016; SASAKI, 2013; SERAFIM *et al.*, 2017).

O presenteísmo é influenciado tanto por aspectos psíquicos do trabalhador, psicofisiológicos ou simplesmente fisiológicos.

Observa-se na pesquisa de H. Santos *et al.* (2018), com o título: “Presenteísmo e sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem” que, a maior parte dos trabalhadores apresentaram o presenteísmo (74,9%), sendo a maior causa referida a dor lombar (71,6%). Os autores concluem a pesquisa afirmando que o presenteísmo ocasionou redução no desempenho do trabalho, manifestou-se na presença dos sintomas musculoesqueléticos e a dor no ombro causou perda de concentração no trabalho.

Para Vieira *et al.* (2018), em sua pesquisa sobre este fenômeno, intitulado “Presenteísmo na Enfermagem: repercussões para a saúde do trabalhador e a segurança do paciente”, foi possível estabelecer uma associação entre as lesões osteomusculares e a redução da capacidade física e mental para o trabalho com prejuízo para o desempenho e sobrecarga para os demais profissionais.

Em um estudo de Silva, Zanatta e Lucca (2017) entre trabalhadores de uma indústria, concluiu-se que entre os 30,9% dos trabalhadores na indústria pesquisada que afirmaram vir trabalhar doentes nos últimos 12 meses, constatou-se a prevalência de 50,9% de presenteísmo. Foi observado ainda nesta mesma pesquisa que o desempenho cognitivo dos trabalhadores (capacidade de concentração) foi o mais afetado pelo estado de saúde, ou seja, o maior fator de contribuição para o presenteísmo.

Durante uma atitude presenteísta por parte do trabalhador, deve ser analisado o sentimento de pertencimento deste dentro da sua equipe, a satisfação de contribuição ao serviço realizado e o compromisso com a instituição na qual

trabalha, ou seja, deve-se considerar a sua subjetividade, pois provavelmente é um aspecto que influencia diretamente no seu adoecimento (LOPES *et al.*, 2016; LUCCA; RODRIGUES, 2015).

De acordo com Umann e Guido (2014), o fator cognitivo relacionado ao estresse influencia diretamente no cotidiano da equipe de enfermagem e gera consequências para a produtividade. As estratégias de controle, consideradas quaisquer tentativas de adaptação do trabalhador a situação estressante, podem diminuir o estresse e com isso, favorecer a qualidade da assistência aos pacientes.

Entende-se que o estresse é um acontecimento de difícil compreensão, mas que se relaciona a estímulos e envolvimento do trabalhador com o seu ambiente ocupacional, podendo ser causado por variações psicofisiológicas, emotivas e/ou comportamentais. Vale destacar que a instituição é responsável por direcionar as necessidades e limitações do indivíduo aos meios de produção, favorecendo condições adequadas de trabalho e satisfação pessoal, porém, quando isto não ocorre, a própria instituição pode ser a geradora do adoecimento do trabalhador por meio do estresse (OLIVEIRA; MENDES, 2014; SELYE, 2018).

Com isso, o reconhecimento do estresse, por meio do envolvimento do trabalhador com o ambiente do trabalho, nem sempre é preconizado pela organização, pois pode ser contrário ao seu próprio interesse, como por exemplo, o afastamento do trabalhador adoecido com posterior perda de um elemento na escala de produção. Contudo, sabe-se que o adoecimento psíquico do trabalhador na enfermagem, influencia diretamente na má qualidade da produção assistencial (NASCIMENTO *et al.*, 2019; SELYE, 2018).

Sendo assim, podemos constatar que condições de trabalho precárias institucionais e dificuldades de relacionamentos interpessoais entre gestores e profissionais podem gerar consequências à saúde do trabalhador, como danos a saúde física e mental dos trabalhadores (BOLICO DA SILVA, 2019; BRANDÃO *et al.*, 2018).

Observa-se que durante o período de 1914 a 1968 fica entendido como aquele em que o trabalhador luta pelo corpo, ou seja, seu estado físico. O período após 1968 é marcado por uma crise taylorista de produção, ocorrendo manifestações, um grande número de trabalhadores absenteístas e sabotagem do sistema produtivo com o intuito de melhores condições de trabalho (AQUINO *et al.*, 2016; LEAL; MELO, 2018).

De acordo com Dejours (1998), após a década de 60, ocorreu uma intensificação do sofrimento por parte dos trabalhadores dentro das organizações, devido a uma aceleração das forças de produção, máquinas, técnicas e ciências. Com isso, todos esses elementos, associados às novas condições de trabalho, entendidas por meio do ambiente químico (fumaças, vapores, poeiras e gases), biológico (parasitas, fungos, vírus e bactérias), físico (ruído, temperatura e luminosidade), condições de segurança, higiene e características antropométricas do posto de trabalho nas indústrias, favoreceram o surgimento de sofrimentos psíquicos considerados insuspeitos na vida dos trabalhadores.

Tais sofrimentos considerados insuspeitos, como descritos no parágrafo anterior, não se apresentam de forma conjunta e em sintonia com as atividades laborais necessariamente, podem, por exemplo, estar associados a fatores históricos e àqueles inerentes ou não a vida do trabalhador, entrelaçados à própria natureza humana. Podem ser caracterizados como: a) sofrimento singular, dentro da dimensão diacrônica, onde ocorre herança da própria história psíquica do indivíduo; b) sofrimento atual, dentro da dimensão sincrônica, ocorre associação do sujeito ao trabalho; c) sofrimento criativo: quando o indivíduo encontra soluções que contribuem para a sua vida; d) sofrimento patogênico, quando o indivíduo encontra soluções que não favorecem o desfecho de seus problemas que estão condicionados à sua saúde (DEJOURS, 2017; MORAES FILHO; ALMEIDA, 2016; OLIVEIRA; MENDES, 2014).

Considerando ainda a perspectiva do adoecimento psíquico na saúde do trabalhador que, influencia diretamente o presenteísmo, é possível observar na análise do médico Hans Selye (1959) que introduziu a concepção de estresse no campo da saúde, ao reconhecer em pacientes que sofriam por diversas doenças mentais, um conjunto de sintomas em comum, como: desânimo, cansaço, perda do apetite e hipertensão arterial, significando um “desgaste geral do organismo”, ou seja, um esforço de adaptação do organismo para lidar com situações que afetam o seu equilíbrio interno.

O médico, fisiologista Watter Bradford Cannon, antes mesmo de Selye, já havia descrito como funciona um organismo em equilíbrio com o seu meio, que pode ser considerada como uma aptidão homeostática do organismo, onde observamos como consequência da relação entre homem e ambiente, a fuga ou o enfrentamento numa situação de risco. Cannon observou que certos comportamentos animais

estavam condicionados a um conjunto de respostas fisiológicas, como: aumento da frequência respiratória, cardíaca, atividade das glândulas suprarrenais, produção de adrenalina e arrepio de pelos. O estresse para o médico foi considerado uma disfunção do equilíbrio homeostático como consequência a situações adversas.

Nesse contexto de estresse, causado por tais situações adversas, o organismo coloca-se atento a qualquer estímulo externo, utilizando subsídios que possui para se proteger de uma ameaça ou para se preparar para uma possível fuga. Por isso, o estresse pode ser entendido como a vontade de superar possíveis riscos ao próprio organismo, criando uma adaptação natural que vai de encontro à sua existência (FARIA *et al.*, 2018; SELYE, 2018).

Desde os primórdios da história humana, há relatos de cansaço físico e emocional em seus níveis máximos de tolerância, em atividades do trabalho observadas como a pesca e agricultura. Os agentes causadores ou influenciadores desse processo de exaustão humana estavam condicionados às necessidades básicas de sobrevivência como fome, frio, calor, sede e doenças. Tais condicionantes geravam no organismo uma reação de proteção a qualquer situação de perigo à vida, fazendo com que o organismo se preparasse a uma possível luta interna, gerando como consequência o desconforto psíquico (SELYE, 2018; SERAFIM *et al.*, 2017; UMANN; GUIDO, 2014).

O adoecimento do trabalhador está intimamente relacionado ao estado de tolerância às adversidades do seu meio, antes que padeça de alguma enfermidade. Por isso, estudar esse processo é de suma importância para a prevenção do presenteísmo no trabalhador (FARIA *et al.*, 2018; LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016).

O estresse já possuiu diversas contextualizações, no começo, quando estudado pela Física e Engenharia, determinado de forma técnica, como forças que atuavam sobre a mesma resistência, onde se caracterizava a capacidade que o material poderia suportar antes de sua ruptura. Depois foi conhecido como equivalente de cansaço e fadiga. A denominação estresse pode ser aplicada nas mais diversas áreas do conhecimento e situações, pode ser empregada tanto em procedimentos mecânicos, como a capacidade máxima em que se pode encher uma bexiga de aniversário, como o estresse psicológico do trabalhador durante sua atividade ocupacional (AQUINO *et al.*, 2017; SELYE, 2018).

Foi no século XVIII e XIX que a denominação de estresse começou a se relacionar a esforço, força e tensão. A Revolução Industrial ditava as regras da economia e trabalho neste período. O êxodo rural dos trabalhadores do campo para o meio urbano marcou profundas transformações nas condições de vida na sociedade, a necessidade de trabalho nas fábricas fez com que o camponês trocasse seu estilo de vida agrário e muitas vezes tranquilo por uma rotina operária estressante. Essas grandes transformações que ocorreram, não foram realizadas de forma organizada e pontual, de acordo com a capacidade estrutural e social das cidades. Com isso, as mazelas da sociedade urbana como a fome, desemprego e as péssimas condições de trabalho só aumentaram (BECERRIL, 2018; CASSUNDÉ; BARBOSA; MENDONÇA, 2016; SELYE, 2018).

As condições de trabalho nas indústrias eram as piores possíveis: crianças trabalhando, jornadas de trabalho longas, salários insuficientes a manutenção da vida e quantidade exponencial de acidentes no trabalho. Sendo assim, o desenvolvimento do pensamento de *jouriano* aumentou de forma significativa, após 1960, com o aumento dos comportamentos psicopatológicos nos locais de trabalho (BECERRIL, 2018; CAMARGO, 2017).

As novas cidades que se desenvolviam, em torno das indústrias, conviviam com o aumento do adoecimento e morte de seus trabalhadores, pois existiam relações trabalhistas dentro do processo de produção que eram autoritárias por parte dos empregadores, precariedade do sistema produtivo e a submissão por parte do trabalhador. Ou seja, tudo contribuía para o sofrimento físico e psicossocial do indivíduo (ALMEIDA; MARTINS, 2017; AQUINO *et al.*, 2016).

Todas as transformações ocorridas no século XIX foram determinantes para diversos debates na área de saúde do trabalhador, entre as discussões mais comuns foram às relacionadas ao estresse desses trabalhadores que ganharam o devido destaque. O médico, fisiologista Claude Bernard, em seus estudos, considerou a existência de marcadores específicos observados em situações de estresse, como sede, fome, aumento da temperatura, pH e da glicose sérica (MORAES FILHO; ALMEIDA, 2016; SELYE, 2018).

Tal mecanismo produtivo de substâncias encontradas em situações de estresse mencionado anteriormente, descoberto por Claude Bernard no século XIX, culminou no século seguinte no estudo de Walter Cannon, definido como homeostase orgânica. O estudo foi determinante para pesquisas na área de saúde

do trabalhador e serviu como base científica para Hans Selye que descreveu o modelo biológico do estresse. Na década de 80, Lazarus e Folkman propuseram o modelo interacionista que considerava a interação com o meio ambiente, indivíduo ou coletividade, como fatores fundamentais ao processo de estresse (LEAL; MELO, 2018; SELYE, 2018; SILVA, A. *et al.*, 2017).

Contudo, a dimensão biológica de Hans Selye, determinou um marco nas pesquisas quantitativas sobre o estresse, que de acordo com Selye (2018), está sempre associado à quebra de alguma forma da homeostase orgânica, evidenciando no indivíduo um processo patológico e, com isso, determinando uma mensuração das modificações sofridas neste processo.

Segundo Selye (2018, p. 73), o estresse:

[...] é definido como o estado que se manifesta pelo SAG (Síndrome Geral de Adaptação). Este compreende: estímulo da suprarrenal, atrofia dos órgãos linfáticos, úlceras gastrointestinais, perda de peso, alterações na composição química do corpo e assim por diante. Todas essas alterações constituem uma síndrome, um conjunto de manifestações que surgem ao mesmo tempo. Em tecidos mais diretamente afetados pelo stress, desenvolve-se uma síndrome de adaptação local (SAL); por exemplo, há inflamação onde os micróbios penetram no corpo.

Selye (2018, p. 73) continua:

[...] SAL e SAG são estreitamente coordenados. Sinais de alarme químicos são enviados por tecidos diretamente afetados pelo stress, da área do SAL, para os centros de coordenação no sistema nervoso e nas glândulas endócrinas, especialmente pituitárias e suprarrenais, que produzem hormônios de adaptação, destinados a anular o desgaste do corpo. Assim, a resposta geral (SAG) volta a agir sobre a região do SAL [...].

Selye (2018, p. 73) finaliza:

Simplificando a questão, os hormônios de adaptação constituem dois grupos: os hormônios anti-inflamatórios (ACTH, cortisona, COL) que inibem as reações defensivas excessivas, e os hormônios pró-inflamatórios (STH, aldosterone, DOC) que as estimula. Os efeitos de todas essas substâncias podem ser modificados, ou condicionados, por outros hormônios (adrenalina, ou hormônio da tireóide), reações nervosas, dieta, hereditariedade, e as memórias locais de exposições prévias ao stress. Perturbações deste mecanismo de SAG produzem doenças de desgaste, isto é, de adaptação.

Apesar do estresse, em suas diversas ramificações e áreas, exercerem grande influência no adoecimento do trabalhador, outros fatores determinantes

devem ser considerados quando o assunto é o presenteísmo. Para Vieira *et al.* (2018), o presenteísmo sofre influência direta da má relação entre trabalhadores, usuários e gestores, onde pode ser constatado produtividade e qualidade do serviço afetados. Os autores vão além e consideram o presenteísmo como gerador de doenças crônicas, pois o trabalhador deixa de se afastar do serviço para tratar do seu problema de saúde e torna sua situação ainda mais agravante.

Vieira *et al.* (2018) destacam a possibilidade de erros e efeitos adversos durante a assistência prestada ao paciente, onde uma política institucional direcionada poderia identificar, monitorar e assumir medidas que diminuam ou eliminem a ocorrência do presenteísmo no ambiente de trabalho, dentro da equipe de enfermagem.

Considerado um assunto pouco discutido, o presenteísmo é determinado pela relação entre o trabalhador, instituição e produtividade. Pode contribuir para a intensificação dos agravos, devido à permanência do trabalhador em seu posto de trabalho, quando este deveria procurar assistência a sua saúde. Também pode afetar o relacionamento interpessoal dentro da equipe, favorecendo incompreensões entre os colegas do setor, assim como a empatia e entendimento por parte dos gestores da instituição (LUCCA; RODRIGUES, 2015; MARTINS; PERROCA, 2017).

2 MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, com abordagem quantitativa dos dados através da aplicação do Caderno B do INGECTH-SUS Mauro & Mauro (Inovação de Gestão das Condições de Trabalho para os Hospitais do Sistema Único de Saúde) sobre os fatores de riscos e danos percebidos pelos trabalhadores de enfermagem e da Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6) em alguns setores do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) conforme descrição posterior.

2.2 Infraestrutura

O estudo foi realizado em um hospital público especializado na área de trauma e ortopedia, situado no centro do município do Rio de Janeiro, do estado do Rio de Janeiro. É um órgão da administração direta do Ministério da Saúde, referência no País para tratamento cirúrgico ortopédico de alta complexidade, destinado a atender exclusivamente aos pacientes do SUS. O INTO é atualmente o único hospital brasileiro a integrar a *International Society of Orthopaedic Centers* (ISOC), que congrega os 19 melhores centros de ortopedia no mundo (INTO, 2020).

Apresenta como missão promover ações como Instituto de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) na assistência, no ensino, na pesquisa, na prevenção e na formulação de políticas públicas em traumatologia, ortopedia e reabilitação, sua visão é ser reconhecido nacional e internacionalmente como centro de excelência em assistência, ensino, pesquisa e gestão nas áreas de traumatologia, ortopedia e reabilitação.

Valores e princípios: Humanização e empatia: foco no paciente, qualidade e segurança, inovação, trabalho em equipe, transparência, ética, geração e disseminação do conhecimento.

O Instituto possui um setor de Pesquisa Clínica, preparado para receber os pesquisadores e os participantes de pesquisa. Os participantes puderam usufruir de tranquilidade, conforto, privacidade e segurança para preencherem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE) e os questionários referentes ao caderno B do INGEETH-SUS Mauro & Mauro e o SPS-6 (ANEXOS A e B).

Contudo, em algumas situações, houve uma adaptação em termos de participação no estudo em horário estipulado e de acordo com a disponibilidade do serviço, no seu próprio setor, onde o trabalhador dispôs de local adequado para responder as perguntas, sem interferências externas.

2.3 População

A população foi composta por trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) referente a 05 setores do instituto. O quadro total da população foi de 547 trabalhadores, assim distribuídos: Unidade de Internação 07(124), Unidade de Internação 06 (143), Centro de Tratamento Intensivo (103), Centro Cirúrgico (132) e Hospital Dia (45). Foram considerados participantes: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que preencheram os questionários: Caderno B do INGEETH-SUS Mauro & Mauro e Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6). Justifica-se trabalhadores destes setores, mencionados, por apresentarem um quantitativo superior de profissionais de enfermagem com atividades assistenciais quando comparado aos demais setores do Instituto.

Vale destacar que, levando em consideração a população total de 547 trabalhadores, erro amostral de 5%, nível de confiança de 95%, distribuição da população heterogênea, pois a característica procurada da amostra (presenteísmo) pode variar dependendo de onde os dados são retirados, a amostra foi de no mínimo 226 participantes, após o cálculo amostral. Durante a coleta de dados foi possível coletar dados de 229 participantes que após a seleção de 547 trabalhadores, aceitaram em participar da pesquisa. A distribuição da amostragem, que totaliza 229 trabalhadores entre os setores que participaram da pesquisa

considerou a porcentagem de representatividade de cada setor, em relação à população total de 547 trabalhadores: Unidade de Internação 07 (23%), Unidade de Internação 06 (26 %), Centro de Tratamento Intensivo (19%) e Centro Cirúrgico (24%). Com isso, a amostra, por setor, ficou assim distribuída: Unidade de Internação 07 (52 participantes = 23% de 226), Unidade de Internação 06 (59 participantes = 26% de 226), Centro de Tratamento Intensivo (42 participantes = 19% de 226), Centro Cirúrgico (54 participantes = 24% de 226) e Hospital Dia (19 participantes = 8% de 226).

Os critérios de inclusão: trabalhadores da equipe de enfermagem com pelo menos 06 meses de trabalho na instituição e que não tenham se afastado nos últimos 30 dias que antecederam a coleta de dados, e estar trabalhando na assistência direta aos pacientes no momento da coleta de dados, desde que respeitados os turnos de trabalho com carga horária de 6, 8, 12 ou 24 horas.

Os critérios de exclusão: trabalhadores da equipe de enfermagem com o perfil de trabalho exclusivamente administrativo ou trabalhadores da equipe de enfermagem que trabalhem em setores que apresentem um quantitativo ocupacional reduzido. Justifica-se este último critério de exclusão, mencionado, trabalhadores de enfermagem que trabalhem nos setores do Instituto, como nos setores de: Pediatria, Unidade de internação 08 e Trauma, onde a participação do profissional poderá acarretar prejuízos à assistência do paciente devido à ausência, em um quadro de funcionários já reduzido, pois serão necessários tempo e atenção para responder os instrumentos de mensuração da pesquisa.

2.4 Coleta de dados

2.4.1 Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados. O primeiro, o Caderno B do INGETH-SUS Mauro & Mauro (ANEXO A), parte do projeto de Inovação da Gestão de Condições de Trabalho em Saúde, desenvolvido a partir para os Hospitais do Sistema Único de Saúde desenvolvido a partir do edital

Universal MCT-CNPQ/MS-SCTIE/DECIT nº 23/2006 do Conselho Nacional de desenvolvimento científico CNPQ.

O primeiro instrumento objetivou sua utilização em indústrias na Espanha, sendo usado por inspetores sindicais para a identificação de riscos no ambiente de trabalho na Indústria conforme Boix e Vogel (1997), validado no Brasil em 2009 após aplicação em diversas pesquisas de graduação e pós-graduação. Vale destacar que foi no ano de 2000, que os autores do original, Boix e Vogel (1997) autorizaram a professora Dra. Maria Yvone Chaves Mauro, coordenadora do projeto citado, a utilizar, traduzir e adaptar para o setor de saúde o que compõe o Caderno de Instrumentos formatado em 03 partes: A, B e C. Hoje com registro no Instituto de Propriedade Intelectual (INPI).

O segundo instrumento foi validado para o Brasil e traduzido para o Português por Paschoalin *et al.* (2013), conhecido como *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6) (ANEXO B). Apresenta como função identificar e classificar o presenteísmo através de um questionário. Foi recomendado ao participante da pesquisa que respondesse o questionário, SPS-6, somente se ele esteve com algum agravo de saúde nos últimos trinta dias, de acordo com o questionário do Caderno B do INGECTH-SUS Mauro & Mauro.

Foi demonstrado aos respondentes da escala SPS-6 que foram contabilizados através de uma escala do tipo *likert*, na qual a resposta discordo totalmente quecorresponde a resposta 1, discordo parcialmente para a 2, não concordo e nem discordo para a 3, concordo parcialmente para a 4 e concordo totalmente para a 5.

Os autores do instrumento Koopman *et al.* (2002) denominam “baixo presenteísmo” para os escores baixos e “alto presenteísmo” para escores elevados.

2.4.2 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados teve seu início após a aprovação desta pesquisa que foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do INTO com Parecer nº 4.060.868 (ANEXO C) e autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) com Parecer nº 3.915.301 (ANEXO D), respeitando a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, bem como a resolução 580 de 22 de março de 2018 que visa regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica.

A coleta de dados foi realizada entre maio e junho de 2020, sendo a pesquisa aprovada pelos respectivos conselhos do INTO e da UERJ. Foram entrevistados 10 trabalhadores por dia a cada plantão de 12 horas ou proporcionais nos plantões com duração superior ou inferior a esta carga horária de trabalho (6, 8 ou 24 horas). O tempo de cada entrevista previsto foi de 30 minutos, totalizando para o pesquisador 05 horas de coleta por dia de pesquisa.

O trabalhador que concordou em participar do estudo teve sua assistência impactada pelo tempo de execução de suas atividades ao dispor de 30 minutos para a sua participação. Contudo, a seleção dos entrevistados obedeceu ao princípio da autonomia para cada trabalhador que decidiu participar, respeitando a qualidade assistencial necessária à atividade prestada em seu setor de origem. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE) foi oferecido aos participantes que concordaram em fazer parte da pesquisa, os instrumentos foram oferecidos e em qualquer momento, dúvidas foram sanadas.

2.5 Procedimentos para a análise dos dados

Para a análise dos dados foram consideradas as variáveis quantitativas (discretas e contínuas) e qualitativas (nominais e ordinárias) presentes no questionário do Caderno B do INGECTH-SUS Mauro & Mauro e na SPS-6, referentes às características sociodemográficas e ocupacionais, categorizadas para posterior análise.

O caderno B do INGECTH-SUS Mauro & Mauro considera os seguintes temas: Características profissionais dos trabalhadores; Fatores de risco do ambiente de trabalho e Problemas de saúde dos profissionais. Para a análise do Presenteísmo foi utilizada a Escala de Presenteísmo de Stanford-SPS-6: quando o participante negar manter-se trabalhando com algum problema de saúde nos últimos 30 dias a escala não será preenchida, e por isso não haverá pontuação, sendo assim considerado: Sem Problemas (PASCHOALIN *et al.*, 2013).

Para obter a pontuação total da SPS-6, somaram-se os pontos que variam de 06 a 30. Os resultados foram analisados de acordo com a proposta de Koopman *et al.* (2002), que determina que escore baixo (de 06 a 18) indica redução de desempenho, e pontuações elevadas (mais próximas de 30) correspondem a uma maior capacidade do trabalhador em se concentrar e realizar todo o trabalho apesar de apresentar algum problema de saúde.

2.6 Análise estatística dos dados

Foi utilizada uma planilha do Microsoft Excel para tratamento dos dados com a verificação e consistência dos dados. Em seguida foram exportados para o programa *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 para a realização das análises estatísticas.

A análise descritiva da população do estudo foi realizada através das médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e máximos dos escores das variáveis quantitativas. Foi utilizado o teste Qui-quadrado para a análise bivariada das condições de trabalho por setor da instituição associadas ao Presenteísmo.

Destaca-se ainda, a participação como colaboradora, Vanessa Souza dos Santos, registro CONRE, primeira região: 1196, Mestre em Matemática Estatística e Doutoranda em Estatística pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

2.7 COVID-19: consequências para o desenho da pesquisa

A atual pesquisa manteve seu compromisso em relação ao quantitativo de participantes em sua amostragem: população de 547 pessoas e participantes de 226 para 229 pesquisados no total. A diferença, no entanto, se deu entre os setores, onde um novo setor surgiu devido à necessidade de cuidados especiais aos pacientes com a COVID-19, o setor do 7º Andar COVID-19.

Para que o novo setor fosse formado, o INTO teve que realizar adequações entre os recursos humanos, entre eles, os trabalhadores da enfermagem. Por isso, nesta pesquisa, o setor Hospital Dia, formado por trabalhadores que se destinavam a procedimentos eletivos, deu lugar ao novo setor para pacientes com a COVID-19.

O novo desenho de pesquisa, entre os setores ficou assim determinado: 6º andar (62 participantes), 7º andar (34 participantes), 7º andar COVID-19 (26 participantes), Centro Cirúrgico (56 participantes) e Centro de Tratamento intensivo (51 participantes).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise dos resultados foi utilizada uma perspectiva cronológica dos instrumentos, bem como o Caderno B do INGEETH-SUS Mauro & Mauro e a Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6). Os resultados são apresentados na seguinte ordem: Característica profissional dos trabalhadores, Caderno B (Tabela 1), Questionário sobre riscos e danos com identificação dos problemas de saúde no trabalho, Caderno B (Tabela 2), Condições de Trabalho relacionadas à Ergonomia, Questionário sobre riscos e danos (riscos ergonômicos) e Principais problemas de saúde relacionados ao Presenteísmo (Escala de Presenteísmo de Stanford).

Considerados e analisados os resultados que se mostraram estatisticamente significativos (valores de $p < 0,05$). O teste Chi-Quadrado de Pearson foi utilizado, devido à necessidade de análise entre as variáveis categóricas que são independentes entre si.

Destacam-se, ainda, como mencionado anteriormente as seguintes pontuações, de acordo com a Escala de Presenteísmo de Stanford: 06 a 30 pontos (comportamento presenteísta) e 06 a 18 pontos (presenteísta) (KOOPMAN *et al.*, 2002).

A pesquisa considerou os aspectos sociodemográficos dos participantes e a sua relação com o Presenteísmo, Comportamento Presenteísta e Nenhum Comportamento Presenteísta. Dados relacionados às condições de trabalho que evidenciam a forte influência às variantes mencionadas, também foram apurados. Tais dados foram obtidos, trazendo a luz os aspectos ergonômicos, pois necessitaram de referência, de acordo com a proposta da atual pesquisa. O perfil geral das características da amostra, segundo os grupos que apresentaram presenteísmo, comportamento presenteísta e não presenteísmo é apresentado na Tabela 1 a característica profissional dos trabalhadores, Caderno B do INGEETH-SUS Mauro & Mauro.

Tabela 1 – Caracterização do perfil sociodemográfico da amostragem de trabalhadores - Rio de Janeiro – 2021 (continua)

Presenteísmo	NP		P		CP		Total		Teste χ^2 - valor p
	N	%	n	%	N	%	N	%	
Total	129	56,3	16	7,0	84	36,7	229	-	
Tipo de Contrato/Inserção									0,17
Estatuário Federal	115	56,7	12	5,9	76	37,4	203	88,6	
Contrato CLT	13	52,0	4	16,0	8	32,0	25	10,9	
Outros Contratos	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	
Sexo									0,79
Masculino	19	51,4	3	8,1	15	40,5	37	16,2	
Feminino	110	57,3	13	6,8	69	35,9	192	83,8	
Idade									0,89
25 a 34	12	54,5	2	9,1	8	36,4	22	9,6	
35 a 44	68	59,1	8	7,0	39	33,9	115	50,2	
45 a 54	40	51,9	6	7,8	31	40,3	77	33,6	
acima de 55	9	60,0	0	0,0	6	40,0	15	6,6	
Estado Civil									0,18
Solteiro	32	60,4	5	9,4	16	30,2	53	23,1	
Casado (União Consensual)	76	54,7	7	5,0	56	40,3	139	60,7	
Divorciado/Desquitado	20	57,1	3	8,6	12	34,3	35	15,3	
Viúvo	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	0,9	
Nº de vínculo empregatício									0,47
1	68	53,5	8	6,3	51	40,2	127	55,5	
2	61	60,4	8	7,9	32	31,7	101	44,1	
3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	0,4	
Tipo de Jornada									0,81
Jornada Diurna	40	54,8	8	11,0	25	34,2	73	31,9	
Jornada Noturna	9	60,0	1	6,7	5	33,3	15	6,6	
Plantão 24 horas	78	56,9	7	5,1	52	38,0	137	59,8	
Diarista	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3	1,3	
CH - neste local									0,54
20 a 29 horas	7	63,6	1	9,1	3	27,3	11	4,8	
30 a 39 horas	82	52,9	12	7,7	61	39,4	155	67,7	
40 ou mais horas	7	87,5	1	12,5	0	0,0	8	3,5	
24 horas	31	62,0	1	2,0	18	36,0	50	21,8	
CH - outro local									Conclusão 0,91
20 a 29 horas	11	52,4	2	9,5	8	38,1	21	9,2	
30 a 39 horas	37	61,7	4	6,7	19	31,7	60	26,2	
40 ou mais horas	8	57,1	2	14,3	4	28,6	14	6,1	
24 horas	9	64,3	0	0,0	5	35,7	14	6,1	
Não se aplica	61	52,6	8	6,9	47	40,5	116	50,7	

Tabela 1 – Caracterização do perfil sociodemográfico da amostragem de trabalhadores - Rio de Janeiro – 2021 (conclusão)

Presenteísmo	NP		P		CP		Total		Teste χ^2 - valor p
	N	%	n	%	N	%	N	%	
Faixa Salarial – SMF*									0,23
1 a 2	12	70,6	2	11,8	3	17,6	17	7,4	
2 a 5	87	54,7	12	7,5	60	37,7	159	69,4	
6 a 8	21	51,2	1	2,4	19	46,3	41	17,9	
9 a 11	6	75,0	0	0,0	2	25,0	8	3,5	
mais de 11	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	1,7	

Legenda: Algum Comportamento presenteísta (CP); Presenteísmo (P); Não presenteísmo (NP); Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); Carga Horária (CH); Salário Mínimo Federal (SMF).

Nota: N = 229; Valor p <0,05: teste significativo; *Valor do salário mínimo durante a coleta = R\$ 1.045 reais (mil e quarenta e cinco reais), de acordo com a medida provisória, nº 919 de 2020 do D.O.

Fonte: O autor, 2021.

O perfil geral das características dos participantes, segundo os grupos que apresentaram presenteísmo, comportamento presenteísta, e não presenteísmo é apresentado nesta Tabela 1. Do total de 229 participantes, 84 (36,7%) possuem algum comportamento presenteísta, 16 (7,0%) são presenteístas e 129 (56,3%) não são presenteístas.

Com relação ao tipo de contrato, 203 (88,6%) são estatutários, 25 (10,9%) possuem contrato CLT e 13 (5,7%) fazem parte da categoria Outros Contratos. Os profissionais de saúde que são Estatutários Federais, 76 (37,4%) possuem comportamento presenteísta e 12 (5,9%) presenteísmo e 115 (56,7%) não presenteísmo.

Contudo, podemos observar um **presenteísmo maior** no tipo de contrato/inserção considerado **celetista**, 04 participantes (16%) no total e um valor também significativo para comportamento presenteísta, 08 participantes (32%). A saúde tornou-se ainda mais lucrativa, antes os planos de saúde eram os grandes responsáveis pela concentração de renda por empresários da saúde, hoje o neoliberalismo em suas diversas vertentes precarizou ainda mais as relações de trabalho. Podemos observar o processo de terceirização e precarização dos serviços de saúde oferecidos dentro das unidades hospitalares (CAMARGO, 2017; FONTOURA *et al.*, 2018; MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016).

De acordo com Aquino *et al.* (2016), os pesquisadores concluem o seu trabalho referenciando a importância dos benefícios previdenciários do servidor

estatutário à saúde mental dos seus trabalhadores.

Souza e Mendes (2016) destacam a tendência da terceirização ao desmonte do emprego estável e a conformação das relações trabalhistas assimétricas para as relações das profissões em saúde, favorecendo o adoecimento do trabalhador da equipe de enfermagem.

O desmonte da saúde através do processo de terceirização não atinge somente os trabalhadores celetistas, afeta também a saúde do estatutário. Dentro desta perspectiva, podemos observar o presenteísmo também considerável nos trabalhadores estatutários, porém não podemos negar as possíveis relações com as faltas de condições de trabalho dignas entre todos os trabalhadores.

3.1 Porcentagem maior do comportamento presenteísta no grupo de estatutários

Talvez, a possível causa para este achado seja a oferta de plantões extras aos estatutários da rede federal hospitalar: os Adicionais por Plantão Hospitalar (APH), concedidos aos servidores estatutários pela instituição que funciona como um plantão remunerado por 12 horas de plantão.

Muitos funcionários estatutários aceitam realizar tais plantões que são opcionais. Contudo, a realização dos plantões pelos trabalhadores contribui para o aumento da carga de trabalho semanal, este aumento poderia influenciar no comportamento presenteísta (LOPES *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2019).

Em consonância ao parágrafo anterior, infere-se claramente do livro De Hans Selye, edição 2018: Stress, a Tensão da Vida, como o autor associa o mecanismo da produção dos serviços ao adoecimento do trabalhador, onde o aumento da produtividade inadequada pode levar a quebra da homeostase orgânica, atingindo o ponto de ruptura entre saúde e doença, gerando aumento do estresse e posteriormente, adoecimento.

Para Moraes Filho e Almeida (2016), o aumento da carga de trabalho pode contribuir para elevar os fatores desencadeantes do estresse ocupacional, que estão relacionados à proximidade com o sofrimento humano, dificuldade do

compartilhamento de saberes entre os membros da equipe multidisciplinar, demanda de trabalho, pressão exercida por gestores e pacientes.

Nos últimos anos observa-se o desmonte do serviço público na área da saúde, desde a falta dos concursos que priorizavam a capacidade técnica entre os melhores selecionados até as repercussões negativas à assistência do paciente. Terceirizações, aumento das organizações sociais e precarização dos serviços, contribuem muito para o adoecimento do trabalhador.

3.2 A influência do presenteísmo no gênero

A mostra foi composta majoritariamente pelo sexo feminino, totalizando 192 (83,8%), do qual 69 (35,9%) possuem algum comportamento presenteísta e 13 (6,8%) presenteísmo. Por outro lado, 37 (16,2%) dos pesquisados são do sexo masculino, onde 15 (40,5%) apresentam comportamento presenteísta e 03 participantes (8,1%) apresentam **presenteísmo**.

Nota-se que os homens tendem a ter mais presenteísmo quando comparados ao grupo de mulheres. Este achado indica que as mulheres podem estar mais focadas na assistência, durante o seu trabalho ou são mais resilientes.

Observa-se também que os homens tendem a ter mais **comportamento presenteísta** quando comparados às mulheres. Porém, a diferença não foi tão significativa. Resultado similar foi encontrado em uma pesquisa quantitativa, transversal de Silva, Zanatta e Lucca (2017) sobre: “Prevalência do presenteísmo em trabalhadores de uma indústria”, onde 395 participantes trabalhadores de uma indústria foram selecionados.

O comportamento presenteísta observado entre os integrantes do estudo, do sexo masculino foi de 53,1 % e de 46,4 do sexo feminino, já 0,5 dos participantes não declararam seu sexo.

Assim, como na atual pesquisa, não houve diferença significativa entre os gêneros em relação ao comportamento presenteísta, porém, foi observado também o presenteísmo maior no sexo masculino. O mecanismo de produção dos serviços em enfermagem deveria considerar as diferenças de gênero entre os membros da equipe. Características físicas como psíquicas deveriam ter significância na divisão

de tarefas. Porém, protocolos que subsidiem essa divisão não costumam existir nas unidades de saúde, favorecendo, ainda mais o adoecimento de seus trabalhadores (LAHOZ, 2019; LOMBARDI; CAMPOS, 2018).

Para Costa-Junior, Couto e Maia (2016), apesar da trabalhadora de enfermagem em grande parte dos casos ser obrigada a lidar com a dupla jornada de trabalho: casa e ambiente de trabalho, o que poderia ser motivo mais do que suficiente para o seu adoecimento maior, o autocuidado é característica mais observada nas mulheres, e contribui para que o gênero feminino adoeca menos que o masculino, pois é do costume dos homens negligenciar mais a sua saúde.

3.3 Faixa de idade do trabalhador e associações com o presenteísmo

A idade média dos entrevistados foi de 43,2 anos, em que 115 (50,2%) estão na faixa entre 35 a 44 anos, dos quais, 39 pesquisados (33,9%) possuem algum comportamento presenteísta, 8 (7,0%) apresentam presenteísmo enquanto 68 (59,1%) não apresentaram presenteísmo.

O **presenteísmo** foi mais observado no grupo de trabalhadores que apresentavam a idade entre 25 e 34 anos, 02 participantes (9,1%). Já o comportamento presenteísta, sem o presenteísmo, foi observado mais na faixa etária de 45 até 54 anos, 31 pesquisados (40,3%).

Na faixa etária acima de 55 anos, dos 15 participantes (6,6%), nenhum trabalhador apresentou presenteísmo. Este achado vai de encontro aos resultados de H. Santos *et al.* (2018) que desenvolveram uma pesquisa sobre o presenteísmo oriundo dos sintomas músculos-esqueléticos, neste trabalho chegou a conclusão que a idade é um dos grandes influenciadores do presenteísmo, devido as complicações musculoesqueléticas.

Contudo, observa-se que os transtornos mentais comuns vêm assumindo um papel em destaque no adoecimento do trabalhador de enfermagem. Pode-se perceber que, os resultados referentes à idade nesta pesquisa assumem um significado diferente em relação ao presenteísmo e a maturidade psíquica contribua para a prevenção do adoecimento mental ocupacional (OLIVEIRA; MENDES, 2014; PORTO; DALL'AGNOL, 2016).

Observa-se também, no trabalho de Silva, Zanatta e Lucca (2017), que o presenteísmo foi maior entre os mais jovens e o comportamento presenteísta em faixa de idade parecida com a atual pesquisa: 36 a 40 anos (50,9 %), mas diminui após os 40 anos (47,5%).

3.4 Estado civil e consequências para o presenteísmo

No que diz respeito ao estado civil dos trabalhadores participantes, 139 (60,7%) são casados (União Consensual), 53 (23,1%) são solteiros e 35 (15,3%) são divorciados/desquitados e 02 (0,9%) são viúvos.

Dos participantes casados, 56 (40,3%) possuem algum comportamento presenteísta, 7 (5,0%) apresentam presenteísmo e 76 (54,7%) não possuem presenteísmo e comportamento presenteísta.

A família é fundamental para o trabalhador, além de proporcionar o sentimento de pertencimento, o ambiente familiar indica ser apropriado ao conforto e aconchego após horas de trabalho. Porém, alguns trabalhadores não podem usufruir de um ambiente para se desconectar ou relaxar após um dia estressante de trabalho (LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016; REINERT; VERGARA; GONTIJO, 2019; VIEIRA *et al.*, 2018).

A família também colabora na motivação do trabalhador, favorecendo novas percepções sobre as crises no local de trabalho, trazendo uma nova visão sobre a problemática, onde o trabalhador não consegue sozinho perceber a diversidade de pensamentos envolvidos no cenário do seu serviço (HOFFMANN; SANTANA; FREITAS, 2021; SILVA; SOUZA; TEIXEIRA, 2017; PEREIRA; TRAESEL; MERLO, 2013).

De igual modo, a família apresenta-se como um refúgio, um local onde o trabalhador pode relaxar e recarregar suas energias para o próximo dia de trabalho, suas relações com o meio social do lar, costumam ser desprovidas de interesses econômicos pautados em resultados de produtividade.

Em relação à quantidade de vínculos empregatícios, o grupo de participantes com dois vínculos, 08 participantes (7,9%) foi o que apresentou a maior porcentagem para o **presenteísmo**. O aumento da carga de trabalho, devido ao

aumento da produtividade em mais de uma instituição, influencia significativamente no aumento do presenteísmo entre os trabalhadores da enfermagem. Ou seja, o acúmulo de trabalhos em outras instituições colabora para o aumento do presenteísmo (CHAVES *et al.*, 2017; LEAL; MELO, 2018; LUCCA; RODRIGUES, 2015).

Com relação ao tipo de jornada de trabalho, 137 (59,8%) tem plantão 24 horas e destes, 52 (38,0%) possuem algum comportamento presenteísta, 07 participantes (5,1%) **presenteísmo** e 78 (56,9%) não apresentaram presenteísmo/comportamento presenteísta. Porém, observamos um **presenteísmo** maior no grupo de trabalhadores diurnos, 08 participantes (11%).

A carga horária correspondente ao próprio local de trabalho com maior frequência está entre 30 a 39 horas semanais de trabalho com 155 dos pesquisados (67,7%), no qual, 61 participantes (39,4%) possuem algum comportamento presenteísta e 12 participantes (7,7%) com presenteísmo.

Contudo, ao analisar a carga horária semanal entre os trabalhadores, observou-se que o presenteísmo foi maior entre os participantes que trabalhavam entre 40 ou mais horas semanais, 01 participante (12,5%). De acordo com Faria *et al.* (2018) em sua pesquisa com Transtornos Mentais Comuns (TMC) em trabalhadores da saúde pública do Rio Grande do Sul, a jornada diária de trabalho não exerceu tanta influência no adoecimento do trabalhador quanto a jornada semanal que foi de 22,8% entre os pesquisados com mais de 40 horas semanais.

Para Garrido *et al.* (2017), o presenteísmo está associado ao significado do trabalho e também à carga do trabalho. Observa-se ainda que o tipo de jornada noturna também influenciou no presenteísmo entre os trabalhadores pesquisados (6,7%).

A Convenção nº 171 da OIT em seu artigo 1º afirma ser o trabalho noturno desempenhado entre “meia-noite e às cinco horas da manhã”. No Brasil, é considerado noturno o trabalho executado entre as 22 horas de um dia e às 05 horas do dia seguinte, conforme o artigo 73, § 2º, da CLT (RITZEL; KÜMMEL, 2019).

Mesmo que lute contra a sua natureza, o ser humano é determinado fisiologicamente por um aumento das suas atividades diurnas. Ou seja, o ciclo circadiano, do latim *circa* (cerca de) e *diem* (dia), que regula o funcionamento do corpo humano, baseia-se em alterações metabólicas que acontecem num período

de 24 horas, na qual cada fase do dia deverá ser compatível com a tarefa a ser executada (JESUS *et al.*, 2016; NOGUEIRA; MARQUEZE, 2019).

Quando se fala no campo da Saúde do Trabalhador (ST), respeitar as fases do ciclo circadiano é fundamental, entre os trabalhadores, visto que a falta de compatibilidade dos procedimentos ou atividades desenvolvidas ao turno de trabalho podem gerar consequências prejudiciais à saúde do trabalhador (ALFREDO; SILVA-JUNIOR, 2016; SILVA; CARVALHO; CARDIM, 2017).

Sobre o trabalho noturno e indicadores clínicos para O HIV, em seu estudo Nogueira e Marqueze (2019, p. 167), concluem que

Trabalhadores noturnos apresentam piores indicadores de monitoramento clínico do HIV, enquanto trabalhadores com mais sintomas de fadiga apresentam melhores indicadores. A capacidade para o trabalho não influencia os indicadores de monitoramento clínico do HIV.

Dentro da equipe de enfermagem, R. Silva *et al.* (2017, p. 184), em seu estudo, afirmam que:

[...] o trabalho noturno traz implicações na saúde geral do enfermeiro e alterações nas funções orgânicas destes profissionais, constituindo um fator determinante para o surgimento de inquietações psicológicas nos enfermeiros que atuam no período noturno e logo implica na dinâmica laboral com reflexos na qualidade da assistência prestada ao cliente.

As consequências prejudiciais do trabalho noturno poderiam ser amenizadas, caso as condições de trabalho sejam de qualidade. De acordo com Jesus *et al.* (2016, p. 91),

[...] é preciso estar bem fisicamente e psicologicamente, sendo que para isso é necessário remuneração digna, carga horária de 30 horas e o cumprimento da lei do descanso, para haver a diminuição da dupla jornada, situações iatrogênicas, na qual se torna culposos pela falta de estrutura.

As implicações do trabalho noturno à ST são inúmeras e superam os problemas físicos e mentais. Queixa frequente encontrada entre os trabalhadores noturnos, seria a sociabilidade que necessita ser adaptada à sua rotina habitual de trabalho. Caso não seja, as relações interpessoais entre familiares, amigos ou até mesmo colegas do trabalho poderiam ser prejudicadas.

A dialética acerca do trabalho noturno e suas repercussões à saúde física,

mental e social do trabalhador, merecem a devida importância das instituições. A perspectiva de que o número de atividades geralmente é menor durante a noite não pode desqualificar o serviço neste período, considerado insalubre por si só, no qual o tal trabalhador se submete, agredindo-se fisiologicamente ao longo do tempo.

3.5 Salário e suas repercussões para o presenteísmo

A maior frequência de faixa salarial está entre 02 a 05 salários mínimos, que correspondem ao total de 159 (69,4%) dos colaboradores, onde 60 participantes (37,7%) apresentam comportamento presenteísta e 12 (7,5%) presenteísmo.

O maior **presenteísmo** foi observado no grupo de pesquisados que recebem de 01 a 02 salários mínimos e **comportamento presenteísta** no grupo que recebem de 06 a 08 salários mínimos, 19 participantes (46,3%).

Objetivando satisfazer as suas necessidades econômicas, a enfermagem acumula empregos, enquanto não consegue um salário compatível com a realização de suas tarefas. Com isso, o adoecimento da categoria torna-se ainda mais evidente, devido ao aumento da carga de trabalho (ALMEIDA; MARTINS, 2017; CAMARGO, 2017; CASSUNDÉ; BARBOSA; MENDONÇA, 2016).

A possibilidade de se acumular vínculos empregatícios, possibilita o aumento do capital econômico, mas apresenta consequências extremamente prejudiciais ao trabalhador, considerando o aumento da carga de trabalho. Por isso, a busca incessante por esse tipo de acúmulo, a qualquer custo, pode levar ao adoecimento do trabalhador (AQUINO *et al.*, 2016; BECERRIL, 2018; BOLICO DA SILVA, 2019).

3.6 Análise do presenteísmo por setor do hospital através dos danos relacionados à saúde

A partir da próxima tabela é possível identificar os problemas percebidos pelos trabalhadores da equipe de enfermagem, dentro de seus respectivos setores:

sexto andar, sétimo, sétimo/COVID-19, Centro Cirúrgico e Centro de Tratamento Intensivo (CTI).

Analisar a relação entre presenteísmo e danos percebidos pelo trabalhador é de fundamental importância, pois o presenteísmo como mencionado anteriormente é quando o trabalhador deixa de focar em suas atividades, devido a algum problema físico ou mental. Sendo assim, podemos estabelecer uma relação entre danos percebidos no seu local de trabalho e o presenteísmo (GARRIDO *et al.*, 2017; SANTOS, S. *et al.*, 2018; SELYE, 2018)

Para fins de entendimento, é importante deixar claro que dano é qualquer alteração fisiológica, mental ou social prejudicial à saúde do ser humano (CHAVES *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2019).

De acordo com o instrumento utilizado Caderno B do INGECTH-SUS Mauro & Mauro (problemas de saúde dos profissionais), o trabalhador respondeu o questionário conforme com sua própria percepção, onde teve como opções responder: sem danos percebidos no setor, danos provocados naquele setor, danos agravados naquele setor (já possuía o dano e foi agravado) e dano não relacionado ao setor. Esta análise permitiu relacionar o presenteísmo não somente com o setor em questão, como também não associá-lo às causas externas, fora do ambiente do trabalho, permitindo assim, as percepções do trabalhador exclusivamente em seu local de trabalho.

Considerados e analisados os resultados que se mostraram estatisticamente significativos (valores de $p < 0,05$), assim como valores obtidos que poderiam exercer alguma influência sobre o objeto de pesquisa em questão. O teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado, devido à necessidade de análise entre as variáveis categóricas que são independentes entre si, objetivando-se encontrar uma relação de significância entre os setores e trabalhadores de enfermagem, danos percebidos e presenteísmo. A Tabela 2 apresenta percentual de riscos relacionados à saúde e presenteísmo.

Tabela 2 – Percentual de danos relacionados à saúde e frequência de presenteísmo por setor e formação - Rio de Janeiro - 2021

Setor/ Formação	Danos relacionados à saúde				Presenteísmo				Teste χ^2 - valor p
	Não %	Provocado %	Agravado %	Não relacionado %	CP	P	NP	Total	
INTO-6 ^a	2,0	40,0	33,0	25,0	20	5	39	62	0,20
Enfermeiros	2,5	42,5	35,0	20,0	7	4	16	27	
Técnicos / Auxiliares	1,0	38,0	33,0	28,0	11	1	23	35	
INTO-7 ^a	3,0	40,0	33,0	24,0	11	2	19	34	0,93
Enfermeiros	3,0	35,0	35,0	37,0	4	1	7	12	
Técnicos / Auxiliares	3,0	45,0	31,0	21,0	7	1	12	22	
INTO-7A (COVID)	0,0	39,0	43,0	18,0	11	1	14	26	0,50
Enfermeiros	0,0	27,0	42,0	31,0	6	1	6	13	
Técnicos / Auxiliares	0,0	50,0	43,0	7,0	5	0	8	13	
Centro Cirúrgico	1,0	35,0	34,0	30,0	25	1	30	56	0,56
Enfermeiros	0,0	30,0	34,0	36,0	10	0	9	19	
Técnicos / Auxiliares	2,0	41,0	34,0	23,0	15	1	21	37	
CTI	2,0	38,0	34,0	26,0	17	7	27	51	0,82
Enfermeiros	0,0	40,0	28,0	32,0	6	2	11	19	
Técnicos / Auxiliares	3,0	39,0	33,0	25,0	11	5	16	32	

Legenda: Algum Comportamento presenteísta (CP); Presenteísmo (P); Não presenteísmo (NP); Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO); Centro de Tratamento Intensivo (CTI).

Nota: N = 229; Valor p <0,05: teste significativo.

Fonte: O autor, 2021.

Segundo a Tabela 2, em relação aos danos relacionados à saúde, destaca-se o setor referente ao 7º andar na área de combate ao COVID-19, 43% dos problemas de saúde foram agravados, onde 42,0% dos problemas de saúde agravados são de Enfermeiros, e 43% são de técnicos ou auxiliares de enfermagem.

Verificou-se também na Tabela 2 que, de acordo com a percepção dos trabalhadores, a maior concentração de danos **provocados** (50%) foi na categoria de auxiliares/técnicos de enfermagem no setor do sétimo andar COVID-19. Isto

significa que tais profissionais, perceberam um dano que foi provocado ainda no setor em questão.

A COVID-19 gerou grande impacto na saúde dos trabalhadores, ainda não sabemos ao certo quais as consequências concretas, devido a sua aparição repentina dentro da comunidade científica e população.

De acordo com uma publicação de Souza e Souza e Souza (2020), os impactos da COVID-19 entre os trabalhadores da enfermagem podem ser devastadores, podendo ser encontrados: contaminação pelo próprio vírus, aumento dos casos pela Síndrome de Burnout, estresse decorrente das pressões da sociedade e instituições, medo em transmitir o vírus para familiares e amigos e transtornos mentais comuns.

Teixeira *et al.* (2020) identificaram em sua pesquisa como principal problema a ser encontrado pelo trabalhador da saúde, a própria contaminação pela COVID-19 através de pacientes sintomáticos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, foram confirmados no mundo 67.780.361 casos de COVID-19 (546.703 novos casos em relação ao dia anterior) e 1.551.214 mortes (10.132 novas em relação ao dia anterior) até o dia 09 de dezembro de 2020 (OPAS, 2020).

Já o setor, Centro Cirúrgico com 56 participantes, teve 25 colaboradores com comportamento presenteísta (44,6%), sendo 10 enfermeiros (52,6% do total) e 17 técnicos ou auxiliares (40,5% do total). Por isso, foi considerado o setor com o maior percentual de trabalhadores, com **comportamento presenteísta**, entre todos os analisados. Os enfermeiros mais acometidos pelo **presenteísmo**, de acordo com esta análise, trabalhavam no Sexto Andar, entre os 27 participantes analisados, 04 (14,8%) foram identificados.

Em relação ao grupo de técnicos ou auxiliares de enfermagem, foi identificado, um presenteísmo maior no setor do CTI, do total de 32 participantes, 05 (15,6%) apresentaram presenteísmo. Quando verificado o **presenteísmo** entre os trabalhadores, o Centro de Tratamento Intensivo (CTI) foi o setor que apresentou o maior percentual, 07 participantes de 51 do total, equivalendo a 13,7% do total de pesquisados. O ambiente de trabalho exerce forte influência na saúde de seus trabalhadores.

Observa-se em diversas pesquisas um adoecimento considerável dos profissionais de saúde que atuam no CTI, em relação aos demais setores de uma instituição. Esse adoecimento pode estar relacionado às condições de trabalho e ao

estado de saúde do paciente (PIALARISSI 2017; SANTOS *et al.*, 2019; SOUZA, 2020).

O presenteísmo foi maior entre os trabalhadores do CTI, exceto para enfermeiros, porém, além das causas já conhecidas desse adoecimento, podemos citar a COVID-19 e suas consequências ao ambiente de trabalho. Entre essas consequências, existe a falta de equipamentos de proteção individual, devido ao aumento da demanda de pacientes no setor intensivo (REINERT; VERGARA; GONTIJO, 2019; SOUZA, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Outro dado que não pode passar por despercebido é a concentração geral dos trabalhadores com comportamento presenteísta no CTI que também foi considerável. Observar o comportamento presenteísta entre os trabalhadores é importante, pois se verifica uma possível tendência de um presenteísmo futuro, através dos sinais de alerta que são, entre outros: qualidade do trabalho prejudicada, erros e omissões nas tarefas executadas e eminente risco para um futuro absenteísmo (PASCHOALIN *et al.*, 2013).

Em todos os setores analisados, em relação à categoria, os enfermeiros foram os que apresentaram a maior taxa de **presenteísmo**, foram 08 enfermeiros presenteístas do total de 90 enfermeiros (8,88 %) contra 08 auxiliares/técnicos de enfermagem com presenteísmo de um grupo de 139 participantes (5,75%).

A Enfermagem adoce cada vez mais e esse adoecimento exerce forte influência no aumento do presenteísmo entre os seus trabalhadores. O enfermeiro, responsável por seu setor precisa conhecer e dominar suas atividades para que possa liderar de forma satisfatória a sua equipe. Contudo, a grande responsabilidade e autoridade desse profissional podem adoecê-lo ainda mais, dentro do seu ambiente de trabalho (PORTO; DALL'AGNOL, 2016; SILVA, R. *et al.*, 2017).

Apesar de observarmos uma possível inclinação estatística para determinado setor, quando o presenteísmo é referenciado, ao utilizarmos o teste χ^2 não constatamos valores significativos (valor $p < 0,05$). Concluindo que não há relação entre presenteísmo e formação para cada setor.

3.7 Condições de trabalho à luz da Ergonomia Organizacional e consequências ao presenteísmo

O entendimento das condições de trabalho pode beneficiar o processo produtivo da organização. Para isso, é importante conciliar um processo produtivo de qualidade tanto para o trabalhador quanto para a instituição, onde ocorra o envolvimento profissional nas diversas esferas administrativas da organização (FERREIRA *et al.*, 2018; GARRIDO *et al.*, 2017; IIDA; BUARQUE, 2016).

As condições de trabalho são peculiares em cada ambiente ocupacional, por isso sempre que possível devemos relacioná-las. A atual pesquisa resolveu tomar como referência a Ergonomia Organizacional ou Macroergonomia. Possui como uma das suas características principais, a visão global do processo produtivo e gerencial de toda a instituição (CASSUNDÉ; BARBOSA; MENDONÇA, 2016; HOFFMANN; SANTANA; FREITAS, 2021; IIDA; BUARQUE, 2016).

A Tabela 2 segue o instrumento INGECTH-SUS Mauro & Mauro, questionário sobre riscos e danos, fatores de risco no ambiente do trabalho. O teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado, devido à necessidade de análise entre as variáveis categóricas que são independentes entre si, objetivando-se encontrar uma relação de significância entre as condições de trabalho e o presenteísmo percebidos entre os trabalhadores da enfermagem.

Tabela 3 – Escala de Likert para as condições ergonômicas percebidas pelos trabalhadores segundo a presença ou não do presenteísmo - Rio de Janeiro - 2021 (continua)

Condições Ergonômicas	Presenteísmo	Desconhece	Não acontece	Raramente	Quase Sempre	Sempre	Teste χ^2 - valor p
Desconforto pela postura adotada por muito tempo	NP	0,78	1,56	10,16	49,22	38,28	0,00
	P	0,00	0,00	6,67	26,67	66,67	
	CP	0,00	0,00	1,19	19,05	79,76	
Posturas forçadas para realização de alguma tarefa	NP	0,78	2,34	16,41	46,88	33,59	0,00
	P	6,67	0,00	6,67	20,00	66,67	
	CP	0,00	1,19	1,19	27,38	70,24	
Esforço físico que produz fadiga	NP	35,94	43,75	16,41	3,13	0,78	0,00
	P	62,5	18,75	18,75	0	0	
	CP	64,29	27,38	5,95	2,38	0,00	
Sobrecarga de trabalho	NP	28,35	40,94	25,20	4,72	0,79	0,03
	P	46,67	40,00	13,33	0,00	0,00	
	CP	53,57	28,57	16,67	1,19	0,00	
Organização insatisfatória de horário	NP	7,81	16,41	39,06	28,13	8,59	0,07
	P	0,00	25,00	43,75	25,00	6,25	
	CP	18,07	20,48	43,37	15,66	2,41	
Duração excessiva da jornada de trabalho	NP	7,09	15,75	30,71	30,71	15,75	0,01
	P	6,25	18,75	43,75	18,75	12,50	
	CP	19,28	25,30	31,33	20,48	3,61	
Ritmo de trabalho acelerado	NP	23,62	45,67	19,69	9,45	1,57	0,00
	P	50,00	37,50	6,25	6,25	0,00	
	CP	50,00	36,90	9,52	2,38	1,19	
Recursos materiais insuficientes para realizar o trabalho	NP	2,36	13,39	45,67	26,77	11,81	0,07
	P	0,00	6,25	68,75	12,50	12,50	
	CP	4,76	22,62	52,38	16,67	3,57	
Tarefas rotineiras ou monótonas	NP	11,20	24,00	31,20	22,40	11,20	0,07
	P	13,33	26,67	46,67	6,67	6,67	
	CP	19,28	24,10	43,37	8,43	4,82	
Percorre longa distância durante a jornada	NP	57,48	29,13	7,09	5,51	0,79	0,63
	P	62,5	31,25	0	6,25	0	
	CP	67,47	19,28	9,64	2,41	1,20	

Tabela 3 – Escala de Likert para as condições ergonômicas percebidas pelos trabalhadores segundo a presença ou não do presenteísmo - Rio de Janeiro - 2021 (conclusão)

Condições Ergonômicas	Presenteísmo	Desconhece	Não acontece	Raramente	Quase Sempre	Sempre	Teste χ^2 - valor p
Permanece na postura em pé por muito tempo	NP	45,67	40,94	10,24	2,36	0,79	0,11
	P	81,25	18,75	0,00	0,00	0,00	
	CP	63,10	27,38	5,95	3,57	0,00	
Violência no trabalho	NP	3,15	3,94	33,86	30,71	28,35	0,18
	P	13,33	13,33	40,00	20,00	13,33	
	CP	4,82	9,64	33,73	34,94	16,87	
Conflito com chefia ou encarregados	NP	0,79	12,60	44,88	22,83	18,90	0,01
	P	6,25	0,00	56,25	31,25	6,25	
	CP	8,33	10,71	46,43	29,76	4,76	
Conflito com clientes ou pacientes	NP	3,94	13,39	51,97	18,11	12,60	0,23
	P	12,50	25,00	50,00	6,25	6,25	
	CP	10,71	19,05	44,05	20,24	5,95	
Conflito entre trabalhadores	NP	1,56	14,84	57,81	18,75	7,03	0,47
	P	0,00	6,25	62,50	25,00	6,25	
	CP	7,32	14,63	58,54	13,41	6,10	
Pouca oportunidade de decisão sobre a realização do trabalho	NP	8,59	23,44	43,75	16,41	7,81	0,11
	P	25,00	12,50	37,50	12,50	12,50	
	CP	21,43	26,19	36,90	13,10	2,38	
Falta de oportunidade de promoção no trabalho	NP	40,63	10,94	16,41	16,41	15,63	0,34
	P	37,50	12,50	18,75	25,00	6,25	
	CP	58,33	9,52	10,71	11,90	9,52	
Discriminação no trabalho (assédio moral)	NP	9,38	7,03	36,72	20,31	26,56	0,01
	P	12,50	12,50	37,50	25,00	12,50	
	CP	7,14	16,67	48,81	21,43	5,95	

Legenda: Algum Comportamento presenteísta (CP); Presenteísmo (P); Não presenteísmo (NP).

Nota: N = 229.

Fonte: O autor, 2021.

Na Tabela 3, em resposta à escala de Likert, os trabalhadores que apresentaram presenteísmo, 66,67% responderam que **sempresentem desconforto pela postura adotada por muito tempo**, assim como 66,67% também relataram que **sempreapresentam posturas forçadas para a realização de**

alguma tarefa. Os distúrbios músculos esqueléticos entre os trabalhadores da enfermagem influenciam significativamente no adoecimento da equipe de saúde. Atividades repetitivas, distâncias longas percorridas, ausência de uma parada para o descanso e sobrecarga de peso nas suas atividades somada à falta de postura ergonômica são considerados fatores que podem predispor a esse adoecimento (GAMA; TAVARES, 2019; NASCIMENTO *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019).

A variável: **Desconforto adotado pela postura por muito tempo** apresentou outro dado significativo, onde houve uma unanimidade em que nenhum dos participantes respondeu **não acontece**, ou seja, todos (100%) acreditam que de alguma forma acontece desconforto adotado por muito tempo. O trabalho da enfermagem é primordial para a saúde dos pacientes, por isso, a assistência ofertada através dos seus trabalhadores necessita da integralidade e continuidade dos cuidados. Contudo, a falta de condições de trabalho dignas pode gerar ao trabalhador o adoecimento.

A garantia da assistência de um serviço de saúde deveria recair não somente sobre seus trabalhadores, mas também ter como responsável as condições de trabalho fornecidas aos seus profissionais pela instituição.

A culpabilização dos trabalhadores não basta para se estabelecer uma causa e evitar assim, futuros erros; deve-se traçar um diagnóstico situacional da instituição e se descobrir o nexo causal da ausência ou má qualidade da assistência. Foram consideradas, ainda as variáveis significativas para análise da pesquisa com $p < 0,05$: **Esforço físico que produz fadiga** (0,00), **Duração excessiva da jornada de trabalho** (0,01), **Ritmo de trabalho acelerado** (0,00), **Discriminação no trabalho, assédio moral** (0,01) e **Conflito com chefias ou encarregados** (0,01).

Em relação à variável Esforço físico, observa-se que a maior concentração de trabalhadores presenteístas respondeu que **desconhecem** (62,5%) a fadiga produzida pelo esforço físico dentro da instituição. Tal dado apresenta alta relevância para o estudo, pois pode identificar que trabalhadores presenteístas não estabelecem uma relação entre fadiga e esforço físico dentro da instituição.

O aumento do esforço físico associado ao perfil ocupacional debilitado para determinada atividade, pode gerar inúmeras doenças ao trabalhador. Devem-se considerar características de cada profissional. Um trabalhador idoso que apresenta dor lombar, por exemplo, pode ter suas atividades adaptadas para um setor que se

exija menos esforço físico com carga (CHAVES *et al.*, 2017; REINERT; VERGARA; GONTIJO, 2019).

Observa-se na categoria Duração excessiva de jornada de trabalho que os participantes que apresentaram **comportamento presenteísta** uma grande porcentagem que responderam **raramente** (31,33%) para a influência desta categoria às condições de trabalho da instituição.

A identificação do comportamento presenteísta no trabalhador é também extremamente necessária, pois sabemos que o adoecimento do trabalhador em seu ambiente de trabalho pode se apresentar em estágios crescentes, onde se não forem analisados e sofrerem alguma intervenção pode complicar ainda mais a sua saúde (ALMEIDA; MARTINS, 2017; GARRIDO *et al.*, 2017).

Esse quadro de adoecimento piora quando temos um **ritmo de trabalho acelerado**, onde o trabalhador a fim de cumprir as suas metas assistenciais se sente na obrigação de “dar conta custe o que custar”, mesmo que sua saúde seja colocada à prova (HOFFMANN; SANTANA; FREITAS, 2021; LOPES *et al.*, 2016).

Durante a assistência ao paciente, o trabalhador da enfermagem deve cumprir um verdadeiro cronograma de atividades pautadas em horários fixos e que deve estar aberto a possíveis eventualidades adicionais. A rotina do serviço de enfermagem tem como referencial o paciente, mas deve considerar também a lógica institucional (JESUS *et al.*, 2016; PORTO; DALL’AGNOL, 2016).

Por isso, as condições de trabalho devem levar em consideração a organização do trabalho, onde as atividades dentro do ambiente ocupacional deverão estar pautadas na lógica estratégica tanto para o paciente, quanto para o trabalhador, pois a organização do trabalho, prevista dentro da Ergonomia Organizacional, criará subterfúgios para tornar a assistência viável (FERREIRA; MERINO; FIGUEIREDO, 2017; RITZEL; KÜMMEL, 2019).

Quando essa viabilidade da assistência não existe dentro do ambiente de trabalho, pode-se haver divergência entre trabalhadores e a instituição, possível de ser manifestada sob diversas formas, entre elas: discriminação no trabalho, assédio moral, conflitos com chefias ou encarregados (LUZ *et al.*, 2016; SERAFIM *et al.*, 2017).

Contudo, deve-se entender que existe diferenças entre discriminação, assédio e conflito no ambiente do trabalho.

A Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu artigo primeiro, item III, possui como um de seus fundamentos a dignidade da pessoa humana. O artigo terceiro, item IV, coloca como objetivos fundamentais promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e **quaisquer outras formas de discriminação**, e o artigo 5º protege o direito a dignidade, honra e igualdade e possibilita o ressarcimento por dano material, moral ou à imagem.

Para o Ministério da Saúde (MS), o assédio moral:

Apresenta-se como uma forma de gerir e controlar os processos de trabalho que causa consequências negativas para a saúde física e mental do trabalhador, degradando o ambiente de trabalho, as relações profissionais e o desempenho organizacional (BRASIL, 2014, p. 9).

Ainda, para MS (BRASIL, 2014, p 15), conflito pode ser entendido como: “[...] um embate decorrente de diferentes culturas profissionais, visões de mundo (valores) diferentes, por tensões resultantes de reivindicações, por disputas de poder ou conflito de interesse”.

3.8 Problemas relacionados comportamento presenteísta e presenteísmo percebidos pelos trabalhadores

A Tabela 3 considerou a resposta ao instrumento de pesquisa (Escala de Presenteísmo de Stanford-SPS-6): **“Você se manteve trabalhando com algum problema de saúde nos últimos 30 dias?”**.

Ao participante foi solicitado, caso a resposta tenha sido sim, descrever o problema, de acordo com sua própria percepção, desconsiderando, sendo o caso, a própria linguagem técnica e científica, podendo ser mais de uma a resposta.

Após a descrição, o pesquisado estaria apto a responder ao questionário (SPS-6), gerando um sistema de pontuação que poderá classificá-lo em: presenteísta, escore de 06 a 18 ou comportamento presenteísta, escore de 19 a 30 (apresenta tendência ao presenteísmo).

Tabela 4 – Principais problemas de saúde relacionados ao presenteísmo, de acordo com relato dos participantes - Rio de Janeiro – 2021

Doenças	Total com Comportamento/Presenteísmo
Lombalgia	11
Ansiedade	11
Estresse	9
Covid-19	8
Cefaleia	5
Dor na coluna	4
Depressão	4
Dor costas	4
Enxaqueca	3
Hipertensão	3
Tendinite	2
Sinusite	3
Dor muscular	3
Dor de cabeça	3
Dor corpo	3
Hipertensão Arterial Sistêmica	3
Dor lombar	2
Cervicalgia	2
Febre	2
Diabetes	2
Síndrome do pânico	2
Infecção urinária	2
Outros	29

Nota: N = 100.

Fonte: O autor, 2021.

A Tabela 4 apresentou o relato dos problemas percebidos pelos 100 trabalhadores que se enquadravam nas condições para responder a Escala de Stanford para o presenteísmo.

Destaca-se para fins dos resultados que, existe semelhança entre os termos da própria tabela, como por exemplo, entre **cefaleia, enxaqueca e dor de cabeça**.

Identificar os problemas relatados pelos trabalhadores para o presenteísmo em sua real descrição é fundamental, pois termos utilizados de forma até mesmo coloquial permitem analisar com mais precisão as dificuldades encontradas pelo trabalhador, onde a obrigatoriedade do uso de termos técnicos poderia favorecer a omissão do problema real da saúde percebida.

Desse modo, realizar uma análise por grupamentos também é de fundamental importância, pois se pode através da realização de nichos, esquematizar estratégias de prevenção e assistência ao trabalhador presenteísta.

Segundo a Tabela 4, há quatro grandes grupos de problemas relacionados aos presenteísmo: Distúrbios Musculoesqueléticos (31), Transtornos Mentais Comuns/TMC (26), Síndromes Metabólicas (10) e COVID-19 (08).

Observa-se na Tabela 4 também o grupo: Outros Problemas, porém devido à dificuldade de se estabelecer semelhança entre os problemas deste grupo, torna-se mais difícil estabelecer um nexos causal para se criar estratégias de prevenção e enfrentamento.

Os distúrbios musculoesqueléticos representam a grande maioria dos problemas enfrentados pelos trabalhadores nesta pesquisa e de acordo com o instrumento de pesquisa utilizado estão relacionados tanto ao comportamento presenteísta quanto ao presenteísmo.

A enfermagem continua sofrendo com as perdas diárias dos seus trabalhadores através das taxas de absenteísmo, porém uma verdadeira “indústria” de trabalhadores com presenteísmo cresce cada vez mais devido, ainda aos problemas músculos esquelético (GAMA; TAVARES, 2019; SILVA, A. *et al.*, 2017).

Trabalhadores que até então, se afastavam devido a lesões por esforço repetitivo (LER), por exemplo, hoje, devido ao medo de perder o emprego, pois possuem vínculos de trabalho instáveis, continuam trabalhando, influenciando no aumentando da taxa de presenteísmo na equipe de enfermagem (ALMEIDA; MARTINS, 2017; VIEIRA *et al.*, 2018).

Contudo, um novo panorama de problemas relacionados à saúde do trabalhador vem ganhando destaque dentro da saúde ocupacional, entre as doenças já conhecidas: os problemas relacionados à saúde mental (AQUINO *et al.*, 2016; MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016).

Parreira *et al.* (2017), em sua pesquisa, consideram que existe um grupo de TMC que se apresentam através de uma manifestação de mistura de sintomas somáticos, depressão e ansiedade. Tais sintomas são caracterizados por estados de ansiedade, depressão, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de memória e concentração e queixas somáticas.

Félix e Nóbrega (2019), em sua pesquisa, mencionam que esse grupo de problemas, foi descrito pela primeira vez por Gerald Reaven, na década de 80 e que inicialmente recebeu o nome de Síndrome X.

Observa-se na pesquisa de Félix e Nóbrega (2019) a necessidade de uma definição da problemática mais ampla e atualizada com a saúde atual da população. Segundo os pesquisadores, a Síndrome Metabólica, assim chamada, caracteriza-se pela identificação de 03 critérios diagnósticos, no mínimo, entre os apresentados a seguir: elevação da glicemia vascular de jejum, da pressão arterial, dos triglicerídeos e/ou redução do colesterol de alta densidade e aumento da circunferência abdominal.

O sedentarismo entre os trabalhadores da enfermagem talvez, possa contribuir para o aumento da Síndrome Metabólica entre os participantes da pesquisa. Acredita-se hoje que a falta de atividades físicas, de forma regular diariamente, influencie significativamente no aparecimento de doenças cardiovasculares entre os trabalhadores (FÉLIX; NÓBREGA, 2019; SANTOS, H. *et al.*, 2018).

A realidade de muitos trabalhadores da enfermagem, assim como podemos observar neste estudo, é trabalhar em mais de uma instituição de saúde. Por isso, programas que visem à promoção da saúde através de práticas esportivas, devem ser viabilizados, considerando os aspectos individuais de cada trabalhador (CARVALHO; GUERRA; LOCH, 2020).

O quarto grupo de problemas relacionados à saúde dos participantes da equipe, que relataram que trabalharam com a COVID-19 nos últimos 30 dias, apesar de apresentar menor expressividade entre os 04 grupos analisados (08 casos), relaciona-se diretamente com a conjuntura pandêmica encontrada em nossa sociedade neste momento da pesquisa. Por isso, apresenta este grupo grande relevância científica a ser estudada (LOPES *et al.*, 2016; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Para Santos *et al.* (2010, p. 599),

o sistema de vacinação vem, ao longo dos anos, evoluindo e se evidenciando um fenômeno que deve ter um olhar diferenciado para populações específicas, as quais desenvolvem ações consideradas de risco para o aparecimento de doenças passíveis de prevenção por imunização. Destacam-se, aqui, aqueles que prestam assistência a quem está carente de saúde e que devem, prioritariamente, cuidar da própria saúde.

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2020), em parceria com o governo do Brasil, ajudou a criar o Plano Nacional de Vacinação, oferecendo suporte técnico e compartilhando as evidências científicas mais importantes em relação à COVID-19. A OPAS também contribui nas áreas de farmacovigilância, vigilância de eventos adversos pós-vacina e sistemas de informação. De acordo o relatório da OPAS, a vacinação dos trabalhadores de enfermagem segue como prioridade no Plano de Vacinação do governo, assim como em outros países do mundo.

De acordo com o boletim do MS-SUS COVID-19 (BRASIL, 2021b), foram 10.480.840 doses aplicadas com a vacina contra a COVID-19, do qual 7.921.618 pessoas receberam a primeira dose e 2.559.222 a segunda. Em relação aos trabalhadores da saúde foram 5.569.575 mil doses aplicadas (primeiras e segundas doses somadas).

Aparentemente esse número bruto da vacinação contra a COVID-19 no país encontra-se altamente satisfatório, porém, quando se observa o número da população brasileira de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) em 212.807.089 pessoas (atualizado em 11/03/2021), chegamos à conclusão que o perfil de vacinação dos brasileiros, ainda é incipiente.

Até o dia 1º de março de 2021, foram notificados 144.420 casos de SG (Síndrome Gripal) suspeitos de COVID-19 em profissionais da saúde no e-SUS Notifica (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2021).

CONCLUSÃO

A pesquisa teve como meta: Avaliar através da Ergonomia Organizacional a associação entre as condições de trabalho e o presenteísmo dos trabalhadores de enfermagem. A análise contou com uma população total de 547 trabalhadores, onde a amostragem final foi de 229 pesquisados selecionados.

O estudo quantitativo constatou que os instrumentos utilizados para a análise (Caderno B do INGECTH-SUS Mauro & Mauro e Escala de Stanford para Presenteísmo-SPS) além de necessários mostraram-se apropriados. O local de estudo, um hospital especializado em ortopedia, passou por modificações para que os trabalhadores atendessem a demanda advinda de uma doença que acometeu todo o país, a COVID-19.

Quanto às questões específicas sobre condições de trabalho e presenteísmo, os resultados demonstraram que as condições de trabalho influenciam diretamente no aumento do número de casos de trabalhadores presenteístas. Entre as condições que apresentaram maior significância estatística foram: Desconforto adotado pela postura por muito tempo e Posturas forçadas para a realização de alguma tarefa. Outras condições de trabalho também foram significativas estatisticamente na seguinte ordem decrescente de importância: esforço físico que produz fadiga; ritmo de trabalho acelerado; conflito com chefias ou encarregados; discriminação no trabalho; assédio moral e duração excessiva da jornada de trabalho.

Observou-se que não houve relevância significativa para o presenteísmo entre os setores analisados: sexto andar, sétimo andar, sétimo andar COVID-19, centro cirúrgico e CTI, onde o teste de Qui-Quadrado de Pearson demonstrou um p-valor maior que 0,05%, ou seja, o setor não influenciou no aumento do presenteísmo entre os trabalhadores e o índice de presenteísmo foi significativamente elevado, independente do setor pesquisado.

O mesmo teste foi utilizado para a análise da caracterização do perfil profissional entre os trabalhadores de enfermagem, isto é, foi verificado que também não existe significativa diferença estatística entre as variáveis.

O presenteísmo foi maior: nos enfermeiros, nos casados, nos celetistas, nos homens, na faixa etária entre 24 e 35 anos, nos trabalhadores com jornada diurna, quem apresentava 02 vínculos empregatícios. Em relação à carga horária, os que

trabalhavam no mesmo local ou outro diferente com 40 ou mais horas, foram os que apresentaram o maior índice. A categoria: “faixa salarial”, apresentou um presenteísmo maior para quem recebe mais de 11 salários mínimos.

Ao responderem a Escala de Stanford de Presenteísmo (SPS), 100 participantes da pesquisa apresentaram algum comportamento presenteísta e identificaram os Distúrbios Musculoesqueléticos, seguidos dos Transtornos Mentais Comuns como os principais problemas de saúde relacionados ao presenteísmo.

Destaca-se na pesquisa, o aparecimento da COVID-19, contribuindo para que as condições de trabalho fossem ainda mais influenciadas em relação ao presenteísmo.

A organização do processo de trabalho foi dificultada: pela quantidade insatisfatória de equipamento de proteção individual (EPI), inicialmente à explosão de casos da COVID-19 no hospital; trabalhadores aptos e com o perfil para o setor Covidário; ausência de intervalos de descanso e atendimento psicológico aos trabalhadores envolvidos a tantas perdas pela COVID-19.

O presenteísmo sofre influência direta dos danos percebidos pelos trabalhadores em seu ambiente de trabalho. Entre os setores analisados, o setor do Covidário apresentou entre os seus trabalhadores a maior porcentagem de agravamento dos danos percebidos.

Como dificuldades enfrentadas pela pesquisa, cita-se a necessidade de aprovação por dois Comitês de Pesquisas ao mesmo tempo e o risco à saúde do pesquisador na coleta de dados no hospital, durante o período pandêmico da COVID-19, tendo sido também necessário e fundamental, coletar os dados em turnos diferentes de trabalho, dia e noite para se atingir o quantitativo proposto de participantes na pesquisa.

No que concerne à percepção do trabalhador de enfermagem, o significado do trabalho na vida do indivíduo apresenta-se sob diversas perspectivas: social, moral, cultural e individual subjetiva. Já a percepção daquilo que ele representa na vida de cada trabalhador é inerente, ou seja, indivisível e neste caso faz parte da construção do pensamento humano.

Observou-se que, cada trabalhador possui sua própria visão do que o seu trabalho representa em sua vida. O trabalho pode ser considerado sinônimo de rentatividade financeira para alguns, já para outros, o trabalho pode ser considerado um ambiente de interatividade e luta contra a solidão.

Na atualidade o trabalho assume cada vez mais a percepção de subsistência, dada a necessidade da população de sobreviver, atendendo as suas necessidades básicas, através da aceitação de remunerações consideradas irrisórias, pagas pelos seus empregadores, mesmo em ambientes de trabalho precarizados.

Através da atual pesquisa, foi possível constatar que boas condições de trabalho são fundamentais para se evitar o adoecimento do trabalhador e que, precisa-se entender que condições de trabalho são condições que devem se adaptar ao trabalhador, de acordo com as suas necessidades individuais.

Conclui-se, através dos resultados, que existe uma associação entre as condições de trabalho e o presenteísmo nos trabalhadores de enfermagem. E, que todo o processo de trabalho deve ser respeitado, considerando-se a forma na qual o trabalho acontece, pois é fundamental a satisfação para o trabalhador que passa boa parte do seu tempo longe de casa e para o empregador que o trabalho produza bons resultados.

A pesquisa abordou também, a concentração de comportamento presenteísta, pois a busca pelo comportamento presenteísta (possível tendência ao presenteísmo) justifica-se, tendo em vista a relevância de medidas de prevenção e promoção ao trabalhador, identificando os primeiros sinais e perda do foco em seu local de trabalho.

Recomenda-se que seja realizado um programa de prevenção do presenteísmo e cuidados voltados para a saúde dos trabalhadores através da análise das condições de trabalho. O hospital no qual aconteceu o estudo receberá os resultados da pesquisa: direção geral, de enfermagem e setores onde aconteceu a coleta dos dados.

Com base nas informações fornecidas pela pesquisa, sugere-se em consonância com a atualização da NR 01, estabelecer um plano de riscos, baseado no Programa de Gerenciamento de Riscos, considerando: prevenção de riscos à saúde do trabalhador que possam ter origem em seu ambiente; determinação das ameaças e possíveis lesões ou agravos à saúde do trabalhador; análise dos riscos no ambiente de trabalho com determinação do nível de risco; classificação dos riscos no ambiente de trabalho; determinação de medidas de implementação; acompanhamento; e gestão dos riscos.

O pesquisador assume também o compromisso de divulgação da sua pesquisa a centros de pesquisas ou a unidades de saúde que possuam interesse.

A imagem de trabalhador produtivo, responsável e disciplinado através de semblantes “sisudos e indiferentes” deve dar lugar a de trabalhadores que se sintam reconhecidos, nos quais as suas características individuais de personalidade sejam respeitadas.

O trabalhador precisa assumir o direito de ser feliz no local de trabalho, mas para que isso aconteça, a luta por melhores condições de trabalho deve estar inserida no cotidiano de trabalho.

REREFÊNCIAS

ALFREDO, C. H.; SILVA-JUNIOR, J. S. Prevalência de excesso de peso entre trabalhadores em esquema de trabalho em turnos fixos. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 202–205, 2016.

ALMEIDA, S. P.; MARTINS, C. D. Prejuízos do presenteísmo entre profissionais de enfermagem de uma unidade de pronto atendimento no interior de minas gerais. **Rev. Bras. Ciênc.**, [s.l.], v. 5, n. 2, 2017.

ANDRADE, D. P. O que é o neoliberalismo? A renovação do debate nas ciências sociais. **Soc. Estado**, Brasília, DF, v. 34, n. 1, p. 211–239, 2019.

AQUINO, C. A. B. *et al.* Apropriações psicológicas do campo da saúde do trabalhador: uma revisão sistemática. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 22, n. 3, p. 316–324, 2017.

AQUINO, C. A. B. *et al.* Terceirização e saúde do trabalhador: uma revisão da literatura nacional. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 130–142, 2016.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO. **OMS**: empresas devem promover saúde mental de funcionários. 2017. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/2017/10/11/oms-empresas-devem-promover-saude-mental-de-funcionarios/>. Acesso em: 25 fev. 2021.

AUGUSTO MARINHO, T. *et al.* Gestão de riscos à saúde do trabalhador: uma abordagem problematizadora na formação em vigilância em saúde. **R. G&S**, Brasília, DF, v. 9, n. 2, p. 261–269, 2018.

BALTHAZAR, M. A. P. *et al.* Gestão dos riscos ocupacionais nos serviços hospitalares: uma análise reflexiva. **Rev. enferm. UFPE online**, Recife, v. 11, n. 9, p. 3482–3491, 2017.

BECERRIL, L. C. História da Educação de Enfermagem e as Tendências Contemporâneas. **Hist. enferm., Rev. eletrônica**, Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 1–2, 2018.

BEZERRA, A. M. F. *et al.* Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar. **Rev. Bras. Educ. Saúde**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 1–7, 2015.

BOIX, P.; VOGEL, L. **La evolución de riesgos en los lugares de trabajo**: guía para una intervención sindical. Bruxelas: BTS, 1997.

BOLETIM INFORMATIVO [da] Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2021. Semanal. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 11 mar. 2021.

BOLICO DA SILVA, V. Análise e identificação dos riscos ergonômicos em atividades de modelagem do vestuário em estudantes. **Ação Ergonômica**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2019.

BRANDÃO, M. A. G. *et al.* O diagrama V como ferramenta de integração analítica de conhecimentos teórico-conceituais e metodológicos na saúde. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, p. e2017-0015, 2018.

BRASIL. **Decreto nº 8.373**, de 11 de dezembro de 2014. Institui o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas - eSocial e dá outras providências. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8373.htm. Acesso em: 08 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 03 abr. 2021b.

BRASIL. **Lei nº 7.498/86**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 01 jan. 2020.

BRASIL. 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, 25 jul. 1991. p. 14809.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 14 jul. 2017.p. 1.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Portaria nº 6.730, de 9 de março de 2020. Aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 01 - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. (Processo nº 19966.100073/2020-72). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 12 mar. 2020a, n. 49. Seção 1, p. 17.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Portaria nº 6.734, de 9 de março de 2020. Aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 07 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO. (Processo nº 19966.100069/2020-12). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 13 mar. 2020b, n. 50. Seção 1, p. 15.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Portaria nº 6.735, de 10 de março de 2020. Aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 09 - Avaliação e Controle das Exposições Ocupacionais a Agentes Físicos, Químicos e Biológicos. (Processo nº 19966.100181/2020-45). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 12 mar. 2020c, n. 49. Seção 1, p. 20.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Assédio Moral e Sexual no trabalho**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. v.1, p. 01-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Covid-19 Casos e Óbitos**. Disponível em: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 20 fev. 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Assédio moral e sexual no trabalho: prevenção e tratamento**. 2014. Disponível em: http://www.asfoc.fiocruz.br/portal/sites/default/files/2cartilha_assedio_moral_e_sexual.pdf. Acesso em 12 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. MS-SUS COVID-19 Vacinação. 2021b. Disponível em: https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Vacina/DEMAS_C19Vacina.html. Acesso em: 11 mar. 2021.

CAMARGO, M. L. Presenteísmo: denúncia do mal-estar nos contextos organizacionais de trabalho e de riscos à saúde do trabalhador. **Revista Laborativa**, [s.l.], v. 6, n. 1 esp, p. 125–146, 2017.

CAMPOS, A. *et al.* Instituições trabalhistas e produtividade do trabalho: uma análise do caso brasileiro. In: DE NEGRI, J. A.; ARAÚJO, B. C. P. O.; BACELETTE, R. (Org.). **Desafios da nação**: artigos de apoio. Brasília, DF: IPEA, 2017. Cap. 16, p. 13-44.

CARVALHO, E. Uma visão geral sobre a reforma trabalhista. 2017. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=CARVALHO,+E.+Uma+vis%C3%A3o+geral+sobre+a+reforma+trabalhista.+2017.+http://www.ipea.gov.br&sa=X&ved=2ahUKEwim7Y6S9-HvAhV5JrkGHeJoC9oQ7xYoAHoECAEQOQ&biw=1366&bih=625>. Acesso em: 03 abr. 2021.

CARVALHO, F. F. B.; GUERRA, P. H.; LOCH, M. R. Potencialidades e desafios das práticas corporais e atividades físicas no cuidado e promoção da saúde. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 32, n. 63, p. 1–18, 2020.

CASSUNDÉ, F. R.; BARBOSA, M. A. C.; MENDONÇA, J. R. C. Terceirização e Precarização do Trabalho: levantamento bibliométrico sobre os caminhos críticos da produção acadêmica em administração. **Teoria Prática Admin.**, João Pessoa, v. 6, n. 1, p. 176–197, 2016.

CÉSPEDES SOCARRÁS, G. M.; MARTÍNEZ CUMBRERA, J. M. Un análisis de la seguridad y salud en el trabajo en el sistema empresarial cubano. **Rev. latinoam. derecho soc.**, Mexico, v. 22, p. 1–46, 2016.

CHAVES, L. D. P. *et al.* Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 70, n. 5, p. 1106–1111, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Enfermagem em números**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 03 abr. 2021.

COSTA-JUNIOR, F. M.; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 97-117, 2016.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**: casos clínicos. Porto Alegre: Editora Dublinense, 2017.

FALCO, A. *et al.* Presenteeism and workers' health: effects of mediation on psychophysical stress in a longitudinal study. **G. Ital. Med. Lav. Ergon.**, Pavia, v. 35, n. 3, p. 138–150, 2013.

FARIA, N. M. X. *et al.* Saúde mental dos trabalhadores da saúde pública em Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 145–157, 2018.

FÉLIX, N. D. C.; NÓBREGA, M. M. L. Síndrome metabólica: análise conceitual no contexto da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p. e3154, 2019.

FERNANDES, C.; PEREIRA, A. Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 24, 2016.

FERNANDES, M. A.; SOARES, L. M.D.; SILVA, J. S. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 218–224, 2018.

FERREIRA, A. P. *et al.* Revisão da literatura sobre os riscos do ambiente de trabalho quanto às condições laborais e o impacto na saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 360–370, 2018.

FERREIRA, A. S.; MERINO, E. A. D.; FIGUEIREDO, L. F. G. Métodos utilizados na Ergonomia Organizacional: revisão de literatura. **Human Fact. Design**, [s.l.], v. 6, n. 12, p. 58–78, 2017.

FONTOURA, W. B. *et al.* Análise Ergonômica do Trabalho (AET) em uma lanchonete localizada em São Mateus-ES. **Braz. J. Product. Eng.**, São Mateus, v. 4, n. 2, p. 32–47, 2018.

GAMA, L. N.; TAVARES, C. M. M. Desenvolvimento e avaliação da aplicação móvel para a prevenção de riscos musculoesqueléticos no trabalho de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 28, p. e20180214, 2019.

GARRIDO, G. *et al.* Presenteísmo: causas e consequências de um mal subterrâneo. **Rev. Ciênc. Adm.**, Florianópolis, v. 19, n. 48, p. 54–67, 2017.

GOMES, N. S. *et al.* Nursing knowledge and practices regarding subcutaneous fluid administration. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 70, n. 5, p. 1096–1105, 2017.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1963–1970, 2018.

GONÇALVES, A. R. O. A relação de trabalho antes e após o eSocial. **Rev. Cient. Multidiscipl. Núcleo Conhecimento**, São Paulo, v. 12, n. 6, p. 117–135, 2019.

GOSSELIN, E.; LEMYRE, L.; CORNEIL, W. Presenteeism and absenteeism: differentiated understanding of related phenomena. **J. Occup. Health Psychol.**, Washington, v. 18, n. 1, p. 75–86, 2013.

GOULART, L. S. *et al.* Acidentes de trabalho e os riscos ocupacionais identificados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 54, 2020.

GREGÓRIO, D. S. Riscos Ocupacionais: uma revisão da literatura. **Id onLine Rev. Psicol.**, Jaboatão dos Guararapes, v. 11, n. 34, p. 401–413, 2017.

HARTWIG, T. B. Extensão em segurança e saúde do trabalho em padarias. **Rev. Cient. Multidiscipl. Núcleo Conhecimento**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 29–50, 2020.

HOFFMANN, R. X.; SANTANA, L. S.; FREITAS, V. L. Enfermagem e higienização no gerenciamento dos resíduos sólidos de saúde. **Rev. enferm. UFPE online**, Recife, v. 15, n. 1, 2021.

IBGE. **Projeção da população**. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 11 mar. 2021.

IIDA, I.; BUARQUE, L. **Ergonomia**: projeto e produção. São Paulo: Editora Blucher, São Paulo, v 3, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA. **Servidores**. Disponível em: <https://www.into.saude.gov.br/servidores>. Acesso em: 22 jun. 2020.

JESUS, C. S. *et al.* Atuação do enfermeiro do trabalho na redução de riscos biológicos no âmbito hospitalar. **Rev. Atenção Saúde**, São Caetano do Sul, v. 15, n. 54, p. 100–107, 2017.

JESUS, C. S. *et al.* Reflexo do serviço noturno frente às condições de trabalho, saúde, vida social e familiar do profissional de enfermagem. **InovaSaúde**, Criciúma, v. 5, n. 2, p. 76–95, 2016.

JOHNS, G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. **J. Organ. Behavior**, Oxford, v. 31, n. 4, p. 519–542, 2010.

JUSBRASIL. **Resumo das Normas Regulamentadoras**. 2019. Disponível em: <https://gustavonardelliborges.jusbrasil.com.br/artigos/752449457/resumo-das-normas-regulamentadoras>. Acesso em: 10 abr. 2021.

KOOPMAN, C. *et al.* Stanford Presenteeism Scale: health status and employee productivity. **J. Occup. Environ. Med.**, [s.l.], v. 44, n. 1, p. 14-20, Jan. 2002.

LAHOZ, M. A. Indicadores de condições de trabalho: percepção dos atores sociais. **Ação Ergonômica**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2019.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O.; JARDIM, T. A. Teorias e práticas de retorno e permanência no trabalho: elementos para a atuação dos terapeutas ocupacionais. **Rev. Ter. Ocup.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 101–108, 2016.

LAVAL, C. Foucault, Bourdieu et la question néolibérale. Paris: La Découverte, 2018.

LEAL, J. A. L.; MELO, C. M. M. The nurses' work process in different countries: an integrative review. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, n. 2, p. 413–423, 2018.

LIMA, K. M. *et al.* Gestão na saúde ocupacional: importância da investigação de acidentes e incidentes de trabalho em serviços de saúde. **Rev. bras. med. Trab.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 276–283, 2017.

LOMBARDI, M.; CAMPOS, V. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista ABET**, João Pessoa, v. 17, n. 1, 2018.

LOPES, A. G. *et al.* O desafio da educação permanente no trabalho da enfermagem. **Revista Remecs**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 13–23, 2016.

LUCCA, S. R.; RODRIGUES, M. S. D. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76–82, 2015.

LUZ, K. R. *et al.* Coping strategies for oncology nurses in high complexity. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 67–71, 2016.

MANDARINI, M. B.; ALVES, A. M.; STICCA, M. G. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 143–152, 2016.

MARTINS, P. F.; PERROCA, M. G. Care necessities: the view of the patient and nursing team. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 70, n. 5, p. 1026–1032, 2017.

MAURO, M. Y. C.; VEIGA, A. R. Problemas de saúde e riscos ocupacionais: percepções dos trabalhadores de enfermagem de unidade materna infantil. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 64-9, jan./mar. 2008.

MENDES, M. *et al.* Normas ocupacionais do benzeno: uma abordagem sobre o risco e exposição nos postos de revenda de combustíveis. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. e3s, 2017.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

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

NASCIMENTO, T. R. L. *et al.* Ergonomia: saúde ocupacional e qualidade de vida. **Ação Ergonômica**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2019.

NAZARIO, E. G. *et al.* Riscos ocupacionais e adesão a precauções-padrão no trabalho de enfermagem em terapia intensiva: percepções de trabalhadores. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 42, p.1-9, 2017.

NOGUEIRA, L. F. R.; MARQUEZE, E. C. Trabalho noturno e sintomas de fadiga estão associados aos indicadores de monitoramento clínico de trabalhadores vivendo com HIV. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 160-169, 2019.

OLIVEIRA, J. N.; MENDES, A. M. Sofrimento psíquico e estratégias defensivas utilizadas por desempregados: contribuições da psicodinâmica do trabalho. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 389-399, 2014.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. OIT Brasília. **Temas**. Disponível em: <https://www.ilo.org/brasil/temas/lang-pt/index.htm>. Acesso em: 06 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha Informativa COVID-19**. Disponível em: <http://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 10 dez. 2020.

ORTELAN, D. C.; PINTO, E. C. eSocial e mudanças no sistema de escrituração trabalhista e previdenciárias no Brasil. **Rev. Eletrônica Organ. Soc.**, Iturama, v. 7, n. 8, p. 119-133, 2018.

PAIVA, L. G.; LIMA DALMOLIN, G.; DOS SANTOS, W. M. Absenteísmo-doença em trabalhadores da saúde em contexto hospitalar na região Sul do Brasil. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 399-406, 2020.

PARREIRA, B. D. M. *et al.* Transtornos mentais comuns e fatores associados: um estudo com mulheres de uma área rural. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100423&lng=en&tng=en. Acesso em: 16 dez. 2020.

PASCHOALIN, H. C. *et al.* Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para avaliação do presenteísmo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 388-395, 2013.

PASCHOALIN, H. C.; GRIEP, R. H.; LISBOA, M. T. L. A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 3, p. 306-311, 2012.

PATRÍCIO, J. S. *et al.* A importância do trabalho coletivo na gestão dos riscos do/no trabalho em saúde. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 301–323, 2019.

PEREIRA, J. Z.; TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. Docência: psicodinâmica e relações de trabalho. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 31, n. 72, p. 89-99, jan./mar. 2013.

PIALARISSI, R. Precarização do trabalho. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 66, 2017.

PORTO, A. R.; DALL'AGNOL, C. M. Análise da proatividade da enfermagem em um hospital universitário público. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 5, 2016.

REINERT, F.; VERGARA, L. G. L.; GONTIJO, L. A. Percepção das condições de trabalho e saúde pelos agentes penitenciários do presídio masculino de Florianópolis/SC. **Ação Ergonômica**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2019.

REVUELTA, R.; FRANCISCO, J. Presentismo en Enfermería. Implicaciones en seguridad del paciente: posibilidades de control y reducción. **Enferm. Glob.**, Mucia, v. 13, n. 35, p. 362–373, 2014.

RIBEIRO, A. S. *et al.* Ergonomia de tablets digitais em uso ocupacional: atividade visual e cinemática dos movimentos da cabeça sob a influência de ofuscamentos reflexivos causados pela iluminação. **Ação Ergonômica**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2019.

RITZEL, G. S.; KÜMMEL, M. B. A Organização Internacional do Trabalho e o direito do trabalho brasileiro: trabalho noturno e idade mínima. **Disciplinarum Scientia**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 233–242, 2019.

RODRIGUES, C. M. L.; FAIAD, C. Avaliação psicossocial no contexto das normas regulamentadoras do trabalho: desafios e práticas profissionais. **Psicol. rev.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 287–310, 2018.

SABASTIZAGAL-VELA, I.; ASTETE-CORNEJO, J.; BENAVIDES, F. G. Condiciones de trabajo, seguridad y salud en la población económicamente activa y ocupada en áreas urbanas del Perú. **Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública**, Lima, v. 37, n. 1, p. 32–41, 2020.

SACADURA-LEITE, E. *et al.* Condições de trabalho e exaustão emocional elevada em enfermeiros no ambiente hospitalar. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69–75, 2019.

SANTANA, L. L. *et al.* Riscos psicossociais e a saúde dos trabalhadores de saúde: reflexões sobre a Reforma Trabalhista Brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 73, 2020.

SANTOS, H. E. C. *et al.* Presenteísmo e sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, 2018.

SANTOS, L. S. *et al.* Perfil social-profissional de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde de uma microrregião geográfica. **Enferm. Brasil**, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 552–560, 2019.

SANTOS, S. L. V. *et al.* A imunização dos profissionais da área de saúde: uma reflexão necessária. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 4, p. 595–601, 2010.

SANTOS, S. V. M. *et al.* Os biomarcadores como tendência inovadora para auxiliar no diagnóstico de doenças mentais em trabalhadores. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 371–377, 2018.

SASAKI, S. F. S. **Trabalho bancário e fatores associados ao presenteísmo e ao absenteísmo**. 2013. 114f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. São Paulo: Ibrasa - Instituição Brasileira de Difusão Cultural, 2018.

SERAFIM, C. T.R. *et al.* Severity and workload related to adverse events in the ICU. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 70, n. 5, p. 942–948, 2017.

SILVA, A. *et al.* Análise de conteúdo: fazemos o que dizemos? Um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica. **Conhecimento Interativo**, [s.l.], v. 11, p. 168–184, 2017.

SILVA, A. P.; CARVALHO, E. S.; CARDIM, A. Trabalho noturno na vida dos enfermeiros. **Rev. Enferm. Contemporânea**, [s.l.], v. 6, n. 2, p. 177–185, 2017.

SILVA, B. M. C. C.; ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. Prevalência do presenteísmo em trabalhadores de uma indústria. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 236–243, 2017.

SILVA, P. M. C.; SOUZA, K. R.; TEIXEIRA, L. R. Política de despreciação do trabalho em saúde em uma instituição federal de C&T: a experiência de professores e pesquisadores. **Trab. Educ. e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 95–116, 2017.

SILVA, R. S. S. *et al.* Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 267–275, 2017.

SIQUEIRA, C. L. *et al.* Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 919–933, 2015.

SOUZA, D. O. Saúde dos trabalhadores de enfermagem: cargas de trabalho frente à pandemia de COVID-19. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 464–471, 2020.

SOUZA E SOUZA, L. P. S.; SOUZA, A. G. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? **J. nurs. health.**, Pelotas, v.10, n. esp., p. e20104005, 2020. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095606/1-enfermagem-brasileira-na-linha-de-frente-contr-o-novo-coron_ygPksqt.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021

SOUZA, G. C. *et al.* Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 642–649, 2016.

SOUZA, H. S.; MENDES, A. N. A terceirização e o “desmonte” do emprego estável em hospitais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 286–294, 2016.

SOUZA, L. E. P. *et al.* The current challenges of the fight for a universal right to health in Brazil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783–2792, 2019.

SOUZA, N. V. D. O. *et al.* Neoliberalist influences on nursing hospital work process and organization. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 70, n. 5, p. 912–919, 2017.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, 2020.

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. Justiça do Trabalho. **O que é acidente de trabalho**. 2020. Disponível em: <http://www.tst.jus.br/web/trabalhoseguro/o-que-e-acidente-de-trabalho>. Acesso em: 23 fev. 2021.

TWAIN, M. **The American Claimant**. [s.l.]: Charles L. Webster, 1892.

UMANN, J.; GUIDO, L. A. Stress, coping and presenteeism in nurses who assists critical and potentially critical patients. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, p. 48, n. 5, 2014.

VENUGOPAL, R. Neoliberalism as concept. **Econ. Soc.**, London, v. 44, n. 2, p. 165–187, 2015.

VIEIRA, M. L. C. *et al.* Presenteísmo na enfermagem: repercussões para a saúde do trabalhador e a segurança do paciente. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 0, p. 31107, 2018.

VOGEL, L. H. **Negociar direitos?** Legislação trabalhista e reforma neoliberal no governo FHC (1995-2002). Rio de Janeiro: Eduerj, 2013.

WIDERA, E.; CHANG, A.; CHEN, H. L. Presenteeism: a public health hazard. **J. Gen. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 25, n. 11, p. 1244–1247, 2010.

WISNER. A. **Por dentro do trabalho**. São Paulo: FDT, 1987.

YOSHITERU, S. O. Expectativa, legalidade e a realidade: uma análise da relação do empregador, empregadas domésticas e os escritórios contábeis sob o olhar do Esocial. **Rev. Cient. Multidiscipl. Núcleo Conhecimento**, São Paulo, v. 03, n. 6, p. 110–134, 2019.

APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**ERGONOMIA ORGANIZACIONAL E PRESENTEÍSMO: ANÁLISE DAS
CONDIÇÕES DE TRABALHO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM****PESQUISADOR RESPONSÁVEL:**

Bruno Rafael de Oliveira

**(De acordo com as normas da Resolução do CNS nº 466 de 12/12/2012 e 580 de
22 de março de 2018)**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa com o título: Ergonomia Organizacional e Presenteísmo: análise das condições de trabalho na equipe de enfermagem. Você foi selecionado por ser um profissional da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) com pelo menos 06 meses de trabalho na instituição e que não se afastou nos últimos trinta dias que antecederam a coleta de dados, estando trabalhando na assistência direta aos pacientes no momento da coleta de dados, dentro do turno de trabalho de seis, oito, doze ou vinte e quatro horas. A sua participação não é obrigatória e a recusa não trará nenhum prejuízo ou penalização em sua relação com o pesquisador ou instituição e caso faça parte da pesquisa poderá a qualquer momento ou fase se ausentar ou desistir de participar do estudo. O objetivo geral deste estudo é: analisar através da Ergonomia Organizacional a associação entre as condições de trabalho e o presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder dois questionários: o primeiro será o Caderno B do INGECTH-SUS Mauro & Mauro (Inovação de Gestão das Condições de Trabalho para os Hospitais do Sistema Único de Saúde) e o segundo questionário oferecido será a Escala de Stanford para o presenteísmo (SP6-6). O presenteísmo é o trabalhador que se encontra presente, mesmo doente ou com algum agravamento em seu local de trabalho, mas com seus pensamentos não direcionados às suas atividades. Os questionários serão oferecidos a você trabalhador em horário estipulado e de acordo com a sua disponibilidade do serviço.

Os riscos relacionados com sua participação são de natureza psicológica, onde, durante suas repostas aos questionários oferecidos, poderão surgir questões

que poderão afetar ou não o seu bem estar emocional. Contudo, caso isto aconteça você poderá ser encaminhado (a) ao Serviço de Saúde do Trabalhador da Instituição.

O benefício relacionado à sua participação é: Ajudar a identificar os trabalhadores que se encontram adoecidos dentro da instituição. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados da pesquisa serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação.

Vale destacar que o trabalhador irá dispor de local adequado para responder as perguntas e sem interferências externas, com sala que disponha de mesa e cadeira exclusivas. Os questionários respondidos não serão identificados com o nome do trabalhador, mas arquivados em armário próprio do pesquisador, a cadeado e dentro da instituição, protegendo e assegurando a privacidade do participante.

Esta pesquisa justifica-se devido à quantidade de estudos que relacionem ergonomia organizacional, presenteísmo, condições de trabalho e equipe de enfermagem que são hipossuficientes, onde se deva dar a devida importância com a elaboração de novas pesquisas na área devido a sua relevância para a saúde, profissão Enfermagem e a sociedade no geral.

Este Termo foi redigido em 02 vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.

Você poderá esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento através dos números dos telefones ou endereço de e-mail disponível neste Termo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Contatos do pesquisador responsável: Bruno Rafael de Oliveira, enfermeiro, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). Rua Rodolpho Paulo Rocco, 255 - Cidade Universitária. Rio de Janeiro, CEP: 21941-913 e-mail: brunorafael.enfer@gmail.com, Tel: (21) 97959-5925, / Tel: (21) 3938-2789 (institucional).

Responsável pela aplicação do termo
Assinatura e carimbo

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do INTO/MS.

Endereço: Avenida Brasil nº 500, 9º andar – sala nº 4 – São Cristóvão – Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20940-070, Tel.: (21) 2134-5000/(21) 2134-5061, e-mail: cep.into@into.saude.gov.br ou comunique o fato à **Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ**: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

Nome do (a) participante da pesquisa: _____

Assinatura do (a) participante da pesquisa: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO A – Instrumento/Caderno B INGECH-SUS Mauro & Mauro

Caderno B INGECH-SUS Mauro & Mauro



Projeto INOVAÇÃO DE GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE PARA HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS/BRASIL

CADERNO B⁽¹⁾

QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS

Identificação subjetiva de problemas de Saúde no Trabalho

CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES

1. Local de
 2. Formação: ☐ Enfermeiro ☐ Técnico de enfermagem ☐ Auxiliar de enfermagem
 3. Ano de
 4. Tipo de contrato/inserção:

☐ Estatutário	☐ Estatutário Estadual	☐ Estatutário
☐ Contrato CLT	☐ Outros Contratos	☐ Cooperativo
 5. Sexo

☐ Masculino	☐ Feminino
------------------------------------	-----------------------------------
 6. Idade:.....
 7. Estado Civil:

☐ Solteiro	☐ Casado (ou união	☐ Divorciado/Desquitad	☐ Viúvo
-----------------------------------	---	---	--------------------------------
 8. N° de Vínculos Empregatícios: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 9. Tipo de Jornada neste unidade de Saúde:

☐ Jornada diurna	☐ Jornada noturna	☐ Plantão 24 horas	☐ Diarista
---	--	---	-----------------------------------
 10. Carga Horária Semanal neste local:

☐ 20 a 29	☐ 30 a	☐ 40 ou mais	☐ 24
----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

11. Carga Horária Semanal em outro local:

☐ 20 a 29 horas ☐ 30 a 39 horas ☐ 40 ou mais horas ☐ 24 horas ☐ Não se aplica

12. Faixa salarial em Salário Mínimo Federal:

☐ 1 a 2 salários mínimos ☐ 3 a 5 salários ☐ 6 a 8 salários
☐ 9 a 11 salários mínimos ☐ acima de 11 salários mínimo



Projeto INOVAÇÃO DE GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE PARA HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS/BRASIL

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	☐	☐	☐	☐	☐
14. Exposição ao ruído	☐	☐	☐	☐	☐
15. Exposição à temperatura inadequada	☐	☐	☐	☐	☐
16. Exposição à umidade excessiva	☐	☐	☐	☐	☐
Riscos Químicos					
17. Contato com substância química	☐	☐	☐	☐	☐
18. Exposição a gases, vapores ou aerossóis.	☐	☐	☐	☐	☐
Riscos Biológicos					

19. Exposição ao vírus da Hepatite	☐	☐	☐	☐	☐
20. Exposição ao vírus HIV	☐	☐	☐	☐	☐
21. Exposição a outros riscos biológicos (secreção,	☐	☐	☐	☐	☐
Riscos de Acidente/Mecânicos					
22. Risco por contato elétrico	☐	☐	☐	☐	☐
23. Risco de incêndio ou explosão	☐	☐	☐	☐	☐
24. Risco de queda de materiais	☐	☐	☐	☐	☐
25. Choques contra objetos móveis/imóveis	☐	☐	☐	☐	☐
26. Falta de equipamentos de proteção individual	☐	☐	☐	☐	☐
27. Má utilização de equipamento de proteção	☐	☐	☐	☐	☐
28. Lesão por material perfurocortante	☐	☐	☐	☐	☐



Projeto INOVAÇÃO DE GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE PARA HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS/BRASIL

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 - Nãoacontece – 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	☐	☐	☐	☐	☐
30. Posturas forçadas para realização de alguma tarefa	☐	☐	☐	☐	☐
31. Esforço físico que produz fadiga	☐	☐	☐	☐	☐
32. Sobrecarga de trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
33. Organização insatisfatória de horário	☐	☐	☐	☐	☐
34. Duração excessiva da jornada de trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
35. Ritmo de trabalho acelerado	☐	☐	☐	☐	☐
36. Recursos materiais insuficientes para realizar o trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
37. Tarefas rotineiras ou monótonas	☐	☐	☐	☐	☐
38. Percorre longa distância durante a jornada	☐	☐	☐	☐	☐
39. Permanece na postura em pé por muito tempo	☐	☐	☐	☐	☐
40. Violência no trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐

41. Conflito com chefia ou encarregados	☐	☐	☐	☐	☐
42. Conflito com clientes ou pacientes	☐	☐	☐	☐	☐
43. Conflito entre trabalhadores	☐	☐	☐	☐	☐
44. Pouca oportunidade de decisão sobre a realização do trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
45. Falta de oportunidade de promoção no trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
46. Discriminação no trabalho (assédio moral)	☐	☐	☐	☐	☐

⁽¹⁾ Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO (2009).



Projeto INOVAÇÃO DE GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE PARA HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS/BRASIL

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:

Existente – Existe o problema. Especifique SIM ou NÃO.

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 Percebidos na Saúde	EXISTENTE			
	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				

ANEXO B – Instrumento/Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6)

Você se manteve trabalhando com algum problema de saúde nos últimos trinta dias?

() Sim. Qual? _____

() Não. Sendo esta a sua resposta, você não precisa responder a esta escala.

Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6)

	Eu discordo totalmente	Eu discordo parcialmente	Não concordo e nem discordo	Eu concordo parcialmente	Eu concordo totalmente
1. Devido ao meu problema de saúde, foi muito difícil lidar com o estresse no trabalho?	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2. Apesar do meu problema de saúde, consegui terminar as tarefas no trabalho	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
3. Devido ao meu problema de saúde não pude ter prazer no trabalho	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
4. Me senti sem ânimo para terminar algumas tarefas no trabalho devido ao problema de saúde	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
5. No trabalho, consegui me concentrar em minhas metas apesar de meu problema de saúde	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
6. Apesar de meu problema de saúde, tive energia suficiente para terminar o meu trabalho	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

ANEXO C – Carta de aprovação do CEP INTO

INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
JAMIL HADDAD - INTO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ERGONOMIA ORGANIZACIONAL E PRESENTEÍSMO:
ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA EQUIPE DE
ENFERMAGEM

Pesquisador: BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28475320.3.3001.5273

Instituição Proponente: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.060.868

Apresentação do Projeto:

De acordo com o pesquisador:

"Trata-se de um estudo epidemiológico de recorte transversal, com abordagem quantitativa dos dados através da aplicação do Caderno B do INGECTH-SUS Mauro & Mauro (Inovação de Gestão das Condições de Trabalho para os Hospitais do Sistema Único de Saúde) sobre os fatores de riscos e danos percebidos pelos trabalhadores de enfermagem e da Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6) em alguns setores do INTO (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia) conforme descrição posterior. A população será composta por trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) referente a 05 setores do instituto. O quadro total da população foi de 547 trabalhadores, assim

distribuídos: Unidade de Internação 07(124), Unidade de Internação 06 (143), Centro de Tratamento Intensivo (101), trabalhadores), 19%, Centro Cirúrgico (129 trabalhadores), 24% e finalizando, Hospital Dia (45 trabalhadores) com 8 % de representatividade. A amostra, por setor, ficou assim distribuída: Unidade de Internação 07 (52 participantes = 23% de 226), Unidade de Internação 06 (59 participantes = 26% de 226), Centro de Tratamento Intensivo (42 participantes = 19% de 226), Centro Cirúrgico (54 participantes = 24% de 226) e Hospital Dia (19 participantes = 8% de 226). A equipe de enfermagem compõe-se de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que preencherão o questionário: Caderno B do INGECTH-SUS e Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6). Os critérios de inclusão foram: trabalhadores da equipe de enfermagem com pelo menos 06 meses de trabalho na instituição e que não tenham se afastado nos últimos trinta dias que antecederam a coleta de dados, e estar trabalhando na assistência direta aos pacientes no momento da coleta de dados, desde que respeitados os turnos de trabalho com carga horária de seis, oito, doze ou vinte e quatro horas. Os critérios de exclusão foram: equipe de enfermagem com o perfil de trabalho exclusivamente administrativo ou que trabalhe em setores que apresentem um quantitativo ocupacional reduzido. Justifica-se este último critério de exclusão mencionado trabalhadores de setores do Instituto como: Pediatria, Unidade de internação 08 e Trauma, onde a participação do profissional poderá acarretar prejuízos à assistência do paciente devido à ausência, em um quadro de funcionários já reduzido, pois serão necessários tempo e atenção para responder os instrumentos de mensuração da pesquisa. A coleta de dados só terá seu início após a aprovação desta pesquisa que será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do INTO e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), respeitando a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, bem como a resolução 580 de 22 de março de 2018 que visa regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012,já supracitada."

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o pesquisador:

"Objetivo Primário:

Analisar através da Ergonomia Organizacional a associação entre as condições de trabalho e o presenteísmo dos trabalhadores de enfermagem."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador:

"Riscos:

Os riscos relacionados são de natureza psicológica, onde, durante as repostas aos questionários oferecidos poderão surgir questões que poderão afetar ou não o bem

estar emocional. Contudo, caso isto aconteça, o participante poderá ser encaminhado (a) ao Serviço de Saúde do Trabalhador da Instituição ou se preferir uma psicóloga poderá ser acionada.

Benefícios:

Ajudar a identificar os trabalhadores que se encontram adoecidos dentro da instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o pesquisador:

"Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo epidemiológico de recorte transversal, com abordagem quantitativa dos dados através da aplicação do Caderno B do INGECTH-SUS Mauro & Mauro (Inovação de Gestão das Condições de Trabalho para os Hospitais do Sistema Único de Saúde) sobre os fatores de riscos e danos percebidos pelos trabalhadores de enfermagem e da Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6) em alguns setores do INTO (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia) conforme descrição posterior. A população será composta por trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) referente a 05 setores do instituto. O quadro total da população foi de 547 trabalhadores, assim distribuídos:

Unidade de Internação 07(124), Unidade de Internação 06 (143), Centro de Tratamento Intensivo (101), Centro Cirúrgico (129) e Hospital Dia (45). A equipe de enfermagem compõe-se de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que preencherão o questionário: Caderno B do INGECTH-SUS Mauro & Mauro e Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6). Os critérios de inclusão foram: trabalhadores da equipe de enfermagem com pelo menos 06 meses de trabalho na instituição e que não tenham se afastado nos últimos trinta dias que antecederam a coleta de dados, e estar trabalhando na assistência direta aos pacientes no momento da coleta de dados, desde que respeitados os turnos de trabalho com carga horária de seis, oito, doze ou vinte e quatro horas. Os critérios de exclusão foram: equipe de enfermagem com o perfil de trabalho exclusivamente administrativo ou que trabalhe em setores que apresentem um quantitativo ocupacional reduzido. Justifica-se este último critério de exclusão mencionado trabalhadores de setores do Instituto como: Pediatria, Unidade de internação 08 e Trauma, onde a participação do profissional poderá acarretar prejuízos à assistência do paciente devido à ausência, em um quadro de funcionários já reduzido, pois serão necessários tempo e atenção para responder os instrumentos de mensuração da pesquisa. A coleta de dados só terá seu início após a aprovação desta pesquisa que será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), respeitando a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, bem

como a resolução 580 de 22 de março de 2018 que visa regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica. A coleta de dados será realizada de março a maio de 2020, sendo a pesquisa aprovada pelos respectivos conselhos da UERJ e do INTO. Destaca-se ainda, nesta pesquisa que: os riscos relacionados com a participação são de natureza psicológica, onde, durante as repostas aos questionários oferecidos poderão surgir questões que poderão afetar ou não o bem estar emocional. Contudo, caso isto aconteça, o participante poderá ser encaminhado (a) ao Serviço de Saúde do Trabalhador da Instituição ou se preferir uma psicóloga poderá ser acionada. O benefício relacionado participação é: Ajudar a identificar os trabalhadores que se encontram adoecidos dentro da instituição.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a participação. Os dados da pesquisa serão divulgados de forma a não possibilitar a identificação do participante.

Metodologia de Análise de Dados:

Será utilizada uma planilha do Microsoft Excel para tratamento dos dados com a verificação e consistência dos dados. Em seguida serão exportados para o programa Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para a realização das análises estatísticas. A análise descritiva da população do estudo será realizada através das médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e máximos dos escores das variáveis quantitativas. Será utilizado o teste Qui quadrado para a análise bivariada das condições de trabalho por setor da instituição associadas ao Presenteísmo." Foram atendidas e esclarecidas as considerações do Parecer anterior. A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodologia estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimentos necessários para sua realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos os dados necessários para a apreciação ética, e tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos na pesquisa.

Recomendações:

Ante o exposto, o CEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas. Realizar revisão ortográfica do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu às solicitações de enquadramento do projeto aos padrões de formatação textual exigidos pelo CEP/INTO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Senhor pesquisador, de acordo com o constante da Resolução CNS nº 466 de 2012, faz-se necessário apresentar ao CEP/INTO, através da Plataforma Brasil, a cada 06 (seis) meses o relatório de acompanhamento de sua pesquisa. Além disso, após a conclusão da pesquisa, deverá ser submetido na Plataforma Brasil, através da Notificação, o Relatório Final e a pesquisa concluída para apreciação do CEP/INTO. Informamos que qualquer alteração realizada no protocolo de pesquisa aprovado deverá ser submetida à apreciação do CEP/INTO através do envio de uma emenda utilizando a Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1526273.pdf	13/05/2020 18:25:16		Aceito
Outros	cartadependenciaaointorevisadaquarta.docx	13/05/2020 18:21:18	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projutorevisadointo.doc	13/05/2020 17:21:24	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclorevisadointooo.doc	13/05/2020 17:18:54	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	cartaatualizadapend.docx	17/02/2020 17:23:26	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcledesessete.docx	17/02/2020 17:02:10	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodesessetefev.doc	17/02/2020 17:01:03	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Junho de 2020

Assinado por:
Eduardo Branco de Sousa
(Coordenador)

ANEXO D – Carta de aprovação do CEP UERJ**INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
JAMIL HADDAD - INTO****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Elaborado pela Instituição Coparticipante****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** ERGONOMIA ORGANIZACIONAL E PRESENTEÍSMO:
ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA EQUIPE
DE ENFERMAGEM**Pesquisador:** BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 28475320.3.0000.5282**Instituição Proponente:** Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 3.915.301**Apresentação do Projeto:**

De acordo com o pesquisador:

"Trata-se de um estudo epidemiológico de recorte transversal, com abordagem quantitativa dos dados através da aplicação do Caderno B do INGECTH-SUS (Inovação de Gestão das Condições de Trabalho para os Hospitais do Sistema Único de Saúde) sobre os fatores de riscos e danos percebidos pelos trabalhadores de enfermagem e da Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6) em alguns setores do INTO (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia) conforme descrição posterior. A população será composta por trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) referente a 05 setores do instituto. O quadro total da população foi de 547 trabalhadores, assim distribuídos:

Unidade de Internação 07(124), Unidade de Internação 06 (143), Centro de Tratamento Intensivo (101), Centro Cirúrgico (129) e Hospital Dia (45). Vale destacar

que levando em consideração a população total de 547 trabalhadores, erro amostral de 5%, nível de confiança de 95%, distribuição da população heterogênea, pois a característica procurada da amostra (presenteísmo) pode variar dependendo de onde os dados são retirados, a amostra total será de 226 participantes, após o cálculo amostral. A distribuição da amostragem, que totaliza 226 participantes entre os setores que participarão da pesquisa, considerou a porcentagem de representatividade de cada setor em relação à população total (547 trabalhadores): Unidade de Internação 07 (124 trabalhadores), equivalente a 23%, Unidade de Internação 06 (143 trabalhadores), 26%, Centro de Tratamento Intensivo (101 trabalhadores), 19%, Centro Cirúrgico (129 trabalhadores), 24% e finalizando, Hospital Dia (45 trabalhadores) com 8 % de representatividade. A amostra, por setor, ficou assim distribuída: Unidade de Internação 07 (52 participantes = 23% de 226), Unidade de Internação 06 (59 participantes = 26% de 226), Centro de Tratamento Intensivo (42 participantes = 19% de 226), Centro Cirúrgico (54 participantes = 24% de 226) e Hospital Dia (19 participantes = 8% de 226). A equipe de enfermagem compõe-se de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que preencherão o questionário: Caderno B do INGETH-SUS Mauro & Mauro e Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6). Os critérios de inclusão foram: trabalhadores da equipe de enfermagem com pelo menos 06 meses de trabalho na instituição e que não tenham se afastado nos últimos trinta dias que antecederam a coleta de dados, e estar trabalhando na assistência direta aos pacientes no momento da coleta de dados, desde que respeitados os turnos de trabalho com carga horária de seis, oito, doze ou vinte e quatro horas. Os critérios de exclusão foram: equipe de enfermagem com o perfil de trabalho exclusivamente administrativo ou que trabalhe em setores que apresentem um quantitativo ocupacional reduzido. Justifica-se este último critério de exclusão mencionado trabalhadores de setores do Instituto como: Pediatria, Unidade de internação 08 e Trauma, onde a participação do profissional poderá acarretar prejuízos à assistência do paciente devido à ausência, em um quadro de funcionários já reduzido, pois serão necessários tempo e atenção para responder os instrumentos de mensuração da pesquisa. A coleta de dados só terá seu início após a aprovação desta pesquisa que será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do INTO e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), respeitando a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, bem como a resolução 580 de 22 de março de 2018 que visa regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, já supracitada."

"Objetivo Primário:

Analisar através da Ergonomia Organizacional a associação entre as condições de trabalho e o presenteísmo dos trabalhadores de enfermagem."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador:

"Riscos:

Os riscos relacionados são de natureza psicológica, onde, durante as repostas aos questionários oferecidos poderão surgir questões que poderão afetar ou não o bem estar emocional. Contudo, caso isto aconteça, o participante poderá ser encaminhado (a) ao Serviço de Saúde do Trabalhador da Instituição ou se preferir uma psicóloga poderá ser acionada.

Benefícios:

Ajudar a identificar os trabalhadores que se encontram adoecidos dentro da instituição."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o pesquisador:

"Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo epidemiológico de recorte transversal, com abordagem quantitativa dos dados através da aplicação do Caderno B do INGECTH-SUS Mauro & Mauro (Inovação de Gestão das Condições de Trabalho para os Hospitais do Sistema Único de Saúde) sobre os fatores de riscos e danos percebidos pelos trabalhadores de enfermagem e da Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6) em alguns setores do INTO (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia) conforme descrição posterior. A população será composta por trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) referente a 05 setores do instituto. O quadro total da população foi de 547 trabalhadores, assim distribuídos: Unidade de Internação 07(124), Unidade de Internação 06 (143), Centro de Tratamento Intensivo (101), Centro Cirúrgico (129) e Hospital Dia (45). A equipe de enfermagem compõe-se de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que preencherão o questionário: Caderno B do INGECTH-SUS e Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6). Os critérios de inclusão foram: trabalhadores da equipe de enfermagem com pelo menos 06 meses de trabalho na instituição e que não tenham se afastado nos últimos trinta dias que antecederam a coleta de dados, e estar trabalhando na assistência direta aos pacientes no momento da coleta de dados, desde que respeitados os turnos de trabalho com carga horária de seis, oito, doze ou vinte e quatro horas. Os critérios de exclusão foram: equipe de enfermagem com o perfil de trabalho exclusivamente administrativo ou que trabalhe em setores que apresentem um quantitativo ocupacional reduzido. Justifica-se este último critério de exclusão mencionado trabalhadores de setores do Instituto como: Pediatria, Unidade de internação 08 e Trauma, onde a participação do profissional poderá acarretar prejuízos à assistência do paciente devido à ausência, em um quadro de funcionários já reduzido, pois serão necessários tempo e atenção para responder os instrumentos de mensuração da pesquisa. A coleta de dados só terá seu início após a aprovação desta pesquisa que será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), respeitando a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da

pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, bem como a resolução 580 de 22 de março de 2018 que visa regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica. A coleta de dados será realizada de março a maio de 2020, sendo a pesquisa aprovada pelos respectivos conselhos da UERJ e do INTO. Destaca-se ainda, nesta pesquisa que: os riscos relacionados com a participação são de natureza psicológica, onde, durante as repostas aos questionários oferecidos poderão surgir questões que poderão afetar ou não o bem estar emocional. Contudo, caso isto aconteça, o participante poderá ser encaminhado (a) ao Serviço de Saúde do Trabalhador da Instituição ou se preferir uma psicóloga poderá ser acionada. O benefício relacionado participação é: Ajudar a identificar os trabalhadores que se encontram adoecidos dentro da instituição. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a participação. Os dados da pesquisa serão divulgados de forma a não possibilitar a identificação do participante.

Metodologia de Análise de Dados: Será utilizada uma planilha do Microsoft Excel para tratamento dos dados com a verificação e consistência dos dados. Em seguida serão exportados para o programa Software StatisticalPackage for Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para a realização das análises estatísticas. A análise descritiva da população do estudo será realizada através das médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e máximos dos escores das variáveis quantitativas. Será utilizado o teste Qui quadrado para a análise bivariada das condições de trabalho por setor da instituição associadas ao Presenteísmo. Foram atendidas e esclarecidas as considerações do Parecer anterior. A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodologia estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimentos necessários para sua realização. O projeto pode ser realizado como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012 e CNS nº510/2016, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos os dados necessários para a apreciação ética, e tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para março de 2021. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1499994.pdf	17/02/2020 17:28:06	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	cartaatualizadapend.docx	17/02/2020 17:23:26	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento Justificativa de Ausência	tcledesessete.docx	17/02/2020 17:02:10	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	cronogramadesessetedefev.docx	17/02/2020 17:01:42	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoedesessetefev.doc	17/02/2020 17:01:03	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	fol_derosto.pdf	22/01/2020 02:00:55	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	dec_pesq.doc	22/01/2020 01:40:35	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento_det.doc	22/01/2020 00:53:44	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	decla_.doc	22/01/2020 00:28:38	BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 13 de Março de 2020

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenadora)

Endereço:	Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018		
Bairro:	Maracanã	CEP:	20.559-900
UF:	RJ	Município:	RIO DE JANEIRO
Telefone:	(21)2334-2180	Fax:	(21)2334-2180
		E-mail:	etica@uerj.br

ANEXO E - Declaração de autorização da Instituição

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE:**

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad – INTO/MS.

Declaro estar de acordo com a realização do projeto de pesquisa conforme título “ERGONOMIA ORGANIZACIONAL E PRESENTEÍSMO: ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM”, desenvolvido sob a responsabilidade do pesquisador BRUNO RAFAEL DE OLIVEIRA, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição onde a pesquisa será realizada e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Conforme disposto na Resolução CNS nº 466/12, informo que a pesquisa deverá ser iniciada após a apreciação e aprovação ética do Comitê de Ética em Pesquisa ou da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP caso necessário.

Rio de Janeiro, RJ, 30 de Junho de 2015.

JOÃO ALVES GRANGEIRO NETO
Diretor/INTO/MS
Portaria MS nº 1.242, de 06/05/2019
D.O.U 12/06/2019

ANEXO F – Carta de Autorização das autoras Mauro & Mauro

**ERGONOMIA ORGANIZACIONAL E PRESENTEÍSMO: ANÁLISE DAS
CONDIÇÕES DE TRABALHO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM****PESQUISADOR RESPONSÁVEL:**

Bruno Rafael de Oliveira

Carta para Solicitação de Instrumento

Eu, Bruno Rafael de Oliveira, identidade : 020226119-4, aluno do curso de Pós Graduação (Mestrado em Enfermagem) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), solicito, a autorização do uso do instrumento (INGECTH-SUS/Brasil), às autoras Maria Yvone Chaves Mauro e Carla Chaves Mauro para coleta de dados da pesquisa **Ergonomia organizacional e presenteísmo: análise das condições de trabalho na equipe de enfermagem.**

Rio de Janeiro, 06 de janeiro de 2020.

De acordo:


(Maria Yvone Chaves Mauro)


(Carla Chaves Mauro)

ANEXO G – Carta de autorização da autora Paschoalin**ERGONOMIA ORGANIZACIONAL E PRESENTEÍSMO: ANÁLISE DAS
CONDIÇÕES DE TRABALHO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:
Bruno Rafael de Oliveira

Carta para Solicitação de Instrumento

Eu, Bruno Rafael de Oliveira, identidade: 020226119-4, aluno do curso de Pós Graduação (Mestrado em Enfermagem) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), solicito, a autorização à autora Heloisa Campos Paschoalin do uso do instrumento Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6) – Versão traduzida e adaptada para o português do Brasil, para coleta de dados da pesquisa **Ergonomia organizacional e presenteísmo: análise das condições de trabalho na equipe de enfermagem.**

Rio de Janeiro, 19 de janeiro de 2020.

De acordo:

(Heloisa Campos Paschoalin)